Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	Alzheimerforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar til kvalitetsstandarderne for den kommunale sygepleje og den regionale akutfunktion. Alzheimerforeningen bakker op om sundhedsreformens intentioner og formålet med de nationale kvalitetsstandarder om at understøtte en mere ensartet kvalitet i sundhedsindsatser på tværs af landet. Fra et patientperspektiv er det centralt, at kvalitetsstandarderne fastsætter reelt forpligtende kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger til indsatserne. Vi finder det positivt, at vejledningen understøtter en ensartet og fagligt velfunderet kommunal sygepleje. Vi anbefaler samtidig, at mennesker med demens tydeligt tænkes ind som en væsentlig målgruppe på tværs af vejledningen, herunder at der lægges vægt på personcentreret omsorg, systematisk inddragelse af pårørende og relevante demensfaglige kompetencer hos medarbejdere, der møder mennesker med demens i kommunal sygepleje.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	

2. Målgruppe	-	Mennesker med demens bør fremhæves som en væsentlig målgruppe i den kommunale sygepleje, da sygdommen ofte medfører komplekse sundhedsfaglige, sociale, juridiske problemstillinger og koordinerende behov gennem hele sygdomsforløbet.
3. Indhold	-	Det kunne med fordel uddybes, hvad der i kvalitetsstandarterne mere konkret menes med personcentreret, da dette kan være et flertydigt begreb. Alzheimerforeningen ser gerne, at det præciseres, at det er den personcentreret omsorg, der er afsættet for den sygeplejefaglige indsats.
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	Det bør tydeliggøres, at kommunal sygepleje skal have adgang til relevante demensfaglige kompetencer, herunder kompetencer til at identificere ændringer i habituelt funktionsniveau, kommunikere med mennesker med kognitiv svækkelse samt samarbejde med og inddrage pårørende.
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	For mennesker med demens og deres pårørende er et velfungerende tværfagligt og tværsektorielt samarbejde afgørende. Det anbefales, at betydningen af systematisk patient og pårørendeinddragelse og koordinering på tværs af aktører tydeliggøres.
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	

7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Alzheimerforeningen bakker op om formålet med de nationale kvalitetsstandarder og finder det positivt, at mennesker med demens fremhæves som en del af målgruppen. Vi anbefaler imidlertid, at sammenhængen mellem demens og palliation tydeliggøres yderligere. Demens er en fremadskridende dødelig sygdom og dermed en livsbegrænsende sygdom, hvor behov for lindring, støtte, koordinering og samtaler om fremtidig pleje og behandling ofte opstår tidligt i sygdomsforløbet. Derfor bør den palliative tilgang tænkes ind fra diagnosetidspunktet og løbende tilpasses gennem hele sygdomsforløbet.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	Alzheimerforeningen finder det vigtigt at understrege, at basal palliation bør tilbydes alle patienter med livstruende sygdom. Derfor undrer vi os over formuleringerne i afsnit 2.3, hvor borgere med kræft fremhæves særskilt, mens øvrige patientgrupper beskrives som borgere med non-maligne kroniske sygdomme. Det virker uhensigtsmæssigt at definere patientgrupper gennem fraværet af kræftsygdom, da det kan bidrage til en forståelse af, at palliative behov primært knytter sig til kræftforløb. I Alzheimerforeningens optik er det afgørende at understøtte en faglig kultur, hvor det tydeligt anerkendes, at alle patienter med livstruende sygdom i deres egen ret kan have behov for basal palliation gennem hele sygdomsforløbet. For mennesker med demens er dette særligt relevant. Demens medfører over

		tid omfattende behov for omsorg, støtte, koordinering og lindring, og sygdommen stiller særlige krav til den palliative indsats. Efterhånden som sygdommen udvikler sig, mister mange evnen til at sætte ord på egne behov, og symptomer som smerter, ubehag og somatiske komplikationer kommer ofte til udtryk på andre måder end hos øvrige patientgrupper. Samtidig er mennesker med demens en stor målgruppe i den kommunale sygepleje. Alzheimerforeningen anbefaler, at mennesker med demens fremhæves som en målgruppe for basal palliation. Demens er dødelig hjernesygdom og dermed en livsbegrænsende sygdom, hvor behovet for pleje, lindring, støtte, koordinering og samtaler om ønsker for fremtidig pleje og behandling kan opstå tidligt i sygdomsforløbet. Den palliative indsats bør derfor tænkes ind fra diagnosetidspunktet og tilpasses i takt med sygdommens udvikling.
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	For mennesker med demens bør forebyggende og rehabiliterende indsatser ses i sammenhæng med en

		tidlig palliativ tilgang. Formålet er at understøtte livskvalitet, funktionsevne, selvbestemmelse og trivsel længst muligt gennem sygdomsforløbet.
	3.5. Basal palliation	Alzheimerforeningen anbefaler, at demens nævnes særskilt som eksempel på en sygdom, hvor basal palliation skal iværksættes tidligt og løbende tilpasses. Det bør fremgå, at palliation ved demens ikke alene vedrører den sidste levetid, men også omfatter symptomlindring, støtte til pårørende, koordinering af forløb og samtaler om ønsker for pleje og behandling gennem hele sygdomsforløbet.
	3.6. Opfølgning og afslutning	Der bør lægges vægt på systematisk opfølgning, da mennesker med demens ofte har vanskeligt ved og over tid ikke selv kan identificere og formidle ændringer i behov. Det er derfor centralt at inddrage pårørende og relevante fagpersoner løbende.
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	
	4.2. Basale palliative kompetencer	Alzheimerforeningen anbefaler, at sammenhængen mellem demensindsatsen og den palliative indsats tydeliggøres yderligere i afsnit 4.2. Det kan blandt andet ske ved at beskrive, hvordan samtaler om ønsker til fremtidig pleje og behandling gennemføres tidligt i sygdomsforløbet, mens personen med demens fortsat har mulighed for aktiv deltagelse, ved at sætte fokus på rettidig og systematisk inddragelse af pårørende gennem hele forløbet samt ved at tydeliggøre behovet for tidlig

		identifikation af palliative behov hos mennesker med demens. Samlet vurderer Alzheimerforeningen, at kvalitetsstandarderne udgør et godt grundlag for at styrke sammenhængen mellem demensindsatsen og den palliative indsats. En tydeligere beskrivelse af de palliative behov ved demens og en mere eksplicit understregning af, at den palliative tilgang bør tænkes ind fra sygdommens tidlige faser, vil bidrage til en mere sammenhængende, rettidig og kvalitetsfuld indsats for både mennesker med demens og deres pårørende. **Det kan gøres ved at:** • Beskrive, hvordan samtaler om ønsker for fremtidig pleje og behandling gennemføres tidligt i sygdomsforløbet, hvor personen med demens fortsat har mulighed for aktiv deltagelse. • Sætte særligt fokus på rettidig inddragelse af pårørende gennem hele forløbet. • Tydeliggøre behovet for tidlig identifikation af palliative behov hos mennesker med demens. • Beskrive de særlige palliative udfordringer, der kan ses ved demens, herunder kommunikation, adfærdsændringer, ernæringsproblematikker, identifikation af smerter og somatiske tilstande, multisygdom samt gradvist kognitivt og funktionelt tab. Det anbefales, at kompetencer inden for demens og palliation tænkes tættere sammen. Medarbejdere skal have viden

		om demenssygdommes progression, symptomlindring, kommunikation med mennesker med kognitiv svækkelse samt støtte til patienten og pårørende gennem hele sygdomsforløbet.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Mennesker med demens har ofte (komplekse) forløb på tværs af kommune, almen praksis, hospital og eventuelle specialiserede demens- og palliative tilbud. Det bør derfor tydeliggøres, hvordan sektorovergange understøttes, så borger og pårørende oplever sammenhæng, kontinuitet og relevant opfølgning.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Alzheimerforeningen anerkender ambitionen om at styrke den akutte indsats gennem etableringen af en regional akutfunktion og skabe en mere ensartet og specialiseret indsats for borgere med akutte sygeplejebehov. Vi finder det imidlertid afgørende, at kvalitetsstandarderne i højere grad tydeliggør ansvars- og opgavefordelingen mellem regional akutsygepleje og kommunal sygepleje, så opgaveflytningen ikke medfører uklarheder eller et uhensigtsmæssigt pres på den kommunale sygeplejekapacitet. Derudover ønsker vi en tydeligere beskrivelse af de særlige forhold, der gør sig gældende for mennesker med demens. Mennesker med demens udgør en stor og voksende del af målgruppen for både kommunal sygepleje og akutsygepleje, og de har ofte komplekse behov, atypiske sygdomspræsentationer og behov for tæt koordinering med pårørende. Det bør derfor fremgå tydeligere af kvalitetsstandarderne, at akutsygeplejen skal besidde de nødvendige demensfaglige kompetencer for at kunne levere en fagligt kvalificeret indsats og forebygge unødige indlæggelser. Endelig anbefaler vi, at det præciseres, hvordan kvalitet, sammenhæng, patientsikkerhed og ressourceanvendelse skal monitoreres i forbindelse med opgaveflytningen, samt hvordan konsekvenserne for andre borgergrupper, herunder mennesker med demens, løbende følges og evalueres.

Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	

	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	Vi anerkender, at kvalitetsstandarderne søger at skabe en tydelig arbejdsdeling mellem regional akutsygepleje og kommunal sygepleje. Vi vurderer imidlertid, at grænsefladen mellem de to funktioner fortsat fremstår uklar på flere områder. Selvom myndigheds- og finansieringsansvaret for akutsygeplejen overgår til regionerne, beskriver kvalitetsstandarderne en række situationer, hvor kommunal sygepleje fortsat forventes at koordinere, følge op og varetage parallelle indsatser omkring borgeren. Der er derfor risiko for, at opgaveflytningen ikke i tilstrækkelig grad følges af en tilsvarende reduktion i kommunernes opgaveportefølje.
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	Vi savner en tydeligere beskrivelse af, hvilke opgaver der konkret overgår til regional akutsygepleje, og hvilke ressourcer kommunerne fortsat forventes at afsætte til borgere med akutte og komplekse sygeplejebehov. Manglende præcisering kan medføre, at kommunerne i praksis fortsat løser mange af de samme opgaver, men med færre sygeplejefaglige ressourcer, hvilket kan udfordre kvalitet, kontinuitet og patientsikkerhed i den kommunale sygepleje. **Vi anbefaler, at kvalitetsstandarderne tydeliggør:** • Hvilke opgaver der entydigt overgår til regional akutsygepleje. • Hvordan ansvar og koordinering fordeles mellem regional

		akutsygepleje og kommunal sygepleje.
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	Det er vigtigt at være opmærksom på konsekvenserne for sårbare borgergrupper, herunder mennesker med demens. Sygepleje til mennesker med demens kræver ofte kontinuerlig opfølgning, særlige demensfaglige kompetencer, en gennemgående kontaktperson samt koordinering med både pårørende og øvrige samarbejdspartnere. Akutsygeplejen bør derfor tydeligt beskrives med afsæt i behovene hos borgere med komplekse sygdomsforløb, herunder mennesker med demens, der ofte udviser atypiske symptomer ved akut sygdom og har behov for en særligt tilpasset indsats.
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	Det anbefales, at indsatserne tager højde for risikoen for delirium, funktionstab og øget fysisk og psykisk sårbarhed ved demenssygdom.
	4.3. Udstyr og medicin	Ved medicinhåndtering bør der tages højde for, at mennesker med demens ofte modtager flere forskellige lægemidler samtidig. Akutsygeplejen bør understøtte medicingennemgang og opmærksomhed på bivirkninger, da disse kan vise sig som ændret adfærd, fald eller øget forvirring.
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Sygeplejersker i akutsygeplejen bør have kompetencer til at identificere atypiske

		symptomer på akut sygdom hos mennesker med demens, gennemføre kliniske vurderinger med udgangspunkt i borgerens habituelle funktionsniveau og kognitive tilstand samt kommunikere og samarbejde med mennesker med demens og deres pårørende. Vi anbefaler desuden, at behovet for demensfaglige kompetencer beskrives eksplicit i kvalitetsstandarderne, så akutsygeplejen har de nødvendige forudsætninger for at levere en fagligt kvalificeret indsats til den voksende gruppe af mennesker med demens. Dette vil understøtte lighed i sundhed og mindske risikoen for fejlvurderinger, unødige indlæggelser og forringet livskvalitet.
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	Vi anbefaler, at det præciseres, at opgaveflytningen til regionerne ledsages af de nødvendige økonomiske, faglige og personalemæssige forudsætninger, så kommunernes mulighed for at levere sygepleje af høj kvalitet opretholdes. Opgaveflytningen bør ikke gennemføres på en måde, der svækker eksisterende indsatser eller forringer borgernes adgang til sammenhængende og kvalificeret sygepleje.
	6.2. Tilgængelighed	For mennesker med demens er hurtig adgang til faglig vurdering, omsorg og behandlingsærlig vigtig, da selv mindre infektioner eller sygdomstilstande hurtigt kan føre til betydeligt funktionstab. Kvalitetsstandarderne bør understøtte let adgang til rådgivning og akut vurdering for både borgere, pårørende og plejepersonale.

	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Mennesker med demens har ofte komplekse forløb på tværs af kommune, almen praksis, hospital og plejetilbud. Det anbefales derfor, at kvalitetsstandarderne tydeliggør ansvarsfordeling, informationsudveksling og koordinering, så borger og pårørende oplever sammenhængende forløb. Pårørende bør anerkendes som en central samarbejdspartner.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	Vi anbefaler, at kvalitetsstandarderne beskriver, hvordan det løbende monitoreres og følges op, at opgaveflytningen ikke medfører et uhensigtsmæssigt pres på den kommunale sygeplejekapacitet, og hvordan konsekvenserne for øvrige borgergrupper, herunder mennesker med demens, evalueres. Dette er væsentligt for at sikre kvalitet, kontinuitet, patientsikkerhed og lighed i sundhed.

Danmarks Apotekerforening
Bredgade 54 · 1260 København K
Telefon 33 76 76 00 · Fax 33 76 76 99
apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk · www.apotekerforeningen.dk

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen
Islands Brygge 67
2300 København S

22-10-2026
RNH/412/00105

Svar på høring om Kvalitetsstandarder for akutsygepleje, Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation samt Vejledning for kommunal sygepleje

Apotekerforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar til *Kvalitetsstandard for akutsygepleje*, *Kvalitetsstandard for kommunal sygepleje og basal palliation* samt *Vejledning om kommunal sygepleje*.

Apotekerforeningen ser positivt på ambitionen om at understøtte en mere ensartet kvalitet på tværs af landet og skabe et fælles fagligt grundlag for den kommunale sygepleje og akutsygepleje. Vi deler samtidig ambitionen om at styrke sammenhængen i borgernes forløb og understøtte sundhedsreformens mål om et stærkere og mere sammenhængende nært sundhedsvæsen.

Medicin er en central del af langt de fleste forløb i både kommunal sygepleje, basal palliation og akutsygepleje. Korrekt anvendelse af medicin kan understøtte behandling, rehabilitering, sygdomsmestring og livskvalitet, mens medicinrelaterede problemer samtidig kan være årsag til eller medvirkende faktor ved akut opstået sygdom, sygdomsforværring og utilsigtede hændelser. Apotekerforeningen finder derfor, at medicin, medicinhåndtering og medicinkompetencer med fordel kan fylde mere på tværs af vejledningen og de to kvalitetsstandarder.

Apotekerne er med deres landsdækkende tilstedeværelse en integreret del af det nære sundhedsvæsen og samarbejder allerede med kommuner, almen praksis og sygehuse om lægemidler og medicinhåndtering. Apotekernes farmaceuter og farmakonomer rådgiver dagligt borgere, pårørende og sundhedsprofessionelle om medicin og bidrager blandt andet med rådgivning, dosisdispensering, undervisning og andre medicinfaglige indsatser. Disse kompetencer og erfaringer kan understøtte målsætningerne om kvalitet, patientsikkerhed, sammenhæng og styrket sygdomsmestring hos borgere i den kommunale sygepleje og akutsygepleje.

På den baggrund har Apotekerforeningen nedenfor anført sine bemærkninger og forslag til konkrete ændringer i materialet.

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	Apotekerne er en del af det nære sundhedsvæsen og udgør en lettilgængelig medicinfaglig ressource for både borgere og sundhedsprofessionelle. Da medicin indgår i en stor del af de borgerforløb, som den kommunale sygepleje understøtter, bør apotekernes kompetencer og samarbejdsmuligheder afspejles som eksempel i vejledningen på øvrige sundhedsaktører i det nære sundhedsvæsen.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	Ingen kommentarer
2. Målgruppe	-	I opremsningen af aktører, som den kommunale sygepleje har kontakt til foreslås en tilføjelse af: *"øvrige sundhedsaktører, fx apoteker*". Apoteker samarbejder allerede med kommuner om borgernes medicin, medicinhåndtering og rådgivning. Da medicin indgår i mange kommunale sygeplejeforløb, er apoteker en relevant samarbejdspartner.
3. Indhold	-	Ingen kommentarer
4. Organisering	-	I beskrivelsen af samarbejde med andre fagligheder foreslås tilføjelse af: *"øvrige sundhedsaktører, fx apoteker*". Sammenhængende og tværfaglige borgerforløb kræver samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper. Apotekernes farmaceuter og farmakonomer bidrager med specialiseret viden om lægemidler og medicinbrug, som kan understøtte kvalitet og patientsikkerhed.
	4.1 Henvisning og tildeling	Ingen kommentarer
	4.2 Kompetencer	Medicin er en central del af mange behandlingsforløb. Det anbefales derfor, at kompetencer i medicinhåndtering fremhæves eksplicit i vejledningen. Apotekerne kan understøtte kompetenceudviklingen gennem undervisning, rådgivning og kvalitetssikring af medicinrelaterede arbejdsgange. Erfaringer viser, at apoteker allerede bidrager til undervisning og kvalitetssikring på ældre- og plejeområdet.

5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	Ingen kommentarer
	5.1 Udstyr	I afsnittet om digital understøttelse foreslås det, at dosispakket medicin nævnes som eksempel på en teknologi, der kan understøtte borgerforløb. Dosisdispensering kan bidrage til korrekt medicinanvendelse, øget tryghed og understøtte, at borgere helt eller delvist kan klare sig selv i længere tid i eget hjem. Samtidig kan det understøtte medicinsikkerheden og lette medicinhåndteringen for både borgere og personale.
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	Under eksempler på faggrupper og funktioner, der kan yde rådgivning, anbefales det at tilføje medicinrådgivning fra apotek. Medicin fylder i mange borgerforløb, og kommunale medarbejdere kan have behov for medicinfaglig sparring. Apotekerne tilbyder allerede rådgivning om medicin gennem de lokale apoteker samt nationale tilbud som Apotekets Hotline og Apotekets chat, hvilket også giver adgang til rådgivning uden for mange apotekers almindelige åbningstid.
	6.2. Behandlingsansvar	Ingen kommentarer
7. Kvalitetsudvikling	-	Ingen kommentarer

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Kvalitetsstandarden beskriver en række centrale elementer i kommunal sygepleje, men medicin og medicinhåndtering fylder relativt lidt i forhold til den betydning, medicin har i de fleste borgerforløb. Medicin er en integreret del af behandlingen for mange borgere, og fejl i medicinhåndteringen er fortsat en væsentlig årsag til utilsigtede hændelser. Apotekerforeningen anbefaler derfor, at medicin, medicinhåndtering og medicinkompetencer gennemgående styrkes i kvalitetsstandarden.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	Under formålet om styrket samarbejde på tværs af det primære sundhedsvæsen og regionale tilbud foreslås det, at apoteker nævnes som en del af det nære og primære sundhedsvæsen. Apotekerne bidrager med medicinfaglige kompetencer og samarbejder allerede med kommuner om medicinhåndtering, rådgivning og patientsikkerhed.
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	Ingen kommentarer
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	Ingen kommentarer
	2.2. Borgere med behov for palliation	Ingen kommentarer
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	Det fremgår, at kommunen skal kunne tilbyde digitale besøg. Det kan med fordel præciseres, at relevante indsatser kan understøttes gennem digitale tilbud også fra øvrige sundhedsaktører. Apoteker tilbyder allerede digitale medicinsamtaler og rådgivning til borgerne, fx i forbindelse med dosispakket medicin og complianceudfordringer.
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	Ingen kommentarer
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	Ingen kommentarer
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Under forebyggende og rehabiliterende indsatser foreslås medicinrelaterede indsatser tilføjet. Det kan fx være dosisdispensering med rehabiliterende sigte, som kan understøtte borgerens sygdomsmestring, samt medicinsamtaler

		ved opstart af ny behandling, dosispakket medicin eller udtrapning af medicin. Disse indsatser kan understøtte korrekt medicinanvendelse og bidrage til, at borgeren helt eller delvist kan klare sig selv i længere tid i eget hjem.
	3.5. Basal palliation	Ingen kommentarer
	3.6. Opfølgning og afslutning	Ingen kommentarer
	3.7. Udstyr	I afsnittet om brug af digitale teknologier og rådgivning foreslås det, at der ud over læge og akutsygepleje også henvises til øvrige sundhedsaktører, fx apotek, som også kan understøtte forløb med digitale tilbud eller samtaler til relevante borgere.
4. Kompetencer	-	Apotekerforeningen mener, at der bør stilles krav om kompetencer inden for medicinhåndtering og lægemidler. Da medicin er en væsentlig del af kommunal sygepleje, og der stilles mange krav til, hvordan medicin håndteres, og hvad der skal observeres under en behandling, bør disse kompetencer fremhæves på linje med øvrige sundhedsfaglige kompetencer.
	4.1. Kompetencer	Medicinhåndtering og lægemiddelrelaterede problemstillinger bør også i dette afsnit fremhæves blandt de kompetencer, som medarbejderne forventes at besidde og vedligeholde.
	4.2. Basale palliative kompetencer	Ingen kommentarer
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	Blandt eksemplerne på områder, som kræver løbende kompetenceudvikling, bør medicin og medicinhåndtering indgå. Lægemiddelbehandlinger, produkter og regler ændrer sig løbende, og det er derfor vigtigt med systematisk opdatering af medarbejdernes viden. Apotekerne kan understøtte dette gennem undervisning og rådgivning.
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	Ingen kommentarer
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	Der beskrives muligheder for samarbejdsaftaler mellem kommuner. Det bør overvejes også at beskrive mulighe-

		derne for samarbejde med private sundhedsaktører, som kan bidrage med særlige kompetencer. Det kan fx være apoteker, der kan understøtte kompetenceudvikling, kvalitetssikring af medicinhåndtering, og medicinsikkerhed.
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	Ingen kommentarer
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Når der beskrives behov for adgang til rettidig rådgivning fra almenmedicinske tilbud, vagtlæge, akuttelefon og regionale funktioner, bør medicinfaglig rådgivning fra apoteker ligeledes nævnes. Kommunale medarbejdere kan få rådgivning fra lokale apoteker samt fra Apotekets Hotline og Apotekets chat, hvilket også giver adgang til medicinfaglig sparring uden for mange lokale apotekers åbningstid.
6. Kvalitetsudvikling	-	Ingen kommentarer
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	Ingen kommentarer
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	Ingen kommentarer
Bilag 1. Begreber	-	Ingen kommentarer
Bilag 2. Cases	-	Ingen kommentarer
	Eksempler på borgere i målgruppen	Ingen kommentarer
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	Ingen kommentarer

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Medicin og medicinhåndtering bør gennemgående adresseres tydeligere i kvalitetsstandarden. Medicin indgår i en stor del af de forløb, som akutsygeplejen håndterer, og mange borgere med akut opstået sygdom eller forværring af sygdom får medicin i forvejen. Medicin kan både være en del af behandlingen af den akutte sygdom og årsag til akut sygdom eller forværring af sygdom, fx ved manglende efterlevelse af behandling, bivirkninger, interaktioner, overdosering eller fejlmedicinering. Derfor bør medicin og medicinhåndtering have en mere fremtrædende plads i kvalitetsstandarden.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	Ingen kommentarer
	1.2. Formål	Ingen kommentarer
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	I afsnit 1.3.2.'s opremsning af samarbejdspartnere foreslås tilføjet: "øvrige sundhedsaktører, fx apoteker". Apotekerne er en del af det nære sundhedsvæsen og samarbejder allerede med kommuner, almen praksis og sygehuse om medicinrelaterede problemstillinger.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	Ingen kommentarer
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	Ingen kommentarer
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	Ingen kommentarer
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	Ingen kommentarer
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	Ingen kommentarer
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Ingen kommentarer
	4.2. Typer af indsatser	Ingen kommentarer
	4.3. Udstyr og medicin	Apotekerforeningen gør opmærksom på, at lokale apoteker og vagtapoteker udgør en eksisterende infrastruktur til forsyning af lægemidler tæt på borgernes hjem og kan gennem lokale eller regionale aftaler understøtte hurtig levering af nødvendige lægemidler, som er vederlagsfri for borgerne.

5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Kompetencer inden for medicin og medicinhåndtering bør fremhæves eksplicit, som en del af mange behandlingsforløb, hvor medicin også kan være årsag til akut opstået sygdom og forværring af sygdom. I beskrivelsen af samarbejde om kompetenceudvikling foreslås tilføjet: "øvrige sundhedsaktører, fx apoteker". Apotekernes farmaceuter og farmakonomer besidder specialiserede kompetencer inden for lægemidler, medicinhåndtering og dosisdispensering, som kan bidrage til kompetenceudvikling af medarbejdere i akutsygeplejen.
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	Ingen kommentarer
	6.2. Tilgængelighed	Ingen kommentarer
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Øvrige sundhedsaktører, herunder apoteker, foreslås tilføjet som relevante samarbejdspartnere. I afsnit 6.3.1. foreslås tilføjet medicinfaglig rådgivning fra apoteker i beskrivelsen af adgang til rådgivning for akutsygeplejen. Akutsygeplejen kan have behov for hurtig sparring om fx praktisk brug af medicin. Der kan ydes rådgivning fra lokale apoteker samt gennem Apotekets Hotline og Apotekets chat. Rådgivning kan ydes telefonisk eller på anden vis digitalt og kan dermed understøtte medarbejderne på samme måde som andre rådgivningsfunktioner. I afsnit 6.3.3. foreslås også en tilføjelse af "Øvrige sundhedsaktører, fx apoteker" blandt de aktører, der bør omfattes af relevant informationsdeling.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	Ingen kommentarer

Med venlig hilsen

Birthe Søndergaard
Sundhedsfaglig direktør
Danmarks Apotekerforening

DANSK ERHVERV
Børsen
1217 København K

www.danskerhverv.dk
info@danskerhverv.dk
T. + 45 3374 6000

DANSK ERHVERV

Dansk Erhvervs høringssvar vedr. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje, Kvalitets standarder for kommunal sygepleje og basal palliation samt Vejledning for kommunal sygepleje.

Dansk Erhverv kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar til nærværende høring. Dansk Erhvervs høringssvar er struktureret i det af styrelsens medsendte skema til høringssvar.

Dansk Erhverv har i forbindelse med høringen indhentet input fra vores medlemmer, der er eksisterende leverandører indenfor ældre - og eller sundhedsområdet til kommuner og regioner.

Dansk Erhverv henviser også til den sideløbende høring om bekendtgørelserne om samme emne.

Indholdsfortegnelse:

1. Vejledning for kommunal sygepleje 1-4
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation 4-12
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje 12-16

Dansk Erhverv er åbne for yderligere dialog ifm. implementeringen. Kommentarer hertil rettes til Branchedirektør Tony Bech (Tobe@danskerhverv.dk)

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	• Dansk Erhverv støtter op om at, at vejledningens udtrykkelige nævner private leverandører og der bør være fælles, tværgående kvalitetskrav. Her er det væsentligt, at samme opgaver, faglige ansvar og kvalitetskrav skal følges af ligeværdige vilkår uanset driftsform, også for friplejehjem. • En række af Dansk Erhvervs medlemmer understreger, at snitfladerne til private leverandører er uklart både hvad angår økonomi, opgaveløsning, kommunale forpligtigelser overfor private aktører, herunder sikring at privates mulighed for at varetage opgaverne lokalt. Derfor bør disse snitflader præciseres. • En vellykket implementering forudsætter imidlertid klare, leverandørneutrale rammer og en utvetydig forankring af det offentlig private samarbejde. Hvis intentionerne om fleksibilitet og kapacitetsopbygning skal realiseres i praksis, må reguleringen ikke utilsigtet begrænse anvendelsen af eksterne leverandører eller skabe unødig retlig uklarhed • Dansk Erhverv understreger, at implementeringen skal koordineres med helhedsplejen og den kommende integration af almen sygepleje.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	

3. Indhold	-	
4. Organisering	-	• Det anbefales, at kommunens ansvar for at sikre klare samarbejdsrammer med private og selvejende leverandører tydeliggøres således, at selvejende og private leverandørens adgang til kommunale sygeplejeopgaver sikres i tråd med den politiske intention om udvidelse af det frie valg. Og der bør laves en konkret tidsplan herfor. • Der bør fastlægges nationale minimumskrav til aftalernes indhold med mulighed for lokal tilpasning. Dansk Erhverv mener også, at leverandørerne adgang til relevante instrukser og kompetenceudvikling bør fremskrives. • Samarbejdsaftaler bør følge nationale minimumskrav med lokal tilpasning. Forventninger til kontraktlige kvalitetskrav, dokumentation og kontrol bør præciseres. • Det er væsentligt kvalitetsopfølgningen bør være gennemsigtig og proportional og bygge på ensartede, saglige kriterier uanset driftsform.
	4.1 Henvisning og tildeling	• Dansk Erhverv støtter ambitionen om smidige rammer for henvisning og tildeling af kommunal sygepleje. • Private og selvejende leverandørers faglige vurderinger bør indgå i tilrettelæggelsen, så indsatsens omfang og hyppighed kan tilpasses rettidigt efter borgerens behov. • Vejledningens formulering om, at ansvaret for tildeling af kommunal sygepleje ikke kan overdrages til private leverandører, bør præciseres. Det skal være tydeligt, hvilke beslutninger kommunen træffer som myndighed, og hvilke løbende faglige tilpasninger leverandøren kan foretage inden for aftalte rammer. • For at sikre faglig fleksibilitet og en mere dynamisk tilpasning af sygeplejen uden unødigt bureaukrati foreslås følgende formulering indsat i afsnit 4.1: »Kommunen kan i aftalen med leverandøren fastsætte rammer, inden for hvilke leverandøren på baggrund af en sygeplejefaglig vurdering kan tilpasse indsatsernes omfang og hyppighed med efterfølgende orientering af kommunen.« Aftalerne bør samtidig beskrive kommunens opfølgning og eventuelle revurdering af indsatsen. • Vejledningen bør desuden beskrive, hvordan private leverandører med aktiviteter i flere kommuner kan indgå i samarbejdet om sygeplejen og bidrage med faglige kompetencer og kapacitet på tværs af kommunegrænser.

	4.2 Kompetencer	• Alle leverandører bør sikres lige og opgaverelevant adgang til instrukser, sparring og kompetenceudvikling, som nævnt ovenfor. Herunder undervisning og efteruddannelse finansieret gennem sundhedsreformen og Kræftplan V, uden særskilte lokale forhandlinger. • Aftaler bør afklare ansvar for planlægning, deltagelse og omkostninger samt sikre kompetencer til komplekse forløb og basal palliation.
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	• Det anbefales at præcisere forventninger til lokale instrukser, opgaveoverdragelse og samarbejde ved skift mellem kommunal sygepleje og regional akutsygepleje, også hvor opgaver udføres af en privat leverandør. Og at leverandøren som selvstændigt behandlingssted har ansvaret for egne instrukser og for den konkrete arbejdstilrettelæggelse, herunder anvendelsen af sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde, mens kommunalbestyrelsen fastsætter de overordnede rammer i samarbejdsaftalen.
	5.1 Udstyr	• Kommunens ansvar for at sikre adgang til nødvendigt udstyr, herunder plejehjælpemidler og sygeplejeartikler, bør tydeliggøres. Private og selvejende leverandører bør sikres adgang på ligeværdige vilkår med kommunale leverandører, inden opgaverne påbegyndes. • Ansvar for anskaffelse og finansiering bør afklares i aftalerne. Ved samme opgaver og finansiering bør private og selvejende leverandører have tilsvarende indkøbsmuligheder, priser og leveringsvilkår som kommunale leverandører. • Kommunen bør ved aftaleindgåelse sikre adgang til relevante instrukser og patientoplysninger samt adgang til og integration med nødvendige digitale systemer. Der bør samtidig sikres etablere teknisk adgang til standardiseret indberetning og systematisk tilbagedeling af egne kvalitetsdata.
6. Samarbejde	-	• Kommunalbestyrelsens ansvar for at sikre klare samarbejdsrammer bør i højere grad sammentænkes med private og selvejende aktører, så borgerforløb hænger sammen på tværs af sektorer og leverandører.

	6.1. Rådgivning	• Private og selvejende leverandører bør sikres direkte, opgaverelevant adgang til kommunal og regional rådgivning og sparring, herunder akutsygepleje og palliativ bistand, på samme vilkår som kommunale leverandører. Deres medarbejdere bør tilsvarende have adgang til relevante specialistfunktioner og kompetenceudvikling. Kontaktvejene bør være tydelige, så hjælpen er tilgængelig, når behovet opstår.
	6.2. Behandlingsansvar	• Det lægelige behandlingsansvar og arbejdsgangene for overlevering bør være tydelige, når private eller selvejende leverandører, regional akutsygepleje og læger indgår i samme borgerforløb.
7. Kvalitetsudvikling	-	• Dansk Erhvervs medlemmer peger på, at kommunens og leverandørernes ansvar for registrering, indberetning, kvalitetssikring og anvendelse af data bør præciseres. Fælles definitioner, sammenlignelige kvalitetsindikatorer og genbrug af eksisterende registreringer bør understøtte ensartet opfølgning på tværs af leverandørformer og forebygge dobbeltregistrering og unødig administration. • Kommunen bør ved aftaleindgåelse sikre adgang til og integration med relevante digitale systemer samt mulighed for standardiseret indberetning. Leverandørerne bør systematisk modtage egne kvalitetsdata og have adgang til et relevant sammenligningsgrundlag, så data kan anvendes i deres kvalitets- og forbedringsarbejde.

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	• Dansk Erhverv støtter fælles nationale kvalitetskrav til kommunal sygepleje og basal palliation, uanset hvem der leverer indsatsen. Samme opgaver, ansvar og kvalitetskrav bør følges af ligeværdige rammevilkår for kommunale, private og selvejende leverandører. • De økonomiske rammer bør afklare leverandørneutral finansiering af kompetenceudvikling, dokumentation, koordinering og nødvendige investeringer, så kvalitetskravene reelt kan opfyldes. • Private leverandørers opgaver og snitflader til kommunal sygepleje, regional akutsygepleje og øvrige specialiserede tilbud bør afklares hurtigt i sammenhæng med helhedsplejen. Klare samarbejdsbetingelser skal understøtte kontinuiteten hos borgerens valgte leverandør.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	• Formålet om ensartet kvalitet og tilgængelighed forudsætter, at private og selvejende leverandører inddrages på lige

		vilkår i implementeringen. Deres medarbejdere bør have samme adgang til den kompetenceudvikling, faglige støtte og tværgående funktioner, der etableres med implementeringsmidlerne. • Nye kvalitetskrav bør indarbejdes i kommunernes ydelsesbeskrivelser, planlægning og finansiering. Adgang til støttefunktioner bør følge opgaven, så private og selvejende leverandører kan efterleve kravene uden særskilte lokale forhandlinger.
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	• I den kommende model for integration med helhedsplejen bør borgerens valgte leverandør kunne varetage almen og fagområdespecifik kommunal sygepleje, når de nødvendige faglige og organisatoriske krav er opfyldt, og de fornødne aftaler er indgået. Adgangsbetingelserne bør være objektive og gennemsigtige. • Det bemærkes, der er uklarhed om, hvorvidt krav om eksempelvis døgndækning, palliative kompetencer og digitale tilbud skal opfyldes af hver enkelt leverandør eller af den samlede kommunale sygepleje. Derfor kan det være hensigtsmæssigt at præcisere, så specialiserede leverandører kan varetage afgrænsede indsatser uden at skulle opfylde alle krav til den samlede ordning. Krav om døgndækning, palliative kompetencer og digitale tilbud bør præciseres, så specialiserede leverandører kan løfte afgrænsede indsatser. Her er et bud på en konkret formulering: ”Kravene opfyldes af den samlede kommunale sygepleje. Kommunen fastlægger i aftalen med den enkelte leverandør, hvilke krav leverandøren skal opfylde for de indsatser, leverandøren varetager.” • Integrationen bør gennemføres hurtigst muligt efter en konkret tidsplan og med aktiv inddragelse af private leverandører. • Private og selvejende leverandører af kommunal sygepleje bør udtrykkeligt omfattes af samarbejdsflader og støttefunktioner på lige vilkår, herunder henvisninger, faglig sparring og adgang til regionale tilbud. • Private leverandører bør tidligt have relevant indsigt i deres borgeres sygeplejebehov og det forventede opgaveomfang, så de kan planlægge bemanding og sikre stabile forløb.
2. Målgruppe	-	
	2.1 Målgruppens karakteristika	•

	2.2 Afgrænsning af målgruppe	• Det bemærkes, at den kommende model for frit valg bør implementeres. En borger, der alene får hjælp til medicinadministration, bør således have samme muligheder for frit valg som en borger, der også modtager eksempelvis hjælp til rengøring.
	2.3. Borgere med behov for palliation	• Det bemærkes, at borgere med palliative behov på private og selvejende plejecentre bør have samme systematiske opsporing og adgang til palliative indsatser som øvrige borgere. Det bør beskrives, hvordan kommunen sikrer dette i praksis. • Det bemærkes, at patienter i basal palliation er ikke en statisk tilstand, og de kan ofte få behov for specialiseret palliation. Der står ikke noget om, hvordan borgere/patienter (og pårørende) evalueres, eller hvordan og hvornår det specialiserede niveau inddrages.
3. Forløb og indsatser	-	• Det bemærkes at bibeholde et helhedsorienteret perspektiv på borgeren/patientens situation. Der udtrykkes konkret bekymring for 1) om borgerne gribes tidligt nok, og 2) en bekymring for, at lægges umiddelbart op til en samarbejdende tilgang, hvor man kan have fælles behandlingsansvar med det specialiserede niveau.
	3.1. Forløb og indsatser	• Det bør fremgå, at digitale besøg og hjemmemonitorering også kan leveres af eksterne leverandører gennem eksisterende løsninger, der muliggør sikker datadeling. • Der foreslås konkret følgende formulering til afsnit 3.1 *"Digitale besøg og hjemmemonitorering kan leveres af kommunen selv eller af eksterne leverandører, gennem systemer og processer der muliggør datadeling og overholder krav til datasikkerhed."*
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	• Henvisning til kommunal sygepleje og den efterfølgende koordinering bør tilrettelægges smidigt, så borgere på tværs leverandører-typer får samme adgang rettidig hjælp.
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	• Ved udredning og tilrettelæggelse af sygeplejen bør private og selvejende leverandørers faglige vurderinger indgå i et smidigt samarbejde med kommunen. Det bør fremgå, hvordan opstart og løbende tilpasning kan ske rettidigt efter borgerens behov, uden at uklar opgavefordeling forsinker indsatsen.

		• Nye og skærpede krav bør afspejles i tildeling, ydelsesbeskrivelser, planlægning og finansiering. De indebærer konkrete opgaver og bør derfor ikke forudsættes rummet i eksisterende ydelser og tidsrammer uden en vurdering af omfang og ressourcebehov.
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	• Sammenhængen mellem rehabilitering og palliation bør understøttes ved, at kvalificerede private leverandører kan varetage begge indsatser.
	3.5. Basal palliation	• Kravene om tidlig opsporing, validerede redskaber, palliative planer og samtaler om fremtidig pleje og behandling bør ledsages af en beskrivelse af implementering, faglig sparring og opfølgning hos alle leverandører, herunder udbudte plejecentre. Det skal sikre samme adgang til basal palliation uanset leverandør. • Afsnittet stiller krav om tidlig, systematisk identifikation af palliative behov, brug af validerede redskaber, palliativ plan og samtaler om ønsker til fremtidig pleje og behandling. Det anbefales at beskrive, hvordan kommunerne sikrer implementering, adgang til faglig sparring og opfølgning på disse krav hos både egne og private leverandører, herunder udbudte plejecentre. • Forberedelse, samtaler, dokumentation, koordinering og opfølgning er tilbagevendende opgaver. De bør indgå i ydelsesbeskrivelser, tidsrammer og finansiering. Medarbejdere hos private og selvejende leverandører bør have samme adgang til den kompetenceudvikling og efteruddannelse, der etableres på området. • Det er positivt, at vågetjenester er nævnt. Samarbejdet med civilsamfundet om basal palliation bør tage afsæt i borgerens motivation, ønsker og mål for den sidste del af livet. • Frivilliges samvær, samtaler og aktiviteter kan styrke livskvalitet, mindske ensomhed og give pårørende et frirum. Indsatserne bør også nå borgere med få eller ingen pårørende og supplere den fagprofessionelle pleje og omsorg. • Dansk Erhverv bakker op om Røde Kors forslag om et afsnit vedr. samarbejde civilsamfundet[1].

[1] Forslaget lyder:
Samarbejde med civilsamfundet om basal palliation
En grundforudsætning i arbejdet med at fremme en bedre og mere ensartet basal palliation tæt på borgerne, er en forståelse af, at det er en samarbejdsproces mellem borgeren, pårørende, sundhedsprofessionelle, civilsamfundet og andre relevante parter. Borgeren er

		• Det bemærkes, at der inden for basal palliation er meget lidt kontakt til det specialiserede niveau med henblik på rådgivning, og finder det bekymrende, at man ikke i højere grad lægger op til at personalet søger rådgivning hos og får undervisning fra det specialiserede niveau.
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	• Adgangen til nødvendigt udstyr og palliativ medicin bør fungere på samme vilkår hos kommunale, private og selvejende leverandører, så indsatser kan iværksættes rettidigt. Ansvar for adgang, finansiering, levering, drift og vedligeholdelse bør afklares, også for digitale hjælpemidler og velfærdsteknologi.
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	• Det bemærkes, at der er vigtigt, at der i den kommunale sygepleje er en viden om hvilke andre tilbud der findes til borgeren/patienten på tværs af aktører. • Udkastet definerer kompetencer i den samlede kommunale sygepleje. Det bør præciseres, hvilke kompetencer private og selvejende leverandører skal have i egen enhed, og hvilke der kan sikres gennem forpligtende adgang til fælles funktioner. • Fælles funktioner inden for fx palliation, demens, inkontinens og kompliceret sårpleje bør være tilgængelige på lige vilkår. Faglig støtte og vidensdeling bør understøtte, at også mindre leverandører kan opfylde kravene og bevare kendte medarbejdere omkring borgeren, når det er fagligt forsvarligt. • Kompetencekrav bør følge opgaven og borgerens behov uanset leverandør. Fælles nationale rammer bør inden for gældende regler tydeliggøre, hvilke opgaver der kan delegeres til social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte, så unødige lokale forskelle begrænses. • Den koordinerende funktion i fælles borgerforløb bør placeres tydeligt ud fra borgerens behov, de konkrete opgaver og de relevante kompetencer. Funktionen bør omfatte samarbejdet med borgerens valgte

ekspert i sit eget liv og forløb, og de palliative indsatser skal altid tage udgangspunkt i borgerens motivation, ønsker og mål for den sidste del af livet.

Det anbefales, at kommunerne har et tæt og løbende samarbejde med relevante nationale såvel som lokale organisationer og foreninger i civilsamfundet, således at de kan bidrage med bl.a. viden, kompetencer og aktiviteter for borgere, der bliver en del af kommunale palliative forløb. Dertil anbefales det, at organisationernes og foreningernes frivillige efter behov kan supplere de fagprofessionelles omsorg og aflaste de pårørende. Endeligt anbefales det, at kommunerne sikrer, at relevante civilsamfundstilbud er kendte blandt de fagprofessionelle, og at det er let tilgængeligt at formidle kontakt til dem.

		helhedsplejeleverandør, også når denne er privat.
	4.2. Basale palliative kompetencer	• For basale palliative kompetencer bør forventningerne til personale på plejecentre konkretiseres ud fra opgaver og målgruppe. Private og selvejende leverandører bør have samme adgang til undervisning, efteruddannelse, faglig sparring og specialiseret rådgivning uden særskilte lokale forhandlinger. • Det bemærkes, at det bør konkretiseres, hvordan private leverandører får adgang til medarbejdere med særlige palliative kompetencer og relevant specialiseret rådgivning. Når en privat helhedsplejeleverandør indgår i forløbet, skal dens medarbejdere have tydelige kontaktveje ved observation af palliative behov eller ændringer i borgerens tilstand. Roller og kompetencekrav skal afstemmes efter de konkrete opgaver.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	• Det fremgår ikke tydeligt, hvordan kommunalbestyrelsens ansvar for kompetenceudvikling skal udmøntes over for medarbejdere hos private og selvejende leverandører, når de varetager kommunale sygeplejeopgaver. • Kommunalbestyrelsens ansvar for kontinuerlig kompetenceudvikling bør konkretiseres for medarbejdere hos private og selvejende leverandører. De bør have lige adgang til fælles oplæring, undervisning og sparring, så brede kompetencekrav også kan opfyldes af mindre leverandører. • Samarbejdsaftalerne bør afklare ansvar for planlægning, deltagelse og omkostninger ved kompetenceudvikling. Forventningerne til dokumentation bør være tydelige for alle leverandører, og adgang til relevante tilbud bør følge opgaven uden særskilte lokale forhandlinger.
5. Organisering og samarbejde	-	• Udkastet stiller krav om etablering af tværkommunale samarbejder med henblik på at opretholde faglige kompetencer og volumen ved teknisk krævende eller sjældent forekommende indsatser såsom intravenøs behandling og palliation. Det bemærkes specifikt i forhold til disse tværkommunale samarbejder, at nogle private leverandører med stor geografisk rækkevidde udgør et fuldgyldigt alternativ hertil, og det også bør indarbejdes eksplicit i afsnittet.

	5.1. Organisering og tilgængelighed	• Aftalerne bør konkretisere ansvaret for den samlede ordning, herunder døgndækning, og tilpasse leverandørernes forpligtelser til opgaverne. Det anbefales den kommunale sygepleje skal have tydelige og operationelle samarbejdsaftaler med relevante private leverandører af helhedspleje, hjælp efter serviceloven og kommunal sygepleje, når de indgår i fælles borgerforløb. • Nationale minimumskrav bør omfatte ansvar, koordinering, kontaktveje, faglig bistand, informationsdeling, opfølgning og økonomi. • Standarderne forpligter parterne til at fastlægge rammer for ansvar, informationsdeling og kommunikation ved eksternt samarbejde, men undlader at fastsætte et minimumsindhold herfor, for at forebygge snitfladeproblemer og sikre lige arbejdsvilkår. En model kunne være, at man indfører et krav om, at aftalerne som minimum skal sikre leverandøren adgang til kommunens dokumentationssystem, Fælles Medicinkort, MedCom kommunikation og Sundhedsjournalen samt direkte telefonisk og digital kontakt til den behandlingsansvarlige læge på lige fod med kommunens eget personale.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	• Faglig bæredygtighed bør vurderes ud fra dokumenterede kompetencer, opgavevolumen, bemanding, tilgængelighed og organisatorisk robusthed, uanset ejerform. • Krav om tværkommunalt samarbejde bør også kunne opfyldes gennem forpligtende aftaler med kvalificerede private leverandører. Aftalte kompetencer skal være tilgængelige, når behovet opstår.
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	• Det intrakommunale samarbejde bør udtrykkeligt omfatte relevante private og selvejende leverandører, herunder leverandører af helhedspleje og hjælp efter serviceloven, som ikke selv udfører sygepleje. De bør omfattes af arbejdsgange for tværfaglig sparring, koordinering, informationsdeling og adgang til kommunale kompetence- og støttefunktioner. • Borgerens valgte leverandør bør inddrages i relevante tværfaglige teams og have klare kontaktveje ved ændringer i borgerens tilstand. Samarbejdsaftalerne bør beskrive de konkrete arbejdsgange, så observationer kan føre til rettidig opfølgning.

	5.4. Tværsektorielt samarbejde	• Samarbejdet med regional akutsygepleje og specialiserede palliative tilbud bør udtrykkeligt omfatte private og selvejende sygeplejeleverandører. De bør have direkte adgang til rådgivning og lige adgang til relevant bistand, så faglig rådgivning ikke skal formidles gennem kommunens udførende sygepleje. • Samarbejdsaftalerne bør beskrive kontaktveje, opgavefordeling og informationsdeling, også når private helhedsplejeleverandører indgår i forløbet. Relevante og nødvendige oplysninger skal kunne deles rettidigt inden for gældende regler, så forløbet kan koordineres på tværs af leverandører. • Kommunerne bør samarbejde tæt og løbende med relevante nationale og lokale civilsamfundsorganisationer om basal palliation. Organisationerne kan bidrage med viden, kompetencer og aktiviteter til borgere og pårørende, også i forløb med helhedspleje. • Kommunerne bør sikre, at de fagprofessionelle kender civilsamfundets tilbud om supplerende omsorg og aflastning af pårørende og let kan formidle kontakt ud fra borgerens ønsker og behov. • Det bemærkes, at borgerens forløb bør være sammenhængende på tværs af sygdommens stadier og sektorer med kontinuitet, tydelig koordinering og uden unødigt mange involverede. Samarbejdet bør efter borgerens behov kan også omfatte relevante ikke-sundhedsfaglige aktører.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	• I forlængelse af indberetningen til KPOS bemærkes det at kommunen bør sikre, at eksterne leverandører kan dokumentere direkte i kommunens fagsystem eller indberette i et standardiseret format, så dobbeltregistrering undgås. Relevante kvalitetsdata om egne forløb bør deles tilbage til brug for leverandørernes kvalitetsarbejde. • Den foreslåede indberetning om basal palliation bør først iværksættes, når rammer og datadefinitioner er afklaret, så dokumentationen kan tilrettelægges uden unødige administrative byrder.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	• Kvalitetsopfølgningen hos private leverandører bør beskrives konkret, fx gennem aftalte indikatorer, journal- og forløbsaudit, læring af hændelser og dokumenteret opfølgning. Kommunernes arbejde bør bygge på proportionale og ensartede krav på tværs af driftsformer.

Bilag 1. Begreber	-	• Det bemærkes i forlængelse af ovenstående, at når private og selvejende plejehjem omfattes af de samme krav og anbefalinger som kommunale tilbud, bør de også have samme adgang til de kompetencer, ressourcer og støttefunktioner, der er nødvendige for at efterleve kvalitetsstandarderne. Samme opgave, ansvar og kvalitetskrav bør følges af samme muligheder.
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	• Dansk Erhverv støtter en fagligt robust og døgndækket akutsygepleje med smidige rammer for offentlig-privat samarbejde. Rammerne bør både understøtte samarbejdet med private og selvejende leverandører i borgerens eksisterende forløb og muligheden for at levere akutsygepleje på regionens vegne. • Samtidig er det væsentligt at sikre sammenlignelige rammevilkår på tværs af leverandørformer og klare snitflader. Den videre proces for implementering og afklaring af private leverandørers opgaver og samarbejde bør tydeliggøres.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	• Det bemærkes, at regionernes rådgivning, sparring og bistand også omfatter private og selvejende aktører, herunder friplejehjem, når de udfører kommunale sygeplejeopgaver. Medarbejderne bør have samme adgang som kommunalt ansatte, uafhængigt af særskilte lokale forhandlinger.
	1.2. Formål	• Det foreslås at det præciseret, at kvalitetskravene gælder på tværs af leverandørformer, for sikre ensartet kvalitet og undgå uklarhed. • Formålets beskrivelse af samarbejdet med den kommunale sygepleje bør udtrykkeligt omfatte private og selvejende udførere, herunder friplejehjem, med samme adgang til rådgivning, sparring og bistand.
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	• For at undgå tvivl om driftsmulighederne bør afsnit 1.3.2 udtrykkeligt omtale aftaler med private leverandører om hele eller dele af akutsygeplejens drift, når lovgivningen giver mulighed herfor, og kvalitetskravene opfyldes. Aftalerne bør bygge på klare rammer for opgaver, ansvar, finansiering og samarbejde.

		• Regioner og sundhedsråd bør inddrage private leverandører i nærsundhedsplaner og samarbejdsmodeller. Planlægningen bør sikre private leverandører reel mulighed for direkte aftaler om regional akutsygepleje på ligeværdige vilkår med kommunerne samt adgang til nødvendig faglig understøttelse. Muligheden for aftaler bør ikke afhænge af kommunal driftsvaretagelse.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	• Formuleringen omkring et forbud mod at opbygge parallel kapacitet må dog ikke kunne fortolkes som en barriere for, at regionen kan indkøbe supplerende kapacitet hos en ekstern aktør, eksempelvis som spidsbelastningsaflastning, beredskab i aften og nattetimer eller til dækning af tyndt befolkede geografiske områder. Der foreslås en præcisering i afsnit 2.3: "Supplerende kapacitet, som indgår i regionens visitation, disponering og samarbejdsaftaler, betragtes ikke som parallel kapacitet."
3. Målgruppe	-	• Det bemærkes, at det er positivt, at akutsygepleje i velkendte rammer fremhæves for borgere med demens. Kendte medarbejderes viden om borgerens sædvanlige tilstand bør inddrages, så sygdom opdages tidligt og unødvendige indlæggelser forebygges.
	3.1. Målgruppen	• Det bør fremgå, at ”eget hjem” omfatter plejehjem og botilbud uanset driftsform, herunder udbudte plejecentre.
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	• Private og selvejende aktører, der udfører kommunale sygeplejeopgaver, bør udtrykkeligt have samme adgang som kommunalt ansatte til at kontakte akutsygeplejen uden lægehenvisning med henblik på bistand. Kontaktveje og visitationsprocedurer bør være ens uanset driftsform Dette er samtidig en forudsætning for, at muligheden for vurdering og behandling i velkendte rammer gælder alle plejehjemsbeboere, uanset plejehjemmets organisations- eller ejerform.

		• For at understøtte en hurtig og hensigtsmæssig visitation bemærkes det, at at henvisningsvejen fra den præhospitale indsats bør præciseres, så henvisning kan ske via autoriseret ambulancepersonale, præhospital læge, AMK-læge eller lægevagt på baggrund af ambulancepersonalets vurdering, eventuelt ved videokonsultation. Der bør aftales direkte overlevering fra ambulance til akutsygepleje for at undgå unødvendige sygehustransporter.
	4.2. Typer af indsatser	• Private og selvejende leverandører af kommunal sygepleje bør have samme adgang til telefonisk og virtuel rådgivning, faglig sparring, kliniske vurderinger og instrumentel bistand som kommunale udførere. Adgangen bør følge opgaven og borgerens behov. • Det bemærkes, at det bør beskrives, hvordan akutsygeplejens vurderinger, instrumentelle bistand og kortvarige indsatser tilrettelægges sammen med private leverandører, herunder oplæring og overdragelse af opgaver, så borgerens eksisterende forløb understøttes.
	4.3. Udstyr og medicin	• Regionen bør inden opstart sikre eksterne leverandører samme nødvendige adgang til plejehjælpemidler, sygeplejeartikler, instrukser og dokumentationssystemer som egne enheder. Finansieringen bør være afklaret, så private leverandører ikke pålægges udgifter til udstyr, som offentlige udførere får stillet til rådighed. • Kravene til systemadgang bør omfatte alle, der udfører akutsygepleje på regionens vegne. Regionen bør sikre eksterne leverandører lige adgang til medicinoplysninger, prøverekvirering og videokonsultation, så de kan opfylde de samme faglige krav. • For at sikre ensartede vilkår og patientsikkerhed bør den kommende regulering af medicinhåndtering, omtalt i fodnote 18, give eksterne udførere af regional akutsygepleje samme mulighed for at opbevare og håndtere medicin som regionens egne enheder.
5. Kompetencer	-	

	5.1. Kompetencer	• For at udnytte relevante kompetencer og udvide rekrutteringsgrundlaget foreslås følgende formulering: "Akutsygeplejens indsatser skal varetages af sygeplejersker. Andre autoriserede sundhedspersoner med relevante kompetencer, herunder paramedicinere, kan varetage afgrænsede indsatser efter delegation og under respekt for sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde."
6. Organisering	-	• Organiseringen bør understøtte private og selvejende aktørers deltagelse i fælles borgerforløb. Kompetenceudvikling og faglig sparring med samarbejdspartnere bør udtrykkeligt omfatte private leverandører, der varetager kommunal sygepleje.
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	• Organiseringsafsnittet bør beskrive muligheden for private leverandørers varetagelse af hele eller dele af driften på regionens vegne, når lovgivningen giver mulighed herfor, og kvalitetskravene opfyldes. • Fælles nationale rammer bør fastlægge arbejdsdeling, kontaktveje og ansvarsforhold med plads til lokal tilpasning. De bør omfatte relevante private og selvejende leverandører af kommunal sygepleje og helhedspleje og tydeliggøre, hvilke opgaver de forventes at håndtere, hvornår akutsygeplejen inddrages, og hvilke observationer og oplysninger kontakten kræver.
	6.2. Tilgængelighed	• Det bemærkes, at tilgængelighedskravene bør udtrykkeligt omfatte private og selvejende aktører, herunder friplejehjem, der udfører kommunale sygeplejeopgaver. De bør have samme adgang til akutsygeplejens rådgivning og bistand hele døgnet som kommunalt ansatte, så tilgængeligheden er ens på tværs af geografi og driftsform.
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	• Samarbejdsaftalerne bør omfatte relevante private og selvejende leverandører i fælles borgerforløb. Der foreslås i forlængelse heraf nationale minimumskrav, der bør sikre døgnkontakt, henvisning, rådgivning, informationsdeling, opgaveansvar og overlevering, så adgang ikke afhænger af særskilte lokale forhandlinger. Regioner og kommuner bør sikre, at leverandørerne kender aftalerne og kan anvende kontaktveje og digitale løsninger.

		• Såfremt en ekstern leverandør skal kunne leve op til de faglige standarder på lige fod med offentlige enheder, er lige adgang til de fællesoffentlige og regionale IT-systemer en afgørende forudsætning. Regionen bør integrere eksterne udførere af akutsygepleje i relevante systemer, herunder Fælles Medicinkort (FMK), Sundhedsjournalen, MedCom-kommunikation og prøverekvirering, på lige fod med egne enheder. Adgang til oplysninger skal afgrænses til de konkrete opgaver og følge gældende regler om datasikkerhed og sundhedsoplysninger. • Det bemærkes ved afslutning eller overdragelse af en indsats bør relevante oplysninger gives direkte og rettidigt til den aktør, der skal videreføre borgerens sygepleje, uanset organisations- eller ejerform. Det skal understøtte kontinuitet i forløbet.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	• Det bemærkes, at det nationale datagrundlag og kvalitetsindikatorerne bør være fælles på tværs af driftsformer. Eksterne udføreres aktivitet bør indberettes efter samme standard og indgå i den nationale monitorering, så kvalitet og opgavevaretagelse kan sammenlignes. • Det bemærkes, at indikatorer for tilgængelighed, faglig kvalitet og sammenhæng bør konkretiseres. Der bør følges op på kontakt- og responstider, henvisning og visitation, afvisninger, indlæggelser og samarbejdet med plejehjem på tværs af geografi og driftsform. • Regioner og sundhedsråd bør inddrage kommunale, private og selvejende samarbejdspartneres erfaringer i kvalitetsarbejdet. Private og selvejende aktører bør have adgang til relevante data om egne forløb, så de kan bruge erfaringerne til lokale forbedringer.

19.10.2026

Høringssvar – kvalitetsstandarder for Akutsygepleje

Overordnede bemærkninger

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

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

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

1. Ensartet visitation – afsnit 2.1, 3.1 og 4.1

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

2. Sygeplejerskebåret funktion og dokumenterede kompetencer – afsnit 5.1

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

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

3. Lægefaglig understøttelse og behandlingsansvar – afsnit 6.1 og 6.3

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

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

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

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

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

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

Samlet anbefaling

DASEM og DAENA anbefaler:

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

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

Vi stiller os gerne til rådighed for uddybelse.

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

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

DASEM DANSK SELSKAB FOR AKUTMEDICIN
DANISH SOCIETY FOR EMERGENCY MEDICINE

Daena
Fagligt selskab for Akutsygepleje

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	"Vejledningen giver en god overordnet struktur. Det er selskabets vurdering, at visitationen ikke må baseres på enkeltdiagnoser, men skal tage udgangspunkt i en helhedsvurdering af borgerens funktionsniveau og skrøbelighed. Selskabet efterlyser desuden en tydeligere beskrivelse af det medicinske ansvar i overgangen mellem hospital, praktiserende læge og kommune. For den geriatriske patient er netop denne overgang den mest kritiske fase, hvor medicineringsfejl og manglende opfølgning oftest forekommer. Vejledningen bør derfor i højere grad stille krav til konkrete overleveringsmetoder."	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	Vi bifalder at tildelingen sker under hensyn til borgerens samlede situation og helhedsvurdering af borgerens funktionsniveau og kompleksitet (f.eks. grad af skrøbelighed), således at ressourcerne tildeles de til patienter med størst brug for en tværfaglig vurdering og behandling.
	4.2 Kompetencer	Der bør være adgang til kompetencer i specialistviden om geriatriske syndromer (f.eks. delirium, fald og dysfagi), så disse ikke overses i den kommunale sygepleje, hvilket ofte fører til unødige indlæggelser.
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	

	6.2. Behandlingsansvar	Det er afgørende, at ansvarsfordelingen mellem den praktiserende læge og kommunen er krystalklar ved udskrivelser af komplekse patienter. Der bør stilles krav om en konkret "overleveringsplan" for det medicinske ansvar i overgangsfasen. Ansvaret bør efter ophør af 96 timers behandlingsansvar overgå til borgerens praktiserende læge med mindre der er aftalt andet.
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Selskabet anser det for et vigtigt fremskridt, at basal palliation integreres systematisk i den kommunale sygepleje og lægger vægt på den klare ansvarsfordeling. Særligt bifalder DSG den øgede fokus på patienter med non-maligne sygdomme, og deres behov for palliation	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	Vi bifalder at der sikres, at ikke-maligne forløb (f.eks. svær hjertesvigt, KOL eller fremskreden demens, parkinsons) får samme systematiske fokus som kræftpatienter. Vi anbefaler at der udvikles specifikke retningslinjer for palliation til ældre skrøbelig borgere.
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Selskabet anbefaler at CFS-screene alle borgere mhp nærmere at kende og følge borgeren. Forebyggelse for den geriatriske patient handler om at bevare funktionsevne, ikke kun at behandle sygdom

	3.5. Basal palliation	Ved brug af værktøjer som SPICT og Surprise Question bør det præciseres, hvordan disse anvendes i relation til patienter med svær kognitiv svækkelse, hvor patienten ikke selv kan udtrykke ønsker. Det fremgår at den basale palliation bør foregå i samarbejde med borger/pårørende, el og kommunal sygepleje. Selskabet mener at også hospitalerne bør nævnes og har en rolle at spille. Mange borgere har faste ambulatorielæger/-sygeplejersker og hospitalerne er forpligtede til at bistå den basale palliation.
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Vedr afsnittet med viden om særligt sårbare grupper s. 16 mener vi at borgere med kognitive udfordringer bør medskrives
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	

	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Selskabet støtter det tværsektorielle samarbejde og anbefaler at geriatrien tænkes ind og evt nævnes specifikt som en faglig sparingspartner hos den skrøbelige ældre. Der kan med fordel etableres en "fast kanal" for sparring mellem kommunal sygepleje og geriatriske afdelinger på hospitalet for de mest komplekse patienter, så man kan justere behandlingen uden nødvendigvis at genindlægge, evt. ia akutsygeplejen
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Akutsygeplejen spiller en nøglerolle for at få hospitalerne og det nære sundhedsvæsen til at hænge sammen. For at denne sammenhæng skal kunne fungere for den geriatriske patient, skal akutsygeplejen have kompetencer til at foretage en hurtig, men grundig, geriatrisk vurdering i hjemmet. Vi gør i selskabet opmærksom på at det er ikke tilstrækkeligt at definere høje kvalitetskrav uden samtidig at være opmærksom på kapacitet og praktisk gennemførlighed. Særligt skal der sikres adgang til relevant lægefaglig støtte, så akutsygeplejen ikke blot medfører en forskydning af arbejdsopgaver til andre dele af sundhedsvæsenet. Selskabet påpeger, at akutte symptomer hos ældre med kognitiv svækkelse ofte er atypiske (f.eks. adfærdsændringer frem for feber ved infektion). Hvis akutsygeplejen ikke er klædt på til at genkende disse tegn, øges risikoen for enten over- eller underbehandling. Selskabet anbefaler derfor, at kvalitetsstandarderne for akutsygeplejen inkluderer specifikke kompetencekrav til opsporing af geriatriske akutsyndromer, så behandlingen kan iværksættes i hjemmet, når det er fagligt forsvarligt. Vi anbefaler at det præciseres yderligere, hvordan det lægelige behandlingsansvar placeres og overdrages, særligt i forbindelse med udskrivelse fra hospital. Det er væsentligt, at regional organisering af akutsygeplejen ikke i sig selv medfører en utilsigtet forlængelse af hospitalernes behandlingsansvar, og at der sikres entydige aftaler om lægelig tilgængelighed og opfølgning. Selskabet findet det positivt at kvalitetsstandarderne tydeligt fremhæver ældre medicinske patienter med multimorbiditet, kognitiv svækkelse og atypisk sygdomspræsentation, som igen kalder på behovet for adgang til specialiseret geriatrisk rådgivning	

Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	

	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	**Der bør sikres adgang til lægefaglig vurdering ved komplekse patientforløb** Akutsygeplejens rolle bør ses i tæt sammenhæng med lægefaglig behandling. DSG anbefaler, at der tydeliggøres en enkel og rettidig adgang til lægefaglig vurdering – herunder geriatrisk vurdering – når patientens tilstand eller kompleksitet kræver det. Dette er afgørende, hvis ambitionen om at behandle flere ældre patienter i eget hjem skal lykkes.

	4.2. Typer af indsatser	Ved akutte indsatser i hjemmet bør der være fokus på at forebygge delirium. Det bør indgå i standarderne, at akutsygeplejen sikrer basale behov (hydrering, ernæring, orientering), som er kritiske for geriatriske patienter.
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	**Geriatrien bør fremgå som en tydelig samarbejdspartner** Geriatrien bør nævnes eksplicit som samarbejdspartner for akutsygeplejen. Der bør lokalt etableres klare muligheder for geriatrisk lægefaglig rådgivning, supervision og vurdering ved komplekse ældre medicinske patienter, herunder patienter med multisygdom, polyfarmaci, skrøbelighed, demens, delirium og funktionstab.
7. Kvalitetsudvikling	-	

	7.1. Kvalitetsudvikling	**Kompetencer og kvalitetsmål bør afspejle den ældre medicinske patient** DSG anbefaler, at kompetenceudvikling og kvalitetsudvikling specifikt tager højde for ældre patienters særlige problemstillinger, herunder atypisk sygdomspræsentation, delirium, demens, polyfarmaci, multisygdom og funktionstab. Kvaliteten bør blandt andet vurderes på, om indsatsen forebygger unødvendige indlæggelser og genindlæggelser og understøtter kontinuitet og bevarelse af funktionsevne.

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-**indsatser, som ikke er forbeholdt nogle autoriserede sundhedspersoner at udføre, fx ernæringsindsatser, behandling og pleje af mave-tarmproblem eller psykisk støtte til sårbare borgere eller pårørende.**	Det er uhensigtsmæssigt at ernæringsindsatser karakteriseres som indsatser som ikke kræver autoriserede sundhedspersonale. Udførelsen af opgaver relateret til spisning eksempelvis at smøre mad og serverer mad i hjemmet hører under serviceopgaver, mens ernæringsindsatser udføres med et formål som evalueres for effekt og som kræver fagområde specifikke kompetencer iht kvalitetstandarden nr 2 i afsnit for kompetencer (4.1): ernæringsindsatser bør derfor ikke karakteriseres som en indsats som kan udføres uden fagspecifikke kompetencer da dette ifl. forskningslitteraturen kan være medvirkende til at en underernæringstilstand kan udvikle sig.
	5.1 Udstyr	

6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer **Den kommunale sygepleje kan desuden have medarbejdere med øvrige særlige fagområdespe-cifikke kompetencer på baggrund af behovene i kommunens**	I teksten står der omkring særlige fagspecifikke kompetencer at dette gælder borgere med psykiske problemer, misbrug, sprogbarrierer, sociale-/boligproblemer eller kroniske sygdomme som diabetes og KOL samt ernæring. Ernæring fremstår her som en kronisk sygdom, hvorfor vi foreslår følgende

	population, fx viden om sårbare mål-grupper; såsom borgere med psykiske problemer, misbrug, sprogbarrierer, sociale- /boligproblemer eller kroniske sygdomme som diabetes og KOL samt ernæring.	omformulering indsat samt borgere med ernæringsmæssige udfordringer.
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde **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**	I afsnittet står at Akutsygeplejen kan bistå med konkrete opgaver såsom anlæggelse af blære kateter eller sonde. Det er uklart hvilken type sonde der omtales her, så vi foreslår at det specificeres at der er tale om en ernæringssonde.

	af blærekateter eller sonde.	
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling **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 sundheds-væsenet"48.**	Vi foreslår at anbefalingen også inkluderer evidensbegrebet – således at et samarbejde med professionshøjskoler og universiteter sker for styrelse af evidensgraden samt læring og udviklingens skyld.
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	
7. Kvalitetsudvikling	-	

	7.1. Kvalitetsudvikling	

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	Ingen bemærkninger
2. Målgruppe	-	Ingen bemærkninger
3. Indhold	-	Ingen bemærkninger
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	Ingen bemærkninger
	4.2 Kompetencer	Meget positivt at behovet for medarbejdere med særlige faglige kompetencer indenfor palliativ indsats fremhæves.
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	Ingen bemærkninger
	5.1 Udstyr	Ingen bemærkninger
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	Ingen bemærkninger
	6.2. Behandlingsansvar	Ingen bemærkninger
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Glædeligt at systematik i forhold til identifikation af borgere med palliative behov, systematisk behovsopsporing samt afholdelse af samtale om Ønsker for Fremtidig Pleje og Behandling har en fremtrædende rolle teksten igennem.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	Meget positivt at det pointeres at høj faglighed er en forudsætning for at yde en god basal palliativ indsats.
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	Ingen bemærkninger
2. Målgruppe	-	Der mangler et punkt i denne liste
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	Er punkt 2.2 Derudover ingen bemærkninger
	2.2. Borgere med behov for palliation	Er punkt 2.3 Positivt at det fremhæves at behov for palliativ indsats er uafhængig af diagnose og forventet restlevetid. Glædeligt at pårørendestøtte beskrives som en del af indsatsen.
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	Første afsnit, 5. linje. Sprogligt: gentagelse af ”sygdom”, mangler der tegnsætning?
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	Ingen bemærkninger
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	Ingen bemærkninger
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Ingen bemærkninger
	3.5. Basal palliation	Glædeligt at både identifikation af borgere med palliative behov samt systematisk behovsvurdering, begge dele vha. validerede redskaber, samt afholdelse af samtaler om Ønsker for Fremtidig Pleje og Behandling, er

		integreret i den kommunale sygepleje som en bunden opgave.
	3.6. Opfølgning og afslutning	Ingen bemærkninger
	3.7. Udstyr	Positivt af adgangen til relevant, lindrende subkutan medicin døgnet rundt fremhæves, så patienter, der ønsker at afslutte livet i eget hjem, kan støttes i dette.
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Positivt at der skal være adgang til medarbejdere med særlige kompetencer indenfor palliativ indsats, ligesom disse skal bidrage til kompetenceudvikling til kolleger.
	4.2. Basale palliative kompetencer	Som under 3.5 glædeligt at identifikation, systematisk behovsopsporing samt samtaler om Ønsker for Fremtidig Pleje og Behandling pointeres. Sprogligt bemærkes at "Ønsker for Fremtidig Pleje og Behandling" (FPB) er navnet på en tilgang, og derfor skrives med store begyndelsesbogstaver (punkt 3 i teksten)
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	Ingen bemærkninger
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	Ingen bemærkninger
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	Ingen bemærkninger
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	Ingen bemærkninger
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Positivt at samarbejde mellem kommunal sygepleje og specialiseret palliativ indsats omkring relevante patienter beskrives.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	Overordentligt positivt at der arbejdes på fremadrettet at registrere data omhandlende den basale palliative indsats.

	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	Ingen bemærkninger
Bilag 1. Begreber	-	Under definition af palliativ indsats kunne man med fordel tydeliggøre at det er de fire linjer i andet afsnit der er WHOs oversatte ordrette definition.
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	Ingen bemærkninger
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	Ingen bemærkninger

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	Ingen bemærkninger
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	Ingen bemærkninger
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	Ingen bemærkninger
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	Ingen bemærkninger
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	Ingen bemærkninger
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	Ingen bemærkninger
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	Ingen bemærkninger (for alle 3 underpunkter under punkt 3)
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Ingen bemærkninger
	4.2. Typer af indsatser	Ingen bemærkninger
	4.3. Udstyr og medicin	Ingen bemærkninger
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Ingen bemærkninger
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	Ingen bemærkninger
	6.2. Tilgængelighed	Ingen bemærkninger
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Ingen bemærkninger

7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	Ingen bemærkninger

Dansk Sygeplejeråds høringssvar vedr. sygepleje okt. 2026

Indledning

Dansk Sygeplejeråd (DSR) vil først og fremmest takke Sundhedsstyrelsen for inddragelse og lydhørhed i styrelsens proces med udarbejdelse af kvalitetsstandarderne samt vejledning. Generelt vurderer DSR, at de tre produkter har gennemgået en positiv udvikling i skriveprocessen.

DSR's høringssvar er alligevel omfangsrigt. Det skyldes i overvejende grad tekstnære bemærkninger til de konkrete afsnit i hver af de tre forskellige produkter. Forhåbentligt er det i en form, som Sundhedsstyrelsen kan omsætte til justeringer og præciseringer ind i de konkrete afsnit. DSR indgår meget gerne i yderligere dialog og afklaringer om indhold af høringssvaret i løbet af revideringsperioden. Ligeledes håber vi, at vi kan holde en åben og konstruktiv dialog i forbindelse med den omfattende implementeringsopgave af kvalitetsstandarderne, som følger i de kommende år.

DSR's bemærkninger

Samlet set anbefaler DSR, at der skabes et tydeligere sammenhæng på tværs af produkterne, så begreber, ansvar og forventninger er entydigt beskrevet i alle tre dokumenter. Ligeledes anbefaler DSR, at alle produkter i højere grad forholder sig til, hvordan kvaliteten, samarbejdet, ansvaret mv. skal se ud i løbet af en implementeringsperiode. Det er både urealistisk og uhensigtsmæssigt overfor borgerne, medarbejderne og de lokale ledere at forvente sammenhængende forløb efter de nye standarder allerede pr. 1 januar 2027.

Nedenfor følger specifikke bemærkninger til hver af de tre produkter; 1) vejledning for kommunal sygepleje, 2) kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation og 3) kvalitetsstandarder for akutsygepleje.

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	Det er positivt med en mere tidssvarende beskrivelse af kommunernes opgaver, sammenhængende borgerforløb, patientsikkerhed, det forbeholdte virksomhedsområde mm. Det er samtidigt væsentligt, at vejledningen tydeliggør kommunens myndighedsansvar, rammerne for tildeling, kompetencekrav og behandlingsansvar, når sygepleje udføres på tværs af organisatoriske enheder, faggrupper, lovgivninger og leverandører. Der er ikke tilstrækkelig tydelighed om sygeplejerskers rolle, da kommunal sygepleje kan udføres af autoriseret og ikke-autoriseret sundhedsperson og andre faggrupper. Det medfører risiko for uklar faglig ansvarlighed.

	Der mangler fokus på klinisk sygepleje. Vejledningen beskriver primært organisering, planlægning og ledelse. Det medfører, at den sygeplejefaglige kerneopgave bliver mindre synlig. Det er positivt, at vejledningen tydeliggør kommunalbestyrelsens myndighedsansvar og ledelsens ansvar for forsvarlig arbejdstilrettelæggelse. Vejledningen bør imidlertid tydeligere beskrive de ledelsesmæssige forudsætninger for at løfte ansvaret: Tilstrækkelig bemanding, adgang til relevante kompetencer døgnet rundt, tid til faglig ledelse, fælles digitale løsninger og klare aftaler med regionale og almenmedicinske samarbejdspartnere. Ellers risikerer ansvaret at blive placeret hos den lokale leder uden tilsvarende råderum og ressourcer.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	Det er positivt, at vejledningen tydeliggør kommunalbestyrelsens myndighedsansvar for kommunal sygepleje efter sundhedslovens §138. DSR anbefaler, at sammenhængen mellem vejledningen, kvalitetsstandarderne og den ændrede ansvarsfordeling mellem kommune og region fremgår endnu tydeligere. Det bør især præciseres, hvad der er bindende for kommunen, og hvad der er faglige anbefalinger. Vejledningen bør tydeliggøre, at kommunal sygepleje er en selvstændig sundhedsfaglig opgave, som kræver klinisk vurdering, koordinering og mulighed for at handle på ændringer i borgerens tilstand.
2. Målgruppe	-	Målgruppebeskrivelsen er svær at omsætte i praksis og opleves som uprækcis: (*"Målgruppen er overvejende borgere med almindeligt forekommende sundhedsproblemer i befolkningen.")*. Målgruppebeskrivelsen afspejler dermed ikke, hvad kommunal sygepleje håndterer i dag med stigning i komplekse forløb, multisygdom i mange forskellige kombinationer, avanceret sårbehandling, palliation, IV-behandling og brug af velfærdsteknologi. Vi efterlyser også, at målgruppebeskrivelsen afspejler udviklingen i kommunal sygepleje, fokus på mere forebyggelse og styrkelsen af det nære sundhedsvæsen og mere hjemmebehandling, som beskrives i Den Nationale Sundhedsplan og i Sigtelinjerne for sygepleje. Vi efterlyser derudover et fokus på særlige borgergrupper. Det gælder fx langstrakte palliative borgerforløb over flere år (fx den ældre borger med multisygdom). Ligeledes mangler der tydelighed om målgruppen af borgere med (samtidig) psykiatrisk lidelse. Og det bør også overvejes, hvornår der gælder særlige vilkår for børn og unge, som i nogle sammenhænge har andre behov end voksne. Det anbefales, at ansvar og betalingskommune præciseres i situationer med midlertidige ophold, for borgere uden fast bolig og borgere i botilbud. Det bør desuden være tydeligt, hvordan målgruppen afgrænses i forhold til regionale tilbud, herunder regional akutsygepleje, så borgeren ikke risikerer forsinkelse eller uklarhed om indgangen til hjælp.

3. Indhold	-	Afsnittet beskriver sygeplejen men ikke specifikke kompetencekrav til de forskellige opgaver. Det bør fx præciseres, at det er *sygeplejersker* der kan lede, koordinere, vurdere og delegere sygepleje. Derudover bør det præcises, at klinisk lederskab ikke kan erstatte formel ledelse. DSR anbefaler, at vejledningen tydeliggør, hvordan det koordinerende ansvar afgrænses i forhold til behandlingsansvarlige læge, regionale tilbud og øvrige kommunale indsatser. Det bør samtidig præciseres, hvilke organisatoriske forudsætninger der forventes og skal være på plads for, at opgaverne kan varetages fagligt forsvarligt. Det gælder også for at kunne koordinere tværsektorielt og handle proaktivt, når man ser et behov. Den kommunale sygepleje deltager ikke kun i forskningsprojekter og udviklingssamarbejder, men kan også selvstændigt igangsætte forsknings- og udviklingsprojekter. Det er allerede en del af den kommunale udvikling af sygepleje nu og foregår i praksis flere steder allerede.
4. Organisering	-	Det er væsentligt, at kommunerne fortsat har mulighed for at organisere den kommunale sygepleje efter lokale forhold. For organiseringen skal bl.a. tage konkret højde for tilgængelige kompetencer samt geografi og transporttid. Faglig bæredygtighed må ikke føre til en centralisering, hvor borgerne i yderområder får længere ventetid eller dårligere adgang. Og det bør også fremgå af afsnittet, at forsvarlig kommunal sygepleje forudsætter tydelig sygeplejefaglig ledelse. Ved brug af private leverandører skal samme krav til kompetencer, kvalitet, kontinuitet og patientsikkerhed gælde som i kommunens eget tilbud. Klare rammer, kvalitets- og dokumentationskrav og kontrol med private leverandører bør være et krav, når der indgås samarbejder, og det bør være fastsat nationalt. De konkrete krav til den kommunale kontrol af private leverandører bør også fremgå for at undgå uens kontrol på tværs af kommunerne. Det bør også fremgå, om kommunerne kan indgå i horisontale samarbejder om at varetage kontrollen med private leverandører. Ved organisering på tværs af helhedspleje, botilbud, private leverandører og tværkommunale samarbejder bør der stilles krav om en entydig ledelses- og ansvarskæde. Den lokale sygeplejefaglige ledelse skal inddrages i aftaler om fx opgavefordeling, kvalitet, kontrol, dataadgang og beredskab.
	4.1 Henvisning og tildeling	Det er relevant at placere ansvaret for forsvarlig arbejdstilrettelæggelse hos ledelsen. Det bør samtidig fremgå, at lederen skal kunne afvise eller udskyde opgaver, hvis kompetencer, behandlingsplan, udstyr eller bemanding ikke er tilstrækkelige, uden at borgeren efterlades uden alternativt tilbud. Der bør være en tydelig eskalationsvej til myndighed og henvisende part.

		Det er positivt, at kommunen kan tildele kommunal sygepleje efter lægehenvisning og egen sundhedsfaglig vurdering. Det bør præciseres, hvilke oplysninger en lægehenvisning som minimum skal indeholde, og hvordan en kommune skal handle på mangelfuld henvisning eller uklarhed om behandlingsansvaret. Den kommunale sygepleje bør have mulighed for direkte dialog med den henvisende part og adgang til de nødvendige oplysninger, så behandling ikke forsinkes af organisatoriske snitflader. DSR anbefaler desuden, at kravene til revurdering, opfølgning og afslutning af en indsats beskrives tydeligere, herunder hvordan borgeren informeres om afgørelsen.
	4.2 Kompetencer	Når sygepleje udføres af ikke-autoriseret personale er det afgørende, at der er krav til kommunerne om at sikre delegering, kvalitet og tilsyn af den udførte sygepleje. Det er ligeledes afgørende at præcisere kommunens ansvar for kompetencevurdering, oplæring, opgaveoverdragelse, supervision og løbende vedligeholdelse af kompetencer. DSR anbefaler derfor, at vejledningen tydeliggør både medarbejderens, den autoriserede sundhedspersons, ledelsens samt myndighedens ansvar samt hvordan kommunen dokumenterer, at den enkelte har de nødvendige kompetencer. DSR anbefaler desuden at der udvikles en model for systematisk kompetencekortlægning og en finansieret plan for vedligeholdelse og udvikling af kompetencer i hele landet. Denne plan bør også indeholde kompetencer på specialiseret og avanceret niveau, fx i borgernær sygepleje og palliation.
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	Når nye opgaver flyttes tættere på borgerens hjem, skal kompetencer, bemanding, arbejdstid, udstyr og finansiering følge med. Ændringer i opgaver og organisering bør samtidig ske med systematisk inddragelse af medarbejdere, TR, AMR og MED-systemet. Det bør være tydeligere, hvordan hensynet til borgerens samlede situation, præferencer og sundhedskompetencer skal indgå i valg mellem klinikbesøg, digitale indsatser og besøg i hjemmet. Dette valg bør bero på en konkret sygeplejefaglig vurdering og må ikke i sig selv skabe ulighed i adgang til sygepleje for borgere med kognitive, sproglige, sociale eller kognitive udfordringer. DSR foreslår desuden en præcisering af den daglige ledelses ansvar, samt at ledelsen har adgang til rådgivning til at fastlægge instrukser, kompetenceniveauer, delegation og opfølgning.
	5.1 Udstyr	Nødvendigt udstyr skal være let og rettidigt tilgængeligt hele døgnet, også i yderområder. Der skal tages stilling til behovet for kommunale medicinskabe. De er en vigtig forudsætning for det forbeholdte virksomhedsområde. Manglende adgang til udstyr må ikke føre til unødvendige indlæggelser eller forsinket behandling. Derfor bør ansvaret tydeliggøres. Hvem har ansvar for anskaffelse, finansiering, levering, vedligeholdelse og

		eventuel oplæring i anvendelsen af udstyr – særligt når behandlingen er iværksat af sygehus eller almenmedicins tilbud og efterfølgende varetages i kommunalt regi.
6. Samarbejde	-	DSR anbefaler, at ansvar for initiativ, koordinering, informationsudveksling og opfølgning beskrives tydeligere – særligt ved overgange mellem kommunal sygepleje, alm. medicinske tilbud, sygehuse og regional akutsygepleje. Vejledningen bør understøtte klare samarbejdsaftaler, så der ikke opstår gråzoner eller forsinkelser i borgerens forløb. Aftalerne skal være operationelle, afprøves i praksis og beskrive kontaktveje, svartider, eskalation, behandlingsansvar, informationsdeling og håndtering af kapacitetsproblemer.
	6.1. Rådgivning	Forståelse af rådgivning er svær at omsætte til praksis. Derfor mener DSR, at vejledningen bør beskrive, hvilken rådgivning og i hvilke situationer den kommunale sygepleje kan levere rådgivning til borgere, pårørende og andre faggrupper.
	6.2. Behandlingsansvar	DSR finder det afgørende, at behandlingsansvaret altid er tydeligt. Vejledningen bør tydeliggøre hvem der har ansvaret for ordination, plan, opfølgning og reaktion på ændringer i borgerens tilstand, og hvordan ansvaret overdrages mellem behandlingsansvarlig læge, sygehus og regional akutsygepleje og kommunal sygepleje. Det bør desuden fremgå, hvordan kommunen skal handle, hvis der mangler en tilstrækkelig behandlings-plan eller mulighed for rettidig lægefaglig kontakt. Vejledningen bør indeholde krav om, at ansvar og eventuelle overdragelser fremgår af de digitale arbejdsgange og kan ses af alle relevante medarbejdere. Uklarhed må ikke håndteres lokalt gennem uformelle aftaler. DSR finder det ligeledes afgørende at præcisere, hvem der selvstændigt kan initiere en sygeplejefaglig indsats. Hvis andre sundhedspersoner end uddannede sygeplejersker skal kunne dette, bør der være krav til kommunerne om at beskrive, hvordan øvrigt personale er kompetenceudviklet til at kunne varetage selvstændig sygepleje.
7. Kvalitetsudvikling	-	Forventninger til monitorering og kvalitetsopfølgning bør harmoniseres med kvalitetsstandarderne og så vidt muligt bygge på eksisterende registreringer og dokumentation. Nationale krav bør være få fagligt meningsfulde mål og understøtte læring og forbedring uden at skabe unødigt administrativt arbejde. Kvalitetsudvikling bør også belyse geografiske forskelle. Data bør kunne vise forskelle i tilgængelighed, ventetid, kompetencedækning, utilsigtede hændelser og borgeroplevet kvalitet mellem kommuner og geografiske områder. Krav om dataunderstøttet kvalitetsudvikling bør kobles til ledelsens adgang til rettidige, sammenlignelige og anvendelige data.

Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation	DSR støtter ambitionen om fælles kvalitetsstandarder for en ensartet, fagligt stærk og døgndækket kommunal sygepleje og basal palliation. For at standarderne kan fungere som et reelt kvalitets- og styringsredskab, er det imidlertid nødvendigt, at de i højere grad operationaliseres gennem klare definitioner af centrale begreber samt en tydelig beskrivelse af kompetencer, roller og ansvar. Det vil også bidrage til i højere grad at beskrive den udvikling, som den kommunale sygepleje skal gennemgå som følge af sundhedsreformen frem for at beskrive det eksisterende tilbud. I den nuværende form er der betydeligt rum for fortolkningen i den enkelte kommune. Det kan medføre variation i praksis, uklar ansvarsplacering og risiko for uens kvalitet i tilbuddene. Det harmonerer ikke med sundhedsreformens overordnede ambitioner om større lighed i sundhed og et nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor kommunerne forventes at løfte stadig mere komplekse sygepleje- og palliationsopgaver tæt på borgerne. DSR anbefaler derfor, at der indarbejdes et selvstændigt definitionsafsnit med beskrivelse af centrale begreber som grundlæggende sygepleje, specialiseret sygepleje (som er benævnt fagområdespecifikke), sygeplejefaglige vurderinger, klinisk lederskab, koordinering, organisatoriske kompetencer, tværfagligt og tværsektorielt samarbejde samt kompleksitet i borgerforløb. Grundlæggende sygepleje kan varetages af både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter inden for deres respektive kompetenceområder. Når borgerens situation er kompleks, ustabil eller kræver sygeplejefaglig analyse, klinisk beslutningstagning eller koordinering, skal der imidlertid foretages en sygeplejefaglig vurdering udført af en sygeplejerske. Beskrivelse af disse funktioner er afgørende for at omsætte faglige observationer til sammenhængende indsatser for borgeren. Kvalitetsstandarderne bør derfor tydeligt beskrive, hvilke opgaver der kræver sygeplejefaglige kompetencer, herunder hvornår de skal udføres af en sygeplejerske, og hvilke opgaver der kan udføres eller delegeres til andre faggrupper. Det bør samtidig fremgå tydeligt, hvilke opgaver der ligger inden for sygeplejerskers autorisationsområde og forbeholdt virksomhedsområde, herunder sygeplejefaglige vurderinger, klinisk analyse, klinisk beslutningstagning, koordinering af komplekse forløb samt vurdering og opfølgning på ændringer i borgerens tilstand. Kvalitetsstandarden giver ikke tilstrækkelig klarhed om snitflader mellem kommunal sygepleje, helhedspleje, regional akutsygepleje, sundheds- og omsorgspladser, hjemmebehandlingsteams, almenmedicinske tilbud og sygehuse. Kravene medfører en omfattende ledelsesopgave om kompetenceplanlægning, organisering, instrukser, tværsektorielle aftaler, dokumentation og kvalitetsudvikling. Det bør fremgå som et gennemgående princip, at implementeringsmidler også kan anvendes til ledelse, kompetenceudvikling og lokale implementeringsfunktioner.

Kapitel	Afsnit	Kommentar
1. Introduktion	-	De nationale kvalitetsstandarder bør være et fælles minimumsniveau og ikke et loft. Lokal tilpasning må ikke føre til lavere kvalitet eller dårligere adgang for borgere i yderområder.
	1.1. Formål	Det er positivt, at kvalitetsstandarderne skal bidrage til en mere ensartet kvalitet og en fælles faglig retning for den kommunale sygepleje. Der er imidlertid behov for større tydelighed om implementeringen, herunder hvilke krav der forventes fuldt efterlevet fra ikrafttrædelsen, og hvilke krav der kan implementeres gradvist. Det vil også bidrage til beskrivelsen af den ønskede udvikling i den kommunale sygepleje på længere sigt. Kvalitetsstandarderne kan medføre behov for ændringer i organisering, arbejdsgange, samarbejdsaftaler, dokumentation og kompetenceudvikling. En fagligt forsvarlig implementering forudsætter derfor tilstrækkelig tid, ledelsesmæssig understøttelse og mulighed for lokal tilpasning. DSR anbefaler, at der udarbejdes en national implementeringsplan med en tydelig prioritering af kravene, realistiske overgangsperioder og en beskrivelse af den forventede opfølgning. Det bør samtidig præciseres, hvilke implementeringsudgifter de afsatte midler forventes at understøtte, og hvordan erfaringer fra kommunerne indgår i den løbende justering af standarderne.
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	Den kommunale sygeplejes rolle i det samlede sundhedsvæsen bør beskrives mere konkret. Ansvar for koordination, informationsudveksling og opfølgning mellem kommune, almenmedicinske tilbud, sygehuse, regional akutsygepleje og sundheds- og omsorgspladser bør tydeliggøres. DSR anbefaler, at kvalitetsstandarderne tydeligere beskriver den kommunale sygeplejes selvstændige faglige bidrag til sammenhængende borgerforløb. En tydeliggørelse vil understøtte, at øget specialisering, sektorovergange og organisatorisk kompleksitet ikke medfører, at borgerens fundamentale behov, hverdagsliv og samlede situation overses. Når flere opgaver flyttes fra hospital til det nære sundhedsvæsen, bliver den kommunale sygepleje en endnu vigtigere del af behandlingskæden. Det forudsætter, at der følger tilstrækkelige ressourcer og kompetencer med, og at ledelseskapaciteten udvikles tilsvarende.
2. Målgruppe	-	Målgruppen rummer mange komplekse forløb. Kvalitetskravene bør derfor afspejle behovet for klinisk vurdering, koordinering og sygeplejefagligt ledelse - ikke kun udførelse af konkrete indsatser.
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	Målgruppen bør afgrænses med tydelige kriterier og praksisnære eksempler. Fx for borgere med komplekse eller akut forværrede tilstande, borgere i botilbud, børn og borgere med midlertidigt ophold. Afgrænsningen til regionale tilbud, herunder akutsygeplejen, bør være entydig. Behov for tydeligere beskrivelse af sammenhæng til helhedsplejen.
	2.2. Borgere med behov for palliation	Bør også beskrive ansvar og opgaver hos borgere i palliativt forløb over flere år; fx den ældre borger med multisygdom.

		Det bør præciseres, hvordan palliative behov identificeres rettidigt, og hvordan borgere med andre sygdomme end kræft omfattes. Skellet mellem basal og specialiseret palliation samt kriterier for samarbejde eller henvisning bør tydeliggøres. Borgere med palliative behov skal have samme adgang til kvalificeret lindring uanset postnummer. Det kræver døgndækket adgang til relevante kompetencer, lægefaglig sparring, medicin og udstyr. Der mangler en afklaring af, om målgruppen også er borgere, der ikke er kendt i kommunalt regi.
3. Forløb og indsatser	-	Det skal præciseres, at sygeplejefaglig vurdering og udredning skal udføres af sygeplejersker. Begrebet "grundlæggende sygepleje" bør afgrænses og/eller defineres. Fx beskrives tidlig opsporing som et mål men ikke, hvem der skal kunne gøre det. Det bør præciseres, hvilke kompetencer der kræves i forhold til observation, tidlig opsporing og klinisk vurdering, samt hvornår sygeplejersker skal involveres. Kravene til personcentrering, rehabilitering, basal palliation og komplekse forløb er fagligt relevante, men forudsætter prioritering og koordinering. Standarderne bør anerkende, at ledelsen skal kunne disponere bemanding og kompetencer efter borgernes kompleksitet, ikke alene efter antal besøg eller enkeltydelser.
	3.1. Forløb og indsatser	Krav til den kommunale sygepleje er godt beskrevet. Der skal dog være opmærksomhed på, at der i planlægning og kørelister er tid og rum til at udføre kravene. Obs på potentielt modstridende diskurs i forhold til kompleksitet. På den ene side beskrives en borger som kompleks, mens sygeplejen beskrives som en række af opgaver af mindre kompleks karakter. Det harmonerer heller ikke med helhedstanken i den kommunale sygepleje. Der bør stilles tydelige krav til en sammenhængende plan med mål, ansvar, opfølgning og forventet varighed, når flere faggrupper og sektorer er involveret. Borgerens og de pårørendes ønsker bør indgå tydeligt. DSR er ikke enige i, at stomi og sondeernæring er eksempler på mindre hyppige indsatser i kommunal sygepleje. DSR henviser til uddybende information herom sendt til Sundhedsstyrelsen den 14.10.26. Det er generelt set ikke tilstrækkeligt at beskrive sygepleje med en definition om hyppighed, og det bliver uklart hvilke kompetencer, der reelt er behov for i forhold til variationen af sygeplejefaglige og kliniske opgaver ved at bruge hyppigheds-begrebet.
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	Minimumsoplysninger i henvisningen samt kommunens og lederens handling ved mangelfuld henvisning, uklar delegation eller manglende behandlingsplan bør præciseres. Kontaktveje og tilbagemelding mellem henviser og kommune bør være tydelige.

		Der bør være mulighed for direkte dialog mellem den kommunale sygepleje og den henvisende læge eller anden henvisende part. Relevant information og tidstro data skal følge borgeren rettidigt, så overgange ikke skaber forsinkelser eller patientsikkerhedsrisici. Det er uklart, hvilke rammer der gælder for visitation uden lægehenvisning. Det bør præciseres, hvilke typer sygeplejeindsatser kommunen selvstændigt kan iværksætte, særligt i lyset af sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde.
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	Begrebet "sundhedsfaglig" vurdering kan mistolkes. DSR anbefaler at bruge begrebet "sygeplejefaglig vurdering og udredning". Det bør være tydeligt, at sygeplejefaglige vurderinger og analyser skal foretages af sygeplejersker, jf. også krav om sygeplejefaglig journalføring. Kriterier for tildeling, prioritering og valg af leveringsform bør præciseres. Valg mellem klinik, digital indsats og hjemmebesøg bør bero på en konkret vurdering af borgerens samlede forudsætninger og behov. En opgave bør ikke visiteres til kommunen, før det er afklaret, at den kan varetages fagligt forsvarligt. Formuleringen om, at sygeplejefaglig udredning skal gennemføres senest inden for den første uge, kan forekomme uhensigtsmæssigt bred. Der bør præciseres, at mere komplekse eller ustabile borgere kan have behov for udredning væsentligt tidligere. Kravet om sygeplejefaglig udredning senest inden for den første uge bør suppleres med mulighed for fagligt begrundet prioritering efter borgerens tilstand.
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Formuleringen *"Forebyggelse indgår blandt andet gennem tidlig opsporing, løbende observation, sundhedsfaglig vurdering og opfølgning"* er relevant. Men afsnittet bør følges af beskrivelse af hvilke kompetencer, der kræves, hvem der skal foretage vurderingen, eller hvornår sygeplejersker skal involveres. Derfor bør det præciseres, hvordan den rehabiliterende tilgang omsættes i praksis, og hvordan fælles mål og ansvar koordineres mellem sygepleje, helhedspleje, terapeuter og øvrige faggrupper. Nødvendig sygepleje må ikke afsluttes for tidligt. Formuleringen om, at rehabilitering og palliation har væsentlige faglige overlap, bør nuanceres. Selvom indsatserne ofte kan iværksættes parallelt og begge bidrager til borgerens livskvalitet, har de forskellige formål og faglige tilgange. Beskrivelsen bør derfor i højere grad understrege samspillet mellem indsatserne frem for at beskrive dem som fagligt overlappende. Civilsamfundets rolle i forhold til forebyggelse skal præciseres. Både i forhold til pårørende, frivillige, organisationer m.v., og hvilken rolle disse spiller i forhold til kommunal sygepleje. Hvornår skal der faglighed til at løfte en opgave? Og hvad gør man, når der ikke er pårørende eller andre, der kan løfte opgaven, og man dermed sætter borgeren i en udsat position?
	3.5. Basal palliation	DSR bakker op om kvalitetsløftet i, at systematik og rettidig identifikation er nævn med metoder og redskaber.

		Det er positivt, at basal palliation får en tydelig placering i kvalitetsstandarderne, og at der lægges vægt på rettidig opsporing, lindring, kontinuitet samt inddragelse af borgeren og de pårørende. Det bør dog fremgå mere tydeligt, hvilke minimumskrav der gælder for identifikation af borgere med palliative behov, systematisk behovsvurdering, opfølgning og koordinering af det palliative forløb. Der bør samtidig være en tydelig beskrivelse af ansvarsfordelingen mellem kommunal sygepleje, almenmedicinske tilbud, specialiserede palliative tilbud og øvrige kommunale faggrupper. Det er særligt vigtigt i forhold til behandlingsansvar, adgang til lindrende medicin hele døgnet, ændringer i borgerens tilstand og adgang til lægefaglig rådgivning uden for almindelig åbningstid. Det anbefales, at kvalitetsstandarderne præciserer forventningerne til systematisk opsporing, behovsvurdering, tovholderfunktion, opfølgning og tværfagligt samarbejde.
	3.6. Opfølgning og afslutning	Der bør opstilles minimumskrav til opfølgning, revurdering og afslutning, herunder ansvar for vurdering af effekt og fortsat behov samt en forsvarlig overgang til anden aktør.
	3.7. Udstyr	Udstyr, medicin og digitale løsninger skal være tilgængelige, når behovet opstår - også aften, nat og weekend. Geografisk afstand må ikke være en barriere for at kunne iværksætte nødvendig behandling i hjemmet. Ansvar for anskaffelse, finansiering, levering, vedligeholdelse, rengøring, returnering og oplæring i udstyr bør præciseres. Udstyr og forbrugsartikler bør være tilgængelige, før en behandlingsopgave overdrages.
4. Kompetencer	-	Kompetencekravene er relevante, men de skal omsættes til konkrete muligheder for uddannelse og bemanding. Opgaver og kompetencer skal følges ad, og der skal være tid og økonomi til at vedligeholde kompetencerne. Kompetencer bør ikke alene beskrives som tilgængelige på enhedsniveau. Der bør fastsættes krav til, hvornår sygeplejefaglige kompetencer skal være direkte til stede omkring borgeren og indgå i vurdering, planlægning og opfølgning. Kompetencekravene bør kobles til en national ramme for kompetenceniveauer samt lokale kompetenceprofiler. Det bør fremgå, hvilke kompetencer der skal være fysisk til stede døgnet rundt, og hvilke der kan være tilgængelige via rådgivning. Kvalitetsstandarderne beskriver kompetencer, men ikke den nødvendige faglige kapacitet. Der bør stilles krav til personalesammensætning, så det modsvarer opgavernes kompleksitet. Kontinuitet i borgerens forløb er vigtigt, men det må ikke være begrundelse for at fravælge den nødvendige specialiserede sygeplejefaglige indsats. Borgerens behov bør være styrende. Omvendt er det positivt, at der for de særligt komplekse forløb er beskrevet et behov for en tydelig koordinerende funktion. Det kan præciseres yderligere ved at skrive ind, at det fx kan være en sygeplejerske med specialuddannelse i borgernær sygepleje eller en APN-sygeplejerske.

	4.1. Kompetencer	Følgende formulering: *"Særlige målgrupper bør derfor ikke som udgangspunkt overdrages til særlige fagområdespecifikke medarbejdere, hvis det bryder kontinuiteten i borgernes forløb."* Kan med fordel eksemplificeres, så der ikke opstår misforståelse om, at adgang til specialiseret sygeplejefaglig viden vægter over kontinuitet. Det bør præciseres, at kompetencer i klinisk lederskab, sygeplejefaglige helhedsvurderinger og analyser, klinisk beslutningstagning, prioritering samt koordinering af indsatser og sammenhæng skal varetages af en autoriseret sygeplejerske. Fx står der på side 16, afs. 1 *"... den kommunale sygepleje ydes af personer med de nødvendige uddannelses- og/eller kompetencemæssige kvalifikationer i forhold til opgaverne."* DSR finder formuleringen for uspecifik og er bekymrede for, at fortolkning vil svække kvaliteten. Følgende formulering bør præciseres: *"De nødvendige kompetencer kan være knyttet til den enkelte medarbejder eller være tilgængelige i den samlede kommunale sygeplejeenhed"* Det bør fremgå, hvilke kompetencer der skal være til stede hos den medarbejder, der står hos borgeren, hvornår en sygeplejerske skal være direkte involveret, eller hvilke opgaver der kræver sygeplejefaglig vurdering. Kommunal sygepleje udføres på tværs af organisatoriske enheder. Det stiller krav om tydelige rammer for kompetencevurdering, opgaveoverdragelse, oplæring og supervision. Kravene bør derfor ikke alene rette sig mod den enkelte medarbejder, men også mod ledelsens og organisationens ansvar for at skabe de nødvendige rammer. Det bør præciseres, hvilke kompetencer der som minimum skal være til stede i organisationen, og hvilke kompetencer den enkelte medarbejder forventes at have for at kunne varetage forskellige sygeplejefaglige indsatser. Derfor anbefaler DSR, at begrebet "enhedsniveau" defineres tydeligere, da begrebet er op til fortolkning. Det kan fx føre til for stor variation mellem små og store kommuner. Ledelsen skal kunne dokumentere match mellem opgaver og kompetencer, men standarden bør samtidig give mulighed for lokale modeller, tværkommunale løsninger og regionale støttefunktioner. I en geografisk stor kommune eller region er det ikke nok, at en kompetence findes et sted i organisationen; den skal være og rettidigt tilgængelig for borgeren og den medarbejder, der står i situationen. DSR anbefaler desuden et krav om, at flere uddannes i borgernær sygepleje.
	4.2. Basale palliative kompetencer	Alle medarbejdere skal have grundlæggende palliativ viden, men komplekse vurderinger kræver sygeplejefaglige kompetencer og adgang til specialiseret rådgivning døgnet rundt. Ledelsen skal have mulighed for at planlægge supervision og faglig sparring som en del af arbejdstiden.

		Basale palliative kompetencer bør konkretiseres og differentieres efter funktion og ansvar. De bør omfatte tidlig opsporing, behovsvurdering, symptomlindring, kommunikation om ønsker og mål, støtte til pårørende, koordinering og kriterier for specialiseret palliation.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kom-petenceudvikling	Det anbefales, at kvalitetsstandarderne suppleres med en tydeligere beskrivelse af de forventede kompetenceniveauer og de organisatoriske forudsætninger for kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling. Ellers bliver kravet et lokalt ledelsesansvar uden de nødvendige virkemidler.
5. Organisering og samarbejde		
	5.1. Organisering og tilgængelighed	Det er positivt, at geografi og afstande til det øvrige sundhedsvæsen indgår i planlægningen. Dette bør omsættes til krav om reel tilgængelighed hele døgnet, også for borgere i yderområder. Døgndækning og tilgængelighed kræver robust bemanding og et bæredygtigt ledelsesspænd. Begrebet ”døgndækket kommunal sygepleje” bør præciseres med hvilke funktioner og kompetencer kommunen forventes at have til rådighed på forskellige tidspunkter af døgnet. Det bør blandt andet fremgå, om døgndækning indebærer fysisk tilstedeværelse af bestemte kompetencer, mulighed for telefonisk rådgivning eller adgang til sygeplejefaglig vurdering og handling inden for nærmere fastsatte tidsrammer. Implementering af sygeplejerskernes forbeholdte virksomhedsområde er meget uens på tværs af landets kommuner. Kvalitetsstandarderne bør understøtte en mere ensartet udbredelse. I afsnit på side 20, *”Sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde”*, bør det være ”skal” frem for ”kan”, når kommunalbestyrelsen beslutter brugen af sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde. DSR foreslår, at beskrivelsen af sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde suppleres med konkrete eksempler på anvendelse i kommunal praksis. Dette vil understøtte implementering og ensartet forståelse.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	Tværkommunale løsninger kan være relevante for at sikre specialiserede kompetencer og tilstrækkelig opgavevolumen. De må dog ikke føre til centralisering, som giver længere responstid eller svækker det lokale samarbejde og det lokale kendskab til borgerne. Tværkommunale løsninger må ikke skabe uklarhed om personaleledelse, fagligt ansvar eller eskalationsmulighed. Det anbefales, at kvalitetsstandarderne tydeliggør minimumskravene til kommunal tilgængelighed, kompetencedækning og responstid samt afgrænsningen til den regionale akutsygepleje. Det vil understøtte ensartet implementering og mindske risikoen for forskellige fortolkninger på tværs af kommuner og regioner.
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	Ansvar og arbejdsgange mellem kommunal sygepleje, helhedspleje, myndighed, træningsområdet, hjælpemiddelområdet, socialpsykiatri og botilbud bør beskrives tydeligere. Der bør være fælles mål, klare kontaktveje og entydigt tovholderansvar. Det bør fremgå, at det er afgørende for samarbejdet, at der er klare aftaler og systemer, der understøtter datadeling samt koordinering og sammenhæng i borgerens forløb.

		Meget uklart hvordan civilsamfundet er tænkt ind. Det skal defineres eller som minimum gives eksempler på, hvordan det kan se ud. Vigtigst er klarhed om, at opgaverne skal kunne løses uden brug af civilsamfund.
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Snitfladerne mellem den kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje bør beskrives mere konkret. Begrebet "nationalt fastlagte snit" anvendes uden nærmere forklaring. Det bør beskrives mere konkret, hvad der forstås ved disse snit. Beskrivelserne af samarbejdet mellem kommunal sygepleje og regional akutsygepleje bør konsekvensrettes, så de afspejler de samme definitioner og opgaveafgrænsninger som i kvalitetsstandarden for akutsygepleje. Der mangler beskrivelse af sammenhæng med hjemmebehandling, herunder med de nye hjemme-behandlingsteams, og øvrige regionale udgående funktioner, som forventeligt vil få en stigende rolle i de kommende år. Der er behov for en tydelig placering af ansvar ved ændringer i borgerens tilstand, ved sektorovergange og i situationer, hvor det ikke umiddelbart kan afgøres, om borgerens behov skal varetages af den kommunale sygepleje eller den regionale akutsygepleje. Det bør blandt andet fremgå, hvem der har ansvaret for vurdering, koordinering, opfølgning og videregivelse af relevante oplysninger. Hvordan sikres at journaloplysninger deles? Alle involverede i et forløb skal have adgang til samme tidstro data om borgeren. Kvalitetsstandarden forholder sig ikke til udfordringer med forskellige systemer. Samarbejdsaftaler skal være gensidigt forpligtende og indeholde konkrete kontaktveje, svartider, ansvar, dataadgang, overdragelseskriterier og eskalation. De ledere, der har ansvar for den daglige drift, skal inddrages i udformning, implementering og evaluering af aftalerne.
6. Kvalitetsudvikling	-	Efteruddannelse har også betydning for kvalitetsudvikling. Og ledelsens ansvar for kvalitetsudvikling bør tydeliggøres. Kompetencer beskrives som noget, der skal være til stede "på enhedsniveau", men det beskrives ikke, hvilke opgaver der kræver direkte sygeplejefaglig vurdering, eller hvornår sygeplejersker skal være involveret. Dermed risikerer standarderne at skabe stor lokal variation og utilstrækkelig faglig understøttelse af de mere komplekse opgaver, som sundhedsreformen flytter ud i kommunerne. Der bør fastlægges fælles indikatorer og minimumskrav til monitorering, så kvalitet kan følges og sammenlignes på tværs af kommuner. Fx skal kvalitetsudviklingen kunne dokumentere, om den nye organisering skaber reel lighed og høj kvalitet. Det kræver data, der kan belyse geografiske forskelle og forskelle over døgnet.

	6.1. Kvalitets-udvikling og monitorering	Det er positivt med en mere datadrevet kvalitetsudvikling. Det bliver dog utydeligt i hvilket omfang og hvordan, når der står *"arbejde med dataunderstøttet kvalitetsudvikling, hvor relevant"*. Hvem vurderer det? Der er behov for præcisering, for at der ikke opstår store forskelle på tværs af kommuner, og for at kvalitetsudviklingsindsatser bygger på relevans og nødvendighed. Behov for en tydeligere beskrivelse af, hvilke data der efterspørges. DSR anbefaler, at monitorering bygger på få meningsfulde indikatorer så som tilgængelighed, ventetid, kompetencedækning, genindlæggelser, utilsigtede hændelser, kontinuitet og borgeroplevet kvalitet. Data bør kunne opdeles i mindre geografiske områder, så lokale forskelle ikke skjules i kommunale eller regionale gennemsnit.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	Det bør præciseres, hvilke nationale data og understøttende redskaber kommunerne kan forvente, samt hvordan lokale erfaringer bruges i den løbende justering af standarderne. Kvalitetsudvikling bør ske tæt på praksis og med systematisk inddragelse af sygeplejersker og andre medarbejdere. Samarbejde med professionshøjskoler og universiteter bør indskrives som et krav.
Bilag 1. Begreber	-	Se under "generelle bemærkninger" hvilke øvrige begreber, der med fordel kunne defineres.
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	Der er behov for flere cases med borgere, som ligger i gråzonen ift. om det er kommunal sygepleje eller regional akutsygepleje samt med borgere med samtidig somatisk og psykiatrisk lidelse. DSR har fremsendt forslag til cases den 14.10. Der mangler en case, der beskriver borger i palliativt forløb i flere år; fx den ældre borger med multisygdom.
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	Der mangler eksempler på borgere, der skal visiteres til sundheds- og omsorgsplads, hjemmebehandlingsteam eller specialiserede regionale tilbud fremfor kommunal sygepleje.

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Dansk Sygeplejeråd bakker op om en robust, døgndækket og ensartet regional akutsygepleje. Det er derfor afgørende, at den regionale organisering tager højde for forskelle i geografiske afstande, yderområder og øsamfund. Akutsygeplejen skal have reel fysisk tilstedeværelse og kapacitet i hele regionen - ikke alene være organisatorisk dækkende. Flytning af myndighedsansvar skaber nye snitflader. Derfor skal beskrivelse af både samspil og samarbejde mellem kommunal sygepleje og regional akutsygepleje tydeliggøres i disse standarder. Kommunale ledere eller medarbejdere må aldrig stå med koordineringsansvar for forløb uden beslutningskompetence over de regionale indsatser. Fx skal ansvar, visitation og behandlingsansvar beskrives entydigt. Det skal altid være klart, hvem der har ansvaret for borgeren og borgerens forløb. Det gælder især også ved kapacitetsproblemer eller komplekse forløb. Datadeling: Det skal også afklares, om akutsygeplejen fortsat kan tilgå kommunale omsorgssystemer. Og hvis de ikke kan det, hvordan der så sikres den nødvendige og rettidige viden om borgeren. Responstid skal også beskrives yderligere. Hvad med dækning og kørselstid – er der et max for det?	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	Der bør tydeligere beskrives i krav, hvordan målsætningen om national ensartethed konkret skal realiseres, når der samtidigt er betydeligt rum til lokal planlægning og lokale aftaler.
	1.2. Formål	Der står, at akutsygeplejen skal udvikles over tid. Men hvordan stiller det medarbejdere og borgere i en ikke nærmere defineret implementeringsfase?
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	Kravet om døgndækket sygepleje og tilgængelighed er et stort kvalitetsløft for hjemmeboende borgere. Det er ikke beskrevet, hvad der sker hvis kapaciteten er opbrugt, hvem der overtager ansvaret, hvem der træffer beslutningen, eller hvordan borgeren sikres hjælp imens. Der henvises flere steder til lokale aftaler og nærsundhedsplaner uden samtidig at opstille nationale minimumskrav. Dette kan medføre betydelige geografiske forskelle. I den samlede styringsramme bør der stilles krav om kobling mellem nærsundhedsplaner og konkrete ledelses- og samarbejdsstrukturer. Nationale krav skal kunne omsættes til entydige lokale arbejdsgange.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	Hvem vurderer, og hvordan vurderes det, om akuttilbuddet i en region er fagligt bæredygtigt, rettidigt samt planlagt med kontinuitet? Dette bør beskrives.

		Der bør stilles krav om tæt monitorering af implementeringen fra 1. januar 2027, herunder tilgængelighed, aktivitet, varighed og variation i forløb, responstider, samarbejde med kommuner, kvalitet, medicinforbrug og patientforløb, genhenvendelser, patientsikkerhed og medarbejdernes kompetencer. Ledere bør have adgang til disse data lokalt.
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	Der mangler generelt en tydeligere afgrænsning af akutsygeplejens funktion i forhold til kommunal sygepleje herunder plejehjem, hjemmebehandlingsteams, sundheds- og omsorgspladser, almen praksis, sygehus og præhospital indsats Samarbejdet skal være enkelt og hurtigt i den konkrete situation.
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	Når nærsundhedsplaner udarbejdes i hvert sundhedsråd, hvor stor forskellighed på tværs af landet kan godtages? Begrebet "subakutte behov" bør defineres tydeligere med konkrete eksempler og med afsæt i eksisterende erfaring med kommunale akutteams. Snitfladen til den præhospitale indsats skal være tydelig, så borgere med behov for akut lægelig eller præhospital behandling ikke forsinkes af tvivl om, hvilket tilbud der skal handle. Helt konkret har Region Midtjylland i august 2026 besluttet et ”udviklingsspor” i Horsens, hvor man vil afprøve at indrette akutsygeplejen, så Præhospitalet varetager opgaven om natten fra kl. 23-08 hele ugen. Udviklingssporet vil blive evalueret og vurderet i forhold til eventuel videre skalering af modellen til resten af regionens akutsygepleje. Men ligger Horsens-modellen inden for rammerne i kvalitetsstandarden og inden for rammerne i den nationale sundhedsplan og sigtelinjerne for sygepleje? Det skal man kunne læse ud af disse kvalitetsstandarder.
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	Det er positivt, at den kommunale sygepleje så vidt muligt fastholder den koordinerende funktion. Det kræver imidlertid en præcis afgrænsning af ansvar og beslutningskompetence, når den regionale akutsygepleje leverer samtidige indsatser. Særlig opmærksomhed ved overgang fra hospital til akutsygepleje, hvor der ikke tidligere har været kommunal hjemmesygepleje. Kræver tydelig beskrivelse af arbejdsgange grundet patientsikkerhed. Det bør beskrives mere konkret, hvilke opgaver der forventes varetaget af akutsygeplejen efter udskrivelse, samt hvordan samarbejdet og snitfladen skal være mellem akutsygeplejen og alle samarbejdspartnere (kommunale enheder, plejecentre, kommunale sygepleje mv.)
3. Målgruppe	-	Er meget bredt defineret og bør konkretiseres. Hvad menes med akut dårlig borger eller forværring?

	3.1. Målgruppen	Borgere med samtidig somatisk og psykisk sygdom skal have samme adgang til akutsygepleje som andre, når det akutte behov er somatisk eller sammensat. Samarbejdet med psykiatri og socialpsykiatri skal være tydeligt og tilgængeligt.
4. Indsatser	-	Beskrivelse af visitation, krav til rådgivning samt den døgndækkede udkørende funktion bør præciseres. DSR anbefaler en så smidig visitations som muligt, så sygeplejerskerne oplever et sømløst samarbejde uden ventetid. Ligeledes bør det præciseres, hvilke krav der gælder for fysisk fremmøde og sygeplejefaglig tilstedeværelse.
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Ansvar og kompetence ved visitationen bør beskrives mere præcist, så der ikke opstår usikkerhed om, hvem der handler og hvornår. Det fremgår ikke tydeligt, hvilke faggrupper der kan kontakte akutsygeplejen direkte. Det bør præciseres, om SOSU-hjælpere, SOSU-assistenter, plejecentre og bosteder også kan kontakte akutsygeplejen direkte. Formuleringen om kommunal sygeplejes adgang til at kontakte akutsygeplejen uden lægehenvisning er uklar og bør forenkles. Samt hvem der i så fald er ansvarlig for at have kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Det bør ligeledes beskrives, om akutsygeplejen selvstændigt kan henvise eller visitere borgere videre til kommunal sygepleje. Det vil kræve konkrete samarbejdsaftaler ift. responstid, ansvarsfordeling osv. Formuleringen *"Akutsygeplejen skal desuden have en døgndækkende udkørende funktion..."* skal være tydeligere på, om sygeplejersker skal være fysisk tilgængelige hele døgnet, om telefonisk/digital tilgængelighed kan erstatte fysisk fremmøde, eller om andre faggrupper kan udføre opgaven efter rådgivningen. DSR anbefaler, at det som altovervejende hovedregel er en fysisk udkørende akutsygeplejerske. Kommunikation om opstart af ydelser: Hvordan gives besked til kommunen om opstart af nye ydelser (fx SIK, væskeskema, dosering af medicin) i ydertimer, weekender og helligdage?
	4.2. Typer af indsatser	Positivt at den kliniske sygeplejefaglige vurdering i borgeres hjem (indenfor få timer efter udskrivelsen) er tydeligt beskrevet. Det bør præciseres, at en sygeplejefaglig vurdering kun kan udføres af en autoriseret sygeplejerske. Ved parallelle indsatser skal én part have ansvar for den samlede koordinering, og det skal fremgå tydeligt for borgeren og de involverede medarbejdere. Overdragelse tilbage til kommunen

		skal ske efter aftalte kriterier og med nødvendig oplæring og information. Hvis en opgave efter oplæring forventes overtaget kommunalt, skal det først sikres, at kommunen har de nødvendige kompetencer, udstyr, opgavevolumen, bemanding og mulighed for faglig sparring. Hvem har ansvaret for at vurdere, om kommunen kan og skal overtage forløbet? Hvilke oplysninger skal rådgiver have adgang til, hvordan kvalitetssikres rådgivningen, og hvem har ansvaret for den samlede vurdering af borgeren?
	4.3. Udstyr og medicin	Der bør opstilles nationale minimumskrav til udstyr og remedier, eksempelvis TOBS-udstyr, ilt, sug, blærescanner og POCT-udstyr. Det bør præciseres, hvem der leverer sygeplejeartikler til borgere, der ikke i forvejen er kendt af kommunen. Akutsygeplejen bør have adgang til relevante lægemidler, og der bør beskrives krav til kvalitetssikring, registrering og monitorering af medicinforbrug.
5. Kompetencer	-	Der skal opstilles klare krav til faglige kompetencer i akutsygeplejen. Især i forbindelse med delegation.
	5.1. Kompetencer	Kompetencekravene er relevante. Der bør opstilles tydeligere krav til profession, erfaring og efteruddannelse ved ansættelse i akutsygeplejen. Regionerne bør forpligtes til løbende kompetenceudvikling og -planlægning og vedligeholdelse af kompetencer. Her må meget gerne være helt konkrete mål, så det fremgår, at det kun er autoriserede sygeplejersker, der kan varetage akutsygeplejen. Samt at alle akutsygeplejersker inden for en årrække har en relevant specialuddannelse inden for akutsygepleje (den nuværende akutsygeplejerskeuddannelse skal tilpasses lidt for at være målrettet denne gruppe).
6. Organisering	-	Indsatser kan beskrives tydeligere, så rammerne bliver mere ensartede. Der kan være forskel på, hvad akutsygeplejen håndterer i ydertimerne. Det bør præciseres hvem der fx har ansvaret for IV/AB hjemmebehandling, som også ligger hos de kommunale sygeplejersker. Hvordan skal opgaver håndteres, hvis et plejecenter ikke har adgang til sygeplejersker? Organiseringen bør vurderes på både faglig bæredygtighed og ledelsesmæssig bæredygtighed. Der skal være tydelig ledelseskompetence tæt på driften hele døgnet og et realistisk ledelsesspænd. Geografi skal være et styrende hensyn i organiseringen. Den regionale model skal sikre både fagligt robuste miljøer og lokal tilstedeværelse, så lange køretider ikke reducerer den reelle tilgængelighed.
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	

	6.2. Tilgængelighed	Der bør fastsættes konkrete minimumskrav til responstid, fysisk tilstedeværelse, geografisk dækning og kapacitet, så ensartet kvalitet kan dokumenteres og vurderes. Formuleringen 'inden for få timer' er for upræcis som mål for akut tilgængelighed.
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Placering af behandlingsansvar bør ikke alene bero på lokale aftaler. Der bør fastlægges nationale minimumskrav til ansvar, kommunikation og dokumentation. Hvornår defineres et forløb, og hvilke opgaver skal akutsygeplejen varetage, når den kommunale sygepleje også er involveret? Det bør afklares, om akutsygeplejen kan anmode kommuner om opstart af hjælp og sygepleje med kort varsel hele døgnet. Der bør stilles krav om, at akutsygeplejen har adgang til relevante kommunale omsorgssystemer eller relevante borgeroplysninger. Der mangler afklaring af dokumentation, indlæggelsesrapporter, kommunikationsveje ved indlæggelse og anvendelse af begrebet borger kontra patient i regionale journalsystemer.
7. Kvalitetsudvikling	-	Der er behov for tæt monitorering af ordningen fra 1.1.2027. med planlagt dato for opfølgende evaluering.
	7.1. Kvalitetsudvikling	Der bør fastlægges fælles nationale indikatorer, så kvalitet og tilgængelighed kan monitoreres ensartet på tværs af landet. Monitoreringen bør som minimum omfatte responstid, geografisk tilgængelighed, kompetencedækning, aktivitet over døgnet, indlæggelser/genindlæggelser, utilsigtede hændelser og borgeroplevelser. Resultaterne bør anvendes løbende til at justere organisering og kapacitet. Kvalitetsudvikling bør omfatte fælles læring på tværs af kommune og region, ikke kun intern regional opfølgning. Data skal kunne deles med de kommunale ledere, som fortsat har ansvar for den øvrige sygepleje omkring borgeren.

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.
Udkast udarbejdet af Danske Bioanalytikere. Bemærkningerne fokuserer på diagnostisk udstyr, herunder patientnære analyser (POCT), og behovet for tydeligt placeret laboratoriefaglig kvalitetssikring.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje Vejledningen omtaler almindelige plejehjælpemidler, men beskriver ikke tydeligt, at kommunal sygepleje også kan anvende diagnostisk udstyr og udføre patientnære analyser. Det bør fremgå eksplicit, fordi kravene til diagnostisk udstyr er andre og mere omfattende end kravene til almindelige plejeartikler.	

Kapitel	Afsnit	Kommentar
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	

	5.1 Udstyr	Forslag til tilføjelse efter første afsnit: ”Kommunalbestyrelsen skal desuden sikre, at medarbejdere, der udfører diagnostiske undersøgelser, har adgang til egnet diagnostisk udstyr, herunder udstyr til patientnære analyser (POCT), og at de indgår i et samarbejde om kvalitetssikring og oplæring med det relevante sygehuslaboratorium.” Begrundelse: Den nuværende tekst omhandler plejehjælpemidler og behandlingsredskaber, men nævner ikke diagnostisk udstyr eller POCT, som også er udstyr der anvendes i den kommunale sygepleje.
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal Kvalitetsstandarderne bør eksplicit anerkende, at kommunal sygepleje anvender diagnostisk udstyr, herunder POCT. Den nuværende formulering om procedurer for kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse angiver ikke, hvem der har det laboratoriefaglige ansvar, eller hvad kvalitetssikringen mindst skal omfatte. Det kan føre til forskellig kvalitet på tværs af kommuner.	

Kapitel	Afsnit	Kommentar
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	

	3.7. Udstyr	Danske Bioanalytikere anbefaler, at teksten tydeligt fastslår, at diagnostisk udstyr, herunder POCT-udstyr, også er udstyr, der anvendes i den kommunale sygepleje. I den kommunale sygepleje vil der fortsat være anvendelse af POCT-udstyr selvom akutsygeplejen formelt flyttes til at blive regionernes ansvarsområde. Derfor vil det være relevant at fortsætte eller opstarte gensidige samarbejder mellem sygehuslaboratorier og den del af den kommunale sygepleje, hvor POCT-udstyr anvendes. Forslag til uddybning af denne sætning: "*Der skal foreligge relevante procedurer for kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse af udstyr. Når der anvendes udstyr til patientnære analyser (POCT), bør der være et samarbejde om kvalitetssikring med det relevante sygehuslaboratorium tilpasset den enkelte kommune.*" Borgere skal kunne have samme tillid til et prøvesvar, uanset om prøven tages på sygehuset, i akutsygeplejen, på plejehjemmet eller i eget hjem. Sygehuslaboratorierne har allerede erfaring med kvalitetssikring af patientnær diagnostik og kan dermed understøtte den kommunale sygeplejes anvendelse af POCT-udstyr. Når kvalitetssikringen organiseres ensartet, styrkes patientsikkerheden, og risikoen for fejlmålinger og fejlbehandling reduceres.
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Forslag til tilføjelse: "Samarbejdsaftalerne mellem kommuner og regioner skal beskrive sygehuslaboratoriernes opgave med kvalitetssikring af diagnostiske undersøgelser i kommunal sygepleje." Det placerer ansvaret hos en faglig funktion, som allerede har laboratoriemedicinsk ekspertise og kan understøtte ensartet kvalitet på tværs af sektorer.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	

	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje Det er positivt, at udkastet kræver procedurer for anvendelse, kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse af diagnostisk udstyr. Kravet er imidlertid for åbent, fordi det ikke fastlægger laboratoriefagligt ansvar eller indholdet af kvalitetssikringen. Når akutsygeplejen bliver regional, er der en oplagt mulighed for at sikre en ensartet model med sygehuslaboratorierne i alle regioner.	

Kapitel	Afsnit	Kommentar
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	

4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	
	4.3. Udstyr og medicin	Danske Bioanalytikere anbefaler, at teksten tydeligt fastslår, at diagnostisk udstyr, herunder POCT-udstyr, skal kvalitetssikres i et samarbejde med det relevante sygehuslaboratorium. Uden et tydeligt ansvar og et fælles minimumsniveau er der risiko for uensartet analysekvalitet og dermed fejlagtige eller forsinkede behandlingsbeslutninger. Der er eksempelvis stor forskel på indholdet i kvalitetssikring, oplæring og logistiske løsninger alt efter om det foregår via et sygehuslaboratorium eller et privat firma. Vi foreslår at denne del: ”Der skal foreligge procedurer for anvendelse, kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse af udstyret. Der skal desuden være etableret arbejdsgange for håndtering og transport af prøver samt adgang til de nødvendige systemer til rekvirering og dokumentation af prøvetagning.” Ændres til en skærpet formulering: ”Der skal foreligge procedurer for anvendelse, kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse af udstyret i samarbejde med det relevante sygehuslaboratorium. I samarbejdet med sygehuslaboratoriet skal der desuden være etableret arbejdsgange for håndtering og transport af prøver samt adgang til de nødvendige systemer til rekvirering og dokumentation af prøvetagning.” Borgere skal kunne have samme tillid til et prøvesvar, uanset om prøven tages på sygehuset, i akutsygeplejen, på plejehjemmet eller i eget hjem. Derfor bør kvalitetssikringen af diagnostisk udstyr og patientnære analyser ske i gensidige samarbejder mellem sygehuslaboratorierne og akutsygeplejen. Sygehuslaboratorierne har allerede ansvaret for kvaliteten af laboratoriediagnostik og den nødvendige ekspertise til at sikre ensartede procedurer, oplæring, kvalitetskontrol og opfølgning. Når kvalitetssikringen organiseres ensartet, styrkes patientsikkerheden, og risikoen for fejlmålinger og fejlbehandling reduceres.
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Forslag til at erstatte denne sætning: *”udføre hyppigt og mindre hyppigt forekommende instrumentel sygepleje, herunder diagnostiske undersøgelser”.* Med denne sætning: ”*udføre hyppigt og mindre hyppigt forekommende instrumentel sygepleje, herunder diagnostiske undersøgelser såvel præanalytisk som analytisk”.*

6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	Forslag til tilføjelse til de organisatoriske forudsætninger: *"Akutsygeplejen bør være organisatorisk koblet til relevante sygehuslaboratorier med klare ansvars- og kontaktveje for kvalitetssikring af diagnostiske undersøgelser."*
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	Det bør tydeliggøres, hvad de særlige demensfaglige kompetencer indebærer, fx personcentreret omsorg, viden om kognitive funktionsnedsættelser, observation af ændret adfærd, symptomvurdering, kommunikation og samarbejde med pårørende.
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Vi sætter stor pris på, at den personcentrerede tilgang fremgår så tydeligt af teksten. I høringsudkast til *Kvalitetsstandarder for akutsygepleje*, kap. 3.2, s. 10, beskrives det, at akut sygdom hos mennesker med demenssygdom kan vise sig som uro, konfusion, diffuse smerter eller pludselig nedsat funktionsevne. Lad dette perspektiv gå igen i disse kvalirtetsstandarder og fremhæv behovet for kompetencer til at observere og fortolke ændringer hos mennesker, der har svært ved selv at beskrive symptomer.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	Her står, at sygeplejen skal tage udgangspunkt i borgerens samlede situation, behov, muligheder, præferencer og sundhedskompetence. Ved demenssygdom kan disse forhold ikke altid afdækkes gennem samtale. Fremhæv observation, livshistorie, habitualtilstand og viden fra pårørende og kendte medarbejdere.
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	

	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	I afsnit 4.1 beskrives det, at den kommunale sygepleje skal have adgang til medarbejdere med "særlige fagområdespecifikke sygeplejekompetencer" med henblik på at kunne yde sygepleje til borgere med demens. Vi antager, at der her henvises til demenskoordinatorer. Det er imidlertid uklart, hvordan kravet skal forstås, når demenskoordinatorer som faggruppe ikke nødvendigvis har en sygeplejefaglig uddannelse. Hvordan skal kravet eksempelvis fortolkes i kommuner, hvor den særlige demensfaglige kompetence er placeret hos en demenskoordinator med en anden sundhedsfaglig baggrund? Der er en væsentlig forskel mellem på den ene side en særlig fagområdespecifik demensfaglig kompetence og på den anden side en særlig fagområdespecifik sygeplejekompetence inden for demensområdet. Det fremgår ikke tydeligt, om adgang til en demenskoordinator uden en sygeplejefaglig baggrund opfylder kravet om adgang til særlige fagområdespecifikke sygeplejekompetencer. Det bør derfor præciseres, at den kommunale sygepleje skal have adgang til medarbejdere med særlige demensfaglige kompetencer, som kan

		understøtte den kommunale sygepleje i at tilrettelægge og yde personcentreret pleje og palliation til mennesker med demens. Det fremhæves i høringsudkastet, at særlige målgrupper ikke bør overdrages til specialiserede medarbejdere, hvis det medfører brud på kontinuiteten, men at kendte medarbejdere i stedet skal have adgang til relevant faglig støtte. Vi ønsker, at dette perspektiv tydeligere knyttes til mennesker med demenssygdom og til betydningen af personkendskab og relationskendskab i plejen.
	4.2. Basale palliative kompetencer	Beskriv tydeligere, at mennesker med fremskreden demens også kan have palliative behov, hvor demensfaglig viden, personkendskab og særlig symptomvurdering er vigtig. Pårørende indgår flere steder i *Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation*, bl.a. i forbindelse med klinisk lederskab og palliation, men koblingen mellem demenssygdom og pårørendes særlige viden er mindre tydelig. Gør relevant inddragelse af pårørende i demensforløb tydeligere, da de kan bidrage med viden om borgerens vanlige funktion, kommunikation, præferencer og ændringer.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	Viden om demenssygdom bør fremgå eksplicit som en del af den kontinuerlige og systematiske kompetenceudvikling.
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	

	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	**Borger med demens og komplekse helbredsmæssige problemstillinger** En 76-årig borger med fremskreden demens og flere samtidige sygdomme, der bor i eget hjem. Borgeren har nedsat evne til at forstå og håndtere egen sygdom og har behov for kommunal sygepleje til observation og vurdering af helbredstilstand, medicinhåndtering og opfølgning på behandling samt koordinering med egen læge, pårørende, demenskoordinator og øvrige relevante indsatser.
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Høringsudkastet beskriver samarbejdet med øvrige kommunale aktører, men det er ikke tydeligt, hvordan akutsygeplejen skal samarbejde med kommunale fagspecialister, som ikke organisatorisk er en del af den kommunale sygepleje eller helhedsplejen, fx demenskoordinatorer. Standarden beskriver, at akutsygeplejen skal kunne identificere behov for "øvrige indsatser" og "inddrage relevante aktører". Der mangler en tydelig beskrivelse af, at akutsygeplejen skal inddrage relevante kommunale fagspecialister, fx demenskoordinatoren, når deres viden er relevant for vurderingen eller det videre forløb.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	Betydningen af kendskab til borgerens habituelle tilstand, historik og præferencer fremhæves i udkastet, s.10. Vi ønsker at dette knyttes tydeligere til mennesker med demenssygdom og

		betydningen af person- og relations-kendskab.
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Sundhedsstyrelsen

Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

Høringssvar til høring over Kvalitetsstandarder for akutsygepleje, Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation samt Vejledning for kommunal sygepleje

Danske Fysioterapeuter takker for ovennævnte høring.

Dato:

22-10-2026

Email:

gp@fysio.dk

abs@fysio.dk

Tlf. direkte:

3341 4656

Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle bemærkninger:

Udkastet beskriver flere steder kliniske vurderinger af sygdom og sundhedstilstand, men funktionsevne omtales kun sporadisk.

Akut sygdom hos især ældre viser sig ofte først som:

- fald i mobilitet
- gangproblemer
- balanceproblemer
- nedsat fysisk funktion.

Derfor bør kvalitetsstandarden tydeliggøre, at vurdering af funktionsevne er en integreret del af den akutte vurdering.

4.2.2. Enkeltstående indsatser med direkte borgerkontakt

Funktionsevne bør være en del af den kliniske vurdering. Derfor foreslås præcisering efter afsnittet:

"Den kliniske sygeplejefaglige vurdering og undersøgelse af borgere med akutte tilstande tager udgangspunkt i strukturerede metoder, eksempelvis ABCDE, suppleret med anamnese og relevante objektive og diagnostiske undersøgelser. Vurderingen skal desuden inddrage borgernes funktionsevne,..."

Her foreslår vi, at det i stedet præciseres:

"*Den kliniske vurdering bør omfatte systematisk vurdering af borgerens funktionsevne, mobilitet og eventuelle behov for genoptræning eller rehabilitering."*

Begrundelsen herfor er, at funktionsfald ofte er det første tegn på akut sygdom hos skrøbelige ældre.

Samtidigt foreslår vi, at fokus på rehabilitering og genoptræning styrkes i afsnit 4.2.2, hvor der længere nede står:

"Akutsygeplejen skal desuden, hvor relevant, identificere eventuelle behov for øvrige indsatser, eksempelvis genoptræning, rehabilitering og palliation..."

Her foreslår Danske Fysioterapeuter en skærpelse, så det i stedet kan lyde:

"*Akutsygeplejen skal systematisk vurdere behov for genoptræning og rehabilitering samt sikre rettidig inddragelse af relevante faggrupper."*

4.2.3 - Tidsafgrænsede indsatser af kortere varighed

Her beskrives observation, pleje og behandling efter akut sygdom.

Her kunne tilføjes:

"*Indsatsen bør, hvor relevant, omfatte mobilisering, fysisk aktivitet og forebyggelse af funktionstab*."

Begrundelsen herfor er, at formålet ikke alene børe være at undgå indlæggelse, men også at bevare funktionsevne.

5.1. Kompetencer

Vi foreslår en præcisering af dot:

"foretage en helhedsorienteret vurdering af borgerens samlede sundhedssituation, herunder funktionsevne..."

Med følgende:

"...herunder funktionsevne, mobilitet, rehabiliteringsbehov og behov for genoptræningsindsatser."

6.3. Samarbejde om borgernes forløb

Vi foreslår, at der tilføjes ""fysioterapeutiske tilbud": *Akutsygeplejen skal indgå i et tæt samarbejde med den kommunale sygepleje, øvrige*

kommunale aktører, herunder socialpsykiatri, helhedspleje, ***fysioterapeutiske tilbud****, plejehjem og botilbud, samt med almenmedicinske tilbud, lægevagtsordninger/akuttelefoner, sundheds- og omsorgspladser, præhospital indsats og sygehuse.*

6.3.3. Informationsdeling

Der er gode hensigter i kvalitetsstandarderne for så vidt angår kommunikation på tværs og deling af nødvendige oplysninger om borgerne og borgernes forløb, herunder, at der skal sikres relevant digital understøttelse af alle faggrupper.

Fysioterapeuter har, jævnfør sundhedslovens § 42 d, stk. 2, alene adgang til borgeres helbredsoplysninger, uden borgers samtykke, når borger er i aktuel behandling.

Med de nye sundheds- og omsorgspladser og samarbejde i akutte forløb i akutsygeplejen vil der være tale om hurtige patientforløb, hvor fysioterapeuten efterfølgende ikke vil have mulighed for at indhente borgers helbredsoplysninger, medmindre borger har samtykket hertil.

Når fysioterapeuterne ikke kan tilgå journalen efter han/hun har afsluttet borger er det umuligt for fysioterapeuten at vide hvorvidt en indsats var relevant og nødvendig. Af den årsag kan det være vanskeligt for fysioterapeuter at bidrage til relevant og nødvendig ressourceallokering.

Danske Fysioterapeuter har rejst denne problematik med ministeriet, hvor vi anmoder om at blive sidestillet med læger, jordemødre og sygeplejersker i sundhedslovens § 42 d, stk. 2, nr. 1.

Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Det er positivt, at *"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 (..)."*

Kvalitetsstandarderne har generelt et stærkt fokus på funktionsevne, rehabilitering, forebyggelse og mestring. Samtidig beskrives rehabiliteringsindsatserne i høj grad som noget, den kommunale sygepleje skal identificere, koordinere, følge op på eller understøtte.

Der er derimod kun i begrænset omfang fokus på de faggrupper og kompetencer, som ofte bidrager til eller leverer de konkrete rehabiliterende indsatser. Dermed risikerer tværfagligheden at fremstå mindre tydeligt, end borgernes behov og praksis i det nære sundhedsvæsen tilsiger.

Det er derfor bekymrende, at terapeutfaglige kompetencer ikke fremgår i kvalitetsstandarderne for kommunal sygepleje og basal palliation.

Det er bekymrende for det samarbejde, som er helt nødvendigt og relevant i mange borgerforløb, hvor flere fagligheder er i spil.

For fysioterapeuter og fysioterapi betyder det, at rehabilitering, genoptræning, forebyggelse og indsatser i eget hjem forventes at få en endnu mere central rolle i den samlede sundhedsindsats tæt på borgeren. Men også, at opgaver omlægges.

Det gælder fx den basale palliation til ældre og mennesker med kroniske sygdomme, som skal varetages i det nære sundhedsvæsen og inkluderes sammen med rehabiliterende indsatser.

Når kvalitetsstandarderne flere steder fremhæver funktionsevne, rehabiliteringsbehov, mestring, selvhjulpenhed og deltagelse i hverdagslivet som centrale mål, bør det også afspejles i beskrivelsen af de tværfaglige samarbejder omkring borgerne.

Derfor foreslår vi, at samarbejde med andre faggrupper får fylde i '*Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation*', herunder at fysioterapeuter og andre rehabiliteringsfaglige kompetencer tydeligere indgår som relevante samarbejdspartnere omkring borgere med rehabiliterings-, funktions- og palliative behov.

3.4. Forebyggelse og rehabilitering

Her har vi 3 forslag til ændringer:

1. T**værfaglig rehabilitering** bør beskrives mere eksplicit. Det er bemærkelsesværdigt, når udkastet gentagne gange fremhæver fx funktionsevne, rehabilitering, mestring og selvhjulpenhed, uden fx at nævne fysioterapeuter og ergoterapeuter, der netop har ekspertisen udi disse aspekter.

Vi foreslår derfor, at der i afsnit 3.4 indarbejdes følgende:

"Rehabiliterende indsatser sker ofte i samarbejde med relevante rehabiliteringsfaglige kompetencer, herunder fysioterapeuter og ergoterapeuter."

2. I forhold til **fysisk aktivitet** mener vi, at det bør fremhæves stærkere som forebyggelsesindsats, idet fysisk aktivitet er blandt de bedst dokumenterede indsatser til at forebygge funktionstab, reducere fald, forebygge genindlæggelser, styrke mestring mm.

Danske Fysioterapeuter foreslår derfor, at følgende indarbejdes i afsnit 3.4:

"Forebyggende indsatser kan blandt andet omfatte understøttelse af fysisk aktivitet, mobilisering og træning med henblik på at forebygge funktionstab og understøtte selvhjulpenhed."

3. Palliation og rehabilitering bør kobles endnu tydeligere.
   I sidste afsnit før afsnit 3.5 står bl.a.: Rehabilitering og palliation har væsentlige faglige overlap…

Vi foreslår at følgende indarbejdes:

"Rehabiliterende indsatser, herunder fysioterapeutiske indsatser rettet mod funktionsevne, mobilitet og symptomlindring, kan være relevante gennem hele det palliative forløb."

Det vil fx også lægge sig helt i forlængelse af Kræftplan V og den moderne forståelse af palliation.

4.1.Kompetencer

Det fremgår, at den kommunale sygepleje i et forløb skal *have systematisk opmærksomhed på borgernes rehabiliteringsbehov- og potentiale. Det indebærer blandt andet opmærksomhed på ændringer i helbredstilstand og funktionsevne."*

Det styrker fagligheden i den rehabiliterende indsats, når fysioterapeuter og ergoterapeuter er en del af den samlede tværfaglige indsats til borgere og patienter.

Derfor foreslår vi, at det i kvalitetsstandarderne tilføjes, at terapeuterne indgår i det samlede team omkring borgeren.

5.1 Organisering og tilgængelighed

Det er positivt, at der er fokus på delegation af forbeholdte virksomhedsområder, herunder, at *"Opgaverne kan, i det omfang reglerne tillader det, delegeres fra en sygeplejerske til en medhjælp. Ved brug af medhjælp skal ledelsen sikre, at medhjælpen har de nødvendige kvalifikationer og modtager relevant instruktion."*

Der bør i afsnit om *Sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde* være fokus på sondring mellem almindelig opgaveoverdragelse og delegation af forbeholdt virksomhed.

Uanset om der i det det tværfaglige samarbejde sker opgaveoverdragelse af f.eks. plejeopgaver eller delegation af f.eks. medicinhåndtering, bør der være nødvendig sikring af kompetencer, uddannelse i opgaven samt skriftlige instrukser.

Vejledning om kommunal sygepleje

Det er positivt, at vejledningen flere steder beskriver den kommunale sygeplejes rolle i forebyggelse, rehabilitering og koordinering af komplekse borgerforløb.

Samtidig beskrives rehabilitering gennemgående som noget, den kommunale sygepleje skal varetage, koordinere eller understøtte, mens de faggrupper og kompetencer, som ofte bidrager til eller leverer de konkrete rehabiliterende indsatser, kun i begrænset omfang fremgår af vejledningen.

Det gælder særligt fysioterapeuter og ergoterapeuter, selv om funktionsevne, rehabilitering, forebyggelse, mestring og deltagelse i hverdagslivet er gennemgående temaer i vejledningen.

Ældreloven og intentionerne i sundhedsreformen bygger på tværfaglige indsatser omkring borgerne. Det bør derfor afspejles tydeligere, at den kommunale sygepleje ofte indgår i tæt samarbejde med rehabiliteringsfaglige kompetencer om borgerforløb.

Derfor er det bekymrende at læse, at hverken ergoterapeuter og fysioterapeuter er nævnt som tætte samarbejdspartnere i den kommunale sygepleje, som skal yde sygepleje til borgere i alle aldre, der har behov herfor, herunder med fokus på at håndtere og forebygge sygdom og forværring af sygdom samt yde sygepleje og behandling, rehabilitering og basal palliation.

1.Indledning og formål

Vi foreslår, at "fysioterapi" og "fysioterapeuter" tilføjes i sidste afsnit i formålet:

"*Borgere, der modtager kommunal sygepleje, kan samtidig have behov for andre sundheds- og plejefaglige indsatser, fx helhedspleje,* ***fysioterapi, ergoterapi, genoptræning*** *og træning, samt have kontakt til andre aktører i sundhedsvæsenet, fx almenmedicinske tilbud, speciallægepraksisser, sygehuse,* ***fysioterapeuter, ergoterapeuter*** *eller andre regionale tilbud som akutsygepleje."*

Vi foreslår, at "fysioterapeuter" tilføjes i afsnittet om organisering:

"*Organiseringen skal også understøtte en personcentreret og tværfaglig tilgang. Den kommunale sygepleje skal derfor ved behov samarbejde med andre fagligheder i og uden for kommunen om borgernes forløb fx helhedsplejen,* ***fysioterapeuter, ergoterapeuter og øvrige rehabiliteringsfaglige kompetencer,*** *almenmedicinske tilbud, speciallægepraksisser, sygehuse og andre regionale tilbud, herunder akutsygeplejen.*

4. Kompetencer

Det er positivt, at der er fokus på nødvendige uddannelses-og/eller kompetencemæssige kvalifikationer.

Vi foreslår desuden, at det præciseres, at kompetencer i kommunal sygepleje også omfatter evnen til at identificere rehabiliteringsbehov samt inddrage relevante tværfaglige samarbejdspartnere i borgerforløbet.

Der bør ligeledes være fokus på sondring mellem almindelig opgaveoverdragelse og delegation af forbeholdt virksomhed.

Uanset om der i det det tværfaglige samarbejde sker opgaveoverdragelse af f.eks. plejeopgaver eller delegation af f.eks. medicinhåndtering bør der være nødvendig sikring af kompetencer, uddannelse i opgaven samt skriftlige instrukser.

5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser

Det er positivt, at der er fokus på delegation af forbeholdte virksomhedsområder, herunder, at *"der i relevant og nødvendigt omfang udarbejdes lokale instrukser, som skal følges i forbindelse med den generelle opgavevaretagelse på sygeplejeområdet og særligt i forhold til ansvars- og kompetenceforhold, medicinhåndtering og journalføring for at sikre en forsvarlig arbejdstilrettelæggelse."*

Der bør ligeledes i afsnit om *"Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser"* være **fokus på sondring mellem almindelig opgaveoverdragelse og delegation af forbeholdt virksomhed**.

Uanset om der i det det tværfaglige samarbejde sker opgaveoverdragelse af f.eks. plejeopgaver eller delegation af f.eks. medicinhåndtering bør der være nødvendig sikring af kompetencer, uddannelse i opgaven samt skriftlige instrukser.

Samtidig bør det fremgå, at tilrettelæggelsen af indsatser ved rehabiliteringsbehov sker i relevant samarbejde med andre faggrupper, herunder fysioterapeuter og ergoterapeuter, når borgerens funktionsevne, mobilitet eller rehabiliteringsmål tilsiger det.

-0-

Danske Fysioterapeuter har ikke yderligere bemærkninger.

Vi står selvfølgelig til rådighed, hvis I ønsker vores bemærkninger uddybet.

Med venlig hilsen

Niels Sandø, Chef for Politik, Profession og Kommunikation

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	Det er positivt, at vejledningen flere steder beskriver den kommunale sygeplejes rolle i forebyggelse, rehabilitering og koordinering af komplekse borgerforløb. Samtidig beskrives rehabilitering gennemgående som noget, den kommunale sygepleje skal varetage, koordinere eller understøtte, mens de faggrupper og kompetencer, som ofte bidrager til eller leverer de konkrete rehabiliterende indsatser, kun i begrænset omfang fremgår af vejledningen. Det gælder særligt fysioterapeuter og ergoterapeuter, selv om funktionsevne, rehabilitering, forebyggelse, mestring og deltagelse i hverdagslivet er gennemgående temaer i vejledningen. Ældreloven og intentionerne i sundhedsreformen bygger på tværfaglige indsatser omkring borgerne. Det bør derfor afspejles tydeligere, at den kommunale sygepleje ofte indgår i tæt samarbejde med rehabiliteringsfaglige kompetencer om borgerforløb. Derfor er det bekymrende at læse, at hverken ergoterapeuter og fysioterapeuter er nævnt som tætte samarbejdspartnere i den kommunale sygepleje, som skal yde sygepleje til borgere i alle aldre, der har behov herfor, herunder med fokus på at håndtere og forebygge sygdom og forværring af sygdom samt yde sygepleje og behandling, rehabilitering og basal palliation.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	Vi foreslår, at ”fysioterapi” og ”fysioterapeuter” tilføjes i sidste afsnit i formålet: ”Borgere, der modtager kommunal sygepleje, kan samtidig have behov for

		andre sundheds- og plejefaglige indsatser, fx helhedspleje, **fysioterapi, ergoterapi, genoptræning og træning,** samt have kontakt til andre aktører i sundhedsvæsenet, fx almenmedicinske tilbud, speciallægepraksisser, sygehuse, **fysioterapeuter, ergoterapeuter** eller andre regionale tilbud som akutsygepleje."
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	Vi foreslår, at "fysioterapeuter" tilføjes i afsnittet om organisering: "Organiseringen skal også understøtte en personcentreret og tværfaglig tilgang. Den kommunale sygepleje skal derfor ved behov samarbejde med andre fagligheder i og uden for kommunen om borgernes forløb fx helhedsplejen, **fysioterapeuter, ergoterapeuter og øvrige rehabiliteringsfaglige kompetencer,** almenmedicinske tilbud, speciallægepraksisser, sygehuse og andre regionale tilbud, herunder akutsygeplejen.
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	Det er positivt, at der er fokus på nødvendige uddannelses-og/eller kompetencemæssige kvalifikationer. Vi foreslår desuden, at det præciseres, at kompetencer i kommunal sygepleje også omfatter evnen til at identificere rehabiliteringsbehov samt inddrage relevante tværfaglige samarbejdspartnere i borgerforløbet. Der bør ligeledes være fokus på sondring mellem almindelig opgaveoverdragelse og delegation af forbeholdt virksomhed.

		Uanset om der i det det tværfaglige samarbejde sker opgaveoverdragelse af f.eks. plejeopgaver eller delegation af f.eks. medicinhåndtering bør der være nødvendig sikring af kompetencer, uddannelse i opgaven samt skriftlige instrukser.
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	Det er positivt, at der er fokus på delegation af forbeholdte virksomhedsområder, herunder, at "der i relevant og nødvendigt omfang udarbejdes lokale instrukser, som skal følges i forbindelse med den generelle opgavevaretagelse på sygeplejeområdet og særligt i forhold til ansvars- og kompetenceforhold, medicinhåndtering og journalføring for at sikre en forsvarlig arbejdstilrettelæggelse." Der bør ligeledes i afsnit om "Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser" være fokus på sondring mellem almindelig opgaveoverdragelse og delegation af forbeholdt virksomhed. Uanset om der i det det tværfaglige samarbejde sker opgaveoverdragelse af f.eks. plejeopgaver eller delegation af f.eks. medicinhåndtering bør der være nødvendig sikring af kompetencer, uddannelse i opgaven samt skriftlige instrukser. Samtidig bør det fremgå, at tilrettelæggelsen af indsatser ved rehabiliteringsbehov sker i relevant samarbejde med andre faggrupper, herunder fysioterapeuter og ergoterapeuter, når borgerens funktionsevne, mobilitet eller rehabiliteringsmål tilsiger det.
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	

7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Det er positivt, at "Den kommunale sygepleje i et forløb skal have systematisk opmærksomhed på borgernes rehabiliteringsbehov- og potentiale. Det indebærer blandt andet opmærksomhed på ændringer i helbredstilstand og funktionsevne (..)." Kvalitetsstandarderne har generelt et stærkt fokus på funktionsevne, rehabilitering, forebyggelse og mestring. Samtidig beskrives rehabiliteringsindsatserne i høj grad som noget, den kommunale sygepleje skal identificere, koordinere, følge op på eller understøtte. Der er derimod kun i begrænset omfang fokus på de faggrupper og kompetencer, som ofte bidrager til eller leverer de konkrete rehabiliterende indsatser. Dermed risikerer tværfagligheden at fremstå mindre tydeligt, end borgernes behov og praksis i det nære sundhedsvæsen tilsiger. Det er derfor bekymrende, at terapeutfaglige kompetencer ikke fremgår i kvalitetsstandarderne for kommunal sygepleje og basal palliation. Det er bekymrende for det samarbejde, som er helt nødvendigt og relevant i mange borgerforløb, hvor flere fagligheder er i spil. For fysioterapeuter og fysioterapi betyder det, at rehabilitering, genoptræning, forebyggelse og indsatser i eget hjem forventes at få en endnu mere central rolle i den samlede sundhedsindsats tæt på borgeren. Men også, at opgaver omlægges. Det gælder fx den basale palliation til ældre og mennesker med kroniske sygdomme, som skal varetages i det nære sundhedsvæsen og inkluderes sammen med rehabiliterende indsatser. Når kvalitetsstandarderne flere steder fremhæver funktionsevne, rehabiliteringsbehov, mestring, selvhjulpenhed og deltagelse i hverdagslivet som centrale mål, bør det også afspejles i beskrivelsen af de tværfaglige samarbejder omkring borgerne. Derfor foreslår vi, at samarbejde med andre faggrupper får fylde i 'Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation' herunder, at fysioterapeuter og andre rehabiliteringsfaglige kompetencer tydeligere indgår som relevante samarbejdspartnere omkring borgere med rehabiliterings-, funktions- og palliative behov.

Kapitel	Afsnit	Kommentar
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Her har vi 3 forslag til ændringer: 1. Tværfaglig rehabilitering bør beskrives mere eksplicit. Det er bemærkelsesværdigt, når udkastet gentagne gange fremhæver fx funktionsevne, rehabilitering, mestring og selvhjulpenhed, uden fx at nævne fysioterapeuter og ergoterapeuter, der netop har ekspertisen udi disse aspekter. Vi foreslår derfor, at der i afsnit 3.4 indarbejdes følgende: ”Rehabiliterende indsatser sker ofte i samarbejde med relevante rehabiliteringsfaglige kompetencer, herunder fysioterapeuter og ergoterapeuter.” 2. I forhold til fysisk aktivitet mener vi, at det bør fremhæves stærkere som forebyggelsesindsats, idet fysisk aktivitet er blandt de bedst dokumenterede

		indsatser til at forebygge funktionstab, reducere fald, forebygge genindlæggelser, styrke mestring mm. Danske Fysioterapeuter foreslår derfor, at følgende indarbejdes i afsnit 3.4: "Forebyggende indsatser kan blandt andet omfatte understøttelse af fysisk aktivitet, mobilisering og træning med henblik på at forebygge funktionstab og understøtte selvhjulpenhed." 3. Palliation og rehabilitering bør kobles endnu tydeligere. I sidste afsnit før afsnit 3.5 står bl.a.: Rehabilitering og palliation har væsentlige faglige overlap… Vi foreslår, at følgende indarbejdes: "Rehabiliterende indsatser, herunder fysioterapeutiske indsatser rettet mod funktionsevne, mobilitet og symptomlindring, kan være relevante gennem hele det palliative forløb." Det vil fx også lægge sig helt i forlængelse af Kræftplan V og den moderne forståelse af palliation.
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Det fremgår, at den kommunale sygepleje i et forløb skal have systematisk opmærksomhed på borgernes rehabiliteringsbehov- og potentiale. Det indebærer blandt andet opmærksomhed på ændringer i helbredstilstand og funktionsevne." Det styrker fagligheden i den rehabiliterende indsats, når fysioterapeuter og ergoterapeuter er en

		del af den samlede tværfaglige indsats til borgere og patienter. Derfor foreslår vi, at det i kvalitetsstandarderne tilføjes, at terapeuterne indgår i det samlede team omkring borgeren.
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	Det er positivt, at der er fokus på delegation af forbeholdte virksomhedsområder, herunder, at "Opgaverne kan, i det omfang reglerne tillader det, delegeres fra en sygeplejerske til en medhjælp. Ved brug af medhjælp skal ledelsen sikre, at medhjælpen har de nødvendige kvalifikationer og modtager relevant instruktion." Der bør i afsnit om Sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde være fokus på sondring mellem almindelig opgaveoverdragelse og delegation af forbeholdt virksomhed. Uanset om der i det tværfaglige samarbejde sker opgaveoverdragelse af f.eks. plejeopgaver eller delegation af f.eks. medicinhåndtering, bør der være nødvendig sikring af kompetencer, uddannelse i opgaven samt skriftlige instrukser.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	

	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Udkastet beskriver flere steder kliniske vurderinger af sygdom og sundhedstilstand, men funktionsevne omtales kun sporadisk. Akut sygdom hos især ældre viser sig ofte først som: • fald i mobilitet • gangproblemer • balanceproblemer • nedsat fysisk funktion. Derfor bør kvalitetsstandarden tydeliggøre, at vurdering af funktionsevne er en integreret del af den akutte vurdering.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	Vedr. 4.2.2.: Enkeltstående indsatser med direkte borgerkontakt

		Funktionsevne bør være en del af den kliniske vurdering. Derfor foreslås præcisering efter afsnittet: "Den kliniske sygeplejefaglige vurdering og undersøgelse af borgere med akutte tilstande tager udgangspunkt i strukturerede metoder, eksempelvis ABCDE, suppleret med anamnese og relevante objektive og diagnostiske undersøgelser. Vurderingen skal desuden inddrage borgernes funktionsevne,..." Her foreslår vi, at det i stedet præciseres: "Den kliniske vurdering bør omfatte systematisk vurdering af borgerens funktionsevne, mobilitet og eventuelle behov for genoptræning eller rehabilitering." Begrundelsen herfor er, at funktionsfald ofte er det første tegn på akut sygdom hos skrøbelige ældre. Samtidigt foreslår vi, at fokus på rehabilitering og genoptræning styrkes i afsnit 4.2.2, hvor der længere nede står: "Akutsygeplejen skal desuden, hvor relevant, identificere eventuelle behov for øvrige indsatser, eksempelvis genoptræning, rehabilitering og palliation..." Her foreslår Danske Fysioterapeuter en skærpelse, så det i stedet kan lyde: "Akutsygeplejen skal systematisk vurdere behov for genoptræning og rehabilitering samt sikre rettidig inddragelse af relevante faggrupper."

		Vedr. 4.2.3 - Tidsafgrænsede indsatser af kortere varighed Her beskrives observation, pleje og behandling efter akut sygdom. Her kunne tilføjes: "Indsatsen bør, hvor relevant, omfatte mobilisering, fysisk aktivitet og forebyggelse af funktionstab." Begrundelsen herfor er, at formålet ikke alene børe være at undgå indlæggelse, men også at bevare funktionsevne.
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Vi foreslår en præcisering af dot: "foretage en helhedsorienteret vurdering af borgerens samlede sundhedssituation, herunder funktionsevne..." Med følgende: "...herunder funktionsevne, mobilitet, rehabiliteringsbehov og behov for genoptræningsindsatser."
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Vi foreslår, at der tilføjes ””fysioterapeutiske tilbud”: ”Akutsygeplejen skal indgå i et tæt samarbejde med den kommunale sygepleje, øvrige kommunale aktører, herunder socialpsykiatri, helhedspleje, **fysioterapeutiske tilbud**, plejehjem og botilbud, samt med almenmedicinske tilbud, lægevagtsordninger/akuttelefoner, sundheds-og omsorgspladser, præhospital indsats og sygehuse.” Vedr. 6.3.3. Informationsdeling: Der er gode hensigter i kvalitetsstandarderne for så vidt angår kommunikation på tværs og deling af

		nødvendige oplysninger om borgerne og borgernes forløb, herunder, at der skal sikres relevant digital understøttelse af alle faggrupper. Fysioterapeuter har, jævnfør sundhedslovens § 42 d, stk. 2, alene adgang til borgeres helbredsoplysninger, uden borgers samtykke, når borger er i aktuel behandling. Med de nye sundheds- og omsorgspladser og samarbejde i akutte forløb i akutsygeplejen vil der være tale om hurtige patientforløb, hvor fysioterapeuten efterfølgende ikke vil have mulighed for at indhente borgers helbredsoplysninger, medmindre borger har samtykket hertil. Når fysioterapeuterne ikke kan tilgå journalen efter han/hun har afsluttet borger er det umuligt for fysioterapeuten at vide hvorvidt en indsats var relevant og nødvendig. Af den årsag kan det være vanskeligt for fysioterapeuter at bidrage til relevant og nødvendig ressourceallokering. Danske Fysioterapeuter har rejst denne problematik med ministeriet, hvor vi anmoder om at blive sidestillet med læger, jordemødre og sygeplejersker i sundhedslovens § 42 d, stk. 2, nr. 1.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	Vores kommentarer til vejledningen skal læses i tæt sammenhæng med kommentarerne til kvalitetsstandarderne, herunder vores bekymringer om snitfladeproblematikker mellem den kommunale sygepleje og akutsygeplejen. Desuden bemærker vi, at der i både vejledningen og i kvalitetsstandarderne for kommunal sygepleje en del steder anvendes formuleringer som "i relevant omfang", "hvor relevant" m.v. Det er ikke på samme måde tilfældet i kvalitetsstandarderne for akutsygepleje. Vi vil opfordre til, at formuleringer som disse begrænses eller præciseres, da de kan udvande betydningen af kvalitetsstandarderne og medføre uensartet fortolkning af standarderne lokalt.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	I afsnittet om, at nogle borgere kan oplæres til selv at varetage indsatser, mens andre har brug for hjælp, bør det fremgå, at beslutningen om dette skal træffes i samarbejde med borgeren selv og med eventuelle pårørende gennem fælles beslutningstagning.
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	Det bør uddybes, hvad der menes med en "personcentreret tilgang".
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	Det bør tydeliggøres, at der i den kommunale sygepleje skal være viden om sygdomsspecifikke indsatser inden for de sygdomsgrupper, som personalet oftest

		møder, herunder blandt andet demensfaglige og neurologiske grundkompetencer.
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	Vi vil opfordre til, at formuleringen "i relevant omfang" specificeres i sætningen om, at borgeren og eventuelle pårørende skal inddrages i planlægningen af forløbet, herunder om det er borgeren og de pårørende eller personalet, det skal være relevant for. Senere i samme afsnit står der, at ledelsen har ansvaret for, at der "i relevant og nødvendigt omfang" udarbejdes lokale instrukser, hvilket vi vil opfordre til udgår.
	5.1 Udstyr	Også her bør det nævnes, at borgeren og eventuelle pårørende altid skal inddrages i valget af digitalt understøttede forløb, så det ikke kun beror på en faglig vurdering, om det giver mening for den enkelte borger at anvende digitale værktøjer.
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	Vi bemærker en uoverensstemmelse mellem vejledningen og kvalitetsstandarden i kravet om, at kvalitetsudvikling skal være dataunderstøttet. I vejledningen fremstår det som et ubetinget krav, mens det i kvalitetsstandarden er formuleret som et krav "hvor relevant". Det bør ensrettes med udgangspunkt i vejledningens formulering.

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Danske Patienter bakker op om kvalitetsstandardernes formål om at bidrage til tilgængelighed og ensartede tilbud af høj kvalitet på tværs af landet. Vi vil gerne kvittere for, at det i kvalitetsstandarden i vid udstrækning er forsøgt tydeliggjort, hvilke krav og anbefalinger, der er, ved at de opsummeres særskilt i hvert kapitel. For at kvalitetsstandarderne skal få størst mulig betydning for borgerne, er det vigtigt, at de er formuleret så konkret som muligt og fastsætter reelt forpligtende kvalitetskrav og -anbefalinger, som er mulige at arbejde ud fra og følge op på, og flere steder kan kvalitetsstandarderne med fordel skærpes. Vi finder det meget positivt, at kvalitetsstandarden også udstikker konkrete krav til den basale palliative indsats, som den kommunale sygepleje har en central rolle i, herunder forståelsen af at basal palliation kan være relevant i hele sygdomsforløbet og kravet om systematisk og tidligt at identificere borgere med behov for palliativ indsats. Vi kvitterer ligeledes for, at inddragelse fremstår som et krav, og at det flere steder i materialet er forsøgt tydeliggjort, at den sygeplejefaglige indsats skal tage udgangspunkt i borgerens ønsker, ressourcer, relationer og mulighed for egenomsorg. Det kan dog med fordel præciseres yderligere, hvordan det konkret forventes, at inddragelsen af borgeren og dennes pårørende skal finde sted. Vi opfordrer til, at fælles beslutningstagning anvendes som metode til at understøtte dette. Endelig bemærker vi, at vores kommentarer til kvalitetsstandarderne for kommunal sygepleje skal læses i tæt sammenhæng med kommentarerne til standarderne for akutsygeplejen, særligt i lyset af de snitfladeproblematikker, vi er bekymrede for kan opstå som følge af opgaveflytningen.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	Målgruppeafgrænsningen mellem den kommunale sygepleje og akutsygeplejen

		er ikke helt klar. På s. 8 er det beskrevet, at den kommunale sygepleje skal håndtere sygeplejebehov hos borgere ved forværring af kendt sygdom eller nyopstået sygdom, mens akutsygeplejen har ansvaret for borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af kendt sygdom. Vi forudser, at der i mange tilfælde kan opstå usikkerhed om, hvilken målgruppe borgerne tilhører, og selvom det er positivt, at der senere i materialet er givet en række cases, bør målgruppeafgrænsningen beskrives mere konkret.
	2.2. Borgere med behov for palliation	Afsnittene, der indledes med "Borgere med kræft" og "En stor del af målgruppen med palliationsbehov består desuden af borgere med non-maligne kroniske sygdomme" bør skrives sammen, så det er tydeligt, at alle borgere med livstruende sygdom kan have behov for basal palliation gennem hele sygdomsforløbet. Desuden bør mennesker med demens, som er en stor gruppe i den kommunale sygepleje, fremhæves som en del af målgruppen.
3. Forløb og indsatser	-	Der er nogle uoverensstemmelser mellem de opsummerede krav og de krav, der fremgår af teksten i de følgende afsnit. Blandt andet bemærker vi, at det i næste afsnit står som et krav, at den kommunale sygepleje skal tilrettelægges, så borgerne oplever nærhed, tilgængelighed og sammenhæng, men at det ikke er opsummeret som et krav indledningsvist.
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	

	3.5. Basal palliation	Det forekommer forvirrende, at der i dette afsnit er oplistet en række krav til basal palliation i dots, hvoraf nogle af dem (fx at der skal udarbejdes en palliativ plan), ikke fremgår af opsummeringen på s. 10. Det bør ensrettes.
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	Det fremstår uklart, hvorvidt samtlige kompetencekrav refererer til enhedsniveau, eller om visse krav refererer til den enkelte medarbejder, da det først er i tredje dot, at "enhedsniveau" nævnes. Det bør tydeliggøres.
	4.1. Kompetencer	Det fremgår, at den kommunale sygepleje skal have kompetencer til at indgå i tværfagligt og -sektorielt samarbejde, så borgerne så vidt det er muligt oplever nære, tilgængelige og sammenhængende forløb. Vi opfordrer til, at formuleringen "så vidt det er muligt" tages ud. Kvalitetsstandarden bør omfatte grundkompetencer inden for hyppigt forekommende sygdomsområder eller særligt komplekse tilstande, som den kommunale sygepleje kan møde. Et oplagt eksempel er neurologiske grundkompetencer, herunder kompetencer til at kunne genkende og observere epileptiske anfald. Det skal ses i lyset af, at risikoen for at udvikle epilepsi stiger med alderen, og at anfald hos ældre borgere kan være svære at genkende og let kan overses eller forveksles med andre symptomer. Der bør fastsættes tydelige arbejdsgange for vurdering, sparring og handling, når der er mistanke om neurologiske symptomer eller anfald. Endelig bør borgere i botilbud fremhæves særskilt som en målgruppe med behov for systematisk observation og adgang til faglig sparring.

	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	Endnu en gang nævnes det, at borgerne, så vidt det er muligt, skal opleve nærhed, tilgængelighed og sammenhæng i deres forløb. Vi mener ikke, at formuleringen "så vidt det er muligt" er hensigtsmæssig.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	Flere steder i kapitlet anvendes formuleringer om "hvor dette er relevant". Vi undrer os over årsagen til dette og vil opfordre til, at formuleringerne udgår, da de forekommer unødvendige.
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	Der kan med fordel henvises til DSKS' publikation Kvalitetsguiden, hvor blandt andre kommunale medarbejdere er målgruppe, og som indeholder konkrete beskrivelser af begreber, metoder og værktøjer til kvalitetsudvikling.
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Danske Patienter bakker op om intentionen om at udvikle og ensarte kvaliteten i akutsygeplejen og give regionerne mulighed for at udvikle et samlet og fagligt bæredygtigt akuttilbud. Det er med kvalitetsstandarderne forsøgt at tydeliggøre ansvarsfordelingen mellem akutsygeplejen og den kommunale sygepleje, og vi anerkender, at der lægges op til en funktion, hvor akutsygeplejen skal tilføre kapacitet, tilgængelighed og sygeplejefaglige kompetencer og tage afsæt i opgaver, kompetencer og kendskab til borgeren, der allerede findes hos blandt andet den kommunale sygepleje. Alligevel er vi bekymrede over, at der i praksis er flere gråzoner mellem de to funktioner, blandt andet i de situationer hvor det fortsat forventes, at den kommunale sygepleje kan varetage forløb, hvor en borgers tilstand forværres, eller hvor der kan være parallelle indsatser hos den kommunale sygepleje og akutsygeplejen. Det er vigtigt, at ansvars- og opgavefordelingen mellem de to funktioner bliver helt tydelig i kvalitetsstandarderne, så der ikke opstår tvivl i praksis, og så opgaveflytningen ikke risikerer at skabe et unødigt pres på den kommunale sygepleje. Det indebærer også, at kvalitet, sammenhæng, patientsikkerhed og ressourceanvendelse skal monitoreres tæt. Endelig undrer vi os over beslutningen om ikke særskilt at opsummere kvalitetskravene til akutsygeplejen i de enkelte kapitler, ligesom man har gjort i kvalitetsstandarderne for kommunal sygepleje. Vi vil opfordre til, at kravene – ud over at fremgå løbende af teksten – opsummeres særskilt, så det er tydeligt, hvilke krav der stilles.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	

	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	Der er lagt op til, at den kommunale sygepleje så vidt muligt skal fastholde sin koordinerende funktion omkring borgerne, og at opgavevaretagelsen skal tilrettelægges, så der ikke opbygges parallel kapacitet eller iværksættes unødvendige samtidige indsatser. Alligevel bør det beskrives mere konkret, hvilke opgaver, der overgår til den regionale akutsygepleje, og hvilke der bliver i den kommunale sygepleje. Hvis ikke det bliver tydeliggjort, er der risiko for, at kommunerne i vid udstrækning kommer til at løse de samme opgaver med færre sygeplejefaglige ressourcer, hvilket i sidste ende kan gå ud over borgerne.
3. Målgruppe	-	Det beskrives, at borgere, hvis sygeplejebehov kan varetages som led i et eksisterende forløb i den kommunale sygepleje, blandt andet ved fluktuationer eller forværring af borgerens tilstand, og hvor indsatsen kan tilpasses borgerens ændrede behov uden inddragelse af akutsygeplejens tilgængelighed og kompetencer, ikke er en del af målgruppen. Vi er bekymrede over, om disse borgere i praksis risikerer at havne mellem to stole, fordi det ikke er tydeligt, hvornår borgernes sygeplejebehov ”kan varetages” i et eksisterende kommunalt forløb.
	3.1. Målgruppen	Det bør præciseres, hvad ”inden for få timer” ved akutte behov betyder.
4. Indsatser	-	

	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Det beskrives, at der ved henvisning skal ske telefonisk kontakt til akutsygeplejen med henblik på en hurtig afklaring af, om borgeren er i målgruppen, eller om borgerens behov varetages bedst andetsteds. Det beskrives også, at der skal være lokale instrukser for, hvornår præhospital indsats og øvrige aktører inddrages med henblik på afklaring af behov for indlæggelse. Vi finder det centralt, at instrukserne tydeligt beskriver, at akutsygeplejen har et ansvar i forhold til at sikre et alternativ.
	4.2. Typer af indsatser	
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Det beskrives i afsnit 3.2., at målgruppen for akutsygepleje overvejende består af skrøbelige ældre og borgere med demens, hvor akut sygdom ofte viser sig ved uspecifikke symptomer som uro, konfusion, diffuse smerter eller pludseligt nedsat funktionsevne. Det afspejler sig dog ikke i kompetencekravene i afsnit 5.1. Her bør det præciseres, at medarbejderne i akutsygeplejen skal have demensfaglige kompetencer, herunder til at identificere atypiske symptomer på akut sygdom, gennemføre kliniske vurderinger med udgangspunkt i borgerens habituelle funktionsniveau samt kommunikere og samarbejde med mennesker med demens og pårørende. Ydermere er der behov for, at akutsygeplejen har neurologiske grundkompetencer til at kunne vurdere og håndtere akutte neurologiske tilstande, herunder epileptiske anfald.
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Som der står i afsnittet, har mange borgere i akutsygeplejens målgruppe

		komplekse forløb, som går på tværs af andre regionale og kommunale sundheds- og socialfaglige indsatser. Afsnittene om koordinering, ansvarsforhold og informationsdeling bør på den baggrund konkretiseres mere for at understøtte, at borgere og pårørende oplever sammenhængende forløb. Desuden bør inddragelse af borgere og pårørende have mere vægt. Nogle borgere med epilepsi anvender anfaldsalarmer, som sender signal til udvalgte kontaktpersoner, der kan reagere med førstehjælp. Det er ikke altid klart i dag, hvem der skal reagere, når alarmen udløses. Derfor bør det tydeliggøres i kvalitetsstandarden, hvordan og af hvem, der reageres på anfaldsalarmer, så borgere med epilepsi ikke falder mellem region og kommune. Konkret mener vi, at anfaldsalarmer vil passe godt ind i akutsygeplejens opgaveportefølje.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	Som en del af arbejdet med kvalitetsudvikling bør utilsigtede konsekvenser ved opgaveflytningen løbende monitoreres, herunder om den kommunale sygepleje har kapacitet til at kunne levere indsatser af den kvalitet, der forventes, og ikke mindst om borgere og pårørende oplever forringet kvalitet i det samlede forløb.

Notat

Danske Regioner

Høringssvar til kvalitetsstandarder for hhv. regional akutsygepleje og kommunal sygepleje samt basal palliation og vejledning om kommunal sygepleje

23-10-2026
EMN-2024-01215
1887383
Emilie Støvring Studt

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive høringssvar til kvalitetsstandarder for hhv. regional akutsygepleje og kommunal sygepleje samt basal palliation og vejledning om kommunal sygepleje. Danske Regioner har indhentet input fra regionerne til udarbejdelsen af et fælles høringssvar.

Kvalitetsstandarderne for regional akutsygepleje og kommunal sygepleje og basal palliation udgør en vigtig national ramme, når myndighedsansvaret for akutsygepleje overgår til regionerne 1. januar 2027. Det er vigtigt, at der nationalt er klarhed om afgrænsningen og samarbejdet mellem de to typer sygepleje, så borgerne ikke kommer i klemme i den nye struktur og sektorovergang mellem region og kommune.

Danske Regioner forudsætter, at implementeringen af kvalitetsstandarderne kan ske gradvist i takt med, at regionerne opbygger den nødvendige kapacitet samt udvikle nye arbejdsgange og samarbejdsstrukturer. Dette er også i tråd med formuleringer om gradvis implementering i Sommeraftalen 2026. Akutsygeplejen er helt centralt i udbygningen af et nært sundhedsvæsen og i forebyggelsen af indlæggelser. Akutsygeplejen er i dag forskellig på tværs af landet, og de kommende år vil regionerne arbejde for at ensarte tilgængelighed og kvaliteten i alle dele af landet. I sundhedsreformen er der afsat nye midler til at styrke hjemmebehandling, som vil understøtte denne udvikling i akutsygeplejen. Samtidig er det vigtigt, at den nationale kvalitetsstandard giver regionerne mulighed for at tilrettelægge akutsygeplejen under hensyn til lokale forhold, herunder geografi, befolkningsgrundlag og

øvrige sundhedstilbud. Danske Regioner anbefaler derfor, at kvalitetsstandarden har fokus på kvalitet, funktion og tilgængelighed frem for at fastlægge bestemte organisationsformer.

Samarbejdet mellem sektorerne er en vigtig forudsætning for styrkede nære sundhedstilbud. Derfor vil regionerne arbejde for at sikre et fortsat tæt og velfungerende samarbejde mellem akutsygeplejen og den kommunale sygepleje, så borgerne oplever sammenhængende forløb på tværs af de regionale og kommunale indsatser. Danske Regioner finder det desuden positivt, at samarbejdet med borgerens egen læge fremhæves som centralt i kvalitetsstandarderne, da det er vigtigt dette samarbejde fastholdes i den nye struktur, så borgere kan modtage indsatser i eget hjem og akutte indlæggelser kan forebygges.

Akutsygepleje leverer fokusereret rådgivning og tidsafgrænsede indsatser

Danske Regioner bakker op om kvalitetsstandardernes formuleringer om arbejdsdeling mellem den kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje. Det fremgår, at den regionale akutsygepleje fortsat skal yde rådgivning til den kommunale sygepleje og levere klinisk vurdering og tidsafgrænsede indsatser til borgere med behov for hurtig hjælp inden for få timer eller senest næste dag. Indsatserne skal være fokuserede og kortvarige, hvorfor særskilte afslutningskriterier vurderes unødvendige. Den kommunale sygepleje skal fortsat varetage borgerens almindelige og komplekse sygeplejebehov og så vidt muligt fastholde den koordinerende funktion omkring borgeren. Den regionale akutsygepleje skal således supplere den kommunale sygepleje ved akutte og subakutte behov. Samtidig er det vigtigt, at den kommunale sygepleje fortsat skal kunne varetage komplekse sygeplejefaglige opgaver. Akutsygeplejen skal supplere og understøtte den kommunale sygepleje, hvor der er behov for akutsygeplejens særlige kompetencer og tilgængelighed. Danske Regioner finder, at denne arbejdsdeling overordnet er godt beskrevet i kvalitetsstandarderne og lægger vægt på, at den fastholdes i den endelige version.

Danske Regioner finder det unødvendigt, at kvalitetsstandarderne indeholder afslutningskriterier for de tidsafgrænsede indsatser. Afslutningen af akutsygeplejens indsats er allerede tilstrækkeligt afgrænset ved, at indsatsen skal være fokuseret, kortvarig og målrettet et konkret akut eller subakut behov.

Det fremgår af kvalitetsstandarderne, at akutsygeplejen kan levere rådgivning og vurdering telefonisk og virtuelt. Danske Regioner opfordrer til, at de digitale løsninger skrives mere frem som en integreret del af den fremtidige opgavevaretagelse og ikke alene som et supplement til fysisk fremmøde. Det kan bidrage til øget tilgængelighed og hensigtsmæssig anvendelse af personale ressourcer.

En robust kommunal sygepleje med ansvar for den samlede sygepleje
Danske Regioner finder det positivt, at den kommunale sygepleje fortsat har det primære ansvar for sygepleje og fastholder sin koordinerende funktion, og at det kun er i de tilfælde, hvor borgeren ikke er kendt af kommunen, eller at der er et behov for yderligere observation, at akutsygeplejen overtager ansvaret for forløbet. Dermed understøttes kontinuitet i borgerens forløb, samtidig med at akutsygeplejen kan supplere med rådgivning, faglig sparring og konkrete indsatser, når der er behov for akutsygeplejens kompetencer og tilgængelighed.

Danske Regioner finder det vigtigt, at kvalitetsstandarden understøtter en fortsat faglig udvikling af den kommunale sygepleje, hvilket de nuværende formuleringer til kompetencer og kapacitet understøtter. Den kommunale sygepleje skal fortsat kunne varetage planlagte indsatser døgnet rundt og spille en central rolle ved forværring af kendt sygdom, tidlig opsporing, opfølgning og mere komplekse sygeplejefaglige forløb. Det er positivt, at kvalitetsstandarden beskriver den kommunale sygepleje som et bredt fagligt område, der både skal varetage hyppigt og mindre hyppigt forekommende indsatser, og hvor også komplekse indsatser og forløb er en del af opgaven.

Begreber som "rettidigt" og "grundlæggende sygepleje" bør defineres tydeligt, så der ikke opstår misforståelser eller forskellige fortolkninger af, hvilke opgaver den kommunale sygepleje forventes at kunne varetage.

Adgang til data om borgeren er en nødvendig forudsætning
Samtidig er adgang til relevante patientoplysninger på tværs af organisatoriske og sektorielle grænser en helt grundlæggende forudsætning for at kunne levere nære sundhedstilbud på tværs af sektorgrænser. Det gælder også for akutsygepleje og kommunal sygepleje. Kvalitetstandarderne forudsætter, at akutsygeplejen kan foretage helhedsorienterede vurderinger af borgerens helbredssituation, funktionsevne samt psykiske og sociale forhold. Dette stiller krav til, at de nødvendige oplysninger er digitalt tilgængelige og kan deles på tværs. Dette er ikke

muligt på nuværende tidspunkt, og kvalitetsstandarderne bør derfor følges af den nødvendige nationale digitale understøttelse og mulighed for datadeling, så kravene reelt kan efterleves. Endelig er det afgørende, at reglerne om dokumentation, adgang til og deling af sundhedsoplysninger understøtter det tværsektorielle samarbejde.

Et løft af den basale palliation i den kommunale sygepleje
Danske Regioner støtter ambitionen om at styrke den basale palliation og finder det positivt, at palliation beskrives som en integreret del af den kommunale sygepleje med fokus på tidlig og systematisk identifikation af palliative behov, løbende behovsvurdering og samarbejde med blandt andet almenmedicinske tilbud og regionale palliative funktioner. En styrket basal palliation kan bidrage til, at borgere med behov for palliative indsatser den rette indsats tidligere i deres forløb og oplever større sammenhæng på tværs af de involverede aktører. Det er derfor et vigtigt udviklingsområde, som kommuner og regioner bør samarbejde om, herunder i regi af sundhedsrådene, så der skabes gode og sammenhængende palliative forløb for borgerne.

Danske Regioner finder desuden, at kravene til palliative kompetencer bør skærpes og tydeliggøres. Når alle relevante borgere skal have deres palliative behov identificeret systematisk og rettidigt, er det ikke tilstrækkeligt, at de mere specifikke palliative kompetencer alene kan være placeret hos enkelte medarbejdere på enhedsniveau. De nødvendige kompetencer bør være tilstrækkeligt bredt tilgængelige i den kommunale sygepleje til, at palliative behov kan identificeres, vurderes og håndteres kvalificeret i den daglige opgavevaretagelse.

Endelig finder Danske Regioner det positivt, at kvalitetsstandarden åbner for samarbejde med civilsamfund og lokale fællesskaber, som kan supplere de kommunale indsatser og bidrage til støtte, tryghed og sammenhæng i borgernes forløb.

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	Danske Regioner finder, at det bør samtidig fremgå tydeligere, hvordan der sondres mellem basal, kompleks og specialiseret sygepleje. Klare rammer for opgavefordeling, dokumentation, informationsdeling og sikker overlevering er væsentlige for at understøtte sammenhængende og patientsikre patientforløb. Hvis diagnostik og patientnære analyser (POCT) indgår i den kommunale sygepleje, bør vejledningen desuden tydeliggøre rammerne for kvalitetssikring og de nødvendige kompetencer. Endelig bør vejledningen konsekvensrettes i forhold til de ændringer, der foretages i kvalitetsstandarden.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	Det anbefales, at begrebet "opsporing" også indgår i formålsbeskrivelsen, da tidlig identifikation af sygdom og forværring er en central opgave for kommunal sygepleje.
2. Målgruppe	-	Vejledningen beskriver ikke, hvor målgruppen afgrænses mod akutsygeplejen og det præhospitale område. Det gør Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation (afsnit 2.2). Det foreslås, at der udarbejdes en kort afgrænsning eller henvisning til kvalitetsstandarderne, så snitfladen er entydig på tværs af dokumenterne.
3. Indhold	-	Funktioner i den kommunale sygepleje omfatter: at udføre, planlægge, lede og koordinere sygepleje, samt at formidle og udvikle sygepleje. Til dette afsnit bør tilføjes opgaven i at rådgive og give faglig sparring til øvrige aktører som

		basisgruppen/helhedsplejen, herunder klinisk vurdering. Det beskrives, at den kommunale sygepleje udfører lægeordinerede behandlingsopgaver og observerer borgerens tilstand og effekten af sygepleje og behandling. Observation er derfor allerede en del af opgaveområdet. Vejledningen bør derfor præcisere, at kommunal sygepleje kan omfatte vedvarende indsatser - såsom vedvarende observation/ overvågning eller kontinuerlig tilstedeværelse. Dette fremgår ikke eksplicit på nuværende tidspunkt.
4. Organisering	-	Sygepleje omfatter også klinisk vurdering, relationelle kompetencer og helhedsorienteret indsats. Der bør tilføjes: ”Organiseringen skal tilgodese **høj, ensartet** kvalitet og sammenhæng under hensyntagen til lokale forhold”.
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	Der står, at ”Indsatserne i den kommunale sygepleje kan varetages af autoriserede sundhedspersoner, herunder særligt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter samt øvrige relevante faggrupper”. Er der ikke krav om, at det skal være autoriserede sundhedspersoner?
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	Der bør fremskrives tydeligere krav til dokumentation, informationsdeling og sikker overlevering mellem sektorer for at understøtte sammenhængende patientforløb og reducere risikoen for tabt information.
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	

	6.2. Behandlingsansvar	Afsnittet fastslår, at den henvisende læge har behandlingsansvaret, indtil det evt. overdrages. Det bør tydeliggøres, hvad lægens behandlingsansvar indebærer, når lægehenviste opgaver udføres af den kommunale sygepleje, herunder lægens ansvar for tilsyn og kontrol. Det kan specificeres, at på trods af det lægelige behandlingsansvar for patienten befinder sig ved den henvisende læge, ændrer det ikke ved, at kommunen har det overordnede ansvar for at sørge for, at udførelsen af de henviste opgaver kan foretages inden for rammerne af henvisningen eller ordinationen (evt. instruksen), som beskrevet i afsnit 5, og at kommunen bærer ansvaret for finansiering heraf. Det bør præciseres, at den kommunale medarbejder har et ansvar for at udføre opgaven inden for de henviste rammer, hvilket ikke står helt klart med formuleringen i afsnittet. Her er der alene beskrevet tilfælde, hvor sygeplejersken/Social - og Sundhedsassistenten "selv" initierer indsatsen. Der efterlyses også en præcisering af ansvaret, når sygeplejersker eller social- og sundhedsassistenter selv iværksætter sygeplejefaglige indsatser.
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandard	Danske Regioner bakker overordnet op om kvalitetsstandarden og finder det positivt, at den kommunale sygepleje tydeligt får en tovholderrolle for borgerens forløb i kommunalt regi. Samtidig er der

er for kommunal sygepleje og basal	behov for en tydeligere national ramme for den kommunale sygeplejes opgaver, kompetencer og ansvar samt snitfladerne til akutsygeplejen og øvrige dele af sundhedsvæsenet. Det bør særligt tydeliggøres, hvornår en opgave skal varetages af henholdsvis den kommunale sygepleje og akutsygeplejen, hvordan visitation og overlevering skal foregå, og hvordan ansvar og samarbejde med de almenmedicinske tilbud, lægevagtsordning/akuttelefon og den præhospitale indsats skal tilrettelægges. Der er ligeledes behov for en tydeligere sondring mellem basal, kompleks og specialiseret sygepleje. Samtidig bør der anvendes en ensartet terminologi på tværs af kvalitetsstandarden, herunder en gennemgående betegnelse for lægevagtsordning/akuttelefon og for den præhospitale indsats. Klare nationale rammer er vigtige for at begrænse fortolkningsrummet og understøtte ensartet kvalitet, patientsikkerhed og sammenhængende patientforløb på tværs af landet. Kvalitetsstandarden bør desuden være tydeligere om indholdet i den kommunale sygepleje, herunder kliniske vurderinger, medicinhåndtering, IV-behandling, herunder langvarige forløb, og anvendelse af diagnostik og patientnære analyser (POCT). Det gælder både opgaveafgrænsning og krav til kompetencer, kvalitetssikring og relevant faglig understøttelse. Tilsvarende bør der være klare rammer for dokumentation og informationsudveksling på tværs af sektorer. Endelig bør kvalitetsstandarden tydeliggøre relevante visitationsmuligheder. Regionerne ser overordnet positivt på udkastet til kvalitetsstandarderne vedrørende basal palliation. Det er særligt positivt, at der lægges vægt på en systematisk og tidlig identifikation af palliative behov, herunder anvendelse af validerede redskaber som SPICT og PRO, samt på forberedende planlægningssamtaler (FPB/ACP**)** og en helhedsorienteret palliativ indsats. Regionerne finder det desuden væsentligt, at standarderne understøtter, at palliation ikke alene retter sig mod mennesker med kræft, men også mod mennesker med andre livstruende sygdomme. Regionerne vurderer samtidig, at sammenhængen mellem den basale og den specialiserede palliative indsats med fordel kan beskrives tydeligere. Det bør blandt andet fremgå mere klart, hvornår den basale palliative indsats ikke længere er tilstrækkelig, og hvornår der bør ske involvering af den specialiserede palliative indsats (SPI). I den forbindelse bør mulighederne for løbende faglig sparring og samarbejde også fremgå, eksempelvis gennem fælles hjemmebesøg, videokonferencer og telefonisk rådgivning.

	Regionerne finder endvidere, at kompetencekravene i den basale palliative indsats bør uddybes, herunder særligt hvordan kommunale indsatser og den specialiserede palliative indsats spiller sammen i komplekse palliative forløb. Tidlig tværfaglig sparring og adgang til specialiserede palliative kompetencer er væsentligt for at understøtte kvalitet og sammenhæng og for at forebygge, at palliative forløb udvikler sig unødigt komplekst. Her påpeger regionerne, at blandt andet APN-sygeplejersker kan være relevante i varetagelsen af komplekse palliative forløb. Der er desuden behov for en tydeligere beskrivelse af indsatsen over for pårørende og efterlevende. Det gælder både systematisk vurdering af pårørendes belastning og tilbud om relevante pårørende- og efterlevendesamtaler. Endelig anbefaler regionerne, at monitoreringen af den basale palliative indsats tydeliggøres og udbygges, så den blandt andet omfatter FPB-samtaler, anvendelse af PRO, pårørende- og efterlevendesamtaler, kontakt til den specialiserede palliative indsats samt tværsektorielle konferencer. Det vil kunne understøtte en mere systematisk opfølgning på kvaliteten og sammenhængen i de palliative forløb. Kvalitetsstandarden og den tilhørende vejledning bør afslutningsvis konsekvensrettes, så begreber, ansvarsfordeling og beskrivelser er ensartede på tværs.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	Der skal rettes til, så der står: ”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~~ **nære** sundheds**tilbud** ~~væsen og regionale tilbud~~”. Regionale tilbud er også nære. Figur 1: Visuelt og i forklaringer bør det kunne aflæses, hvad kasserne viser/repræsenterer. Kassernes relative størrelse i figuren pt. svarer på ingen måde til opgavernes faktiske størrelse. Der skal anvendes en ensartet terminologi på tværs af kvalitetsstandarderne og vejledningen: "lægevagtsordning/akuttelefon"

		og én betegnelse for det præhospitale område. Der anvendes fire forskellige betegnelser (afsnit 1.1, 2.2, 5.1 og bilag 2).
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Målgruppens karakteristika	Kvalitetsstandarderne skelner mellem ikke-akut forværring, som den kommunale sygepleje skal håndtere (afsnit 5.1), og akut forværring, som hører under akutsygeplejen (afsnittet "Afgrænsning af målgruppen"). Den kommunale sygeplejerske har en rolle også ift. den akut syge borger med f.eks. helhedspleje, da kommunal sygepleje har bedst kendskab til borgeren. Det mangler at blive beskrevet i kvalitetsstandarden. Dertil bør akutsygeplejen nævnes eksplicit som samarbejdspartner ved håndtering af sygdomsforværring. I fodnote 17 bør udgå, og henvis i stedet til kvalitetsstandarden for sundheds- og omsorgsplads. Nuværende formulering er tagetud af kontekst.
	2.2 Afgrænsning af målgruppen	Brug gerne definitionen af ”akut” i denne kvalitetsstandard. Definitionen fremgår af kvalitetsstandarden for akutsygepleje. Der er brug for en definition af begrebet "komplekse sygeplejebehov". Dette gælder også for kvalitetsstandarden for akutsygeplejen. Der mangler en beskrivelse af de tilfælde, hvor en borger, som modtager helhedspleje, bliver akut syg. Her bør det være den kommunale sygepleje, som helhedsplejen ringer til for sparring og hjælp. Den kommunale sygeplejerske har en rolle også ift. den akut syge borger, det mangler at blive beskrevet i kvalitetsstandarden.

		Der er beskrevet, at borger kan tilbydes en sundheds- og omsorgsplads, men det er kun, hvis der er behov for en sundhedsfaglig og rehabiliterende indsats, som ikke kan varetages i eget hjem. Ellers er det en kommunal opgave. Der mangler en beskrivelse af, at kommunerne også skal tilbyde aflastningspladser, midlertidige pladser mm. Det foreslås ændret til: "Borgeren kan få tilbud i eget hjem og må vurderes og henvises til andre relevante tilbud, såsom kommunale vente- og aflastningspladser, socialpsykiatriske pladser eller en sundheds- og omsorgsplads i regionen."
	2.3. Borgere med behov for palliation	Den beskrevne målgruppe for borgere med behov for basal palliation fremstår relativt diffus, da afsnittet starter med at nævne borgere med kræft og andre livstruende sygdomme som målgruppe, hvorefter det beskrives, at diagnose og behandling ikke i sig selv er et kriterium for at kunne modtage palliative indsatser. Palliative behov kan opstå, før en sygdom er udredt eller diagnosticeret. Det er derfor vigtigt, at kvalitetsstandarden tager et tydeligt behovsbaseret og diagnoseuafhængigt udgangspunkt. Palliative behov kan opstå hos borgere med kræft, andre livstruende sygdomme og hos borgere, som ikke er udredt eller diagnosticeret. Det kan også indebære borgere i eksempelvis TeleKOL-behandling mv., som ikke er livstruende syge men i livsforlængende behandling og kan have palliative behov blandt andet pga. angst mm. Det anbefales derfor, at målgruppen beskrives mere samlet, så det tydeligt fremgår, at det er borgerens palliative behov frem for diagnosen, der er afgørende for indsatsen.
3. Forløb og indsatser	-	Det bør fremgå, at den kommunale sygepleje selv skal sikre intern sparring om egne indsatser (jf. akutsygeplejen 4.2.1), så

		opgaver og drøftelser ikke samlet placeres hos akutsygeplejen. Det mangler en definition af, hvad der menes med "rettidig". Det er vigtigt for at sikre, at der på tværs af sektorer og i alle dele af landet er en fælles forståelse af, hvor hurtigt den kommunale sygepleje rykker ud.
	3.1. Forløb og indsatser	Boksen om forløb og indsatser bør suppleres med punktet: *"Overtage instrumentelle sygeplejeopgaver efter oplæring af akutsygeplejerske eller andet sygehuspersonale, særligt hos kroniske patienter og patienter med omfattende, langvarige forløb"*. Opgaver og ansvarsområde for kommunal sygepleje bør konkretiseres. Det skal fastholdes, at den kommunale sygepleje skal være tovholder på borgerens forløb i kommunalt regi. Det står ikke direkte, men det er vigtigt, at kommunerne fremadrettet kan varetage iv-behandling. Der bør tilføjes: Den kommunale sygepleje skal kunne varetage **en bred vifte af sygeplejemæssige indsatser, som er** hyppigt forekommende ~~indsatser~~, fx medicindispensering- og administration og kompressionsbehandling, samt mindre hyppigt forekommende indsatser, fx **IV-behandling**, sondeernæring og stomipleje, **parenteralernæring, dialyse, pumpebehandling til neurologiske patienter og patienter, der skal suges i svælget.**
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	Det anbefales, at det tydeliggøres, at dokumentation og kommunikation sker via MedCom-standarderne, så kvalitetsstandarden understøtter eksisterende arbejdsgange og kommunikationsveje på tværs af sektorer.

		En præcisering af visitationsansvaret bør fremgå i kvalitetsstandardens krav om rettidig opstart af sygeplejefaglige indsatser. Det bør tydeligt fremgå, at akutsygplejen skal kunne visitere til kommunal sygepleje, samt hvordan processen skal foregå for at sikre ensartet praksis. Afsnittet oplister eksempler på henvisende parter, men nævner ikke lægevagtsordning/akuttelefon og det præhospitale område. Disse skal tilføjes.
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	Det mangler en definition af, hvad der menes med ”rettidig” jf. bemærkning til afsnit 3. Forløb og indsatser.
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	Regionerne bakker op om, at borgere med behov for palliation skal identificeres systematisk og rettidigt, og at der anvendes validerede redskaber som eksempelvis Surprise Question (SQ) og SPICT. Det bør imidlertid præciseres, hvad der forstås ved, at identifikationen skal ske "rettidigt", så standarden giver en tydeligere faglig retning for, hvornår vurderingen bør finde sted. Det bør ligeledes fremgå tydeligere, at anvendelsen af eksempelvis SPICT i en række tilfælde forudsætter et tæt samarbejde med den behandlingsansvarlige læge. En vurdering kan blandt andet give anledning til behov for stillingtagen til behandlingsniveau eller ændringer i medicinsk behandling, hvor den lægefaglige involvering er central. Der bør derfor være en tydelig beskrivelse af ansvars- og samarbejdsfladerne mellem den kommunale sygepleje og den behandlingsansvarlige læge. Regionerne finder det positivt, at der lægges vægt på udarbejdelse og koordinering af en palliativ plan. Det er i den forbindelse væsentligt, at planen koordineres på tværs af relevante aktører og sektorer, herunder almenmedicinske tilbud og sygehusafdeling.

		Den palliative plan og borgerens ønsker til fremtidig pleje og behandling bør desuden være tilgængelige for det præhospitale område, så borgerens ønsker og aftaler kan understøttes på tværs af sektorer, herunder i akutte situationer. Det bør samtidig tydeliggøres, hvordan den kommunale sygepleje skal handle, når der identificeres psykiske, sociale, eksistentielle eller åndelige behov. Udkastet kan efter regionernes vurdering læses sådan, at komplekse behov primært skal føre til inddragelse af den specialiserede palliative indsats. Det bør fremgå tydeligere, at der afhængigt af borgerens konkrete behov også kan være relevant at inddrage andre faggrupper og tilbud, eksempelvis præst, socialrådgiver eller andre relevante fagprofessionelle. Det vil samtidig understøtte ambitionen om en helhedsorienteret palliativ indsats. Regionerne anbefaler derfor overordnet et stærkere fokus på det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i kvalitetsstandarderne. Det gælder både ved identifikation og vurdering af palliative behov, i den løbende palliative indsats og i forbindelse med samtaler og beslutninger om fremtidig behandling. Det er særligt vigtigt, at roller og ansvar er tydelige i forbindelse med behandlingsfravalg, hvor den behandlingsansvarlige læges ansvar og samarbejdet med borgeren/patienten skal fremgå klart.
	3.6. Opfølgning og afslutning	Tilføj følgende i teksten: "(...) når borgeren **eller pårørende** selv kan varetage indsatsen". Det er vigtigt, at et forløb enten kan afsluttes eller pauseres inden overgang til regionale tilbud, og at der er rum til lokalt at aftale med kommuner, hvornår og hvad er mest hensigtsmæssigt at gøre.

	3.7. Udstyr	Det er uklart, hvad der menes med ”gennem tværsektoriel organisering og aftaler, være adgang til relevant palliativt udstyr og medicin, fx subkutan lindrende medicin”. Betyder det, at den kommunale sygepleje skal kunne hente medicin på hospitalet, såfremt der opstår et akut behov, som ikke er forudset? Eller hvordan tænkes det håndteret i praksis? Aktuelt er det kun borgerens egen medicin, der er tilgængelig i eget hjem, og det vil forudsætte, at hver borger har en akutkasse med medicin. Det er uhensigtsmæssigt, at den kan tages i brug uden involvering af læge.
4. Kompetencer	-	Kompetencekrav bør afspejle behov hos sårbare og komplekse målgrupper.
	4.1. Kompetencer	I boksen bør der tilføjes et punkt: - **”Varetage sygepleje til patienter med forværring af kendt sygdom, evt. efter sparring og indsats fra akutsygeplejen, så yderligere symptomudvikling forebygges eller afhjælpes”.** Det er uklart, hvad der menes med grundlæggende sygepleje, og det er vigtigt, at der er en fælles forståelse af, hvad den kommunale sygepleje kan håndtere - ikke mindst i et lidt længere fremtidsperspektiv. Der efterspørges derfor en definition af ”grundlæggende sygepleje”.
	4.2. Basale palliative kompetencer	Kravene til palliative kompetencer bør skærpes og tydeliggøres. Når alle relevante borgere skal have deres palliative behov identificeret systematisk og rettidigt, er det ikke tilstrækkeligt, at de mere specifikke palliative kompetencer alene kan være placeret hos enkelte medarbejdere på enhedsniveau. De nødvendige kompetencer bør være tilstrækkeligt bredt tilgængelige i den kommunale sygepleje til, at palliative behov kan identificeres, vurderes og håndteres kvalificeret i den daglige opgavevaretagelse. Palliative forløb går ofte på tværs af fagligheder og sektorer. Det bør

		derfor stå tydeligere, hvilken koordinerende rolle den kommunale sygepleje forventes at varetage, og hvordan samarbejdet med almenmedicinske tilbud, sygehuse og specialiserede palliative funktioner skal understøtte sammenhæng i borgerens forløb. Kvalitetsstandarden beskriver allerede klinisk lederskab og tværfaglig og tværsektoriel koordinering som centrale kompetencer, men der efterlyses en tydeligere beskrivelse af, hvordan dette skal omsættes i de palliative forløb.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	Det bør også fremgå, at den kommunale sygepleje skal sikre intern sparring. Tilføj således: "have fastlagte arbejdsgange for **intern såvel som** tværfaglig sparring, koordinering og informationsdeling på tværs af relevante kommunale tilbud". Teksten handler på nuværende tidspunkt kun om sparring på tværs af kommunale tilbud.
	5.1. Organisering og tilgængelighed	Kommunerne skal kunne varetage grundlæggende sygepleje, herunder komplekse forløb samt langvarige og hyppige indsatser. Det er hertil beskrevet, at kommunen skal kunne levere indsatser hele døgnet. Kontinuerlig tilstedeværelse bør nævnes direkte. Det bør præciseres, hvad der menes med tilgængelighed døgnet rundt.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Der bør også være et tilsvarende afsnit i kvalitetsstandarden for akutsygeplejen, som der er i denne kvalitetsstandard, som her har overskriften: "Samarbejde med akutsygeplejen". Akutsygeplejen skal kunne foretage kliniske sygeplejefaglige vurderinger i borgernes hjem

		ved akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom. Dette kan også foregå digitalt, hvis situationen tilsiger dette. Det bør præciseres, hvilke vurderinger kommunal sygepleje skal foretage før kontakt til akutsygeplejen. Det bør præciseres, at akutsygeplejens bistand vedrører enkeltstående, instrumentelle sygeplejeopgaver, og at bistand baseres på faglig kompleksitet og ikke kapacitetsudfordringer. Formuleringen om bistand ved manglende rutine i instrumentel sygepleje kan give anledning til forskellig praksis, hvis kommunernes forventede grundkompetencer ikke præciseres. Der mangler en beskrivelse af klare rammer for overlevering fra akutsygepleje til kommunal sygepleje.
6. Kvalitetsudvikling	-	Der mangler et krav om, at der skal dokumenteres til FSIII.
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	Det anbefales, at kravene til kvalitetsudvikling med et begrænset antal fælles nationale kvalitetsindikatorer suppleres, så det muligt at følge, hvorvidt standardernes formål realiseres.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	Der mangler en definition af begreberne akut og ikke-akut forværring. Der er en definition i overensstemmelse med afsnit 2.2 i ”Høringsudkast til kvalitetsstandarder for akutsygepleje”. Konsekvensret i dette afsnit med definitionen fra afsnit 2.2.
Bilag 2. Cases	-	Der mangler et tilsvarende afsnit med cases i kvalitetsstandarden for akutsygeplejen.
	Eksempler på borgere i målgruppen	Der bør suppleres med en case om ikke-akut forværring uden for dagstid, hvor det præhospitale område inddrages.
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	Der mangler en overskrift til den 82-årige borger med KOL.

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Danske Regioner bakker overordnet op om kvalitetsstandarden og ambitionen om at styrke akutsygeplejen som et ensartet og sammenhængende tilbud på tværs af landet. Det er samtidig afgørende, at kvalitetsstandarden giver en tydelig national ramme for akutsygeplejens opgaver, ansvar og kompetencer og klart beskriver snitfladerne til den kommunale sygepleje, almen praksis og sygehusene. Der er særligt behov for en tydeligere afgrænsning af, hvordan ansvar og koordinering skal varetages i overgangene. Det gælder blandt andet ved længerevarende og komplekse sygeplejeindsatser, IV-behandling og rehabiliterende behov. Tydeligere nationale rammer vil mindske fortolkningsrummet og understøtte ensartet kvalitet, sammenhængende patientforløb og en klar ansvarsplacering på tværs af geografi og sektorer. Danske Regioner anbefaler desuden, at det fremgår tydeligere, hvad der udgør bindende krav, og hvad der er anbefalinger, eksempelvis gennem opsummeringer eller bokse som i kvalitetsstandarden for den kommunale sygepleje. Centrale begreber, herunder akutsygepleje, specialiseret sygepleje, kompleks og basal sygepleje, kompetencekrav mv. bør ligeledes defineres mere præcist. Endelig er det vigtigt, at kvalitetsstandarden understøttes af de nødvendige rammer for samarbejdet i praksis. Det gælder blandt andet mulighed for smidig deling af relevante oplysninger på tværs, klare arbejdsgange når kommunerne anvender private leverandører samt praktiske samarbejdsaftaler om adgang til borgerens hjem. Danske Regioner finder det vigtigt, at det fremgår tydeligt af kvalitetsstandarden, jf. Sommeraftalen 2026, at standarden skal implementeres gradvist i takt med, at de nødvendige kompetencer og den nødvendige kapacitet opbygges. Der henvises i øvrigt til Danske Regioners overordnede høringssvar.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	Det vurderes, at flere centrale elementer vedr. målgruppe, indsatsområder, kompetencer, udstyr og organisering med fordel kan præciseres yderligere. En højere grad af national standardisering vil understøtte lighed i sundhed, ensartet kvalitet, tydelig ansvarsplacering og sammenhængende

		patientforløb på tværs af kommuner, regioner og almen praksis.
	1.1. Opdrag	Figur 1: Visuelt og i forklaringer bør det kunne aflæses, hvad kasserne viser/ repræsenterer. Kassernes relative størrelse i figuren pt. svarer på ingen måde til opgavernes faktiske størrelse. Akutsygepleje bør defineres tydeligt, og der bør være en klar adskillelse mellem den regionale akutsygeplejefunktion og den beskyttede titel 'specialuddannelse i akutsygepleje'. Det er vigtigt, at det ikke kan tolkes som om, at akutsygeplejen kun kan bemandes af specialuddannede sygeplejersker. Akutsygeplejens opgaver, ansvar og kompetencer bør beskrives mere præcist. Det bør tydeliggøres, hvilke opgaver, der fremadrettet forankres i akutsygeplejen, og hvilke opgaver, der fortsat varetages i den kommunale sygepleje. En klar opgaveafgrænsning er afgørende for ensartet implementering, korrekt ressourceplanlægning og tydelig ansvarsplacering på tværs af sektorer.
	1.2. Formål	Det bør præciseres, at akutsygeplejen også skal indgå i et tæt og forpligtende samarbejde med sygehusene om både forebyggelse af indlæggelser, sikre udskrivelser og håndtering af sygdomsforværring. Det er uklart, hvad der henvises til i teksten her: "Kvalitetsstandarderne vil være gældende fra 1. januar 2027, og praksis skal udvikles over tid i overensstemmelse hermed. Implementeringen skal følges tæt, særligt i de første år, med henblik på løbende opfølgning på udviklingen i praksis, politiske prioriteringer og eventuelle behov for justering". Hvad henvises der til for en opfølgning af implementeringen? Det bør præciseres jf. Sommeraftalen 2026, at kvalitetsstandarden gradvist vil blive

		implementeret i takt med kompetence- og kapacitetsopbygning.
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	Begrebet akutsygepleje bør defineres konsekvent gennem dokumentet. Nye begreber som "kommunale akutfunktioner", "akutplaner" og "sygehusplaner" bør beskrives nærmere for at sikre fælles forståelse. Der står i teksten: ”Den lokale planlægning af nære regionale sundhedsindsatser som eksempelvis akutsygeplejen skal beskrives i sundhedsrådets nærsundhedsplan, mens samarbejde og arbejdsdeling mellem myndighederne kan aftales i de relevante lokale rammer. Nærværende kvalitetsstandarder stiller ikke krav om, at afklaringerne skal fremgå af en bestemt type aftale”. Det bør fremgå tydeligere af kvalitetsstandarderne, at de lokale aftaler skal indgås inden for de nationalt fastsatte rammer. Det skal understøtte en fælles national retning, samtidig med at der er mulighed for lokal tilpasning.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	Der bør beskrives tydeligere, hvilke tilstande der betragtes som akutte, og hvordan disse adskilles fra de fluktuationer, som kommunal sygepleje forventes at håndtere uden involvering af akutsygeplejen. Det bør fremgå, at aktivering af akutsygeplejen bør som udgangspunkt ske på baggrund af en sygeplejefaglig vurdering. Det bør overvejes at anvende kendte triage- og vurderingsredskaber for at understøtte vurderingen af akutte borgere i eget hjem. Teksten bør suppleres med en formulering om, at akutsygeplejen skal bidrage til at forebygge unødvendige indlæggelser, men at der ved

		behov for sygehusbehandling naturligvis skal være en enkel og hurtig adgang til relevant sygehusfunktion.
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	Det bør fremgå tydeligere, at kvalitetsstandarden omhandler den borgernære regionale funktion og ikke akutsygepleje i hospitalernes akutafdelinger. Navngivningen kan give anledning til forveksling med den titelbeskyttede specialuddannelse. Det bør tydeliggøres, at akutsygeplejens kompetencer ikke erstatter en lægefaglig vurdering, når patientens tilstand kræver lægelig diagnostik, behandling eller stillingtagen til indlæggelse.
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	Det fremgår ikke tydeligt, hvornår akutsygeplejen skal involveres. Med den foreslåede beskrivelse kan nogle kommuner vurdere, at de selv har kompetencerne til at varetage en vurdering eller opgave hos en borger. Mens andre kommuner vil vurdere, at der er behov for akutsygeplejens vurdering. Dermed risikerer tilbuddet at blive afhængigt af den enkelte kommunes vurdering frem for at være et ensartet tilbud. Akutsygeplejens indsatser og ansvar bør fremgå tydeligere i forhold til borgere med akut forværring af kendt sygdom. Her vil det typisk være den kommunale sygepleje, der kender borgeren bedst. Det tætte samarbejde omkring denne borgergruppe bør derfor beskrives tydeligere, herunder ansvarsfordelingen. Formuleringen: “Efter udskrivelse fra sygehus, hvor der fortsat er behov for særlige sygeplejefaglige kompetencer eller mulighed for hurtigt at tilpasse indsatsens omfang og intensitet til ændringer i borgerens tilstand” opleves som bred og ukonkret. Det kan skabe uklarhed og gråzoner mellem akutsygeplejen og kommunal sygepleje. Det bør derfor præciseres, hvad der konkret menes med særlige sygeplejefaglige kompetencer, og

		hvordan disse adskiller sig fra de kompetencer, der forventes i den kommunale sygepleje. Det står beskrevet, at den kommunale sygepleje skal have koordinerende funktion ift. borgeren. Dette bør beskrives mere tydeligt i kvalitetstandarden for kommunal sygepleje. Der bør også fremgå, at akutsygeplejen skal supplere og ikke etablere en parallel kapacitet til den kommunale sygepleje. Der ønskes en tydeliggørelse af, hvem der har ansvaret for at sikre overgang tilbage til kommunal sygepleje, når akutsygeplejens indsats afsluttes. Dette er væsentligt for at undgå, at borgere bliver fastholdt i et regionalt akuttilbud længere end nødvendigt, eller at hospitalet efterfølgende bliver involveret i en uklar overgang mellem regionale og kommunale indsatser. Adgangen til relevante data på tværs af sektorer bør beskrives tydeligere.
3. Målgruppe	-	Beskrivelsen af målgruppen bør tydeliggøres, særligt i forhold til borgere med psykisk sygdom.
	3.1. Målgruppen	Det er ikke helt tydeligt, hvor skillelinjen er mellem den kommunale sygepleje og akutsygeplejen. Der mangler en tydeligere beskrivelse af, hvad der forstås ved kompleks sygepleje. Det er vigtigt, at det ikke er op til den enkelte kommune eller akutsygeplejen i situationen at vurdere det. Der bør fremgå, at borgere, der forventes selv at kunne møde hos egen læge eller vagtlæge, ikke er målgruppe for den udredende (lægelige) del af den sygeplejefaglige vurdering, som i disse tilfælde bør ske hos egen læge/vagtlæge.

		Det skal præciseres, at vurderingen af, om en borger har behov for sygehusindlæggelse, altid skal bero på en lægefaglig vurdering. Det bør afklares, om borgere udskrevet fra psykiatrien er omfattet af målgruppen.
	3.2. Målgruppens karakteristika	For borgere med demens og borgere med varige funktionsnedsættelser er det vigtigt, at muligheden for indsatser i hjemmet som alternativ til indlæggelse formuleres som en faglig mulighed og anbefaling frem for som et generelt krav. Indsatsen skal altid tage udgangspunkt i en konkret vurdering af borgerens behov og de tilgængelige tilbud. Der skal et arbejde i gang ift. at undersøge, om dette er fagligt forsvarligt i regi af efterårsaftalen 2026.
	3.3 Afgræsning af målgruppen	Krav til informationsoverdragelse, oplæring og kompetenceoverdragelse bør beskrives tydeligere.
4. Indsatser	-	Tilføj til boksen: "Bistand til den kommunale sygepleje ved udførelse af instrumentel sygepleje i borgernes hjem, **når virtuel kontakt ikke er muligt/tilstrækkeligt"** Det er uklart, hvornår der er tale om indsatser, som den kommunale sygepleje ikke har tilstrækkelig rutine til at varetage. Dette bør præciseres. Dokumentationskrav, monitorering og henvisningsprocedurer bør beskrives nærmere. Det bør afklares, hvornår telefoniske henvendelser kan stå alene, og hvornår skriftlig dokumentation er nødvendig.
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Der bør skabes større klarhed om arbejdsgange for mundtlige og skriftlige henvisninger. Det bør præciseres, at direkte telefonisk kontakt mellem borgeren og akutsygeplejen alene er relevant i de tilfælde, hvor akutsygeplejen har overtaget ansvaret for forløbet. I øvrige tilfælde bør kontakten gå via

		den kommunale sygepleje, som har det overordnede ansvar for borgerens forløb i eget hjem. Der efterlyses en tydeligere beskrivelse af forskellen mellem bistand, rådgivning og sparring. Beskrivelsen af det almenmedicinske tilbuds tovholderfunktion bør justeres. Ambitionen i den nationale opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud er, at den almenmedicinske klinik har en tovholderrolle for alle borgere, der er tilknyttet klinikken. Formuleringer i kvalitetsstandarderne om, at den almenmedicinske klinik informeres, hvis den har en tovholderfunktion, kan derfor give indtryk af, at tovholderfunktionen kun gælder for nogle borgere. Der bør i stedet stå, at akutsygeplejen skal orientere den læge, der har behandlingsansvaret for det konkrete forløb.
	4.2. Typer af indsatser	Det ønskes præciseret, at akutsygeplejen leverer sygeplejefaglige indsatser og ikke generel pleje. Det anbefales, at der beskrives og afgrænses mere præcist ift. akutsygeplejens indsatser. Manglende afgrænsning kan føre til lokal fortolkning og forskellig praksis på tværs af landet. Nationale standarder for indsatsområder vil understøtte reformens ambition om mere ensartede sundhedstilbud. Begreber som "stabiliseret", "hyppig", "få timer", "få dage" og "flere gange dagligt" bør defineres mere præcist. Under alle tre indsatsoverskrifter savnes en henvisning til dokumentationspligten jf. lov om sygepleje. Der er flere steder fokus på instrumentel sygepleje. Der står, at akutsygeplejen skal kunne bistå den kommunale sygepleje ved instrumentel sygepleje. Her bør det præciseres,

		hvilke typer instrumentel sygepleje der tænkes på, og hvornår akutsygeplejen forventes at overtage eller bistå. I forlængelse heraf bemærkes det, at håndtering af IV-medicinering er en omfattende indsats i hjemmet, der i dag er aftalebestemt mellem kommuner og region. Denne opgave er ikke nævnt i kvalitetsstandarden. Dermed er det uklart, om opgaven er kommunal eller regional, og hvornår den evt. overgår fra det ene til det andet. Der fremgår, at: "Ved fortsat behov for sygepleje kan borgeren henvises til kommunal sygepleje". Det er uklart, hvor hurtigt den kommunale sygepleje skal tage over. Der bør være en forventning om, at det kan ske senest dagen efter. Det fremgår det, at akutsygeplejen skal kunne udføre både hyppig og mindre hyppigt forekommende instrumentel sygepleje, eksempelvis inhalationsbehandling og pasning af dræn. Her er det vigtigt at tydeliggøre snitfladen til kommunal sygepleje, da disse opgaver også må forventes varetaget af kommunal sygepleje. Hvis akutsygeplejen foretager en vurdering efter henvisning fra kommunal sygepleje, skal det være tydeligt, hvem der har ansvaret for den lægelige vurdering og eventuel diagnostisk udredning. Der står, at "Som led i den kliniske vurdering skal akutsygeplejen kunne foretage relevante diagnostiske undersøgelser, eventuelt på delegation fra behandlingsansvarlig læge, herunder kapillær blodprøvetagning samt prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse". Det sker ikke på delegering, det er en del af sygeplejens virksomhedsområde.

		Som beskrevet i standarden, kan akutsygeplejen varetage kortvarige indsatser efter udskrivelse fra sygehus, herunder opfølgning efter korte akutte indlæggelsesforløb. Det skal præciseres, at disse indsatser skal være aftalt som en del af udskrivelsesforløbet. Af tekststykket fremgår det, at: ”Akutsygeplejen skal desuden, hvor relevant, identificere eventuelle behov for øvrige indsatser, eksempelvis genoptræning, rehabilitering og palliation, og ved behov inddrage relevante aktører”. Det vil oftest ikke være akutsygeplejen, som er den oplagte aktør til dette, da akutsygeplejen typisk kun skal levere indsatser af kortere varighed. Derfor bør formuleringen udgå. Der skal ikke være afslutningskriterier, så disse skal helt udgå. Dette skyldes, at akutsygeplejen er allerede afgrænset ift. kvalitetsstandardens formulering om, at akutsygeplejen skal kunne iværksætte og varetage fokuserede indsatser af kortere varighed, typisk ikke længere end få dage. Der er derfor ikke behov for afslutningskriterier, som vil føre til forskelligartet fortolkning lokalt.
	4.3. Udstyr og medicin	Der bør indskrives et fokus på digitale løsninger, videokonsultation og adgang til relevante patientoplysninger. Anvendelse af diagnostisk udstyr bør understøttes af laboratoriefaglig ekspertise. Ansvar for implementering, kvalitetssikring, vedligeholdelse, prøvehåndtering og dokumentation bør beskrives tydeligere.
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Der efterlyses en tydeligere beskrivelse af rollefordelingen mellem sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt øvrige sundhedsprofessioner.

		Det er uklart, hvilke mindre hyppigt forekommende instrumentelle sygeplejeopgaver der er tale om. Dette bør konkretiseres.
6. Organisering	-	Ansvarsfordelingen mellem akutsygepleje og kommunal sygepleje vurderes uklar ved parallelle forløb. Det bør afklares, hvordan ansvar og dokumentation håndteres ved klager eller utilsigtede hændelser.
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	Der bør tilføjes ift. punkterne: "der lokalt aftales **med afsæt i kvalitetsstandarderne** en tydelig arbejdsdeling mellem akutsygeplejen og øvrige regionale og kommunale tilbud". Det fremstår uklart, hvem der reelt har ansvaret for at koordinere borgerens forløb, så det opleves sammenhængende. Der anvendes for brede formuleringer som "(...) og kan eksempelvis varetages af den kommunale sygepleje (...)". Ansvaret for koordineringen bør fremgå tydeligere. De beskrevne forudsætninger for datadeling vurderes ikke at være teknisk understøttet i dag. Der mangler løsninger for adgang til relevante oplysninger på tværs af EPJ, kommunale omsorgssystemer, Sundhedsjournalen og FMK. Kravene til informationsdeling bør afspejle de faktiske tekniske muligheder.
	6.2. Tilgængelighed	Kravet om bred geografisk tilstedeværelse bør suppleres med krav om sammenhængende kapacitetsplanlægning. Tilgængelighed bør ikke alene omhandle fysisk tilstedeværelse, men telefonisk/digital adgang til klinisk vurdering, rådgivning og visitation. Diagnostiske funktioner og laboratorier bør beskrives som faste samarbejdspartnere ved diagnostiske indsatser. Det bør tydeliggøres, hvem der har ansvar for vurdering og opfølgning på analysesvar. Krav til dokumentation,

		sporbarhed og tilgængelighed af diagnostiske resultater bør beskrives mere præcist.
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Det bør fremgå tydeligere, at sygehusene skal indgå som en obligatorisk samarbejdspartner der, hvor akutsygeplejen har væsentlige snitflader til sygehusets patientforløb. Det anbefales, at der tydeliggøres en ansvarsfordeling, samarbejdsflader og forventninger til de involverede aktører for at reducere risikoen for lokalevariationer, uklar ansvarsplacering og uens borgerforløb. En højere grad af præcisering vil understøtte reformens ambition om sammenhængende og ensartede patientforløb på tværs af landet. Kravene til datadeling bør beskrives mere konkret for at sikre sammenhængende forløb for borgere og af hensyn til patientsikkerheden. Behandlingsansvaret bør som udgangspunkt følge den henvisende læge og vil oftest være placeret i det almenmedicinske tilbud. Det bør fremgå tydeligere af kvalitetsstandarden, hvordan behandlingsansvaret er placeret, så der sikres en ensartet national ramme. Placeringen af behandlingsansvaret bør således ikke bero på lokale aftaler. Dette skal besluttes på nationalt plan, men lokale aftaler kan understøtte klare arbejdsgange for overdragelse og samarbejde. Følgende data bør deles: Deling af observationsdata Adgang til behandlingsplaner Deling af prøvesvar Dokumentation af behandlingsansvar Realtidskommunikation mellem sektorer.
7. Kvalitetsudvikling	-	Det foreslås, at overskriften til ”Kvalitetsudvikling og patientsikkerhed”.
	7.1. Kvalitetsudvikling	Det fremgår ikke tydeligt, hvad der skal måles på. Dette bør konkretiseres. Der bør desuden skabes tydelighed om dokumentationsforpligtelsen i akutsygeplejen.

		Det gælder særligt ved rådgivning og faglig sparring, hvor akutsygeplejen ikke overtager et borgerforløb. Danske Regioner anbefaler, at kvalitetsstandarderne tydeliggør, at dokumentation skal ske i overensstemmelse med gældende lovgivning, mens de konkrete arbejdsgange for dokumentation og informationsdeling fastlægges under hensyn til organiseringen og den digitale understøttelse. Det skal undgås, at dokumentationskrav i praksis bliver en barriere for fleksibel rådgivning og hurtig faglig sparring.

Til Sundhedsstyrelsen – Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

Den 23. oktober 2026

Mail: fopssst@sst.dk
med kopi til: mebrs@sst.dk

Høring vedr. Kvalitetsstandarder for regional akutsygepleje, Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation samt Vejledning om kommunal sygepleje

Danske Ældreråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til Kvalitetsstandarder for regional akutsygepleje, Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation samt Vejledning om kommunal sygepleje.

Danske Ældreråd hilser formålet med kvalitetsstandarderne meget velkomment. Nationale kvalitetskrav for den kommunale sygepleje og akutsygeplejen er helt afgørende i forhold til at løfte kvaliteten og sikre mindre ulighed i sundhed på tværs af landet.

Danske Ældreråds bemærkninger går på tværs af de to kvalitetsstandarder. Fokus er de overordnede og tværgående forhold, som vi finder særligt relevante set fra et borgerperspektiv.

Meget overordnet beskrivelse af krav til kvalitet og kompetencer

Danske Ældreråd mener generelt, at kvalitetsstandardernes krav til forløb og indsatser i sygeplejen er for overordnet beskrevet (f.eks. s. 10, Kvalitetsstandarder om kommunal sygepleje og basal palliation). Kravene efterlader for meget frihed og for få konkrete anvisninger til den enkelte kommune og leverandør.

Det er vanskeligt at se for sig, hvordan der kan følges op på kravene. Danske Ældreråd savner nogle mere præcise krav, som rent faktisk kan efterprøves, så kvalitetsstandarderne ikke ender som hensigtserklæringer uden bindende, operationelle mål for den daglige praksis.

En sammenhængende indsats

Behovet for tydelige krav gælder ikke mindst i forhold til at understøtte sammenhængen mellem kommunal sygepleje, helhedsplejen og den regionale akutsygepleje.

Det er en klar ambition i kvalitetsstandarderne at understøtte denne sammenhæng, og det finder vi meget positivt. Det er afgørende, at den nye organisering ikke fører til flere eller sværere snitflader omkring borgeren, men tværtimod understøtte kontinuitet, faste tværfaglige teams og tydelig koordinering – også i overgangen mellem den kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje.

Danske Ældreråd finder det derfor positivt, når det af kvalitetsstandarderne fremgår, at "samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og helhedsplejen bør understøttes gennem tydelige rammer for koordinering, vidensdeling og opfølgning på ændringer i borgernes behov og tilstand" (afsnit 5.3, Kvalitetsstandarder om kommunal sygepleje og basal palliation).

Danske Ældreråd finder det videre positivt, at udkast til kvalitetsstandarder og vejledning om kommunal sygepleje beskriver behandlingsansvaret og betydningen af sammenhæng i borgerens behandlings-, pleje- og omsorgsforløb (afsnit 5.1 i Kvalitetsstandarder om kommunal sygepleje og basal palliation).

Integration af kommunal sygepleje i helhedsplejen

En meget vigtig ambition i sundhedsreformen er at integrere den kommunale sygepleje i helhedsplejen efter ældreloven. Danske Ældreråd ser det som en nødvendig forudsætning for at sikre reel helhedspleje for de mange ældre borgere, der både modtager pleje og sygepleje.

Den fremtidige integration af kommunal sygepleje i helhedsplejen er meget kort nævnt i Kvalitetsstandard for kommunal sygepleje og basal palliation (afsnit 1.2) og Vejledning om kommunal sygepleje (fodnote side 3).

Når kommunal sygepleje integreres i helhedsplejen efter ældreloven, bliver det samtidig en forpligtelse for kommunerne at sikre frit valg af leverandør af den samlede helhedspleje. Det betyder, at private leverandører fremover vil få en væsentlig rolle i varetagelsen af indsatser, som også omfatter kommunal sygepleje. Danske Ældreråd savner, at særligt kvalitetsstandarderne i højere grad forholder sig til de krav, der følger heraf, herunder hvordan kommunen sikrer kvalitet, sammenhæng, kompetencer, dokumentation, koordinering og informationsdeling.

Det følger af regeringens lovprogram, af forslag om integration af kommunal sygepleje i helhedsplejen vil blive fremsat i februar 2027. Danske Ældreråd forventer, at kvalitetsstandarder og vejledning i forlængelse heraf bliver opdateret, så de vil være i tråd med gældende lovgivning på området. Denne forventning om en opdatering bør skrives ind i indledningen i såvel kvalitetsstandarder som vejledning.

Præcisering af indsatser i sygeplejen

Danske Ældreråd savner en mere konkret beskrivelse af, hvad den kommunale sygepleje omfatter. Kvalitetsstandarderne beskriver i de overordnede principper for tilrettelæggelsen af sygeplejen (s. 10 i Kvalitetsstandarder om kommunal sygepleje og basal palliation), herunder sammenhæng, koordinering, rehabilitering, forebyggelse og klinisk lederskab. Det er relevante principper, men efterlader samtidig et behov for større tydelighed om de konkrete sygeplejefaglige opgaver og indsatser, som den kommunale sygepleje varetager.

Danske Ældreråd bemærker i den forbindelse, at der allerede i Fælles Sprog III findes en fælleskommunal og mere detaljeret beskrivelse af indsatser i kommunal sygepleje. Vi

foreslår derfor, at kvalitetsstandarderne i højere grad kobles til den eksisterende oplistning i Fælles Sprog III.

En sådan tydeliggørelse vil efter vores opfattelse gøre kvalitetsstandarderne mere anvendelige for både borgere, pårørende og kommuner og samtidig skabe større transparens om, hvad borgerne kan forvente af den kommunale sygepleje.

Døgndækket sygepleje

Danske Ældreråd finder det positivt, at udkastet stiller krav om, at kommunal sygepleje skal kunne levere indsatser hele døgnet, og at der skal være tydelige samarbejdsaftaler med regionale aktører. Udkastet bør imidlertid præcisere, hvordan kravet skal omsættes på plejehjem, hvor der ikke nødvendigvis er en sygeplejerske fysisk til stede om aftenen og natten. Danske Ældreråd anbefaler, at standarden stiller tydeligere krav til lokale aftaler, kontaktveje, responstider og opfølgning, så døgnadgangen kan vurderes ud fra beboernes faktiske mulighed for rettidig og fagligt forsvarlig hjælp (afsnit 5.1 i Kvalitetsstandarder om kommunal sygepleje og basal palliation).

Borgeroplevet sammenhæng og kvalitetsudvikling

Danske Ældreråd mener, at borgernes og de pårørendes oplevelser skal indgå systematisk i dataindsamlingen og anvendes i arbejdet med at udvikle kvaliteten. Danske Ældreråd er derfor positive for, at det brugeroplevet perspektiv skal være en fast del af kvalitetsudviklingen. Det bør samtidig være et opmærksomhedspunkt, at monitoreringen ikke alene følger de enkelte sygeplejefaglige indsatser, men også i relevant omfang kan belyse, om sammenhængen fungerer for borgeren.

Danske Ældreråd står til rådighed med henblik på, at uddybe ovennævnte bemærkninger.

Med venlig hilsen

Inger Møller Nielsen
Formand

Trine Toftgaard Lund
Direktør

Høringssvar fra DASYS vedrørende *Kvalitetsstandarder for akutsygepleje, Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation samt Vejledning for kommunal sygepleje*

Vedrørende vejledning for kommunal sygepleje har DASYS modtaget et høringssvar fra Fagligt selskab for Sygeplejersker i Kommunerne

Vedrørende Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation har Dasys modtaget tre høringssvar fra Fagligt selskab for Sygeplejersker i kommunerne, Fagligt Selskab for Palliationssygeplejerske og DASYS' uddannelsesråd ift.

Vedrørende Kvalitetsstandard for Akutsygepleje har DASYS modtaget et høringssvar fra Fagligt selskab for Akutsygeplejersker.

1. Vejledning for kommunal sygepleje: Høringssvar fra Fagligt selskab for Sygeplejersker i Kommunerne

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	Målgruppebeskrivelsen for kommunal sygepleje bliver for uklar, når der er beskrevet: *"Målgruppen er overvejende borgere med almindeligt forekommende sundhedsproblemer i befolkningen."* Kommunal sygepleje håndterer i stigende grad: komplekse forløb, multisygdom, avanceret sårbehandling, palliation, I.V-behandling og velfærdsteknologi. Vejledningen risikerer at undervurdere kompleksiteten i kommunal sygepleje. Kommunal sygepleje omfatter både grundlæggende, komplekse og specialiserede sygeplejeopgaver i det nære sundhedsvæsen og især de komplekse og specialiserede opgaver

		bliver i stigende grad løst af kommunale sygeplejersker.
3. Indhold	-	Det bør fremgå at den kommunale sygepleje ikke kun deltager i forskningsprojekter og udviklingssamarbejder, men også selvstændigt kan igangsætte forskning- og udviklingsprojekter, da det er en del af den kommunale udvikling af sygepleje nu, og foregår i praksis. Det bør fremgå tydeligt at det er et krav at der etableres klare rammer, kvalitetskrav og kontrol med private leverandører når der indgås samarbejder. Det er nok at der står at der bør etableres, i vejledningen. Det bør også fremgå tydeligt hvilke krav der er til den kommunale kontrol af private leverandører, så der ikke bliver en uens kontrol på tværs af kommunerne. Det bør også fremgå om kommunerne kan indgå i horisontale samarbejder om at varetage kontrollen med private leverandører. I forbindelse med kommende helhedsplejeordninger bør det samtidig tydeliggøres, hvordan sygeplejeindsatser efter sundhedsloven afgrænses, dokumenteres og kvalitetssikres, når de leveres af private leverandører som led i en samlet helhedsplejeindsats. Når der tales om sygeplejeindsatser bør det konsekvensrettes at det drejer sig om behandling, der udføres ikke sårpleje, men sårbehandling.
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	Det fremstår uklart og bør præciseres, hvordan kommunalbestyrelsen som ansvarlig myndighed skal sikre at

		kommunal sygepleje ydes af personer med de nødvendige sygeplejefaglige kompetencer til at udføre sygepleje til målgruppen. FSSK støtter ikke formuleringen, at *kommunal sygepleje udføres af både autoriserede og ikke-autoriserede sundhedspersoner, samt øvrige faggrupper*. Det bliver upræcist hvilke øvrige faggrupper det forventes der kan varetage kommunal sygepleje og hvordan øvrige faggrupper skal erhverve sig kompetencer svarende til grundlæggende sygeplejefaglige kompetencer. Især ikke set i lyset af, at der parallelt er udsendt høringsudkast fra Sundhedsstyrelsen til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje, hvor der ikke er tydeligt beskrevet hvilke specifikke kompetencer eller krav til uddannelse og efteruddannelse som er nødvendige for at udføre kommunal sygepleje af en tilstrækkelig kvalitet. Det bør fremgå som et krav at demensfaglige kompetencer skal være til stede i kommunal sygepleje, især set i lyset at målgruppens kompleksitet og omfang.
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation: fra Fagligt selskab for Sygeplejersker i Kommunerne

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation	Fagligt selskab for sygeplejersker i kommunerne (FSSK) er generelt positive over for kvalitetsstandarderne for kommunal sygepleje og basal palliation. Særligt er det positivt, at sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde er beskrevet, da dette understøtter sygeplejerskernes selvstændige faglige ansvar og beslutningskompetence i den kommunale opgaveløsning. Ligeledes er det positivt, at kvalitetsstandarden tydeliggør den stigende kompleksitet i den kommunale sygepleje og anerkender, at kommunerne i dag varetager en bred vifte af avancerede sygeplejeopgaver, som tidligere blev løst på sygehusene. FSSK ser også positivt på, at kvalitetsstandarden stiller krav om, at der skal være medarbejdere med fagområdespecifikke kompetencer inden for blandt andet palliation, demens, inkontinens og sårbehandling. Dette understøtter udviklingen af høj faglig kvalitet i den kommunale sygepleje og afspejler den kompleksitet og specialisering, som kendetegner opgavevaretagelsen. Derudover er det positivt, at kvalitetsstandarden beskriver sammenhængen mellem kommunal sygepleje og helhedspleje efter ældreloven samt understreger betydningen af koordinering og dokumentation på tværs af sundhedsloven og ældreloven. Dette bidrager til at understøtte mere sammenhængende borgerforløb og et fælles ansvar omkring borgerens samlede situation. FSSK vurderer dog samtidig, at kvalitetsstandarden på flere områder ikke giver tilstrækkelig klarhed om snitflader mellem kommunal sygepleje, helhedspleje, regional akutsygepleje, sundheds- og omsorgspladser, almenmedicinske tilbud og sygehuse. Der bør opstilles mere konkrete nationale rammer for ansvarsfordeling, opgavefordeling og samarbejde for at understøtte ensartet praksis på tværs af kommuner og sektorer. Herudover anvender kvalitetsstandarden gennemgående begreber som "rettidigt", "nødvendige kompetencer", "komplekse forløb", "fagområdespecifikke kompetencer", "relevante indsatser" og "tilgængelighed" uden nærmere definition. Dette giver betydelig mulighed for lokal fortolkning og kan skabe usikkerhed om, hvilke forventninger og krav der konkret stilles til den kommunale sygepleje. Det bør derfor overvejes at definere centrale begreber eller supplere med mere konkrete beskrivelser og eksempler. Endelig vurderer FSSK, at kvalitetsstandarden flere steder beskriver forhold, som efterfølgende skal aftales lokalt. Selvom lokal

	fleksibilitet er vigtig, kan dette udfordre ambitionen om nationale kvalitetsstandarder og medføre betydelige forskelle i organisering og tilbud på tværs af landet. FSSK anbefaler derfor, at der på udvalgte områder opstilles tydeligere nationale minimumskrav.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	Det bør fremgå at flere og flere borgere modtager pleje og behandling i eget hjem eller på en sygeplejeklinik, da kommunerne gennem det sidste tiår har sygeplejeklinikker mhp. at kunne levere sygepleje, herunder også behandling som tidligere har været givet på sygehuset.
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	Når der beskrives at målgruppen for kommunal sygepleje ikke omfatter borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af sygdom som skal håndteres af akutsygeplejen, så kan formuleringen fejlagtigt efterlade indtryk af, at borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af kendt sygdom ikke er en del af kommunal sygeplejes målgruppe. Det harmonerer ikke med praksis, hvor kommunale sygeplejersker ofte foretager den første kliniske vurdering, monitorering og indsats hos disse borgere. Der er derfor behov for en tydeligere beskrivelse af det faglige overlap og af ansvarsfordelingen mellem kommunal sygepleje og akutsygepleje. Der bør samtidig beskrives tydeligere, hvornår en borger overgår fra at være omfattet af kommunal sygepleje til at være omfattet af regional akutsygepleje, og hvordan ansvarsfordelingen håndteres i forløb, hvor begge funktioner er involveret samtidigt.
	2.2. Borgere med behov for palliation	Det fremgår ikke tydeligt, hvornår palliative behov vurderes at være så

		komplekse, at der bør ske inddragelse af specialiserede palliative tilbud. Kriterierne for inddragelse af specialiserede palliative tilbud bør beskrives tydeligere for at understøtte ensartet praksis på tværs af landet.
3. Forløb og indsatser	-	Begrebet "grundlæggende sygepleje" anvendes som et centralt begreb gennem hele dokumentet, men uden en egentlig afgrænsning eller definition.
	3.1. Forløb og indsatser	FSSK er ikke enige i formuleringen *"samt mindre hyppigt forekommende indsatser, fx sondeernæring og stomipleje",* som en dækkende beskrivelse for opgaver der forekommer mindre hyppigt i kommunal sygepleje. Sondeernæring og stomipleje er at betragte som hyppigt forekommende sygeplejeopgaver og er ofte en uddelegeret opgave som varetages af andre faggrupper end autoriserede sundhedspersoner Formuleringen siger ikke noget om den kompleksitet der er i de mindre hyppigt forekommende opgaver, som typisk er af en mere instrumentel karakter: intravenøse behandlinger, drænpleje (for eksempel nyre- eller lungedræn), kompliceret sårbehandling, for eksempel med vakuum. Det er eksempler på opgaver som kommunal sygepleje har kompetencer til at varetage, men som forekommer mindre hyppigt. Det bør desuden tydeliggøres, hvem der har ansvar for koordinering og det kliniske overblik i komplekse forløb, hvor kommunal sygepleje, regional akutsygepleje, almen praksis og sygehus er involveret samtidigt.

	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	Det er uklart, hvilke rammer der gælder for visitering til kommunal sygepleje uden lægehenvisning. Det bør præciseres, hvilke typer sygeplejeindsatser kommunen selvstændigt kan iværksætte, særligt i lyset af sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde. Det bør desuden præciseres, hvordan visitation og tildeling håndteres i situationer, hvor en borger allerede modtager sygepleje fra en privat leverandør, inden den sygeplejefaglige udredning er gennemført.
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	Formuleringen om, at sygeplejefaglig udredning skal gennemføres senest inden for den første uge, kan forekomme uhensigtsmæssigt bred. Der bør præciseres, at mere komplekse eller ustabile borgere kan have behov for udredning væsentligt tidligere. Det bør samtidig beskrives, hvordan kravet om sygeplejefaglig udredning som grundlag for tildeling af indsatser skal håndteres i situationer med igangværende sygeplejeforløb eller behov for hurtig iværksættelse af indsatser. Det bør tilføjes som en del af borgerens vurdering, at der også skal vurderes på borgerens samlede skrøbelighed, for eksempel vha. en skrøbelighedsscoring (Clinical Frailty Score). Værktøjet kan bruges på tværs, og i samarbejde med andre aktører, for eksempel sygehus.
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Formuleringen om, at rehabilitering og palliation har væsentlige faglige overlap, bør nuanceres. Selvom indsatserne ofte kan iværksættes parallelt og begge bidrager til borgerens livskvalitet, har de forskellige formål og faglige tilgange. Rehabilitering retter sig primært mod at

		bevare eller forbedre funktionsevne og mestring, mens palliation har fokus på lindring af symptomer og lidelse samt støtte til borgere med livstruende sygdom og deres pårørende. Beskrivelsen bør derfor i højere grad understrege samspillet mellem indsatserne frem for at beskrive dem som fagligt overlappende. Kvalitetsstandarden henviser til borgerens egne mål og til en specifik rehabiliteringstilgang. Det bør beskrives nærmere, hvordan dette understøttes af de gældende dokumentationsrammer, herunder den forenklede FSIII-struktur. Sygeplejens rolle i palliativ rehabilitering kan med fordel beskrives tydeligere, herunder hvordan rehabiliterende indsatser kan bidrage til at bevare funktionsevne og livskvalitet hos borgere med livstruende sygdom.
	3.5. Basal palliation	Fælles anvendelse af validerede screenings- og vurderingsredskaber bør beskrives tydeligere. Hvis valg af redskaber skal aftales lokalt eller regionalt, bør dette fremgå eksplicit. Samtaler om ønsker til fremtidig pleje og behandling bør beskrives mere forpligtende, og det bør tydeliggøres, at disse samtaler gennemføres i et samspil mellem kommunal sygepleje, almen praksis og sygehus. Ligesom det også bør beskrives tydeligere, hvordan pårørende skal inddrages i samtalen. Ved formuleringen om, at borgere kan forblive i eget hjem: Det bør præciseres, at dette forudsætter, at det er fagligt, praktisk og arbejdsmiljømæssigt forsvarligt, og at de nødvendige hjælpemidler og rammer er til stede.

	3.6. Opfølgning og afslutning	Det fremstår uklart, hvad der forstås ved opfølgning på "fastlagte mål", når de nationale dokumentationsrammer ikke længere understøtter systematisk dokumentation af sygeplejefaglige mål. Formålet med opfølgning på den sygeplejefaglige udredning ved afslutning af et forløb bør ligeledes beskrives nærmere.
	3.7. Udstyr	*"Der skal også være det nødvendige udstyr tilgængeligt til at kunne arbejde forebyggende og rehabiliterende"* Formuleringen bliver meget uklar og der kan med fordel uddybes med eksempler på udstyr der skal være tilgængeligt for at arbejde rehabiliterende. Det bør også uddybes hvad der menes med at der skal være adgang til for eksempel palliativ medicin. Menes der for eksempel at pårørende vil kunne hente medicin på et regionalt tilbud, hvis der bliver akut behov – hvordan skal samarbejdet med almenmedicinsk tilbud organiseres eller vagtlægeordningen ift. ordination af medicinen. Det bliver uklart hvad der menes med adgang og tilgængelighed.
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Når det i kvalitetsstandarden anføres, at den kommunale sygepleje på enhedsniveau skal råde over medarbejdere med fagområdespecifikke kompetencer inden for blandt andet palliation og sårbehandling samt kompetencer inden for klinisk lederskab og klinisk beslutningstagen, finder FSSK det problematisk, at det ikke fremgår tydeligt, hvilke faggrupper der forventes at varetage disse funktioner. Efter FSSK's opfattelse er der i vid udstrækning tale om kompetencer, som knytter sig til sygeplejefaglig virksomhed og dermed

		primært varetages af sygeplejersker. Det bør derfor tydeliggøres i kvalitetsstandarden, hvilke faggrupper der forudsættes at besidde og anvende disse kompetencer. Begrebet "på enhedsniveau" bør præciseres. Det er uklart, om der henvises til et geografisk distrikt, et samlet sygeplejeområde eller kommunen som helhed. Det bør desuden fremgå, at særlige fagområdespecifikke kompetencer også skal være tilgængelige inden for socialområdet og hos private leverandører, når disse varetager kommunale sygeplejeopgaver. Der kan med fordel beskrives mere konkret, hvordan kommunerne forventes at sikre adgang til særlige kompetencer, herunder palliative nøglepersoner og øvrige faglige ressourcepersoner.
	4.2. Basale palliative kompetencer	Forventningerne til kompetenceniveau og organisatorisk understøttelse bør beskrives mere konkret for at understøtte ensartet kvalitet i basal palliation på tværs af kommunerne. Medarbejdere med særlige palliative kompetencer bør også have en rolle i kompetenceudvikling og i den faglige understøttelse af organisationen.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	Nøglepersonsuddannelser og tilsvarende kompetenceforløb kan med fordel fremhæves som eksempler på relevante udviklingsaktiviteter.
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	Beskrivelsen af sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde bør

		suppleres med konkrete eksempler på anvendelse i kommunal praksis. Dette vil understøtte implementering og ensartet forståelse. Samspillet mellem kommunal sygepleje og helhedspleje efter ældreloven bør beskrives tydeligere.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	Det er uklart, hvilke minimumskrav til volumen eller erfaring der ligger til grund for vurderingen af faglig bæredygtighed. Dette kan med fordel beskrives nærmere.
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	Der mangler en tydeligere beskrivelse af samarbejdet mellem kommunal sygepleje og myndighedsfunktioner, visitation, hjælpemiddelområder og terapeutfunktioner. Disse samarbejder er afgørende i mange borgerforløb.
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Når der beskrives at akutsygeplejen skal bistå den kommunale sygepleje med opgaver og eksemplerne er anlæggelse af blærekateter og sonde, er det ikke et udtryk for opgaver som kommunal sygepleje hyppigt vil have behov for bistand til. Anlæggelse af blærekateter er en hyppigt forekommende kommunal opgave, hvis kateteranlæggelsen er problematisk, er det ofte på baggrund af sygdom eller blødning i urinvejene og her kræver det ofte anlæggelse på sygehuset. Det vil være mere relevant at komme med eksempler på specialiserede, instrumentelle opgaver som ikke løses hyppigt i kommunal sygepleje, for eksempel lungedræn. Et andet eksempel hvor det er relevant med bistand kan være problemer med intravenøs behandling.

		Begrebet "nationalt fastlagte snit" anvendes uden nærmere forklaring. Det bør beskrives mere konkret, hvad der forstås ved disse snit. Beskrivelserne af samarbejdet mellem kommunal sygepleje og regional akutsygepleje bør konsekvensrettes, så de afspejler de samme definitioner og opgaveafgrænsninger som i kvalitetsstandarden for akutsygepleje. Der mangler beskrivelse af samarbejdet med hjemmebehandlingsteams og øvrige regionale udgående funktioner, som forventeligt vil få en stigende rolle i de kommende år. Ansvarsplacering og koordinering mellem kommunal sygepleje, regional akutsygepleje, almen praksis og sygehuse bør beskrives tydeligere, herunder hvem der har ansvar for det samlede forløb. Beskrivelsen af behandlingsansvarlig læge bør styrkes, så der ikke er tvivl om, hvem kommunal sygepleje skal kontakte ved akut forværring, spørgsmål eller behov for ændring i behandlingen.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	Der mangler beskrivelse af, hvilke nationale kvalitetsindikatorer kommunerne forventes at følge på sygeplejeområdet. Kvalitetsstandarden bør samtidig beskrive, hvordan data om mål, rehabilitering og palliative indsatser forventes dokumenteret og monitoreret inden for de eksisterende dokumentationsrammer.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	

Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	De eksempler der er medtaget på borgere i målgruppen, er meget fokuseret på somatiske problemstillinger og planlagte indsatser. Kommunal sygepleje løser også ikke-planlagte opgaver, herunder vurdering af dårlige borgere, tilsyn af borgere efter fald, tilsyn og vurdering af behov for opstart af sårbehandling efter henvendelse fra samarbejdspartnere. Det bør nuanceres i cases, så det også er tydeligt at kommunal sygepleje løser ikke-planlagte opgaver. Der er behov for flere cases med borgere, der ligger i gråzonen ift. om det er kommunal sygepleje eller regional akutsygepleje; for eksempel kan en borger med forværring i kronisk lungesygdom ligge inden for begge målgrupper og typisk er det en kommunal sygeplejerske der har tilset borgeren først og herefter kontakter læge/akutsygeplejerske. Der kan med fordel tilføjes cases, som illustrerer samarbejdet mellem kommunal sygepleje og helhedspleje samt komplekse tværsektorielle forløb med samtidig involvering af flere aktører.
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	Det bør overvejes, om eksemplerne er for ensidigt præhospitale. Der mangler eksempler på borgere, der skal visiteres til sundheds- og omsorgsplads, hjemmebehandlingsteam eller specialiserede regionale tilbud frem for kommunal sygepleje.

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation: Høringssvar fra Fagligt Selskab for Palliationssygeplejerske

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	**Indledende bemærkninger til høringssvar** Fra Fagligt Selskab for Palliationssygeplejersker har vi i vores høringssvar valgt at kommentere specifikt på den palliative del af udkastet med særligt fokus på basal palliation. Vi finder det meget positivt, at palliation har fået en tydelig plads i udkastet, og at der på flere områder er fokus på at styrke den basale palliative indsats i kommunerne. Vi hæfter os blandt andet ved, at flere validerede redskaber, herunder Surprise Question, SPICT, PRO-Pal og FPB, nævnes som anbefalede værktøjer. Derudover ser vi positivt på det tydelige fokus på systematisk kompetenceudvikling blandt medarbejdere i den kommunale sygepleje, herunder inden for fagområdespecifikke områder som palliation. Vi finder det ligeledes positivt, at der lægges op til tydelige samarbejdsaftaler mellem kommuner og regioner, herunder i relation til specialiseret palliation, samt at kommunerne skal indberette data vedrørende palliation systematisk. Samlet set glæder vi os over, at basal palliation fylder relativt meget i udkastet, og at der er opmærksomhed på centrale forudsætninger for at sikre en rettidig, systematisk og fagligt kvalificeret palliativ indsats til mennesker med livstruende sygdom og deres pårørende.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	Intet at bemærke
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	Intet at bemærke
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	Intet at bemærke
	2.2. Borgere med behov for palliation	Meget fin beskrivelse af målgruppen for borgere med palliative behov.
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	Intet at bemærke
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	Intet at bemærke

	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	Intet at bemærke
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Her bør også tilføjes, *at sygeplejen skal initiere/ henvise til palliativ rehabilitering*. Rehabilitering hvor målsætning er at øge borgeres funktionsevne er udbredt i kommunerne i dag. Den palliative rehabilitering handler mere om at bevare funktionsevne længst muligt. Det er velkendt, at den palliative rehabilitering kan give utrolig meget livskvalitet. Denne kvalitetsstandard retter sig mod sygeplejen, så her kan ikke generelt stå at der skal være tilbud om palliativ rehabilitering i kommunerne som en del af den basale palliation. Men hvis vi skriver, at sygeplejen skal henvise til denne type rehabilitering også, kan det medvirke til at fremme den palliative rehabilitering.
	3.5. Basal palliation	Det bør stå som et krav, *at der løbende skal gennemføres FPB samtale.* Det er godt det er fremhævet som en skalopgave i den beskrivende tekst, men bør altså også stå som et krav. Denne samtale betyder virkelig meget for at få afklaret borges ønsker og sundhedsvæsenets opgave. Kan være med til at sikre borgers ønsker opfyldes og forebygge unødvendige indlæggelser/unødvendig behandling. Den kommunale sygepleje har i borgers eget hjem mulighed for at skabe en tillidsfuld atmosfære, som giver god grobund for samtalen. Ift behandlingsniveau skal lægefaglig vurdering med ind over, men ift al pleje er det sygeplejen, som kan være med til at definere det sammen med borger. Pårørende synes i afsnit 3 og 4 primært at blive beskrevet som en del af patientens forløb frem for som personer med egne

		behov for støtte og omsorg. Vi savner derfor et tydeligere fokus på pårørendes selvstændige behov samt på betydningen af systematiske pårørendesamtaler som en del af den palliative indsats.
	3.6. Opfølgning og afslutning	Intet at bemærke
	3.7. Udstyr	Intet at bemærke
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Det er en vigtig rolle som her beskrevet, at medarbejdere med særlig fagområdespecifikke kompetencer har en vigtig rolle i at understøtte kompetenceudvikling og vidensdeling. Det er dog meget vagt beskrevet, at der skal være kompetencer tilstede på enhedsniveau. Det kan tolkes meget bredt. Det bør være en anbefaling hvor mange medarbejder med fagområdespecifik viden om palliation der skal være i en kommune i forhold til antallet af indbygger i kommunen. Derudover også en anbefaling om nøglepersoner i hver driftsenhed, Det fremgår, at kompetenceudviklingen primært forventes at foregå gennem lokale og tværgående tilbud samt løbende oplæring i praksis. Vi finder det dog beklageligt, at der ikke lægges op til en mere ensartet uddannelsesindsats med fælles nationale mål for kompetenceudvikling inden for palliation.
	4.2. Basale palliative kompetencer	Det er godt der står, at alle medarbejdere i den kommunale sygepleje skal have grundlæggende viden og kompetencer indenfor palliativ pleje, omsorg og behandling.

		Her kan medarbejdere med fagområdespecifikke kompetencer spille en vigtig rolle som beskrevet i 4.1. Det skal ikke overlades til den enkelte sygeplejerske i de små teams alene. Medarbejdere med særlige palliative kompetencer bør anbefales at kunne arbejde både med borgerforløb, kompetenceudvikling og udvikle de palliative indsatser i kommunen generelt.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	Her kan tilføjes, at særlige kurser til kompetenceudvikling f.x kan være egentlige nøglepersonsuddannelser. Det er vigtigt med mere dybdegående viden hos centrale nøglepersoner i de enkelte driftsenheder.
5. Organisering og samarbejde	-	Anbefalingen om at etablere organisatoriske rammer, der understøtter struktureret vidensdeling og omsætning af ny viden i praksis, bør stå som et krav.
	5.1. Organisering og tilgængelighed	Intet at bemærke
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	Intet at bemærke
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	Intet at bemærke
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	På s. 23 står: ”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 en heder, døgndækkede palliative rådgivningsfunktioner eller medicinske afdelinger i regionalt regi. Derudover kan der være behov for rådgivning og vejledning fra akutsygeplejen ved akut opståede behov.” Hvordan tænkes de almenmedicinske afdelinger tænkes ind her?
6. Kvalitetsudvikling	-	

	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	Intet at bemærke
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	Intet at bemærke
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	Intet at bemærke
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	Intet at bemærke

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation: Høringssvar fra DASYS' uddannelsesråd

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	1. Det vurderes, at beskrivelsen af forløb og indsatser i højere grad bør afspejle kompleksiteten i den kommunale sygeplejes samlede opgave. Når grundlæggende sygepleje fremstår som den overordnede opgave, og komplekse forløb beskrives som et tillæg hertil, risikerer beskrivelsen at forenkle det faglige indhold og de kompetencer, som opgavevaretagelsen kræver. Kompleksitet er ikke nødvendigvis en særskilt del af sygeplejen, men kan være et grundvilkår i

		den daglige praksis og kræve avancerede kliniske vurderinger, prioritering og koordinering. Det anbefales derfor, at kvalitetsstandarden tydeligere afspejler sammenhængen mellem sygeplejens kompleksitet og behovet for relevante kompetencer gennem grunduddannelse samt målrettet efter- og videreuddannelse. En tydeligere beskrivelse af de faglige krav kan bidrage til at synliggøre kommunal sygepleje som et selvstændigt og fagligt komplekst praksisområde og understøtte en strategisk tilgang til kompetenceudvikling. Dette har betydning for kvaliteten i opgavevaretagelsen, men også for fagets anerkendelse og for at tiltrække kommende sygeplejerskestuderende og fastholde sygeplejersker med de rette kompetencer.
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	1. Det anbefales, at der i det videre arbejde med udviklingen af den kommunale sygepleje er opmærksomhed på sammenhængen mellem kvalitetsstandardernes kompetencekrav og grunduddannelsen til sygeplejerske. I takt med at den kommunale sygepleje

		varetager stadig mere komplekse opgaver, er det væsentligt, at uddannelsen giver de studerende et solidt fundament for klinisk vurdering, prioritering, koordinering, forebyggelse, rehabilitering og tværsektorielt samarbejde. Dette bør afspejles i både undervisningen og de kliniske uddannelsesforløb, så nyuddannede sygeplejersker er bedst muligt rustet til at indgå i den kommunale sygepleje.
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	1. Det anbefales, at der i beskrivelsen af kompetenceudvikling lægges vægt på behovet for systematisk og differentieret efter- og videreuddannelse i den kommunale sygepleje. Kompetenceudviklingen bør afspejle opgavernes kompleksitet og omfatte både vedligeholdelse af grundlæggende sygeplejefaglige kompetencer og udvikling af specialiserede kompetencer inden for relevante fagområder. Det bør samtidig tydeliggøres, at kompetenceudvikling gennem daglig oplæring og vidensdeling kan supplere, men ikke nødvendigvis erstatte, målrettet efter- og videreuddannelse, når opgaverne kræver et højere fagligt kompetenceniveau. 2. Det anbefales, at sammenhængen mellem kvalitetsstandardernes kompetencekrav og de organisatoriske rammer for kompetenceudvikling tydeliggøres. Det er ikke tilstrækkeligt alene at beskrive, hvilke kompetencer der skal være til stede; der skal også være rammer, som understøtter, at medarbejderne kan opnå, vedligeholde og anvende disse kompetencer i praksis. Det omfatter blandt andet adgang til faglig sparring, klinisk vejledning, supervision og relevante

		uddannelsesforløb samt systematisk opfølgning på kompetencebehov 3. Det vurderes, at kvalitetsstandardernes krav til den kommunale sygepleje understreger behovet for at styrke adgangen til specialuddannede og videreuddannede sygeplejersker. Dette gælder både fagområdespecifikke kompetencer, fx inden for sårpleje og palliation, og mere tværgående kompetencer til at varetage komplekse og sammensatte borgerforløb. Den kommunale sygepleje har ikke alene behov for specialister inden for afgrænsede fagområder, men også for sygeplejersker med avancerede generalistkompetencer, der kan foretage komplekse kliniske vurderinger, prioritere og koordinere indsatser samt understøtte sammenhængende forløb på tværs af fagligheder og sektorer. I den sammenhæng kan diplomuddannelsen i borgernær sygepleje være et relevant bidrag til at styrke det faglige niveau i den kommunale sygepleje. Det anbefales derfor, at behovet for målrettet efter- og videreuddannelse tydeliggøres som en væsentlig forudsætning for, at kommunerne kan leve op til kvalitetsstandardernes krav. Det bør samtidig understøttes, at specialiserede kompetencer anvendes til både at varetage komplekse borgerforløb og styrke den samlede faglighed gennem sparring, vejledning og kompetenceudvikling af kolleger.
5. Organisering og samarbejde	-	1. Det ses positivt, at kvalitetsstandarden beskriver sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde og dermed tydeliggør sygeplejerskers faglige ansvar og opgaver. Det forbeholdte

		virksomhedsområde repræsenterer samtidig et skifte i sygeplejerskens professionsidentitet, hvor forståelsen og anvendelsen af det selvstændige faglige og retlige handlerum bliver en vigtig del af professionsudøvelsen. Det er derfor væsentligt, at beskrivelsen følges op af et tydeligt fokus på de kompetencer, der er nødvendige for at varetage opgaverne fagligt forsvarligt. Det anbefales derfor, at behovet for målrettet uddannelse og kompetenceudvikling inden for det forbeholdte virksomhedsområde tydeliggøres i kvalitetsstandarden – og i grunduddannelsen til sygeplejerske og i den løbende efter- og videreuddannelse. Sygeplejersker skal ikke alene have kendskab til de juridiske rammer, men også være rustet til at omsætte dem i praksis gennem kliniske vurderinger og fagligt begrundede beslutninger. Dette er særligt væsentligt i den kommunale sygepleje, hvor opgaverne kan være komplekse og kræve selvstændig vurdering og handling.
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	

	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje: Høringssvar fra Fagligt selskab for Akutsygepleje (Daena).

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Meget brede standarder, som kan give ulighed. Det kunne med fordel kvalificeres med målbare kvalitetsindikatorer for akutsygeplejen.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	1.3.2 Lokale rammer giver mening men i et samlet helhedsbillede vil dette give uensartet sundhedstilbud nationalt/regionalt. 1.4 Forstår ikke sætningen ”Akutsygeplejen skal udvikles over tid i overensstemmelse med befolkningens behov og sundhedsvæsnets indretning øvrigt, måske særlige kommunale sygepleje” – hvorfor kommunale sygepleje – sætningen giver ikke mening.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	2.1 Når det er fagligt relevant – vigtigt med tydelige kriterier til, hvem der vurderer det er fagligt relevant og hvem der visiterer ud fra disse kriterier. Der vil være forskel på ”fagligt relevant” fra en kommunal sygeplejerske versus, egen læge versus lægevagt som eksempler. Derfor for at ensarte visitationen bør dette tydeliggøres. Herunder hvem der har visitationsretten.

	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	2.2 Positiv tilkendegivelse for at have defineret hvem de akutte patienter er og hvornår akutsygeplejen er relevant og hvornår det slutter.
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	2.3 Kan man uddybe hvad der menes med helhedspleje (alle faggrupper arbejder vel ud fra et helhedsorienteret perspektiv) og eksempler på de almenmedicinske tilbud (eks. er det egen læge og lægevagtsordninger?)
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Der anbefales tydelige kriterier inden for visitation, når der er flere faggrupper der selv kan visitere
	4.2. Typer af indsatser	Ift. kapillær blodprøver og mikrobiologi: opmærksomhed på ensartet diagnostik og mulighed for at udfører samt analysere div. prøver.
	4.3. Udstyr og medicin	Tydelige beskrivelse af, hvem der er ansvarlig for rammeordinationen og delegeringen af opgaven?
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Nødvendigt med tydelig rolle fordeling/kompetencer imellem sygeplejersker og Sosu assistenter i varetagelse af opgaven med akutsygepleje. Vigtig med kompetenceudviklingsplaner, så det tydeliggøres, hvordan kompetencerne opnås og vedligeholdes.
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	Almenmedicinske tilbud versus lægevagtsordninger – er det en del af de almenmedicinske tilbud eller? Obs der findes andre parallelle sundhedstilbud ift. Akutmedicinske problemstillinger

	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Det kan med fordel beskrives tydeligere, hvor det lægefaglige ansvar placeres i overgangen mellem praktiserende læge og vagtlægen. En større tilgængelighed mellem journalnotater på tværs af praktiserende læger/vagtlæge/behandlingsansvarlig læge.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	Obs et behov for fælles visitationsretningslinjer ift. hvem der kan henvise og hvordan behandlingsansvaret tydeliggøres.

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Fax: +45 33 41 47 10
Cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Sundhedsstyrelsen
Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

Den 23. oktober 2026

Ref.: UG
E-mail: ug@etf.dk
Direkte tlf.: 53 36 49 25

Ergoterapeutforeningens høringssvar vedrørende:
Høring over:

- **Kvalitetsstandarder for akutsygepleje**
- **Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation**
- **Vejledning om kommunal sygepleje**

Ergoterapeutforeningen takker for invitationen til at være høringspart til ovennævnte høring, hvoraf vi særligt har bemærkninger til Kvalitetsstandarder for kommunale sygepleje og basal palliation.

Bemærkninger til Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation:

Vedrørende sygeplejerskens rolle som koordinator for rehabiliteringsindsatser

Ergoterapeutforeningen finder det problematisk, at kvalitetsstandarderne placerer sygeplejersken i en særlig koordinerende og ledende rolle i rehabiliteringsforløb, uden samtidig at forholde sig til de øvrige faggruppers kompetenceområder og ansvar.

Rehabilitering er et selvstændigt fagområde med egne teorier, metoder og evidensgrundlag, hvor blandt andet ergoterapeuter og fysioterapeuter besidder en dybdegående professionsfaglig viden om funktionsevne, aktivitetsdeltagelse, hverdagsliv og rehabiliteringsprocesser. At placere én faggruppe som gennemgående koordinator for rehabiliteringsindsatser kan derfor risikere at skabe et hierarki, der ikke afspejler de forskellige professioners kompetencer og ansvar.

Hvis ambitionen er at styrke borgernes funktionsevne og deltagelse i hverdagslivet, bør kvalitetsstandarderne i højere grad understøtte en tværfaglig koordinering, hvor koordinationsansvaret følger opgaven og borgerens behov frem for en bestemt profession. Dette vil være mere i tråd med de rehabiliterende principper, der netop bygger på et ligeværdigt samspil mellem flere fagligheder.

Vedrørende tværfaglighed og ansvarsplacering

Ergoterapeutforeningen finder det samtidig paradoksalt, at der med Ældreloven og sundhedsreformen lægges betydelig vægt på tværfaglige, helhedsorienterede og sammenhængende indsatser, mens kvalitetsstandarderne samtidig placerer et tydeligt koordinerende ansvar og beslutningsansvar hos sygeplejerskerne. Dette gælder også i situationer, hvor borgerens behov rækker ud over sundhedsfaglige problemstillinger og omfatter rehabilitering, funktionsevne, deltagelse i hverdagslivet eller sociale forhold.

Der er en risiko for, at kvalitetsstandarderne utilsigtet skaber en professionel asymmetri, hvor én faggruppe tillægges et særligt ansvar på områder, som i praksis forudsætter bidrag fra flere fagligheder. Det kan svække intentionen om tværfagligt samarbejde og gøre det vanskeligere at sikre, at den fagprofession med de stærkeste kompetencer på et givent område får den nødvendige indflydelse på vurderinger og beslutninger.

Ergoterapeutforeningen anbefaler derfor, at kvalitetsstandarderne tydeliggør, at koordinering og beslutninger vedrørende rehabiliteringsforløb skal ske i et tværfagligt samarbejde, hvor ansvaret følger den konkrete problemstilling og de relevante professionsfaglige kompetencer

Endelig vil vi pege på at afsnittet om forebyggelse og rehabilitering (s.17) er meget kort og heller ikke her ansporer til tværfaglighed om vurderinger ift. borgerens funktionsevne niveau.

Palliative indsatser

Ældreloven tilstræber stor tværfaglighed i indsatserne. Derfor er det bekymrende at læse, at hverken ergoterapeuter og fysioterapeuter er nævnt som tætte samarbejdspartnere i borgerforløb, hvor basal palliation er i fokus (s. 9/10 og 13)

Det er ret kritisabelt, at deres roller og funktioner ikke fremgår i Kvalitetsstandarderne for kommunal sygepleje og basal palliation. Se fx denne spritnye artikel fra Sverige, om ergoterapeuter, fysioterapeuter, socialrådgivere og diætister i palliativ indsats. Det gör skillnad - Palliativ vård

At andre faggrupper ikke indgår i kvalitetsstandarderne, tolker vi bekymrende for det samarbejde, som er helt nødvendigt i rigtig mange borgerforløb, hvor flere fagligheder er i spil.
For ergoterapeuter forventes rehabilitering, genoptræning, forebyggelse og indsatser i eget hjem at få en endnu mere central rolle i den samlede sundhedsindsats tæt på borgeren. Men også at opgaver omlægges.

Det gælder fx den basale palliation til ældre og mennesker med kroniske sygdomme som skal varetages i det nære sundhedsvæsen og inkluderes sammen med rehabiliterende indsatser. Derfor ser vi gerne at samarbejde med andre faggrupper får fylde i Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation.

Med venlig hilsen

Mia Dahl Jensen

Mia Dahl Jensen
Forperson for Ergoterapeutforeningen

Høringssvar fra Fagligt selskab af Kliniske Diætister

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	Ernæringsindsatser spænder fra basal støtte til mad og måltider til opsporing og behandling af ernæringsrisiko, kostvejledning og individuel diætbehandling. Opgaverne stiller forskellige krav til kompetencer og bør derfor ikke behandles som én samlet opgavetype. Det bør tydeliggøres, at ernæringsindsatser skal varetages på det relevante kompetenceniveau. Dette følger også af Sundhedsstyrelsens vejledning Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko, s. 85-86, afsnit 10.1 og 10.3. Her fremgår det, at

		kompetencer og ansvarsområder skal være klart definerede mellem de involverede faggrupper, og at der ved komplekse ernæringsproblematikker og behov for individuel diætbehandling bør henvises til klinisk diætist. **Forslag til tekstændring:** Ernæringsindsatser skal varetages på det relevante kompetenceniveau, og der skal være en klar ansvars- og kompetencefordeling mellem de involverede faggrupper. Ved særligt komplekse ernæringsproblematikker og behov for individuel diætbehandling skal der henvises til klinisk diætist.
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Det er positivt, at ernæringstilstand indgår i den systematiske opmærksomhed på borgerens rehabiliteringsbehov. Det bør samtidig fremgå, at tegn på ernæringsrisiko skal føre til relevant vurdering, behandling og opfølgning. Dette vil skabe sammenhæng med Sundhedsstyrelsens vejledning Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledningen beskriver ernæringsbehandling som en tværfaglig indsats og fastslår på side 85-86, at de relevante faggrupper skal inddrages efter

		borgerens behov, samt at der ved komplekse ernæringsproblematikker og behov for individuel diætbehandling bør henvises til klinisk diætist. **Forslag til tekstændring:** Ved ernæringsrisiko og underernæring skal der iværksættes relevant vurdering, ernæringsbehandling og opfølgning. Ernæringsbehandlingen skal indgå som en sammenhængende del af det samlede forløb og koordineres med øvrige behandlende og rehabiliterende indsatser. Relevante faggrupper skal inddrages efter borgerens behov, og ved komplekse ernæringsproblematikker eller behov for individuel diætbehandling skal der henvises til klinisk diætist.
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Kompetencebeskrivelsen bør bringes i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko, s. 85-86, afsnit 10.1 og 10.3. Her fremgår det, at kompetencer og ansvarsområder skal være klart definerede mellem de faggrupper, der deltager i opsporing, behandling og opfølgning af ernæringsrisiko, og at der ved komplekse ernæringsproblematikker og behov for individuel diætbehandling bør henvises til klinisk diætist. Dette afspejles ikke tilstrækkeligt i kvalitetsstandarden, hvor ernæring alene nævnes som et område, hvor den kommunale sygepleje kan have særlige fagområdespecifikke kompetencer. **Forslag til tekstændring:**

		Den kommunale sygepleje skal sikre en klar ansvars- og kompetencefordeling ved opsporing, behandling og opfølgning af ernæringsrisiko i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning om underernæring. Ved komplekse ernæringsproblematikker og behov for individuel diætbehandling skal der henvises til klinisk diætist.
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Akutsygeplejens målgruppe omfatter blandt andet skrøbelige ældre, borgere med demens og borgere med komplekse og sammensatte problemstillinger. Ernæringstilstand og ernæringsrisiko bør derfor indgå tydeligt i den helhedsorienterede vurdering.

		Dette vil samtidig skabe sammenhæng med Sundhedsstyrelsens vejledning Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko, s. 85-86, afsnit 10.2 og 10.3. Her fremgår det, at sundheds- og plejepersonale med direkte patientkontakt medvirker ved opsporing og behandling af ernæringsrisiko, at kompetencer og ansvarsområder skal være klart definerede, og at klinisk diætist bør inddrages ved komplekse ernæringsfaglige problemstillinger og behov for diætbehandling. **Forslag til tekstændring:** Den helhedsorienterede vurdering skal omfatte borgerens funktionsevne, ernæringstilstand samt psykiske og sociale forhold. Ved tegn på ernæringsrisiko skal der sikres relevant opfølgning og overlevering til den ansvarlige aktør. Ved komplekse ernæringsproblematikker og behov for individuel diætbehandling skal klinisk diætist inddrages.
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Afsendt den 23.10.2026 af

Mette Theil

Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD) i Kost og Ernæringsforbundet

Høringssvar fra Fagligt selskab for akutsygeplejersker

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	1.3.2 Lokale rammer giver mening men i et samlet helhedsbillede vil dette give uensartet sundhedstilbud nationalt/regionalt. 1.4 Forstår ikke sætningen ”Akutsygeplejen skal udvikles over tid i overensstemmelse med befolkningens behov og sundhedsvæsnets indretning øvrigt, måske særlige kommunale sygepleje” – hvorfor kommunale sygepleje – sætningen giver ikke mening.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	2.1 Når det er fagligt relevant – vigtigt med tydelige kriterier til, hvem der vurderer det er fagligt relevant og hvem der visiterer ud fra disse kriterier. Der vil være forskel på ”fagligt relevant” fra en kommunal sygeplejerske versus, egen læge versus

		lægevagt som eksempler. Derfor for at ensarte visitationen bør dette tydeliggøres. Herunder hvem der har visitationsretten.
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	2.2 Positiv tilkendegivelse for at have defineret hvem de akutte patienter er og hvornår akutsygeplejen er relevant og hvornår det slutter.
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	2.3 Kan man uddybe hvad der menes med helhedspleje (alle faggrupper arbejder vel ud fra et helhedsorienteret perspektiv) og eksempler på de almenmedicinske tilbud (eks. er det egen læge og lægevagtsordninger?)
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Der anbefales tydelige kriterier inden for visitation, når der er flere faggrupper der selv kan visitere
	4.2. Typer af indsatser	Ift. kapillær blodprøver og mikrobiologi: opmærksomhed på ensartet diagnostik og mulighed for at udfører samt analysere div. prøver.
	4.3. Udstyr og medicin	Tydelige beskrivelse af, hvem der er ansvarlig for rammeordinationen og delegeringen af opgaven?
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Nødvendigt med tydelig rolle fordeling/kompetencer imellem sygeplejersker og Sosu assistenter i varetagelse af opgaven med akutsygepleje. Vigtig med kompetenceudviklingsplaner, så det tydeliggøres, hvordan kompetencerne opnås og vedligeholdes.
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	Almenmedicinske tilbud versus lægevagtsordninger – er det en del af de almenmedicinske tilbud eller?

		Obs der findes andre parallelle sundhedstilbud ift. Akutmedicinske problemstillinger
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Det kan med fordel beskrives tydeligere, hvor det lægefaglige ansvar placeres i overgangen mellem praktiserende læge og vagtlægen. En større tilgængelighed mellem journalnotater på tværs af praktiserende læger/vagtlæge/behandlingsansvarlig læge.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	Obs et behov for fælles visitationsretningslinjer ift. hvem der kan henvise og hvordan behandlingsansvaret tydeliggøres.

Meget brede standarder, som kan give ulighed.

Det kunne med fordel kvalificeres med målbare kvalitetsindikatorer for akutsygeplejen.

Skema til at afgive høringssvar

Fagligt Selskab for Hygiejnesygeplejersker (FSFH) anbefaler, at forebyggelse anerkendes som en central del af det sundhedsfaglige arbejde, herunder særligt forebyggelse af infektioner. Infektionsforebyggelse kan bidrage til at reducere antallet af indlæggelser, forebygge forværring af eksisterende sygdomme og mindske borgernes behov for yderligere støtte i hverdagen, herunder øget hjælp i hjemmet eller overgang til plejebolig.

Det bør derfor sikres, at medarbejdere har de nødvendige infektionshygiejniske kompetencer og kendskab til sikre arbejdsgange, så smittespredning forebygges, og borgernes sundhedstilstand understøttes bedst muligt. FSFH ønsker i den forbindelse at understrege, at forebyggelse er et bredt sundhedsfagligt begreb, som rækker ud over traditionelle forebyggelsesområder som alkohol og kost, og som i høj grad også omfatter infektionshygiejne.

Indhold

Vejledning for kommunal sygepleje 1
Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation 4
Kvalitetsstandarder for akutsygepleje 8

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	

4. Organisering	-	Fagligt Selskab for Hygiejnesygeplejersker (FSFH) anbefaler, at ansvaret for den infektionshygiejniske forebyggelse hos private leverandører tydeliggøres. Det bør afklares, om kommunen har ansvaret for at understøtte og kompetenceudvikle de private leverandørers medarbejdere, eller om ansvaret påhviler den enkelte leverandør. Uanset ansvarsfordelingen bør det sikres, at private leverandører har de nødvendige infektionshygiejniske kompetencer, og at deres indsats for at forebygge smittespredning er på samme faglige niveau som hos kommunale leverandører.
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	Fagligt Selskab for Hygiejnesygeplejersker (FSFH) anbefaler, at infektionshygiejniske kompetencer tydeliggøres som en del af de grundlæggende kompetencer i kommunal sygepleje. Medarbejdere, der varetager kommunale sygeplejeopgaver, skal have de nødvendige kompetencer til at forebygge smittespredning og sikre forsvarlig infektionshygiejnisk praksis i forbindelse med pleje og behandling. Kompetencerne bør vedligeholdes gennem løbende kompetenceudvikling. Infektionshygiejniske kompetencer bør også prioriteres i forbindelse med vidensdeling og formidling af infektionshygiejniske principper til andre kommunale samarbejdspartnere. Dette skal understøtte en ensartet og fagligt forsvarlig infektionshygiejnisk praksis på tværs af kommunens områder.
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	Håndtering af problemstillinger relateret til mave-tarmproblemer indebærer ofte håndtering af udskillelser fra kroppen og stiller derfor krav til forsvarlige arbejdsgange og infektionshygiejnisk praksis. Dette er væsentligt for at beskytte både medarbejderen og de efterfølgende borgere,

		som medarbejderen er i kontakt med, og for at forebygge risikoen for smittespredning.
	5.1 Udstyr	*…standard, at den kommunale sygepleje kan tilrettelægges og gennemføres med størst mulig patientsikkerhed.* - Dette omfatter også stillingtagen til, om udstyr skal være til engangs- eller flergangsbrug, samt sikring af, at der anvendes korrekte og forsvarlige metoder til genbehandling af flergangsudstyr.
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	FSFH finder det positivt, at kvalitetsstandarderne har fokus på kvalitet, patientsikkerhed, kompetenceudvikling og systematisk kvalitetsudvikling i den kommunale sygepleje. FSFH anbefaler, at hygiejne og infektionsforebyggelse tydeliggøres som en integreret del af de grundlæggende sygeplejefaglige kompetencer i kommunal sygepleje. Infektionsforebyggelse er relevant på tværs af de kommunale sygeplejeopgaver og har betydning for både borgernes sikkerhed, medarbejdernes arbejdsmiljø og forebyggelse af smittespredning. Det gælder blandt andet ved sårbehandling, medicinhåndtering, kateterpleje og andre behandlings- og plejeopgaver m.v. samt ved håndtering af smitsomme mikroorganismer. Det er derfor væsentligt, at medarbejderne har de nødvendige infektionshygiejniske kompetencer, at kompetencerne vedligeholdes gennem løbende kompetenceudvikling, og at der er adgang til relevant infektionshygiejnisk rådgivning og vejledning.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	Borgere med flere kroniske sygdomme kan have en øget risiko for at pådrage sig infektioner og udvikle alvorlige sygdomsforløb, der i nogle tilfælde kræver indlæggelse. Det er derfor særligt vigtigt at sikre de nødvendige infektionshygiejniske kompetencer og kendskab til korrekte procedurer for infektionsforebyggelse med henblik på at forebygge smittespredning mellem borgere. Dette er særligt relevant i en tid, hvor forekomsten af resistente bakterier udgør en stigende udfordring for sundhedsvæsenet.
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	varetage grundlæggende sygepleje

		herunder også komplekse forløb. Arbejde forebyggende, herunder også ift infektionsforebyggende tiltag
	3.1. Forløb og indsatser	For at understøtte og bevare borgernes funktionsniveau er det vigtigt at have fokus på forebyggelse af infektioner, da infektioner kan medføre forværring af borgernes helbredstilstand og funktionsevne.
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Forebyggelse handler også om at undgå infektioner. Får en ældre og sårbar borger en infektion, kan det nemt ende i en indlæggelse, der kan forværre deres grundsygdom, og dermed betyder at mere hjælp i hjemmet, eller plejebolig er nødvendig.
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	FSFH anbefaler, at infektionshygiejniske kompetencer fremgår tydeligt som en del af de grundlæggende kompetencer i kommunal sygepleje. Medarbejdere, der varetager sygeplejeopgaver, bør have kompetencer inden for blandt andet håndhygiejne, anvendelse af værnemidler, rengøring og desinfektion, aseptisk teknik samt forebyggelse af smittespredning, samt viden om smitsomme tilstande. Kompetencerne bør tilpasses de konkrete opgaver og målgrupper og vedligeholdes gennem systematisk kompetenceudvikling.
	4.2. Basale palliative kompetencer	

	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	FSFH anbefaler, at det tydeliggøres, hvordan den kommunale sygepleje sikres adgang til infektionshygiejnisk rådgivning og sparring. Dette er relevant både ved konkrete smitteproblematikker og i det forebyggende arbejde, herunder ved behov for vejledning om lokale instrukser, risikovurdering og forebyggelse af smittespredning. Et velfungerende samarbejde med relevante infektionshygiejniske funktioner kan understøtte en ensartet og fagligt forsvarlig praksis på tværs af kommunale tilbud og sektorer.
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	FSFH anbefaler, at infektionsforebyggelse indgår som en del af den systematiske kvalitetsudvikling i kommunal sygepleje. Det kan blandt andet understøttes gennem relevante instrukser, undervisning, observation af praksis, audit og opfølgning på identificerede forbedringsområder. Dette vil bidrage til at omsætte de generelle krav om kvalitet og patientsikkerhed til konkrete forebyggende indsatser i den daglige praksis.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	

	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	
	4.3. Udstyr og medicin	Det er også relevant for sygeplejerskerne at have indsigt i om det anvendte udstyr er til engangs- eller flergangsbrug, samt sikring af, at der anvendes korrekte og forsvarlige metoder til genbehandling af flergangsudstyr.
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	FSFH anbefaler, at infektionshygiejniske kompetencer fremgår tydeligt som en del af de grundlæggende kompetencer i kommunal sygepleje. Medarbejdere, der varetager sygeplejeopgaver, bør have kompetencer

		inden for blandt andet håndhygiejne, anvendelse af værnemidler, rengøring og desinfektion, aseptisk teknik samt forebyggelse af smittespredning, samt viden om smitsomme tilstande. Kompetencerne bør tilpasses de konkrete opgaver og målgrupper og vedligeholdes gennem systematisk kompetenceudvikling.
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Fagligt Selskab
Sygeplejersker i kommunerne

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	Målgruppebeskrivelsen for kommunal sygepleje bliver for uklar, når der er beskrevet: *"Målgruppen er overvejende borgere med almindeligt forekommende sundhedsproblemer i befolkningen."* Kommunal sygepleje håndterer i stigende grad: komplekse forløb, multisygdom, avanceret sårbehandling, palliation, I.V-behandling og velfærdsteknologi. Vejledningen risikerer at undervurdere kompleksiteten i kommunal sygepleje. Kommunal sygepleje omfatter både grundlæggende, komplekse og specialiserede sygeplejeopgaver i det nære sundhedsvæsen og især de komplekse og specialiserede opgaver bliver i stigende grad løst af kommunale sygeplejersker.
3. Indhold	-	Det bør fremgå at den kommunale sygepleje ikke kun deltager i forskningsprojekter og

		udviklingssamarbejder, men også selvstændigt kan igangsætte forskning- og udviklingsprojekter, da det er en del af den kommunale udvikling af sygepleje nu, og foregår i praksis. Det bør fremgå tydeligt at det er et krav at der etableres klare rammer, kvalitetskrav og kontrol med private leverandører når der indgås samarbejder. Det er nok at der står at der bør etableres, i vejledningen. Det bør også fremgå tydeligt hvilke krav der er til den kommunale kontrol af private leverandører, så der ikke bliver en uens kontrol på tværs af kommunerne. Det bør også fremgå om kommunerne kan indgå i horisontale samarbejder om at varetage kontrollen med private leverandører. I forbindelse med kommende helhedsplejeordninger bør det samtidig tydeliggøres, hvordan sygeplejeindsatser efter sundhedsloven afgrænses, dokumenteres og kvalitetssikres, når de leveres af private leverandører som led i en samlet helhedsplejeindsats. Når der tales om sygeplejeindsatser bør det konsekvensrettes at det drejer sig om behandling, der udføres ikke sårpleje, men sårbehandling.
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	Det fremstår uklart og bør præciseres, hvordan kommunalbestyrelsen som ansvarlig myndighed skal sikre at kommunal sygepleje ydes af personer med de nødvendige sygeplejefaglige kompetencer til at udføre sygepleje til målgruppen.

		FSSK støtter ikke formuleringen, at *kommunal sygepleje udføres af både autoriserede og ikke-autoriserede sundhedspersoner, samt øvrige faggrupper*. Det bliver upræcist hvilke øvrige faggrupper det forventes der kan varetage kommunal sygepleje og hvordan øvrige faggrupper skal erhverve sig kompetencer svarende til grundlæggende sygeplejefaglige kompetencer. Især ikke set i lyset af, at der parallelt er udsendt høringsudkast fra Sundhedsstyrelsen til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje, hvor der ikke er tydeligt beskrevet hvilke specifikke kompetencer eller krav til uddannelse og efteruddannelse som er nødvendige for at udføre kommunal sygepleje af en tilstrækkelig kvalitet. Det bør fremgå som et krav at demensfaglige kompetencer skal være til stede i kommunal sygepleje, især set i lyset at målgruppens kompleksitet og omfang.
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

Fagligt Selskab
Sygeplejersker i kommunerne

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation	FSSK er generelt positive over for kvalitetsstandarderne for kommunal sygepleje og basal palliation. Særligt er det positivt, at sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde er beskrevet, da dette understøtter sygeplejerskernes selvstændige faglige ansvar og beslutningskompetence i den kommunale opgaveløsning. Ligeledes er det positivt, at kvalitetsstandarden tydeliggør den stigende kompleksitet i den kommunale sygepleje og anerkender, at kommunerne i dag varetager en bred vifte af avancerede sygeplejeopgaver, som tidligere blev løst på sygehusene. FSSK ser også positivt på, at kvalitetsstandarden stiller krav om, at der skal være medarbejdere med fagområdespecifikke kompetencer inden for blandt andet palliation, demens, inkontinens og sårbehandling. Dette understøtter udviklingen af høj faglig kvalitet i den kommunale sygepleje og afspejler den kompleksitet og specialisering, som kendetegner opgavevaretagelsen. Derudover er det positivt, at kvalitetsstandarden beskriver sammenhængen mellem kommunal sygepleje og helhedspleje efter ældreloven samt understreger betydningen af koordinering og dokumentation på tværs af sundhedsloven og ældreloven. Dette bidrager til at understøtte mere sammenhængende borgerforløb og et fælles ansvar omkring borgerens samlede situation. FSSK vurderer dog samtidig, at kvalitetsstandarden på flere områder ikke giver tilstrækkelig klarhed om snitflader mellem kommunal sygepleje, helhedspleje, regional akutsygepleje, sundheds- og omsorgspladser, almenmedicinske tilbud og sygehuse. Der bør opstilles mere konkrete nationale rammer for ansvarsfordeling, opgavefordeling og samarbejde for at understøtte ensartet praksis på tværs af kommuner og sektorer. Herudover anvender kvalitetsstandarden gennemgående begreber som "rettidigt", "nødvendige kompetencer", "komplekse forløb", "fagområdespecifikke kompetencer", "relevante indsatser" og "tilgængelighed" uden nærmere definition. Dette giver betydelig mulighed for lokal fortolkning og kan skabe usikkerhed om, hvilke forventninger og krav der konkret stilles til den kommunale sygepleje. Det bør derfor overvejes at definere centrale begreber eller supplere med mere konkrete beskrivelser og eksempler.

	Endelig vurderer FSSK, at kvalitetsstandarden flere steder beskriver forhold, som efterfølgende skal aftales lokalt. Selvom lokal fleksibilitet er vigtig, kan dette udfordre ambitionen om nationale kvalitetsstandarder og medføre betydelige forskelle i organisering og tilbud på tværs af landet. FSSK anbefaler derfor, at der på udvalgte områder opstilles tydeligere nationale minimumskrav.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	Det bør fremgå at flere og flere borgere modtager pleje og behandling i eget hjem eller på en sygeplejeklinik, da kommunerne gennem det sidste tiår har sygeplejeklinikker mhp. at kunne levere sygepleje, herunder også behandling som tidligere har været givet på sygehuset.
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	Når der beskrives at målgruppen for kommunal sygepleje ikke omfatter borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af sygdom som skal håndteres af akutsygeplejen, så kan formuleringen fejlagtigt efterlade indtryk af, at borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af kendt sygdom ikke er en del af kommunal sygeplejes målgruppe. Det harmonerer ikke med praksis, hvor kommunale sygeplejersker ofte foretager den første kliniske vurdering, monitorering og indsats hos disse borgere. Der er derfor behov for en tydeligere beskrivelse af det faglige overlap og af ansvarsfordelingen mellem kommunal sygepleje og akutsygepleje. Der bør samtidig beskrives tydeligere, hvornår en borger overgår fra at være omfattet af kommunal sygepleje til at være omfattet af regional akutsygepleje, og hvordan ansvarsfordelingen håndteres

		i forløb, hvor begge funktioner er involveret samtidigt.
	2.2. Borgere med behov for palliation	Det fremgår ikke tydeligt, hvornår palliative behov vurderes at være så komplekse, at der bør ske inddragelse af specialiserede palliative tilbud. Kriterierne for inddragelse af specialiserede palliative tilbud bør beskrives tydeligere for at understøtte ensartet praksis på tværs af landet.
3. Forløb og indsatser	-	Begrebet "grundlæggende sygepleje" anvendes som et centralt begreb gennem hele dokumentet, men uden en egentlig afgrænsning eller definition.
	3.1. Forløb og indsatser	FSSK er ikke enige i formuleringen *"samt mindre hyppigt forekommende indsatser, fx sondeernæring og stomipleje",* som en dækkende beskrivelse for opgaver der forekommer mindre hyppigt i kommunal sygepleje. Sondeernæring og stomipleje er at betragte som hyppigt forekommende sygeplejeopgaver og er ofte en uddelegeret opgave som varetages af andre faggrupper end autoriserede sundhedspersoner Formuleringen siger ikke noget om den kompleksitet der er i de mindre hyppigt forekommende opgaver, som typisk er af en mere instrumentel karakter: intravenøse behandlinger, drænpleje (for eksempel nyre- eller lungedræn), kompliceret sårbehandling, for eksempel med vakuum. Det er eksempler på opgaver som kommunal sygepleje har kompetencer til at varetage, men som forekommer mindre hyppigt.

		Det bør desuden tydeliggøres, hvem der har ansvar for koordinering og det kliniske overblik i komplekse forløb, hvor kommunal sygepleje, regional akutsygepleje, almen praksis og sygehus er involveret samtidigt.
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	Det er uklart, hvilke rammer der gælder for visitering til kommunal sygepleje uden lægehenvisning. Det bør præciseres, hvilke typer sygeplejeindsatser kommunen selvstændigt kan iværksætte, særligt i lyset af sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde. Det bør desuden præciseres, hvordan visitation og tildeling håndteres i situationer, hvor en borger allerede modtager sygepleje fra en privat leverandør, inden den sygeplejefaglige udredning er gennemført.
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	Formuleringen om, at sygeplejefaglig udredning skal gennemføres senest inden for den første uge, kan forekomme uhensigtsmæssigt bred. Der bør præciseres, at mere komplekse eller ustabile borgere kan have behov for udredning væsentligt tidligere. Det bør samtidig beskrives, hvordan kravet om sygeplejefaglig udredning som grundlag for tildeling af indsatser skal håndteres i situationer med igangværende sygeplejeforløb eller behov for hurtig iværksættelse af indsatser. Det bør tilføjes som en del af borgerens vurdering, at der også skal vurderes på borgerens samlede skrøbelighed, for eksempel vha. en skrøbelighedsscoring (Clinical Frailty Score). Værktøjet kan

		bruges på tværs, og i samarbejde med andre aktører, for eksempel sygehus.
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Formuleringen om, at rehabilitering og palliation har væsentlige faglige overlap, bør nuanceres. Selvom indsatserne ofte kan iværksættes parallelt og begge bidrager til borgerens livskvalitet, har de forskellige formål og faglige tilgange. Rehabilitering retter sig primært mod at bevare eller forbedre funktionsevne og mestring, mens palliation har fokus på lindring af symptomer og lidelse samt støtte til borgere med livstruende sygdom og deres pårørende. Beskrivelsen bør derfor i højere grad understrege samspillet mellem indsatserne frem for at beskrive dem som fagligt overlappende. Kvalitetsstandarden henviser til borgerens egne mål og til en specifik rehabiliteringstilgang. Det bør beskrives nærmere, hvordan dette understøttes af de gældende dokumentationsrammer, herunder den forenklede FSIII-struktur. Sygeplejens rolle i palliativ rehabilitering kan med fordel beskrives tydeligere, herunder hvordan rehabiliterende indsatser kan bidrage til at bevare funktionsevne og livskvalitet hos borgere med livstruende sygdom.
	3.5. Basal palliation	Fælles anvendelse af validerede screenings- og vurderingsredskaber bør beskrives tydeligere. Hvis valg af redskaber skal aftales lokalt eller regionalt, bør dette fremgå eksplicit. Samtaler om ønsker til fremtidig pleje og behandling bør beskrives mere forpligtende, og det bør tydeliggøres, at disse samtaler gennemføres i et samspil

		mellem kommunal sygepleje, almen praksis og sygehus. Ligesom det også bør beskrives tydeligere, hvordan pårørende skal inddrages i samtalen. Ved formuleringen om, at borgere kan forblive i eget hjem: Det bør præciseres, at dette forudsætter, at det er fagligt, praktisk og arbejdsmiljømæssigt forsvarligt, og at de nødvendige hjælpemidler og rammer er til stede.
	3.6. Opfølgning og afslutning	Det fremstår uklart, hvad der forstås ved opfølgning på "fastlagte mål", når de nationale dokumentationsrammer ikke længere understøtter systematisk dokumentation af sygeplejefaglige mål. Formålet med opfølgning på den sygeplejefaglige udredning ved afslutning af et forløb bør ligeledes beskrives nærmere.
	3.7. Udstyr	*"Der skal også være det nødvendige udstyr tilgængeligt til at kunne arbejde forebyggende og rehabiliterende"* Formuleringen bliver meget uklar og der kan med fordel uddybes med eksempler på udstyr der skal være tilgængeligt for at arbejde rehabiliterende. Det bør også uddybes hvad der menes med at der skal være adgang til for eksempel palliativ medicin. Menes der for eksempel at pårørende vil kunne hente medicin på et regionalt tilbud, hvis der bliver akut behov – hvordan skal samarbejdet med almenmedicinsk tilbud organiseres eller vagtlægeordningen ift. ordination af medicinen. Det bliver uklart hvad der menes med adgang og tilgængelighed.
4. Kompetencer	-	

	4.1. Kompetencer	Når det i kvalitetsstandarden anføres, at den kommunale sygepleje på enhedsniveau skal råde over medarbejdere med fagområdespecifikke kompetencer inden for blandt andet palliation og sårbehandling samt kompetencer inden for klinisk lederskab og klinisk beslutningstagen, finder FSSK det problematisk, at det ikke fremgår tydeligt, hvilke faggrupper der forventes at varetage disse funktioner. Efter FSSK's opfattelse er der i vid udstrækning tale om kompetencer, som knytter sig til sygeplejefaglig virksomhed og dermed primært varetages af sygeplejersker. Det bør derfor tydeliggøres i kvalitetsstandarden, hvilke faggrupper der forudsættes at besidde og anvende disse kompetencer. Begrebet "på enhedsniveau" bør præciseres. Det er uklart, om der henvises til et geografisk distrikt, et samlet sygeplejeområde eller kommunen som helhed. Det bør desuden fremgå, at særlige fagområdespecifikke kompetencer også skal være tilgængelige inden for socialområdet og hos private leverandører, når disse varetager kommunale sygeplejeopgaver. Der kan med fordel beskrives mere konkret, hvordan kommunerne forventes at sikre adgang til særlige kompetencer, herunder palliative nøglepersoner og øvrige faglige ressourcepersoner.
	4.2. Basale palliative kompetencer	Forventningerne til kompetenceniveau og organisatorisk understøttelse bør beskrives mere konkret for at understøtte ensartet kvalitet i basal palliation på tværs af kommunerne.

		Medarbejdere med særlige palliative kompetencer bør også have en rolle i kompetenceudvikling og i den faglige understøttelse af organisationen.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	Nøglepersonsuddannelser og tilsvarende kompetenceforløb kan med fordel fremhæves som eksempler på relevante udviklingsaktiviteter.
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	Beskrivelsen af sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde bør suppleres med konkrete eksempler på anvendelse i kommunal praksis. Dette vil understøtte implementering og ensartet forståelse. Samspillet mellem kommunal sygepleje og helhedspleje efter ældreloven bør beskrives tydeligere.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	Det er uklart, hvilke minimumskrav til volumen eller erfaring der ligger til grund for vurderingen af faglig bæredygtighed. Dette kan med fordel beskrives nærmere.
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	Der mangler en tydeligere beskrivelse af samarbejdet mellem kommunal sygepleje og myndighedsfunktioner, visitation, hjælpemiddelområder og terapeutfunktioner. Disse samarbejder er afgørende i mange borgerforløb.
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Når der beskrives at akutsygeplejen skal bistå den kommunale sygepleje med opgaver og eksemplerne er anlæggelse af blærekateter og sonde, er det ikke et udtryk for opgaver som kommunal sygepleje hyppigt vil have behov for bistand til.

		Anlæggelse af blærekateter er en hyppigt forekommende kommunal opgave, hvis kateteranlæggelsen er problematisk, er det ofte på baggrund af sygdom eller blødning i urinvejene og her kræver det ofte anlæggelse på sygehuset. Det vil være mere relevant at komme med eksempler på specialiserede, instrumentelle opgaver som ikke løses hyppigt i kommunal sygepleje, for eksempel lungedræn. Et andet eksempel hvor det er relevant med bistand kan være problemer med intravenøs behandling. Begrebet "nationalt fastlagte snit" anvendes uden nærmere forklaring. Det bør beskrives mere konkret, hvad der forstås ved disse snit. Beskrivelserne af samarbejdet mellem kommunal sygepleje og regional akutsygepleje bør konsekvensrettes, så de afspejler de samme definitioner og opgaveafgrænsninger som i kvalitetsstandarden for akutsygepleje. Der mangler beskrivelse af samarbejdet med hjemmebehandlingsteams og øvrige regionale udgående funktioner, som forventeligt vil få en stigende rolle i de kommende år. Ansvarsplacering og koordinering mellem kommunal sygepleje, regional akutsygepleje, almen praksis og sygehuse bør beskrives tydeligere, herunder hvem der har ansvar for det samlede forløb. Beskrivelsen af behandlingsansvarlig læge bør styrkes, så der ikke er tvivl om, hvem kommunal sygepleje skal kontakte

		ved akut forværring, spørgsmål eller behov for ændring i behandlingen.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	Der mangler beskrivelse af, hvilke nationale kvalitetsindikatorer kommunerne forventes at følge på sygeplejeområdet. Kvalitetsstandarden bør samtidig beskrive, hvordan data om mål, rehabilitering og palliative indsatser forventes dokumenteret og monitoreret inden for de eksisterende dokumentationsrammer.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	De eksempler der er medtaget på borgere i målgruppen, er meget fokuseret på somatiske problemstillinger og planlagte indsatser. Kommunal sygepleje løser også ikke-planlagte opgaver, herunder vurdering af dårlige borgere, tilsyn af borgere efter fald, tilsyn og vurdering af behov for opstart af sårbehandling efter henvendelse fra samarbejdspartnere. Det bør nuanceres i cases, så det også er tydeligt at kommunal sygepleje løser ikke-planlagte opgaver. Der er behov for flere cases med borgere, der ligger i gråzonen ift. om det er kommunal sygepleje eller regional akutsygepleje; for eksempel kan en borger med forværring i kronisk lungesygdom ligge inden for begge målgrupper og typisk er det en kommunal sygeplejerske der har tilset borgeren først og herefter kontakter læge/akutsygeplejerske.

		Der kan med fordel tilføjes cases, som illustrerer samarbejdet mellem kommunal sygepleje og helhedspleje samt komplekse tværsektorielle forløb med samtidig involvering af flere aktører.
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	Det bør overvejes, om eksemplerne er for ensidigt præhospitale. Der mangler eksempler på borgere, der skal visiteres til sundheds- og omsorgsplads, hjemmebehandlingsteam eller specialiserede regionale tilbud frem for kommunal sygepleje.

Fagligt Selskab
Sygeplejersker i kommunerne

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	FSSK er generelt positive over for kvalitetsstandarden for regional akutsygepleje og støtter ambitionen om at skabe et mere ensartet og styrket akutsygeplejetilbud på tværs af landet. Det er positivt, at kvalitetsstandarden tydeliggør akutsygeplejens rolle i det nære sundhedsvæsen og understøtter, at flere borgere kan vurderes, behandles og monitoreres i eget hjem. Ligeledes er det positivt, at der er fokus på klinisk beslutningstagen, observation, monitorering og koordinering på tværs af sektorer, samt at der stilles krav om relevante kompetencer og løbende kompetenceudvikling. FSSK finder det desuden positivt, at kvalitetsstandarden understøtter samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og sygehuse med henblik på at forebygge unødige indlæggelser og skabe mere sammenhængende borgerforløb. FSSK vurderer dog samtidig, at kvalitetsstandarden på flere områder ikke giver tilstrækkelig klarhed om snitfladerne mellem regional akutsygepleje, kommunal sygepleje, sundheds- og omsorgspladser, hjemmebehandlingsteams, almen praksis og sygehuse. Der bør opstilles mere konkrete nationale rammer for ansvarsfordeling, visitation og samarbejde for at understøtte ensartet praksis på tværs af landet. Derudover anvender kvalitetsstandarden gennemgående begreber som *"subakutte behov"*, *"komplekse sygeplejebehov"*, *"særlige sygeplejefaglige kompetencer"*, *"rettidig indsats"*, *"tilgængelighed"* og *"kort varsel"* uden nærmere definition. Dette giver mulighed for lokal fortolkning og kan skabe uklarhed om målgruppe, visitation og opgavefordeling. Endelig vurderer FSSK, at kvalitetsstandarden flere steder henviser til lokale aftaler og kommende nærsundhedsplaner. Selvom lokal fleksibilitet er vigtig, kan dette udfordre ambitionen om nationale kvalitetsstandarder og medføre geografiske forskelle i organisering og opgavevaretagelse. Der bør derfor overvejes tydeligere nationale minimumskrav på centrale områder.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	Der bør tydeligere beskrives, hvordan målsætningen om national ensartethed konkret skal realiseres, når så mange

		forhold overlades til lokal planlægning og lokale aftaler.
	1.2. Formål	Der savnes en tydeligere beskrivelse af, hvordan kvalitetsstandarden skal sikre ensartet kvalitet på tværs af regioner og sundhedsråd.
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	Der henvises flere steder til lokale aftaler og nærsundhedsplaner uden samtidig at opstille nationale minimumskrav. Dette kan medføre betydelige geografiske forskelle. Der mangler desuden beskrivelse af minimumsindholdet i nærsundhedsplanerne. Der efterspørges nationale minimumskrav til målgruppe, opgaver, kompetencer, udstyr, visitation og organisering. Flere bemærker, at kvalitetsstandarden flere steder bliver så overordnet, at der kan opstå betydelige regionale forskelle i tilbuddene. Der efterlyses derfor en tydeligere beskrivelse af, hvilke forhold der kan fastlægges lokalt, og hvilke der bør være ens på tværs af landet.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	Der bør stilles krav om tæt monitorering af implementeringen fra 1. januar 2027, herunder aktivitet, responstider, samarbejde med kommuner, kvalitet, medicinforbrug og patientforløb. Der bør også beskrives behov for en national strategi for information og rebranding af akutsygeplejen over for almen praksis, kommuner, bosteder og øvrige samarbejdspartnere. FSSK bakker op om behovet for systematisk monitorering af implementeringen. Aktivitet,

		responstider, kvalitet, samarbejde og medicinforbrug bør følges nationalt fra opstart for at sikre ensartet kvalitet og mulighed for løbende justeringer.
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	Der mangler generelt en tydeligere afgrænsning af akutsygeplejens funktion i forhold til kommunal sygepleje, hjemmebehandlingsteams, sundheds- og omsorgspladser samt øvrige regionale tilbud. Der er behov for uddybning af afgrænsningen mellem regional akutsygepleje og kommunal sygepleje. Det gælder særligt i forhold til hjemmebehandlingsteams, sundheds- og omsorgspladser og øvrige regionale tilbud. Der er behov for en klar beskrivelse af, hvornår en opgave hører til regional akutsygepleje, og hvornår den fortsat er en kommunal sygeplejeopgave. Der efterlyses altså en mere præcis beskrivelse af ansvarsfordelingen, når flere aktører er involveret i samme borgerforløb.
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	Begrebet "subakutte behov" bør defineres tydeligere med konkrete eksempler. Det er uklart, hvilke borgere og situationer der karakteriseres som subakutte. Det samme gør sig gældende for mere præcise definitioner af begreber som "akut dårlig borger" og "forværring". Der efterlyses afklaring af sammenhængen mellem subakutte behov og eksisterende triageringsprincipper, herunder hvordan akutsygeplejen forholder sig til borgere triageret som røde.

		Det er for ukonkret og upræcist beskrevet, hvornår en forværring af en borgers tilstand skal håndteres af regional akutsygepleje frem for kommunal sygepleje.
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	Formuleringen om borgere efter udskrivelse med behov for "særlige sygeplejefaglige kompetencer" eller behov for hurtigt at tilpasse indsatsen er for upræcis. Der er risiko for opgaveglidning fra kommunal sygepleje til akutsygepleje. Det bør beskrives mere konkret, hvilke opgaver der forventes varetaget af akutsygeplejen efter udskrivelse. FSSK er bekymret for, at beskrivelsen af tidsafgrænsede indsatser kan medføre, at kommunerne efter få dages regional indsats overtager mere komplekse sygeplejeopgaver. Der er behov for en tydelig beskrivelse af, hvad der sker efter afsluttet akut indsats, herunder hvem der overtager ansvaret, og hvordan overleveringen sikres. FSSK peges desuden på risiko for opgaveglidning, hvis kriterierne for opstart, varighed og afslutning af akutsygeplejeforløb ikke beskrives tydeligere
3. Målgruppe	-	Målgruppen beskrives meget bredt og bør afgrænses tydeligere for at understøtte ensartet visitation og opgavefordeling.
	3.1. Målgruppen	Begreber som "akut opstået sygdom", "akut dårlig borger", "forværring af kendt sygdom" og "komplekse sygeplejebehov" bør konkretiseres. Psykiatriske borgere beskrives utilstrækkeligt. Der bør være tydeligere beskrivelser af målgruppe, samarbejde, sikkerhedsforhold og

		behandlingsansvar ved borgere med psykisk sygdom. Der er behov for en tydeligere beskrivelse af kriterier for, hvilke kliniske problemstillinger og borgere der forventes håndteret af akutsygeplejen.
4. Indsatser	-	Der mangler en mere konkret beskrivelse af akutsygeplejens opgaver, herunder hvilke indsatser der forventes varetaget i dag-, aften- og nattevagt.
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Formuleringen om kommunal sygeplejes adgang til at kontakte akutsygeplejen uden lægehenvisning er uklar og bør forenkles. Det bør ligeledes beskrives, om akutsygeplejen selvstændigt kan henvise eller visitere borgere videre til kommunal sygepleje. Der efterlyses tydeligere beskrivelser af, hvilke faggrupper der kan kontakte, henvise eller rekvirere akutsygeplejen. Der savnes afklaring af, om kontaktmuligheden alene omfatter sygeplejersker eller også andre sundhedsprofessionelle som social- og sundhedsassistenter, terapeuter og medarbejdere på botilbud kan kontakte akutsygeplejen.
	4.2. Typer af indsatser	Formuleringen ”vanskelige at udføre hos den konkrete borger” bør ændres til f.eks. ”komplekse at udføre”, da ”vanskelig” kan opfattes som praktiske udfordringer frem for faglig kompleksitet. Det bør præciseres, hvilke instrumentelle sygeplejeopgaver akutsygeplejen forventes at varetage. Det bør afklares, hvem der varetager IV-antibiotika, hjemmebehandling, subkutan

		væske, KAD-skift, sonder og øvrige specialiserede indsatser. Pasning af dræn bør ikke indgå som en kerneopgave for akutsygeplejen, da dette i mange tilfælde er drift frem for akut indsats. Der mangler afklaring af grænsen mellem akutsygeplejens og hjemmesygeplejens opgaver efter udskrivelse. Der efterspørges en tydeligere beskrivelse af rådgivning og sparring uden borgerkontakt, herunder hvordan samtykke, tavshedspligt og dokumentation håndteres. Der efterlyses afklaring af, hvordan det forbeholdte virksomhedsområde anvendes i praksis, herunder muligheder for prøvetagning og diagnostiske undersøgelser. Flere efterspørger en mere præcis beskrivelse af de konkrete sygeplejefaglige opgaver, som akutsygeplejen forventes at udføre. Under 4.2.2. bør det tilføjes: - at patient og pårørende skal inddrages i samlet vurdering. - at anvende Clinical Frailty Score som led i vurderingen, da det er et udbredt og anerkendt screeningsværktøj til at vurdere skrøbelighed og i forvejen bruges både på sygehuset og i den præhospitale indsats. Og så bør ernæring og tandpleje nævnes som eksempler på øvrige indsatser.
	4.3. Udstyr og medicin	Der bør opstilles nationale minimumskrav til udstyr og remedier, f.eks. TOBS-udstyr, ilt, sug, blærescanner og POCT-udstyr.

		Det bør præciseres, hvem der leverer sygeplejeartikler til borgere, der ikke i forvejen er kendt af kommunen. Akutsygeplejen bør have adgang til relevante lægemidler, og der bør beskrives krav til kvalitetssikring, registrering og monitorering af medicinforbrug. FSSK er bekymret for risikoen for geografisk ulighed, hvis regionerne får meget forskellige muligheder for diagnostik og behandling. Der ønskes specifik stillingtagen til udstyr som blærescanner samt en beskrivelse af, hvilke analyser og prøver der som minimum skal kunne udføres.
5. Kompetencer	-	Kompetencekravene bør beskrives mere konkret for at sikre ensartet kvalitet på tværs af landet.
	5.1. Kompetencer	Der bør opstilles tydeligere krav til profession, erfaring og efteruddannelse ved ansættelse i akutsygeplejen. Regionerne bør forpligtes til løbende kompetenceudvikling og vedligeholdelse af kompetencer. FSSK støtter ikke op om, at social- og sundhedsassistenter kan varetage afgrænsede opgaver i akutsygeplejen. FSSK mener, at det bør være et nationalt krav jf. selve ordets betydning, at det kun er autoriserede sygeplejersker, der kan udføre akutsygepleje. Der efterspørges styrkede kompetencer inden for klinisk undersøgelse og vurdering, herunder auskultation og opsporing af infektioner, da disse opgaver i stigende grad efterspørges i praksis.

		Der peges på behovet for at beskrive, hvordan det forventede indgående kendskab til kommunale sundheds-, omsorgs- og socialtilbud vedligeholdes over tid.
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	Der bør stilles krav om, at kommunerne fortsat kan varetage elektive sygeplejeopgaver, herunder på plejecentre. Det bør afklares, hvordan opgaver håndteres, hvis et plejecenter ikke har adgang til sygeplejersker – Herunder variation af døgnbemanding Der er behov for en tydeliggørelse af ansvarsforhold mellem region og kommune, særligt når der anvendes delegation eller opgaver inden for det forbeholdte virksomhedsområde. Der peges samtidig på behovet for at beskrive grænsen mellem regional akutsygepleje og kommunal sygepleje i døgnbemandede tilbud.
	6.2. Tilgængelighed	Responstider bør beskrives mere præcist. Begreber som ”kort varsel”, ”få timer” og ”inden for et døgn” giver stor fortolkningsmulighed og bør suppleres med nationale servicemål. Der bør desuden beskrives, hvordan akutsygeplejen får adgang til borgerens hjem, herunder nøgleadgang og adgang uden for almindelig åbningstid. Der er behov for afklaring af, hvordan kommunerne sikres adgang til klinisk sparring og akut vurdering døgnet rundt.
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Der mangler konkrete beskrivelser af samarbejde og snitflader mellem akutsygeplejen og hjemmepleje, hjemmesygepleje, plejecentre, bosteder,

		socialpsykiatri, sundheds- og omsorgspladser samt hjemmebehandlingsteams. Der bør beskrives klare arbejdsgange ved parallelle indsatser. Det bør præciseres, hvordan akutsygeplejen kommunikerer med samarbejdspartnere, herunder brug af ISBAR og krav til skriftlig kommunikation. Det bør afklares, om akutsygeplejen kan anmode kommuner om opstart af hjælp og sygepleje med kort varsel hele døgnet. Der er behov for afklaring af ansvar ved delegation, anvendelse af forbeholdt virksomhedsområde og udarbejdelse af lokale instrukser. FSSK efterspørger tydelige beskrivelser af overlevering og ansvarsplacering efter afslutning af akut indsats. Der peges samtidig på behovet for adgang til relevante kommunale omsorgs- og journalsystemer samt tydeligere beskrivelser af kommunikationsveje og dokumentationskrav. Her bør også hjemmebehandlingsteams nævnes som del af andre aktører samt præciseres, hvilken rolle akutsygeplejen har i relation til 96 timers behandlingsansvar fra sygehus. Det er uklart og bør beskrives tydeligere hvem der har behandlingsansvaret i de situationer, hvor akutsygeplejen er tilkaldt via den kommunale sygepleje og derved uden henvisning fra en læge først.
7. Kvalitetsudvikling	-	Der bør opstilles konkrete indikatorer for opfølgning på kvaliteten og implementeringen af akutsygeplejen.

	7.1. Kvalitetsudvikling	Der bør stilles krav om national monitorering af aktivitet, responstider, samarbejde, behandlingskvalitet, genindlæggelser og medicinforbrug. Desuden bør der ske tæt opfølgning på implementeringen af den nye organisering fra 1. januar 2027. Der er opbakning til national monitorering af aktivitet, responstider, samarbejde, kvalitet, genindlæggelser og medicinforbrug som grundlag for løbende kvalitetsudvikling. FSSK mener, at der er behov for tæt national opfølgning for at mindske risikoen for geografisk variation i tilbud, kompetencer og diagnostiske muligheder.

Til: Sundhedsstyrelsen
Mail: fops@sst.dk
CC: mebrs@sst.dk

Dato:
23. oktober 2026

Høring over Kvalitetsstandarder for akutsygepleje, Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation, og Vejledning for kommunal sygepleje

FOA takker for muligheden for at afgive høringssvar og har med interesse læst de foreliggende udkast til de to kvalitetsstandarder og vejledningen for kommunal sygepleje.

Indledende bemærkninger:
Med sundhedsreformaftalen lægges der op til store forandringer af vores samlede sundhedsvæsen. Trods store ambitioner og forventninger om, at det primære sundhedsvæsen skal udgøre fundamentet i sundhedsvæsenet, så fylder det kommunale sundhedsvæsen kun meget lidt i reformen - når man ser bort fra de sundhedsopgaver, som kommunerne skal afgive til regionerne. Kun to tiltag i reformaftalen omhandler tiltag, som skal styrke de kommunale sundheds-indsatser, og det er kvalitetsstandarden for kommunal sygepleje og basal palliation og folkesundhedsloven.

Samtidig ser vi ind i en ændret demografi med en ældre og mere multisyg befolkning, herunder en betydelig udvikling i forekomsten af mennesker med demenssygdomme. Alt sammen noget, som vil påvirke det kommunale sundhedsvæsen massivt i de kommende år. Dertil kommer en enorm rekrut-teringsudfordring på det kommunale sundheds- og ældreområde - en udfordring som ligeledes kun bliver større de kommende år. Rekrutterings-udfordringen gør det vanskeligt at sikre tilstrækkeligt med medarbejdere og de rette faglige kompetencer. Allerede nu, ses en udbredt mangel på faglært personale og en stigende andel af ufaglærte på bl.a. det kommunale sundheds- og ældreområde.

Når det er sagt, så ser FOA et stort potentiale i at flere sundhedsopgaver løses tættere på borgernes eget hjem og af medarbejdere, som har et godt kendskab og en god relation til borgerne. For FOA er det imidlertid afgørende, at når man øger kravene til opgaveløsningen, samtidig sikrer, at medarbejderne får muligheden og rammerne for at kunne leve op til kravene i praksis. For FOA er det derfor vigtigt, at øgede kvalitetskrav følges af ressourcer, der matcher forventningerne.

Overordnede bemærkninger:
FOA finder det grundlæggende positivt, at man med indførelsen af nationale kvalitetsstandarder for henholdsvis den regionale akutsygeplejefunktion og den kommunale sygepleje og basale palliation ønsker at understøtte en mere ensartet kvalitet i sundhedsindsatserne på tværs af landet.

FOA

Staunings Plads 1-3
1790 København V

Kontaktperson:
Sofie Tolstrup

Mail:
soto@foa.dk

Telefon:
31790841

www.foa.dk

For FOA er det vigtigt, at medarbejderne i kommunerne sikres de rigtige rammer, som muliggør, at kvalitetsstandarden kan efterleves i praksis. Det betyder bl.a., at medarbejderne skal have de nødvendige kurser, uddannelse og kompetencer til at løfte de nye opgaver fagligt og patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, men også de rammer og vilkår, som gør det muligt at efterleve de øgede krav til kvaliteten i opgaverne. FOA finder det nødvendigt at fremhæve medarbejdernes pligt til at sige fra overfor opgaver, som de ikke kan udføre patientsikkerhedsmæssigt forsvarlig.

For FOA er det desuden vigtigt, at både vejledningen og kvalitetsstandarderne revideres efter den kommende vedtagelse af lov om sygepleje i helhedspleje. Den nuværende vejledning og de nuværende kvalitetsstandarder adskiller helhedsplejen og den kommunale sygepleje. Fremadrettet skal der dog ske en integration af den kommunale sygepleje i helhedsplejen. Alternativet til en kommende revidering af vejledningen og kvalitetsstandarderne er, at dokumenterne sprogligt fremtidssikres, således at den kommende lovgivning sprogligt integreres heri.

Gennemgående bemærkninger:
Gennemgående for både vejledningen og kvalitetsstandarderne er en uklar sammenhæng mellem og definition af den kommunale sygepleje og helhedsplejen. Af vejledningen fremgår det (af en fodnote) at den *almene* sygepleje i kommunerne skal integreres med helhedsplejen. Af kvalitets-standarderne fremgår det sidst i introduktionen (og delvist af en fodnote), at den kommunale sygepleje integreres med helhedsplejen. FOA savner, at integrationen af den kommunale sygepleje i helhedsplejen skrives tydeligere frem i selve teksten. Derudover bør vejledningen og kvalitetsstandarderne være enslydende.

FOA finder det ligeledes uheldigt, at vejledning italesætter den kommunale sygepleje som en monofaglig opgave. Under afsnit 3 *Indhold*, punkt nr. 2, står: "*Dertil koordinerer den kommunale sygepleje også tværfagligt med andre kommunale indsatser og faggrupper fx medarbejdere i helhedsplejen (…)"*. Af afsnit 4 *Organisering*, står der tillige: "*Organiseringen skal også understøtte en personcentreret og tværfaglig tilgang. Den kommunale sygepleje skal derfor ved behov samarbejde med andre fagligheder i og uden for kommunen om borgernes forløb fx helhedsplejen (…)"*. Disse formuleringer fremstår utydelige, men som FOA læser dem, fremstilles den kommunale sygepleje som en monofaglig enhed, der skal huske at arbejde tværfagligt med andre enheder. Derved overses, at den kommunale sygepleje ofte udgøres af en tværfaglig medarbejdergruppe. FOA finder det derfor vigtigt at minde Sundhedsstyrelsen om, at sygepleje - og i særdeleshed den kommunale sygepleje - udføres af flere forskellige faggrupper. Faktisk løser social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere tilsammen op til 85 % af sundhedsopgaverne i kommunerne[1]. Resten varetages af sygeplejersker. Det er således hovedparten af sygeplejen, der leveres af social- og

[1] Vive (2021) Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne – En analyse af udviklingen i uddannelserne, opgaverne og rammerne samt medarbejdernes perspektiv på området.

sundhedsassistenter og -hjælpere. FOA mener derfor, at både kvalitetsstandarder og vejledningen bør afspejle denne virkelighed og anerkende, at den kommunale sygepleje leveres af flere faggrupper.

I tillæg til ovenstående, mener FOA ikke, at figurerne i kvalitetsstandarderne fungerer rent illustrativt. Figur 1 viser således helhedsplejen og den kommunale sygepleje som to forskellige kasser. FOA finder denne opdeling misvisende ift. sundhedsreformens og ældrereformens intentioner, da figuren ikke viser en integrationen af de to elementer. Der er tillige en boks i kassen 'Sygepleje' med teksten: 'Fagområdespecifik sygepleje'. Dette begreb defineres dog ikke i teksten til boksen og nævnes først igen i boksen på side 15. Derudover savner FOA, at de røde bokse i kvalitetsstandarderne bruges stringent. Det fungerer godt, at boksene i kvalitetsstandarden for kommunal sygepleje og basal palliation, opsummerer *kan*- og *skal-opgaver*. Boksene bruges imidlertid anderledes i kvalitetsstandarder for akutsygepleje.

FOA savner desuden, at begge kvalitetsstandarder forholder sig til samarbejdet med de kommende hjemmebehandlingsteams.

Bemærkninger til høringens enkelt elementer:
Vejledning om kommunal sygepleje
Afsnit 4 *Organisering*
Som nævnt ovenfor, så leveres en stor del af den kommunale sygepleje af social- og sundhedspersonalet (social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere). Derfor ser FOA gerne, at følgende formulering ændres i vejledningen:

"Den kommunale sygepleje skal derfor ved behov samarbejde med andre fagligheder i og uden for kommunen om borgernes forløb fx helhedsplejen, almenmedicinske tilbud, speciallægepraksisser, sygehuse og andre regionale tilbud, herunder akutsygeplejen." (s. 2-3)

FOA foreslår, at "fagligheder" ændres til "funktioner" i teksten.

Afsnit 6.1 *Rådgivning*
FOA noterer sig med tilfredshed, at medarbejderne i den kommunale sygepleje *skal* have nem og smidig adgang til gensidig rådgivning og sparring med almenmedicinske tilbud, sygehuse (både somatik og psykiatri), og andre regionale tilbud fx akutsygepleje.

FOA ser dog gerne, at vejledningen ekspliciterer, at det er regionens ansvar at sikre en nem og smidig adgang til sparring for den kommunale sygepleje og helhedsplejen, når denne har brug for rådgivning og sparring fra de regionale funktioner.

FOA mener, at regionerne som følge af Aftale om sundhedsreformen, Det Faglige oplæg til National Sundhedsplan samt af Forårsaftalen 2025, har en uomtvistelig forpligtigelse til at sikre denne rådgivning og sparring for kommunerne.

Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
Af figur 1 (s. 5) fremgår det, at kommunerne råder over såkaldt fagområde-specifik sygepleje. Af kvalitetsstandarden for kommunal sygepleje og basal palliation fremgår det, at den fagområdespecifikke sygepleje blandt andet omfatter basal palliation og demenspleje. Det er FOAs klare overbevisning, at både basal palliation og demenspleje er almene kompetencer på det kommunale sundheds- og ældreområde. Derfor bør denne viden ikke isoleres til den fagområdespecifikke sygepleje.

Basal palliation:
FOA savner, at helhedsplejen nævnes i relation til den basale palliation. Som FOA læser de nuværende formuleringer i afsnit 3.5, så fremgår det, at alle borgere med basale palliative behov skal varetages af den kommunale sygepleje. FOA mener, at borgernes basale palliative behov skal kunne håndteres af helhedsplejen og ikke begrænses til at være en kompetence blandt få ressourcepersoner i kommunen. Både forskning og erfaringer peger på, at man opnår den bedste kvalitet i den almindelige palliative indsats, når de medarbejdere, der er tættest på borgerne, har viden og kompetencer indenfor basal – eller almen – palliation.

FOA mener derfor, at basal palliation, herunder basal palliativ pleje, skal være en integreret del af den pleje og omsorg, som leveres i helhedsplejen, og som derfor skal kunne leveres af alle medarbejdere på sundheds- og ældreområdet i kommunerne. Herved vil den basale palliative indsats blive et tilbud, som flest mulige kan få gavn af. Mere specialiserede palliative indsatser kræver selvfølgelig særlige kompetencer – men de indsatser er for de få. Langt de fleste danskere dør "almindeligt", og derfor bør de basale palliative indsatser kunne leveres af alle. Ellers risikerer kvalitetsstandarden at øge den sociale ulighed i livets afslutning, ved at gøre den basale palliation til noget, som kun de få kan modtage.

Tilgængeligheden af den kommunale sygepleje
Afsnit 5.1 i kvalitetsstandarden tilsiger, at den kommunale sygepleje skal være tilgængelig døgnet rundt for en lang række samarbejdspartnere. FOA ser gerne, at helhedsplejen nævnes blandt de samarbejdspartnere, som kan få fat i den kommunale sygepleje døgnet rundt.

Som FOA læser de to kvalitetsstandarder, skal både den kommunale sygepleje og akutsygeplejen pr. 1. januar 2027 tilbyde døgndækning. FOA stiller sig kritisk overfor, hvorvidt denne dobbeltdækning er den mest bæredygtige/effektive måde at bruge sundhedsvæsenets ressourcer på. Hvis dette krav fastholdes, bliver det vigtigt, at kvalitetsstandarderne tydeligt definerer, hvornår medarbejderne skal kontakte hvilke funktioner, jf. at den kommunale sygepleje fremadrettet leverer planlagte indsatser og akutsygeplejen har ansvar for alt uforudset og akut.

Kvalitetsstandarder for akutsygepleje
FOA er tilfredse med, at kvalitetsstandarden stiller krav om, at akutsygeplejefunktionen skal være en fysisk tilgængelig og udekørende funktion, der kan rykke ud med kort varsel, og som skal stå til rådighed døgnet rundt og i alle landets kommuner for sparring og rådgivning. Det bekymrer dog FOA, at det ikke fremgår tydligeligt af kvalitetsstandarden, hvorvidt den kommunale sygepleje og

helhedspleje kan modtage fysisk bistand i borgers hjem fra akutsygeplejen uden lægehenvisning. Det er vigtigt for FOA, at medarbejdere i den kommunale sygepleje og helhedspleje, der står i situationer med akutopstået sygdom hos en borger, kan kontakte akutsygeplejen og få bistand i borgers hjem af den udekørende akutsygeplejefunktion.

Samarbejdet med helhedsplejen
FOA savner imidlertid, at kvalitetsstandarden tillige ekspliciterer, at akutsygeplejefunktionen skal være tilgængelig døgnet rundt for den kommunale helhedspleje – og ikke kun for den kommunale sygepleje. Når den kommunale sygepleje integreres i helhedsplejen, vil den direkte kontakt til akutsygeplejen i høj grad blive håndteret i regi af helhedsplejen. FOA mener derfor også, at beskrivelsen "sundhedsfaglige samarbejdspartnere" er uprækcis, da det ikke fremgår, hvilke samarbejdspartnere, der mere præcist refereres til. FOA mener samtidig, at helhedsplejen skal skrives frem, hver gang samarbejdspartnere nævnes i kvalitetsstandarden (s. 9, 12, 19 og 21). FOA mener samtidig, at kvalitetsstandarden bør nævne, at akutsygeplejen kan levere indsatser samtidig med helhedsplejen, eftersom helhedsplejen på sigt vil rumme den kommunale sygepleje.

Visitation
FOA er bekymrede for, om den beskrevne visitationspraksis til akutsygeplejefunktionen, der beskrives i afsnit 4.1., risikerer at blive en barriere for at sikre rettidig hjælp for de kommunale funktioner. Det er helt afgørende for etableringen af et godt og velfungerende samarbejde, at den kommunale sygepleje og helhedspleje kan have tillid til, at de vil modtage hjælp fra akutsygeplejen, så snart de oplever et behov herfor.

Af kvalitetsstandarden fremgår det for nuværende, at "*Den kommunale sygepleje kan uden lægehenvisning kontakte akutsygeplejen med henblik på bistand*.". For FOA er det uklart, hvad der ligger i ordet "*bistand*". FOA mener, at der skal være både telefonisk og fysisk rådgivning og sparring til rådighed for den kommunale sygepleje og helhedspleje hele døgnet – og i borgers hjem. For nuværende fremgår det af udkastet til Bekendtgørelse om regional akutsygepleje §1, stk. 2., at "*Akutsygepleje kan tildeles på baggrund af lægehenvisning eller på baggrund af regionsrådets tilrettelæggelse af indsatsen*." For FOA er det afgørende, at den kommunale sygepleje og helhedspleje får direkte adkomst til akutsygeplejefunktionen – både når det gælder rådgivning og konkret bistand i borgers hjem.

Det er vigtigt, at visitationen til akutsygeplejefunktionen ikke bibringer en ny sektorovergangsproblematik, som spænder ben for et godt og tillidsfuldt samarbejde om borgeren mellem de kommunale funktioner og akutsygeplejefunktionen.

Bekymring for opgaveglidning
FOA har to opmærksomhedspunkter i afsnit 4.2.2. *Enkeltstående indsatser med direkte borgerkontakt*. Heraf fremgår det, at "*Akutsygeplejen skal kunne bistå den kommunale sygepleje ved instrumentel sygepleje, som den kommunale sygepleje*

ikke har tilstrækkelig rutine i at varetage.". FOA mener tillige, at denne bistand skal gælde for helhedsplejen – som vi også har beskrevet ovenfor.

Sidst i afsnittet fremgår det, at "*Hvor det er relevant, skal bistanden omfatte oplæring af den kommunale sygepleje med henblik på, at opgaven efterfølgende kan varetages kommunalt*.". Denne sætning bekymrer FOA, da der lægges op til en opgaveglidning fra den regionale akutsygepleje til kommunen. For FOA er det vigtigt, at når specialiserede sygeplejefaglige opgaver delegeres fra akutsygeplejefunktionen til de kommunale funktioner, så følges de af et tilsvarende ressourceløft. Ligesom det skal sikres, at kommunens medarbejdere bliver tilstrækkelig oplært i at løfte opgaven fagligt og patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt. I tilfælde af opgaveoverdragelse skal det sikres, at der er tale om en rammedelegation – og ikke videredelegation – ligesom der skal udarbejdes relevante skriftlige instrukser for opgaven. Alternativt risikerer de kommunale medarbejdere at stå i en rigtig vanskelig situation.

FOA mener, at der for alle opgaver, som delegeres fra akutsygeplejefunktionen til kommunen, skal sikres tilstrækkelig oplæring og skriftlige instrukser, ligesom de kommunale medarbejdere skal klædes på til de nye opgaver. Dette gælder også for afsnit 4.2.3 *Tidsafgrænsede indsatser af kortere varighed med direkte borgerkontakt.*

Afsluttende bemærkninger:
For FOA er det afgørende, at kvalitetsstandarderne ikke risikerer at individualiserer strukturelle problemer. Når kommunerne mangler uddannet personale, og medarbejderne samtidig mødes med højere krav til kvalitet og mere komplekse opgaver, kan ansvaret for at få hverdagen til at fungere ende hos den enkelte medarbejder. For autoriserede sundhedspersoner er det særligt problematisk, fordi de både er underlagt et personligt fagligt ansvar og er afhængige af arbejdsgiverens organisering, instruktion og ressourcer.

Det er derfor ikke nok, at kvalitetsstandarderne og vejledningen siger, hvad kommunerne skal levere. De bør også forholde sig til, hvordan kvaliteten sikres, hvem der har ansvaret, når forudsætningerne mangler, og hvordan medarbejderne kan gøre opmærksom på uforsvarlige forhold.

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

Venlig hilsen



Tanja Nielsen
Formand for social- og sundhedssektoren

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	Hvordan sikrer vi den lægefaglig vurdering og ansvar, når henvisningen alene kommer fra pårørende mv? Retter sygeplejersken en henvisning til praktiserende læge? **Bemærkning om henvendelser fra borgere og pårørende – lægefaglig vurdering og behandlingsansvar** Frederikshavn Kommune ser positivt på, at borgere og pårørende har mulighed for at henvende sig direkte til sygeplejen. Vi efterspørger dog en tydeliggørelse af, hvordan behovet for lægefaglig vurdering og placering af behandlingsansvar afklares, når henvendelsen ikke kommer fra en læge. I praksis kan borgere og pårørende henvende sig til sygeplejen med

		problemstillinger, som efter en sygeplejefaglig vurdering kræver lægelig stillingtagen. Det kan medføre, at sygeplejen får en koordinerende opgave med at kontakte læge og medvirke til at få etableret en behandlingsplan. Frederikshavn Kommune efterspørger derfor en tydeligere beskrivelse af: • hvilke indsatser den kommunale sygepleje selvstændigt kan iværksætte, • hvornår der er behov for lægelig vurdering eller ordination, • hvem der har ansvaret for at kontakte relevant læge, • hvem der har ansvaret for opfølgning, og • hvordan der skal handles, hvis relevant læge ikke kan træffes, eller der ikke foreligger en tilstrækkelig behandlingsplan. Det vil skabe en tydeligere afgrænsning mellem sygeplejefagligt ansvar og lægeligt behandlingsansvar og samtidig sikre klare arbejdsgange ved direkte henvendelser fra borgere og pårørende.
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	

	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	Skal kommunen sikre hvor det ledelsesmæssige sygeplejefaglige ansvar ligger?
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	**Bemærkning til princip 4 i afsnit 1.3.1 – færrest mulige skift i behandlingsansvar** Frederikshavn Kommune bakker op om ambitionen om at tilrettelægge patientforløb med færrest mulige skift i behandlingsansvaret. Vi efterspørger samtidig en uddybning af, hvordan princippet kan omsættes i praksis for borgere med flere samtidige somatiske og psykiske sygdomme. Hos disse borgere kan flere behandlingsforløb være i gang samtidig: Et kortvarigt regionalt iværksat forløb, som akutsygeplejen udfører med regionalt behandlingsansvar, en længerevarende behandling, som den kendte hjemmesygepleje udfører med behandlingsansvar hos egen læge, og et ambulant forløb i regional psykiatri. Udfordringen er derfor både skift i behandlingsansvar og flere samtidige behandlingsansvarlige med ansvar for hver sin del af borgerens behandling. Vi savner en beskrivelse af, hvordan aktørerne konkret skal samarbejde i disse situationer: Hvem kontaktes ved ændringer, der berører flere behandlinger? Hvem sikrer den samlede lægelige vurdering, og hvordan afklares ansvaret ved tvivl? Vi oplever eksempelvis i det lokale samarbejde, at egen læge

		som udgangspunkt ikke ændrer medicin ordineret af andre behandlende læger. Det gør tydelige kontaktveje og aftaler om opfølgning særligt væsentlige. Vi ser gerne, at dette konkretiseres, så vi kan bruge hinandens funktioner bedst muligt og skabe sammenhæng for borgeren. Ellers er der risiko for, at hjemmesygeplejen i praksis skal indhente oplysninger, skabe kontakt mellem behandlere og følge op på uafklarede spørgsmål, uden at denne koordinationsopgave er tydeligt beskrevet eller understøttet af adgang til relevante oplysninger, klare aftaler og afsat tid. Færre formelle skift i behandlingsansvaret giver ikke i sig selv mindre koordinering eller et mere sammenhængende borgerforløb.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	Bekymring for hvor det sygeplejefaglige ansvar ligger. Er det hos akutsygeplejersken eller hos den kommunale sygeplejerske. Hvordan sikres det?
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	**Bemærkning til afsnit 3.1 – sammenhæng mellem akut indsats og øget plejebehov i hjemmet** I afsnit 3.1 beskrives de akutte tilstande som ofte værende af en vis

		sværhedsgrad, uafklarede og uforudsigelige, og det fremgår, at indsatsen skal tilpasses borgerens behov og tilstand. Vi bakker op om ambitionen om, at borgeren så vidt muligt kan forblive i eget hjem. I praksis ser vi dog ofte, at akut sygdom samtidig medfører et øget behov for grundlæggende pleje og støtte, som også skal være på plads, hvis forløbet i hjemmet skal fungere. Vi efterspørger derfor en tydeliggørelse af akutsygeplejens rolle i at identificere og videreformidle ændrede plejebehov samt tage initiativ til kontakt med den kommunale visitation med henblik på en vurdering eller revisitation. Det er særligt relevant, når borgeren ikke i forvejen modtager kommunal pleje, og akutsygeplejen derfor er den aktør, der observerer ændringerne i hjemmet. Kan der beskrives en arbejdsgang, hvor akutsygeplejens observationer af borgerens funktionsevne og konkrete behov for hjælp indgår direkte i grundlaget for visitationens vurdering? Det vil kunne understøtte en hurtigere og mere sammenhængende indsats og mindske behovet for, at hjemmeplejen eller hjemmesygeplejen efterfølgende skal indhente de samme oplysninger og gentage vurderinger. Det bør samtidig fremgå, hvem der følger op på henvendelsen, og hvordan borgerens behov håndteres, indtil den nødvendige hjælp er iværksat. Ambitionen om behandling i eget hjem forudsætter, at både den akutte behandling og den nødvendige pleje og støtte kan fungere i praksis.

		Bemærkning til afsnit 3.3 – afgrænsning af målgruppen I afsnittet beskrives udsving og perioder med forværring i borgerens tilstand, hvor indsatsen kan tilpasses inden for et eksisterende forløb i den kommunale sygepleje uden behov for akutsygeplejens særlige tilgængelighed eller kompetencer. Vi efterspørger en tydeligere beskrivelse af, hvordan denne afgrænsning skal foretages i praksis. Ved sammenlæsning med kvalitetsstandarden for kommunal sygepleje oplever vi fortsat tvivl om, hvornår en forværring skal håndteres i det eksisterende forløb, og hvornår akutsygeplejen skal inddrages. Den kommunale sygepleje har hidtil været vant til at håndtere en meget bred vifte af sygeplejebehov i borgerens hjem og løbende tilpasse indsatsen. Derfor kan det være vanskeligt at bruge muligheden for at tilpasse et eksisterende forløb som afgrænsning i sig selv. At hjemmesygeplejen allerede kommer i hjemmet, er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at den også har de nødvendige kompetencer, den fornødne tid eller mulighed for at reagere tilstrækkeligt hurtigt på en forværring. Vi ser derfor gerne fælles faglige pejlemærker suppleret med praksisnære cases, som viser, hvornår hjemmesygeplejen fortsætter og tilpasser indsatsen, hvornår akutsygeplejen inddrages, og hvordan funktionerne samarbejder. Det bør samtidig tydeliggøres, hvordan kontinuitet og færrest mulige skift i behandlingsansvaret understøttes, når der er behov for begge funktioner. Det vil være hjælpsomt at få præciseret, hvad der beror på den enkelte

		sygeplejerskes konkrete kliniske vurdering, og hvilke fælles kriterier og aftaler der skal understøtte vurderingen – herunder forventelige udsving ved kronisk sygdom, ændringer fra borgerens vanlige tilstand og behovet for særlig tilgængelighed eller kompetence. Der bør også være en tydelig vej til fælles afklaring ved tvivl, så grænsen ikke i praksis bliver bestemt af, hvor meget den enkelte sygeplejerske eller det lokale team kan få plads til i det eksisterende forløb.
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Mere tydelighed på behandlingsansvaret for at sikre sygeplejersken 6.3.3 _ Det er generelt efterspurgt, at vi får så bred datadeling, at det er muligt at videreføre behandlingsansvarlige og sygeplejefaglige interventioner på vegne af hinanden, sådan vi kan sikre sammenhæng og høj faglighed mellem aktører - både for at sikre patientsikkerheden men også sammenhæng mellem indsatserne. Og – at det ikke er de enkelte regioners og kommuners vurderinger (og dermed også økonomiske formåen), men at det i højere grad er aftaler på national plan.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Til: Sundhedsstyrelsen

Dato: 23-10-2026

Att: fops@sst.dk, mebrs@sst.dk

Hjernesagens høringssvar til henholdsvis vejledning for kommunal sygepleje, kvalitetsstandarder for kommunal og basal palliation og kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	Hjernesagen er en patient- og pårørendeforening for mennesker, der er ramt af stroke (blodprop eller blødning i hjernen) eller anden erhvervet hjerneskade. Omkring 12.000 danskere rammes af stroke hvert år, og mere end 230.000 lever med følger af en erhvervet hjerneskade. Hjernesagen støtter, at vejledningen gøres tidssvarende. Den bør i højere grad afspejle de målgrupper, som kvalitetsstandarden for kommunal sygepleje selv nævner, herunder borgere med erhvervet hjerneskade. Derudover mener Hjernesagen, at det er vigtigt at have samarbejdet med pårørende for øje. Mange mennesker med erhvervet hjerneskade har afasi, nedsat overblik eller nedsat sygdomsindsigt. For dem er de pårørende ofte dem, der kender borgerens normale tilstand, opdager forandringer og formidler borgerens behov og ønsker. Et systematisk samarbejde med de pårørende er derfor en forudsætning for sikker og sammenhængende sygepleje til denne gruppe. Hjernesagen har sideløbende afgivet høringssvar til Sundheds- og Kirkeministeriet om bekendtgørelserne om kommunal sygepleje og regional akutsygepleje. De to høringssvar bør læses i sammenhæng.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	Vejledningen nævner bl.a. demens, multisygdom, polyfarmaci og børn med kroniske sygdomme eller handicap, men ikke erhvervet hjerneskade. Det gør den, selv om kvalitetsstandarderne for sygeplejen nævner erhvervet hjerneskade. Hjernesagen anbefaler derfor, at borgere med erhvervet hjerneskade, fx efter stroke, med kognitive og kommunikative følger også nævnes i målgruppen. Så stemmer vejledningen overens med kvalitetsstandarderne.
3. Indhold	-	Hjernesagen støtter, at den kommunale sygepleje skal koordinere med genoptræningsområdet. Vi anbefaler dog, at også den kommunale hjerneskadekoordinator og den specialiserede rehabilitering, som regionerne varetager fra 2027, nævnes som eksempler på samarbejdspartnere.
4. Organisering	-	Vejledningen anbefaler kun, at kommunerne fastsætter kvalitetskrav og adgang til kontrol

Hjernesagen - The Danish Stroke Association
www.hjernesagen.dk
Protektor Hendes Kongelige Højhed Prinsesse Marie
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup
Tlf.: 3675 3088
E-mail: admin@hjernesagen.dk
Giro: 1575171
CVR: 17232932

		i aftaler med private leverandører. Den siger også, at kommunerne "bør" følge op på klage- og tilsynssager, medieomtale og bekymringshenvendelser. Hjernesagen anbefaler, at det gøres til krav. Private leverandører bør desuden indberette de samme data som kommunens egne enheder, så kvaliteten kan følges løbende og ikke kun ved stikprøver. Borgere med kognitive og kommunikative vanskeligheder efter stroke kan have svært ved selv at gøre opmærksom på mangler i sygeplejen. Der bør derfor være særlig opmærksomhed på, om disse borgere får den sygepleje, de har brug for.
	4.1 Henvisning og tildeling	Kommunen kan tildele sygepleje uden lægehenvisning. Hjernesagen anbefaler, at vejledningen præciserer, at henvendelser fra pårørende kan danne grundlag for en vurdering af behovet, sådan som kvalitetsstandarden gør i afsnit 3.2. Mange mennesker med erhvervet hjerneskade har afasi, nedsat overblik eller nedsat sygdomsindsigt. De kan derfor ikke selv henvende sig, når deres tilstand ændrer sig, fx ved en ny stroke. Vejledningen bør også, ligesom kvalitetsstandarden (afsnit 3.3), nævne, at den sygeplejefaglige udredning skal gennemføres senest inden for den første uge.
	4.2 Kompetencer	Vejledningen nævner behov for medarbejdere med særlig viden om "andre specifikke udfordringer eller diagnoser". Hjernesagen anbefaler, at erhvervet hjerneskade og neurologiske følger nævnes eksplicit som eksempel på en målgruppe, hvor særlig viden er nødvendig. Det kan fx ske i samarbejde med kommunens hjerneskadekoordinatorer, som kun bliver endnu vigtigere med de nye snitflader efter sundhedsreformen. Hjernesagen foreslår derfor, at kompetencer om erhvervet hjerneskade og hjerneskadekoordinatorernes rolle tilføjes i vejledningen.
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	Hjernesagen støtter, at borgeren skal inddrages i planlægningen af forløbet. Vi anbefaler en præcisering af, at inddragelsen skal tilpasses og tage højde for borgere med kognitive og kommunikative vanskeligheder, fx afasi. Derudover anbefaler vi desuden, at vejledningen

Hjernesagen - The Danish Stroke Association
www.hjernesagen.dk
Protektor Hendes Kongelige Højhed Prinsesse Marie
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup
Tlf.: 3675 3088
E-mail: admin@hjernesagen.dk
Giro: 1575171
CVR: 17232932

		bruger samme formulering som kvalitetsstandarden (afsnit 3.4), dvs. at pårørende skal medtænkes aktivt.
	5.1 Udstyr	Digitale løsninger som skærmbesøg og hjemmemonitorering beskrives som egnede for borgere med høj grad af sygdomsmestring. Hjernesagen anbefaler en præcisering af, at digital eller telefonisk kontakt ikke må stå alene for borgere med kognitive og kommunikative vanskeligheder. Vejledningen nævner desuden, at der skal udvikles en ny model for udlevering af hjælpemidler og behandlingsredskaber. Hjernesagen anbefaler, at modellen sikrer, at borgere med erhvervet hjerneskade ikke havner i gråzoner mellem kommune og region, og at patient- og pårørendeforeninger inddrages i arbejdet.
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	Vejledningen bør, ligesom kvalitetsstandarden (afsnit 5.4), beskrive sygehusets 96 timers behandlingsansvar ved udskrivelse til kommunal sygepleje. Fra 1. januar 2027 gælder det også for nogle patienter, der blot har haft et ophold på en akutmodtagelse. For borgere, der udskrives efter stroke, er det afgørende, at det er klart, hvem der har behandlingsansvaret i de første dage.
7. Kvalitetsudvikling	-	

Hjernesagen - The Danish Stroke Association
www.hjernesagen.dk
Protektor Hendes Kongelige Højhed Prinsesse Marie
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup
Tlf.: 3675 3088
E-mail: admin@hjernesagen.dk
Giro: 1575171
CVR: 17232932

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Hjernesagen støtter, at kvalitetsstandarden gennemgående inddrager de pårørende. For borgere med kognitive og kommunikative følger efter erhvervet hjerneskade er samarbejdet med de pårørende afgørende og bør prioriteres i implementeringen. Hjernesagen opfordrer desuden til, at formuleringer som 'i relevant omfang', 'hvor relevant' og 'så vidt muligt' begrænses eller præciseres, da de svækker standardernes forpligtende karakter og kan føre til forskellig praksis på tværs af landet.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	Hjernesagen støtter nationale, bindende kvalitetskrav og en døgndækket kommunal sygepleje i hele landet. I dag afhænger kvaliteten af tilbuddene til mennesker med erhvervet hjerneskade i for høj grad af bopæl. Fra 1. januar 2027 får regionerne ansvaret for rehabilitering på specialiseret niveau, herunder for borgere med hjerneskade efter blodprop. Ét forløb kan dermed omfatte kommunal sygepleje, regional akutsygepleje, kommunal genoptræning og regional specialiseret rehabilitering. Hjernesagen har tidligere, bl.a. i høringssvaret om nærsundhedsplaner i september 2026, peget på, at forløbene oftest knækker i sektorovergangene. Kravene til samarbejde bør derfor gøres konkrete. Implementeringen skal være fuldt finansieret, og opfølgningen bør omfatte, om kravene kan opfyldes inden for de afsatte rammer. Hjernesagen beder ligeledes om at blive optaget på Sundhedsstyrelsens høringslister for kommende høringer om sygepleje, rehabilitering og pakkeforløb.
	1.1. Formål	Hjernesagen støtter, at kravene skal læses som nationale bindende kvalitetskrav, som alle kommuner skal leve op til.
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	Den kommunale sygepleje skal på sigt integreres med helhedsplejen, og det frie valg skal også omfatte sygepleje. Det vil formentlig øge brugen af private leverandører. Kontrollen med kvaliteten skal derfor være konkret og løbende. Hjernesagens konkrete forslag til kontrol med private leverandører fremgår af vores bemærkning til afsnit 5.1 nedenfor.
2. Målgruppe	-	Hjernesagen støtter, at udkastet (afsnit 2.1, Målgruppens karakteristika) nævner *"borgere med kognitive udfordringer som demens eller hjerneskade"* blandt borgere

Hjernesagen - The Danish Stroke Association
www.hjernesagen.dk
Protektor Hendes Kongelige Højhed Prinsesse Marie
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup
Tlf.: 3675 3088
E-mail: admin@hjernesagen.dk
Giro: 1575171
CVR: 17232932

		med sammensatte og komplekse behov. Kognitive følger efter stroke kan være usynlige, men har stor betydning for borgerens evne til fx at håndtere medicin, aftaler og egenomsorg. Målgruppen bør dog afspejles i kompetencekravene i kapitel 4 og i casene i bilag 2.
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	Ingen bemærkninger ud over bemærkningen til afsnit 3.5.
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	Hjernesagen støtter, at kompleksiteten beskrives som knyttet til bl.a. kognitive problemstillinger og forløb med flere aktører på tværs af sektorer. Her kan borgere med erhvervet hjerneskade med fordel nævnes. Vi støtter også, at digitale besøg skal tilbydes *"med udgangspunkt i borgernes behov og digitale forudsætninger"*. Det bør præciseres, at digital eller telefonisk kontakt ikke må stå alene for borgere med kognitive og kommunikative vanskeligheder. Hjernesagen har tidligere anbefalet, at tilbud til denne gruppe gives pr. brev frem for alene pr. telefon eller e-mail.
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	Hjernesagen støtter, at kommunen kan visitere sygepleje ved direkte henvendelse fra borgere eller pårørende. Det er afgørende for borgere, der ikke selv kan henvende sig, hvilket gælder mange borgere med erhvervet hjerneskade
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	Hjernesagen støtter kravet om, at den sygeplejefaglige udredning gennemføres senest inden for den første uge, og at nødvendige indsatser kan iværksættes inden da. Vi anbefaler, at det præciseres, hvad rettidig opstart indebærer, når borgere med komplekse behov udskrives efter stroke. Det gælder særligt, når borgeren samtidig skal i gang med genoptræning eller rehabilitering. Hjernesagen støtter også, at udredningen sker med inddragelse af borgeren og eventuelt pårørende. Vi anbefaler, at det præciseres, at børn som pårørende også skal medtænkes. Mange, der rammes af stroke, er i den erhvervsaktive alder og har hjemmeboende børn.
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Hjernesagen støtter kravet om systematisk opmærksomhed på rehabiliteringsbehov, herunder ændringer i kognitiv funktion, og at

Hjernesagen - The Danish Stroke Association
www.hjernesagen.dk
Protektor Hendes Kongelige Højhed Prinsesse Marie
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup
Tlf.: 3675 3088
E-mail: admin@hjernesagen.dk
Giro: 1575171
CVR: 17232932

		pårørende skal medtænkes aktivt. Vi anbefaler to præciseringer. 1) Forebyggelse af ny stroke: Hos borgere, der tidligere har haft stroke, bør sygeplejen have systematisk opmærksomhed på blodtryk, kolesterol og hjerteflimmer i samarbejde med det almenmedicinske tilbud. Ca. 60 pct. af strokepatienterne har forhøjet blodtryk, og op mod ni ud af ti tilfælde er forbundet med risikofaktorer, der kan reduceres eller forebygges. Ifølge et dansk registerstudie får ca. 4 pct. en ny stroke inden for det første år og ca. 13 pct. inden for ti år efter en første blodprop i hjernen. 2) Sammenhæng med rehabilitering: Ud over *"helhedsplejen, genoptræning m.fl."* bør den kommunale hjerneskadekoordinator og regionale specialiserede rehabiliteringsforløb nævnes, så sygeplejen understøtter og ikke afbryder et igangværende forløb.
	3.5. Basal palliation	Udkastet nævner neurologiske sygdomme blandt borgere med palliative behov. Det kræver også, at borgerens egen vurdering indgår, fx via PRO, og at der tilbydes samtaler om ønsker til fremtidig pleje og behandling (ACP). Borgere med afasi eller kognitive vanskeligheder efter svær stroke kan have svært ved begge dele. Hjernesagen anbefaler, at der anvendes støttet kommunikation, og at pårørende inddrages, så borgerens egne ønsker kommer til udtryk.
	3.6. Opfølgning og afslutning	Et forløb kan pauseres, hvis borgeren overgår til fx et specialiseret forløb i regionalt regi. Hjernesagen anbefaler et krav om aktiv genoptagelse og opfølgning, når borgeren vender tilbage. Netop i overgangene risikerer borgere med kognitive og kommunikative vanskeligheder efter erhvervet hjerneskade at falde mellem to stole.
	3.7. Udstyr	Ingen bemærkninger ud over bemærkningen til afsnit 3.1.
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Udkastet kræver særlige kompetencer på enhedsniveau inden for *"palliation, demenspleje, inkontinens samt kompliceret sårpleje"*. Erhvervet hjerneskade nævnes hverken i kravene eller anbefalingerne, selv om målgruppen er nævnt i kapitel 2. Hjernesagen anbefaler, at kompetencer om

Hjernesagen - The Danish Stroke Association
www.hjernesagen.dk
Protektor Hendes Kongelige Højhed Prinsesse Marie
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup
Tlf.: 3675 3088
E-mail: admin@hjernesagen.dk
Giro: 1575171
CVR: 17232932

		erhvervet hjerneskade tilføjes kravene, subsidiært anbefalingerne. Det gælder særligt kommunikation med borgere med afasi, kognitive følger som hukommelse, overblik, initiativ og hjernetræthed, tidlig opsporing af tegn på ny stroke samt samarbejde med genoptræning, hjerneskadekoordinator og specialiseret rehabilitering. Omkring 30 pct. af strokepatienterne får afasi.
	4.2. Basale palliative kompetencer	Ingen bemærkninger ud over bemærkningen til afsnit 3.5.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	Hjernesagen anbefaler, at kompetenceudviklingen også omfatter erhvervet hjerneskade og kommunikation med borgere med afasi.
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	Hjernesagen støtter, at ansvaret for visitation ikke kan overdrages til private leverandører, og at der skal fastlægges rammer for ansvar og kommunikation. For os er det ikke afgørende, hvem der leverer sygeplejen, men at den har den rette faglige kvalitet. Vi anbefaler, at aftaler med private leverandører altid stiller krav om efterlevelse af kvalitetsstandarderne og om dataindberetning på linje med kommunens egne enheder. Kommunen bør desuden følge systematisk op på klager, tilsynssager og bekymringshenvendelser.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	Afsnittet nævner samarbejde med bl.a. genoptræning. Hjernesagen anbefaler, at også den kommunale hjerneskadekoordinator nævnes. Hjernesagen har tidligere i 2026 anbefalet en ensartet og forpligtende hjerneskadekoordinatorfunktion som fast indgang på tværs af sektorer.
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Hjernesagen støtter kravet om *"tydelige og operationelle samarbejdsaftaler"*. Opremsningen af aftaleparter nævner bl.a. *"regional genoptræning"*. Vi anbefaler, at den også omfatter regional rehabilitering på specialiseret niveau, som flytter til regionerne fra 2027. Vi støtter desuden beskrivelsen af sygehusets 96 timers behandlingsansvar ved udskrivelse.
6. Kvalitetsudvikling	-	

Hjernesagen - The Danish Stroke Association
www.hjernesagen.dk
Protektor Hendes Kongelige Højhed Prinsesse Marie
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup
Tlf.: 3675 3088
E-mail: admin@hjernesagen.dk
Giro: 1575171
CVR: 17232932

	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	Hjernesagen støtter dataunderstøttet kvalitetsudvikling. Data om sygepleje bør kunne ses i sammenhæng med data om genoptræning og rehabilitering. Hjernesagen har i et tidligere høringssvar om indberetning af kommunale sundhedsdata peget på, at indberetningen er for snæver uden data om genoptræning. Udkastet nævner, at brugerperspektivet fx kan inddrages via interviews og brugerråd. Hjernesagen anbefaler, at patient- og pårørendeforeninger inddrages tidligt, og at borgere med afasi og kognitive vanskeligheder ikke falder ud af brugerundersøgelserne, fx ved brug af støttet kommunikation.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	Hjernesagen anbefaler en case om en borger med erhvervet hjerneskade efter stroke, som også har en eller flere andre sygdomme.
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

Hjernesagen - The Danish Stroke Association
www.hjernesagen.dk
Protektor Hendes Kongelige Højhed Prinsesse Marie
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup
Tlf.: 3675 3088
E-mail: admin@hjernesagen.dk
Giro: 1575171
CVR: 17232932

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	Hjernesagen støtter en døgndækket, udkørende akutsygepleje med bred geografisk tilstedeværelse i alle kommuner. Stroke er en tidskritisk tilstand, hvor behandlingen skal i gang inden for meget kort tid. Akutsygeplejen skal derfor kunne genkende tegn på stroke og reagere straks ved at tilkalde den præhospitale indsats via 112.
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	Hjernesagen deler bekymringen med Danske Patienter for gråzoner mellem den kommunale sygepleje og akutsygeplejen. Målgruppeafgrænsningen og ansvarsfordelingen bør beskrives mere konkret, så borgere med kognitive og kommunikative følger efter erhvervet hjerneskade ikke falder mellem to stole, når deres tilstand forværres.
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	Udkastet (afsnit 3.2) beskriver, at akut sygdom hos ældre kan vise sig ved *"uspecifikke symptomer som uro, konfusion, diffuse smerter eller pludselig nedsat funktionsevne"*. Pludselig konfusion og pludseligt funktionstab kan også være tegn på stroke. Hjernesagen anbefaler, at afsnittet nævner stroke eksplicit, og at sådanne symptomer altid skal give anledning til at overveje stroke.

Hjernesagen - The Danish Stroke Association
www.hjernesagen.dk
Protektor Hendes Kongelige Højhed Prinsesse Marie
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup
Tlf.: 3675 3088
E-mail: admin@hjernesagen.dk
Giro: 1575171
CVR: 17232932

4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Udkastet kræver lokale skriftlige instrukser for, hvornår den præhospitale indsats skal involveres. Hjernesagen anbefaler et nationalt minimumskrav: Ved mistanke om stroke, fx pludselige neurologiske udfald, skal den præhospitale indsats altid tilkaldes straks via 112. Akutsygeplejen må ikke afvente en egen vurdering i hjemmet.
	4.2. Typer af indsatser	Hjernesagen støtter, at akutsygeplejen skal identificere behov for genoptræning, rehabilitering og palliation og inddrage relevante aktører. Den bør også sikre, at oplysninger om et igangværende rehabiliteringsforløb videregives ved overdragelse til den kommunale sygepleje, og samarbejde med den kommunale hjerneskadekoordinator. Udkastet (afsnit 4.2.2) beskriver, at den kliniske vurdering skal inddrage borgerens funktionsevne, livssituation og præferencer, *"eventuelt gennem samarbejde med fagpersoner som kender* borgerne". For borgere med afasi eller kognitive vanskeligheder er kendskab til borgerens normale tilstand afgørende for at vurdere en ændring. Hjernesagen anbefaler derfor, at både fagpersoner, der kender borgeren, og pårørende inddrages i den kliniske vurdering. Det er ofte de pårørende, der først opdager en ændring, og som kender borgerens normale tilstand.
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Kompetencekravet om vurdering efter ABCDE-principperne, hvor D omfatter neurologisk status, bør suppleres med kendskab til genkendelse af symptomer på stroke. Kravet om at inddrage borgere og pårørende i vurderinger bør også omfatte kompetencer til at kommunikere med borgere med afasi.
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Hjernesagen støtter kravet om samarbejdsaftaler. Aftalerne bør også beskrive overleveringen, når borgeren efter en akut indsats skal videre i genoptræning eller rehabilitering.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Hjernesagen - The Danish Stroke Association
www.hjernesagen.dk
Protektor Hendes Kongelige Højhed Prinsesse Marie
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup
Tlf.: 3675 3088
E-mail: admin@hjernesagen.dk
Giro: 1575171
CVR: 17232932

Med venlig hilsen



Anne Hertz

Direktør,

Hjernesagen - The Danish Stroke Association
www.hjernesagen.dk
Protektor Hendes Kongelige Højhed Prinsesse Marie

Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup
Tlf.: 3675 3088

E-mail: admin@hjernesagen.dk
Giro: 1575171
CVR: 17232932

Hjerteforeningen

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	Kvalitetsstandarden beskriver en række opgaver relateret til koordinering, sammenhæng og tværsektorielt samarbejde, men forholder sig ikke til, at disse opgaver er stærkt afhængige af den tid, der er til rådighed. Der synes at mangle en anerkendelse af, at øget kompleksitet i borgerforløb medfører et øget behov for sygeplejefaglige ressourcer og tid. Særligt for borgere med komplekse sygdomsforløb udgør koordinering, opfølgning, samarbejde med pårørende og tværfaglige aktører en væsentlig del af sygeplejeopgaven. Sammenhængende forløb kan derfor ikke betragtes som et resultat af faglige kompetencer alene, men er også afhængige af, at der er tilstrækkelig tid til at varetage disse opgaver.

	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Kompetencekravene beskrives på enhedsniveau, men det fremgår ikke, i hvilket omfang kompetencerne skal være til stede blandt medarbejderne. Det bør overvejes at definere et minimumsniveau for, hvor mange medarbejdere der skal besidde de beskrevne kompetencer. Herved sikres, at kompetencerne ikke alene er forankret hos enkeltpersoner, men er til stede i et omfang, der understøtter faglig robusthed, kontinuitet, intern sparring, kompetenceudvikling og mindre sårbarhed ved fravær eller personaleskifte. Derudover beskrives det, at indsatserne *kan* varetages af autoriserede sundhedspersoner. Efter vores vurdering bør formuleringen skærpes, således at indsatserne *skal* varetages af autoriserede sundhedspersoner.
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	Det anbefales, at formuleringen "etablere organisatoriske rammer, der understøtter struktureret vidensdeling og omsætning af ny viden i praksis" flyttes fra anbefalinger ("kan") til krav ("skal").

		Systematisk vidensdeling og implementering af ny viden er en grundlæggende forudsætning for kvalitet, patientsikkerhed og faglig udvikling i den kommunale sygepleje. Det bør derfor ikke være en valgfri organisatorisk prioritering, men et obligatorisk element på linje med øvrige organisatoriske rammer og samarbejdsstrukturer beskrevet under krav. Hvis den kommunale sygepleje skal kunne levere ensartede og evidensbaserede indsatser samt understøtte kontinuerlig kvalitetsudvikling, forudsætter det, at der etableres strukturer for vidensdeling, kompetenceudvikling og omsætning af ny viden til klinisk praksis.
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	Det bør fremgå hvilket lovgrundlag kvalitetsstandarden for akutsygepleje er udstedt i medfør af, på samme måde som det for kvalitetsstandarden for kommunal sygepleje og basal palliation fremgår, at den er udstedt i medfør af sundhedslovens § 118 b samt bekendtgørelse om kvalitetsstandarder.
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	Side 9: Det er uklart, hvorfor akutsygeplejefunktionen efter udskrivelse beskrives som særligt relevant for borgere, der ikke i forvejen modtager kommunal sygepleje. Hvilken faglig begrundelse ligger der bag denne afgrænsning? Akutsygepleje bør efter udskrivelse være behovsstyret frem for målgruppestyret. Det afgørende må være borgerens kliniske tilstand og kompleksitet samt behovet for specialiseret sygeplejefaglig vurdering og opfølgning, ikke hvorvidt borgeren allerede modtager kommunal sygepleje. Formuleringen kan give indtryk af, at akutsygeplejen generelt skal varetage opfølgning efter udskrivelse for borgere,

		der ikke modtager kommunal sygepleje, mens borgere med eksisterende sygeplejeindsatser ikke har samme adgang. Hvis intentionen derimod er, at akutsygeplejen alene inddrages ved særlige eller komplekse behov, bør dette præciseres. Det anbefales derfor at tydeliggøre samspillet mellem den kommunale sygepleje og akutsygeplejen efter udskrivelse, herunder hvilke kriterier der udløser en indsats fra akutsygeplejen. Jeg synes at det lykkes sidenhen i udkastet, men ikke i dette afsnit.
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	3.2: Målgruppen fremstår snævert afgrænset til ældre borgere og borgere med demens. Det bør overvejes at udvide beskrivelsen til også eksplicit at omfatte borgere med kroniske sygdomme og multimorbiditet, da disse grupper ligeledes kan have et betydeligt behov for akutsygepleje. Det er uklart, hvorfor demens fremhæves særskilt, når andre patientgrupper med hyppige akutte forværringer ikke nævnes. Eksempelvis ses borgere med hjertesvigt ofte at have gentagne indlæggelser, hvor tidlig vurdering, monitorering og behandlingsindsatser i hjemmet i mange tilfælde kan forebygge eller udsætte en indlæggelse. En bredere og mere diagnoseneutral beskrivelse af målgruppen vil bedre afspejle de borgere, som i praksis har behov for akutsygeplejens indsatser.
4. Indsatser	-	

	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Afsnittet fremstår uklart og cirkulært. Der indledes med, at den kommunale sygepleje uden lægehenvisning kan kontakte akutsygeplejen med henblik på bistand. Efterfølgende beskrives det, at den behandlingsansvarlige læge ved behov kan henvise til akutsygeplejen. Det er derfor uklart, hvilken rolle lægehenvisningen har, når akutsygeplejen allerede er inddraget. Det anbefales at præcisere arbejdsgangen og ansvarsfordelingen mellem kommunal sygepleje, akutsygepleje og behandlingsansvarlig læge. Særligt bør det tydeliggøres, hvornår akutsygeplejen kan inddrages direkte, og hvornår en lægefaglig vurdering eller henvisning er nødvendig.
	4.2. Typer af indsatser	
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Afsnittet om behandlingsansvar beskriver generelt behovet for klare aftaler om placering og overdragelse af behandlingsansvaret, men det fremgår ikke, hvordan situationer håndteres, hvor sygehuset fortsat har behandlingsansvaret efter udskrivelse. Samtidig forekommer de to første punkter i opremsningen delvist overlappende og forvirrende at læse. Begge punkter omhandler placeringen af det lægelige behandlingsansvar og fordelingen mellem almen praksis og læger i regionalt regi. Det kan derfor overvejes at tydeliggøre forskellen mellem punkterne eller samle dem for at skabe større klarhed. Det bør herudover overvejes at beskrive håndteringen af borgere, hvor

		sygehusafdelingen fortsat har behandlingsansvaret i perioden efter udskrivelse, herunder hvordan akutsygeplejen og den kommunale sygepleje får adgang til relevant lægefaglig sparring og ordinationsansvar. En sådan præcisering vil kunne understøtte klare ansvarsforhold og mindske risikoen for tvivl om, hvilken læge der skal kontaktes ved ændringer i borgerens tilstand efter udskrivelse.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

2. Høringssvar – Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Afsender: Hjørring Kommune, Ældrechef Charlotte Færch

Dato: 19. oktober 2026

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Hjørring Kommune bakker op om etableringen af nationale kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation. Det er positivt, at kvalitetsstandarderne tager udgangspunkt i borgerens samlede situation, ressourcer og præferencer samt understøtter kvalitet, kontinuitet, rehabilitering og sammenhængende forløb. Kommunen ser ligeledes positivt på den styrkede og systematiske tilgang til basal palliation, herunder anvendelsen af validerede redskaber til identifikation og behovsvurdering. Der er imidlertid behov for væsentligt større tydelighed i snitfladerne mellem kommunal sygepleje, regional akutsygepleje, sundheds- og omsorgspladser, almen praksis og øvrige regionale funktioner. Flere steder beskrives samarbejdsrelationer, men ikke den konkrete ansvars- og opgavefordeling. Dette indebærer risiko for forskellige lokale fortolkninger og uhensigtsmæssige variationer i opgaveløsningen på tværs af landet. Samtidig efterlyses en tydeligere beskrivelse af, hvilke opgaver der fremover ikke skal varetages af den kommunale sygepleje som følge af sundhedsreformens opgave- og ansvarsflytning. Kvalitetsstandarderne bør understøtte en fælles national forståelse af opgavefordelingen mellem kommuner og regioner. Endelig bemærkes, at den beskrevne model stiller betydelige krav til koordinering, dokumentation, kompetenceudvikling og tværsektorielt samarbejde. Det er derfor afgørende, at krav, ansvar og snitflader beskrives så operationelt som muligt.

Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	

	2.2 Afgrænsning af målgruppe	Der er behov for en skarpere afgrænsning mellem målgruppen for kommunal sygepleje og målgruppen for akutsygepleje. Afgrænsningen vanskeliggøres af, at begrebet "akut" ikke er tilstrækkeligt defineret. Mange borgere i kommunal sygepleje har fluktuerende sygdomsforløb med tilbagevendende forværringer, som kræver hurtig sygeplejefaglig vurdering og handling. Det bør derfor tydeliggøres, hvilke typer af forværringer der håndteres inden for kommunal sygepleje, og hvilke der skal visiteres til akutsygeplejen.
	2.3 Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	Det foreslås præciseret, om akutsygeplejen kan henvise direkte til kommunal sygepleje, samt hvilket retligt grundlag der i givet fald understøtter denne visitation.
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	Ansvarsfordelingen for anskaffelse, tilgængelighed og finansiering af nødvendigt udstyr bør beskrives tydeligere, herunder snitfladen mellem kommunal sygepleje og akutsygepleje.
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	
	4.2. Basale palliative kompetencer	

	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	.
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Hjørring Kommune finder det væsentligt, at kvalitetsstandarderne i højere grad beskriver den konkrete ansvars- og opgavefordeling mellem kommunal sygepleje, regional akutsygepleje, sundheds- og omsorgspladser, udgående funktioner og øvrige regionale tilbud. Selvom kvalitetsstandarderne stiller krav om samarbejdsaftaler, fremstår de nationale snitflader fortsat uklare. Dette gælder særligt i forhold til: • akut opstået sygdom og forværring af kendt sygdom • kliniske vurderinger i eget hjem • indlæggelsesforebyggende indsatser • parallelle forløb mellem kommunal sygepleje og akutsygepleje • ansvarsplacering ved ventetid på regional akutsygepleje. Det bør endvidere tydeliggøres, hvem der har ansvar for den sundhedsfaglige vurdering og indsats i situationer, hvor en borger har behov for vurdering inden for kort tid, men hvor akutsygeplejen først kan iværksætte indsatsen efter nogle timer.
6. Kvalitetsudvikling	-	

	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	Det anbefales, at tværsektorielle samarbejdsfora mellem kommuner, almen praksis og regioner bliver en mere forpligtende del af kvalitetsudviklingsarbejdet med henblik på fælles læring, monitorering og udvikling af sammenhængende patientforløb.
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	De anvendte cases beskriver primært borgere med behov relateret til medicinhåndtering. Det anbefales, at målgruppen illustreres bredere, så det tydeligere fremgår, at kommunal sygepleje også omfatter borgere med eksempelvis komplekse sårforløb, palliation, kronisk sygdom, ernæringsproblematikker, funktionsnedsættelser og omfattende koordinationsbehov.
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	Beskrivelsen af borgere med akut opstået sygdom bør suppleres med en tydeligere beskrivelse af snitfladen mellem kommunal sygepleje, helhedspleje, akutsygepleje og præhospital indsats, så ansvarsfordelingen ved akut opståede problemstillinger fremstår entydig.

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Bemærkninger til kapitler og afsnit

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Der er behov for en tydeligere afgrænsning af begreberne akut og subakut, da disse er centrale for visitation, responstid, ansvarsplacering og samarbejde på tværs af sektorer. Kvalitetsstandarden bør i højere grad tydeliggøre snitfladerne mellem regional akutsygepleje og kommunal sygepleje, herunder målgruppe, visitationsansvar, responstider, behandlingsansvar og opgaveoverdragelse. Dette er afgørende for at sikre ensartet praksis, høj patientsikkerhed og sammenhængende borgerforløb. Det fremstår fortsat uklart, hvilke opgaver der fremover skal overgå til regional akutsygepleje, og hvilke opgaver der fortsat skal løses af kommunerne. Når myndigheds- og finansieringsansvaret flyttes fra kommunerne til regionerne, bør konsekvenserne for kommunernes opgaveportefølje, kapacitet og økonomi beskrives tydeligere. Der mangler desuden fokus på arbejdsmiljømæssige forudsætninger ved akutsygepleje i borgers eget hjem, særligt hos borgere som ikke i forvejen modtager kommunale indsatser.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	1.1. Opdrag 1.2. Formål 1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme 1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	Der ønskes tydeliggørelse af, om den regionale akutsygepleje er en overbygning på hidtidige kommunale akutsygepleje, eller den skal varetage en del af de hidtidige kommunale akutsygeplejeopgaver. Dette er nødvendigt for en tydelighed og vurdering af de samlede konsekvenser for kapacitet, økonomi og sammenhængende borgerforløb.
2. Akutsygeplejens funktion	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede	Der er behov for en mere operationel beskrivelse af arbejdsdelingen mellem

	sundhedsvæsen / 2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats / 2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	regional akutsygepleje og kommunal sygepleje. Kvalitetsstandarden bør præcisere: • kriterier for visitation til regional akutsygepleje • hvem der foretager vurderingen af akut versus subakut behov • ansvarsplacering, indtil regional akutsygepleje overtager indsatsen • den kommunale sygeplejes handlemuligheder og ansvar i ventetiden • hvilke særlige kompetencer og indsatser den regionale akutsygepleje tilfører ud over den kommunale sygeplejes eksisterende kompetencer. Det giver anledning til bekymring, at responstiden ændres fra op til én time i de nuværende kommunale akutfunktioner til "inden for få timer" eller op til et døgn ved subakutte behov. Konsekvenserne for patientsikkerhed, sygdomsudvikling og behovet for akut lægehjælp eller indlæggelse bør belyses nærmere.
3. Målgruppe	3.1. Målgruppen	Målgruppen bør afgrænses tydeligere. Det anbefales, at der opstilles mere konkrete kriterier for: • akut forværring kontra forventede fluktuationer i kendt sygdom

		• overgang mellem regional akutsygepleje og kommunal sygepleje • afslutning af akutsygeplejeforløb. For at understøtte en ensartet visitation kan det overvejes at anvende fælles tværsektorielle redskaber til vurdering af skrøbelighed, f.eks. Clinical Frailty Scale (CFS). Der bør desuden indarbejdes en tydeligere beskrivelse af målgruppen med samtidig somatisk og psykisk sygdom.
4. Indsatser	4.1. Indgang, henvisning og visitation 4.2. Typer af indsatser 4.3. Udstyr og medicin	Der er behov for tydeligere beskrivelser af samarbejds- og henvisningsveje mellem regional akutsygepleje, kommunal sygepleje og almen praksis. Særligt efterspørges afklaring af: • om medarbejdere på plejehjem og botilbud kan kontakte akutsygeplejen direkte • hvilke sundhedsfaglige problemstillinger der skal løses af henholdsvis kommunal sygepleje og regional akutsygepleje • hvilke konkrete kompetencer, lægemidler og diagnostiske muligheder den regionale akutsygepleje råder over. Det bør samtidig præciseres, at identifikation af behov for kommunale indsatser ikke automatisk medfører

		visitation til disse. Kommunerne skal fortsat træffe afgørelse om visitation i henhold til gældende lovgivning og lokale serviceniveauer
5. Kompetencer	5.1. Kompetencer	Det bør præciseres, hvilke konkrete opgaver social- og sundhedsassistenter undtagelsesvist kan varetage, samt hvilke kompetencekrav der gælder herfor. Herudover anbefales det tydeligt beskrevet, at opgaveoverdragelse mellem sektorer forudsætter, at de nødvendige kompetencer, instruktioner og ressourcer følger med opgaven. Det rehabiliterende perspektiv bør styrkes. Akutsygeplejen bør allerede fra første kontakt have fokus på borgerens og de pårørendes muligheder for selv at mestre behandling og pleje, hvor dette er fagligt forsvarligt
6. Organisering	6.1. Organisatoriske forudsætninger 6.2. Tilgængelighed 6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Det anbefales, at kvalitetsstandarden opstiller minimumskrav til lokale samarbejdsaftaler. Aftalerne bør som minimum beskrive: • kapacitet og tilgængelighed • kompetencekrav • ledelsesansvar • dokumentation og informationsdeling • finansiering • kvalitetsopfølgning • behandlingsansvar

		• opgave- og ansvarsfordeling ved samtidige regionale og kommunale indsatser. Der bør desuden sikres entydige handleveje ved ændringer i borgerens tilstand, så tvivl om ansvar og opgaveplacering undgås. Fælles og rettidig adgang til relevante sundhedsoplysninger er en væsentlig forudsætning for sammenhængende og sikre patientforløb.
7. Kvalitetsudvikling	7.1. Kvalitetsudvikling	Kommunerne bør inddrages systematisk i evaluering og videreudvikling af akutsygeplejen. Monitorering bør baseres på eksisterende dokumentationspraksis og så vidt muligt kunne genereres automatisk fra patient- og omsorgsjournaler, herunder Fælles Sprog III. Kvalitetsdata bør anvendes aktivt til løbende udvikling af organisering, samarbejdsmodeller, kapacitet og ressourceanvendelse på tværs af sektorer

Høringssvar fra HPN-foreningen

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	**Problemstilling** • Akutsygeplejen overgår fra kommunalt til regionalt ansvar. • De nuværende kvalitetsstandarder forpligter kommunerne til at varetage sygeplejeopgaver relateret til parenteral ernæring. På landsplan har praksis derfor hidtil været, at denne sygepleje varetages af de kommunale sygeplejersker. • **I de kommende kvalitetsstandarder er parenteral ernæring imidlertid ikke nævnt, hverken i standarden for den kommunale sygepleje eller i standarden for den regionale akutsygepleje.** • Vi anbefaler derfor, at sygepleje i forbindelse med parenteral ernæring eksplicit fremgår af kvalitetsstandarden for kommunal sygepleje. Dette skal sikre, at alle HPN-patienter i Danmark fortsat har adgang til et ensartet tilbud, uden at deres vilkår forringes i forhold til de gældende regler. • Vi er desuden bekymrede over, at de kommunale sygeplejerskers kompetencer inden for intravenøs behandling ikke fremgår af kvalitetsstandarderne. Til gengæld præciseres det i kvalitetsstandarden for den regionale akutsygepleje, at målgruppen er borgere i tidsbegrænsede forløb. Dette giver anledning til bekymring for, hvordan Sundhedsstyrelsen betragter hjemmebehandling af patienter med **behov for langvarig behandling**, som det oftest er tilfældet for vores patientgruppe. • De borgere, vi repræsenterer, modtager behandling med flydende ernæring uden behov for indlæggelse, fordi de ikke er i stand til at optage tilstrækkelige mængder mad og drikke gennem almindelig ernæring. Behandlingsansvaret ligger hos regionerne, mens den delegerede sygepleje ideelt fortsat bør varetages af kommunerne. På den måde sikres kontinuitet for de borgere, der også har behov for andre sygeplejeydelser, idet de kan modtage den nødvendige hjælp fra ét samlet team i hjemmet. Kommunerne har siden slutningen af 1990'erne tilbudt vederlagsfri sygepleje i forbindelse med medicinsk ernæring. • I Københavns Kommune er der en uafklaret strid om ansvaret for administration af parenteral ernæring. Vi er bekendt med, at Sundhedsstyrelsen har været involveret i sagen, uden at dette efter vores orientering har ført til en tydelig afklaring med kommunen. Konsekvensen har, så vidt vi er orienteret,

	været en væsentligt dyrere håndtering. Trods krisen i København har uenigheden ikke bredt sig til andre kommuner. Det skyldes efter vores vurdering, at det i de nuværende kvalitetsstandarder tydeligt fremgår, at administration af parenteral ernæring er en kommunal opgave. • På baggrund af vores mangeårige erfaring vurderer vi, at manglende stillingtagen fra Sundhedsstyrelsen vil kunne føre til økonomiske uenigheder mellem kommuner og regioner. I sidste ende risikerer dette at få konsekvenser for de patienter, der henvises til højt specialiserede afsnit, da behandlingen bliver dyrere, hvis administrationen af parenteral ernæring placeres i regionalt eller privat regi. • HPN-foreningerne anmoder derfor om foretræde med henblik på at uddybe vores synspunkter og redegøre nærmere for de konsekvenser, som de foreslåede kvalitetsstandarder kan få for patientgruppen.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	Her bør det tydeligt fremgå, hvordan borgere med et langvarigt behov for parenteral ernæring og intravenøs behandling får adgang til vederlagsfri sygepleje, uden at der i øvrigt sker diagnosediskrimination.
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	

	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Det bør fremgå, at kommunale sygeplejersker skal have mulighed for at tilegne sig kompetencer inden for langvarig intravenøs behandling i hjemmet, hvis og når behovet opstår.
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	Man tager imod undervisningstilbud fra de universitetshospitaler, der har behandlingsansvaret.
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	Det skal tydeligt fremgå, at borgere med behov for langvarig intravenøs behandling med parenteral ernæring har mulighed for at ansøge om sygepleje i en kommune, hvor de opholder sig midlertidigt, eksempelvis i forbindelse med besøg eller ferie.
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	Borgere, der har behov for sygepleje i forbindelse med parenteral ernæring i hjemmet.
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	
7. Kvalitetsudvikling	-	

	7.1. Kvalitetsudvikling	

Høringssvar fra KA Pleje om kommunal sygepleje og akutsygepleje

Høringspart: KA Pleje
Kontaktperson: René Nord Hansen, politisk chefkonsulent
M: rene@ka.dk Tlf: 82 132 122
Dato: 1. oktober 2026

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	KA Pleje støtter ambitionen om høj og ensartet kvalitet i den kommunale sygepleje. Private hjemmeplejeleverandører skal indgå som en integreret del af opgaveløsningen. Det forudsætter lige adgang til relevante sygeplejeopgaver, faglig rådgivning, kompetenceudvikling og nødvendig sygeplejefaglig bistand i konkrete borgerforløb. Vejledningen bør derfor tydeliggøre kommunalbestyrelsens ansvar for at sikre lige vilkår for offentlige og private leverandører, når de varetager de samme opgaver. Det gælder også klare ansvarsforhold og adgang til nødvendig bistand, når en medarbejder hos en privat leverandør vurderer, at der er behov for en supplerende sygeplejefaglig vurdering. Det er afgørende for sammenhængende og patientsikre borgerforløb, hvor borgeren ikke risikerer at falde mellem den private leverandør, den kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje. Samtidig har lige vilkår betydning for leverandørernes mulighed for at rekruttere og fastholde sygeplejersker.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	KA Pleje anbefaler, at vejledningen fastslår, at aftaler om privat levering af kommunal sygepleje skal bygge på gennemsigtige og saglige kriterier. Adgangen til opgaver bør bero på borgerens behov og leverandørens dokumenterede kompetencer. Kommunalbestyrelsens myndighedsansvar fastholdes.

		Organiseringen bør allerede fra 2027 tage højde for den kommende udvidelse af det frie valg og integrationen af sygepleje og helhedspleje. Der bør derfor ikke etableres strukturer og arbejdsgange, som efterfølgende kræver grundlæggende ændringer, men derimod skabes rammer, som giver private leverandører mulighed for at levere sammenhængende forløb og opbygge bæredygtige sygeplejefaglige miljøer.
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	KA Pleje efterlyser klare rammer for instruktion, opgavefordeling og anvendelse af sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde hos private leverandører. Eventuelle begrænsninger i opgavevaretagelsen bør være fagligt begrundede og tage afsæt i kompetencer, patientsikkerhed og borgerens behov. Det bør præciseres, at leverandørens ejerform ikke i sig selv kan begrunde en begrænsning.
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	KA Pleje anbefaler følgende tilføjelse: Medarbejdere hos private leverandører, der udfører kommunal sygepleje på kommunens vegne, skal have samme adgang til rådgivning, faglig sparring og konkret sygeplejefaglig bistand som kommunens egne medarbejdere. Det gælder også bistand hos borgeren, når en faglig vurdering tilsiger, at telefonisk rådgivning ikke er tilstrækkelig. Kommunalbestyrelsen skal sikre, at private leverandører omfattes af relevante kontaktveje og samarbejdsaftaler med almenmedicinske tilbud, sygehuse og regional akutsygepleje.
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	KA Pleje finder det afgørende, at private leverandører indgår i kommunens kvalitetsudvikling og får adgang til de

		implementerings- og kompetencemidler, der vedrører deres opgaver. Ens kvalitetskrav skal understøttes af lige vilkår for at efterleve kravene. Vejledningen bør derfor tydeliggøre kommunalbestyrelsens ansvar for at inddrage private leverandører i fælles læring, kvalitetsløft og opfølgning.

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	KA Pleje støtter nationale kvalitetsstandarder, der sikrer borgerne høj kvalitet uanset valg af leverandør. Ens kvalitetskrav forudsætter imidlertid også lige faglige og økonomiske vilkår for offentlige og private leverandører. KA Pleje anbefaler derfor, at midler til implementering, kompetenceudvikling og kvalitetsløft følger opgaven, og at finansieringen afspejler de samlede omkostninger ved en fagligt forsvarlig opgaveløsning. Det omfatter blandt andet oplæring, dokumentation, faglig sparring, kvalitetsarbejde og nødvendig beredskabskapacitet – ikke alene den direkte tid hos borgeren. Private leverandører skal have adgang til de finansierede indsatser, når de er omfattet af de samme kvalitetskrav. Det er en nødvendig forudsætning for at udnytte den samlede kapacitet i hjemmeplejen og understøtte sammenhængen med helhedsplejen.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	Udkastet henviser til finansiering fra sundhedsreformen og Kræftplan V. KA Pleje efterlyser et tydeligt implementeringsgrundlag, der beskriver sammenhængen mellem kvalitetskrav, finansiering og udmøntning. Det bør fremgå, hvordan private leverandører får del i midlerne til de opgaver, de varetager. Det kan ske gennem finansieret kompetenceudvikling, adgang til fælles tilbud eller betaling, der afspejler de finansierede opgaver og kvalitetskrav. Finansieringen bør ikke forbeholdes kommunens egen drift.
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	KA Pleje støtter ambitionen om at integrere kommunal sygepleje med helhedsplejen og udvide det frie valg. Den konkrete model forudsætter fortsat lovgivning, men implementeringen af kvalitetsstandarderne bør allerede nu understøtte den kommende integration og sikre private leverandører med relevante sygeplejefaglige kompetencer mulighed for at indgå i opgaveløsningen efter aftale.

		Et tilstrækkeligt fagligt opgaveindhold er afgørende for at rekruttere og fastholde sygeplejersker og skabe kontinuitet i borgerforløbene. Organiseringen bør derfor understøtte, at borgeren kan bevare kontakten til den leverandør, vedkommende allerede kender, når opgaverne kan varetages fagligt forsvarligt. En begrænset opgaveadgang risikerer omvendt at medføre unødige leverandørskift og svække grundlaget for den kommende integration.
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	KA Pleje anbefaler en præcisering af, hvordan kompetencekrav på enhedsniveau skal opfyldes, når kommunal sygepleje leveres af flere offentlige og private enheder. Kravene bør kunne opfyldes gennem dokumenteret adgang til fælles ressourcepersoner og fagligt forsvarlige samarbejdsaftaler. Det gælder bl.a. palliation, demens, inkontinens og kompliceret sårpleje. Kravene til den enkelte leverandør bør stå i forhold til de konkrete opgaver og

		målgrupper. Det vil understøtte både kvalitet og hensigtsmæssig anvendelse af de samlede kompetencer.
	4.2. Basale palliative kompetencer	KA Pleje bakker op om et løft af de basale palliative kompetencer. Løftet skal omfatte alle leverandører, der varetager palliative indsatser på kommunens vegne. Private leverandører bør sikres lige adgang til finansieret oplæring, kompetenceudvikling og palliative ressourcepersoner. Det understøtter, at borgeren kan bevare kontakten til kendte medarbejdere gennem forløbet.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	KA Pleje anbefaler følgende tilføjelse: Kommunalbestyrelsen skal sikre, at medarbejdere hos private leverandører, der udfører kommunal sygepleje, omfattes af løbende og systematisk kompetenceudvikling på lige vilkår med kommunens egne medarbejdere i forhold til de opgaver, de varetager. Midler til kompetenceløft bør følge opgaven og dække relevante udgifter til oplæring, efteruddannelse og medarbejdernes deltagelse.
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	KA Pleje anbefaler, at kvalitetsstandarderne tydeliggør ansvarsfordelingen ved akutte og subakutte ændringer i borgerens tilstand, som kræver en supplerende sygeplejefaglig vurdering. Private leverandører skal sikres klare og ensartede adgangsveje til nødvendig sygeplejefaglig bistand på lige vilkår med kommunens medarbejdere. Det skal sikre, at borgeren får den nødvendige hjælp, og at medarbejderne ikke står med et ansvar, der rækker ud over deres faglige kompetencer.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	KA Pleje anbefaler, at private leverandører udtrykkeligt indgår i rammerne for en fagligt bæredygtig organisering. Fælles ressourcepersoner, udgående funktioner

		og faglige netværk bør være tilgængelige på lige vilkår for leverandører, der udfører kommunal sygepleje. Organiseringen bør understøtte, at også private virksomheder kan opbygge og fastholde sygeplejefaglige miljøer og sikre kontinuitet i borgernes forløb.
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	Samarbejdet mellem kommunal sygepleje og helhedspleje skal fungere uanset borgerens valg af leverandør. KA Pleje anbefaler derfor, at private leverandører udtrykkeligt omfattes af rammerne for koordinering, faglig sparring, relevante tværfaglige møder og opfølgning. Det indebærer også rettidig adgang til nødvendige oplysninger inden for gældende regler. Kommunalbestyrelsen bør have ansvar for, at samarbejdet fungerer i praksis.
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	KA Pleje anbefaler, at samarbejdsaftaler med almenmedicinske tilbud, sygehuse og regional akutsygepleje udtrykkeligt omfatter private leverandører, der udfører kommunal sygepleje. Kommuner og regioner bør sikre ensartede kontaktveje og lige adgang til rådgivning, hurtig faglig vurdering og opfølgning. Adgangen skal knytte sig til opgaven og borgerens behov.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	KA Pleje anbefaler, at kommuner og sundhedsråd tydeliggør, hvordan private leverandører inddrages i kvalitetsudviklingen og får adgang til afsatte implementeringsmidler. Opfølgningen bør dokumentere, at finansierede kompetenceløft og kvalitetsindsatser også kommer borgere hos private leverandører til gode. Det er afgørende, at ens kvalitetskrav følges af lige adgang til de faglige og økonomiske rammer for at opfylde dem.
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	

	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	KA Pleje støtter en regional akutsygepleje, der understøtter sammenhængende forløb og høj kvalitet tæt på borgeren. Det forudsætter, at private leverandører af kommunal sygepleje har samme adgang til rådgivning, faglig sparring og konkret sygeplejefaglig bistand som kommunens egne medarbejdere. Det omfatter også klinisk sygeplejefaglig vurdering i borgerens hjem, når der er et fagligt behov. Kvalitetsstandarderne bør udtrykkeligt fastslå dette og tydeliggøre ansvarsfordelingen mellem region, kommune og privat leverandør, så det er klart, hvem der har ansvar for at reagere og yde den nødvendige bistand. Regionen bør i samarbejde med kommunerne sikre, at adgangen fungerer i praksis, så borgeren får den nødvendige hjælp uanset valg af leverandør.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	Akutsygeplejens understøttende funktion bør udtrykkeligt omfatte private leverandører af kommunal sygepleje. KA Pleje anbefaler, at rådgivning og bistand tilrettelægges, så kendte medarbejdere kan fortsætte borgerens forløb, når det er fagligt forsvarligt. Behovet for overdragelse bør bero på borgerens tilstand og de tilgængelige kompetencer. Leverandørens ejerform bør ikke i sig selv føre til et leverandørskifte.

3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	KA Pleje anbefaler følgende tilføjelse: Medarbejdere hos private leverandører, der udfører kommunal sygepleje på kommunens vegne, kan på samme vilkår som kommunens egne medarbejdere kontakte akutsygeplejen uden lægehenvisning med henblik på rådgivning, faglig sparring og bistand. Dette ændrer ikke kravene til lægehenvisning til akutsygepleje. Regionen skal i samarbejde med kommunerne sikre, at kontaktveje og arbejdsgange er kendte og tilgængelige for private leverandører. Det bør samtidig præciseres, at en henvendelse fra en privat leverandør skal behandles på samme faglige grundlag som en henvendelse fra kommunens egen sygepleje, og at behovet for bistand afgøres ud fra borgerens tilstand og de nødvendige kompetencer - ikke leverandørens ejerform
	4.2. Typer af indsatser	KA Pleje anbefaler, at det udtrykkeligt fremgår, at private leverandører af kommunal sygepleje kan anmode om akutsygeplejens konkrete bistand hos borgeren, herunder en supplerende klinisk sygeplejefaglig vurdering. Dette er særligt vigtigt ved akut ændring i borgerens tilstand, hvor telefonisk sparring ikke er tilstrækkelig til at sikre et fagligt forsvarligt forløb.
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	KA Pleje anbefaler, at kvalitetsstandarderne tydeliggør, at akutsygeplejens døgntilgængelighed skal gælde på lige vilkår for offentlige og

		private leverandører af kommunal sygepleje. Kontaktveje, responstider og kriterier for udgående bistand bør være klare og ensartede, så lokale arbejdsgange og fortolkninger ikke begrænser private leverandørers adgang til akutsygeplejens funktioner.
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	KA Pleje anbefaler, at private leverandører af kommunal sygepleje og relevante private helhedsplejeleverandører inddrages i udarbejdelsen af samarbejdsaftaler og omfattes af de fælles arbejdsgange. Det gælder kommunikation, deling af nødvendige sundhedsoplysninger inden for gældende regler, afklaring af behandlingsansvar og overdragelse af forløb. Aftalerne bør sikre, at borgerens valg af leverandør ikke begrænser adgangen til en sammenhængende indsats.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

KL høringssvar om vejledning samt standarder for sygepleje

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	KL har ingen bemærkninger.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	KL har ingen bemærkninger
2. Målgruppe	-	KL har ingen bemærkninger
3. Indhold	-	KL har ingen bemærkninger
4. Organisering	-	KL skal bemærke, at kommunerne med den kommende integration af sygepleje i helhedspleje står med en svær opgave med at føre tilsyn med de private leverandørers varetagelse af sygepleje. Det er i kraft af, at kommunerne skal føre tilsyn med og stå til ansvar for sygeplejeindsatser, som de ikke har ledelsesret over i den daglige drift, og hvor de hverken kan tilrettelægge arbejdet, sikre de nødvendige kompetencer eller korrigere direkte ved fejl. Det skaber et ansvarsmæssigt vakuum, som vanskeliggør en hurtig reaktion på fejl og utilfredsstillende leverancer, og som samtidig øger kommunernes administrative ressourcetræk til kontraktstyring og tilsyn. KL finder det derfor nødvendigt, at ansvarsfordelingen afklares forud for implementeringen, og foreslår, at

		Styrelsen for Patientsikkerhed får til opgave at godkende private leverandører af sygepleje. Det er særligt relevant i lyset af, at sygeplejen bliver en del af helhedsplejen. KL foreslår også, at de centrale sundhedsmyndigheder sikrer klare rammer for kommunernes forpligtelser til at føre tilsyn med private leverandører af sygepleje i helhedspleje, så kommunerne er klare over hvad deres ansvar er henholdsvis hvad den private leverandører påtager sig af ansvar. KL er opmærksom på, at vejledningen skal afspejle gældende lov, hvorfor vejledningen ikke kan justeres, før de juridiske rammer er fastlagt.
	4.1 Henvisning og tildeling	KL foreslår, at sidste afsnit side 3 justeres som følger (tilføjelse i kantet parentes: ” Tildeling af kommunal sygepleje kan ske i et tværkommunalt samarbejde, hvor kommunalbestyrelsen delegerer myndighedsopgaven for tildeling af sygepleje til de øvrige kommunalbestyrelser. Dette kan fx være hensigtsmæssigt i de tilfælde, hvor volumen af borgere er for lav til at [fastholde] tilstrækkelig kvalitet og patientsikkerhed samt optimal brug af ressourcer. Tildeling af kommunal sygepleje kan også ske i et horisontalt samarbejde, [hvilket bl.a. kan overvejes, hvor samarbejdet overstiger en vis volumen].” Ændringen er indsat for at understrege anvendelse af horisontale samarbejder i situationer, hvor samarbejdet overstiger tærskelværdierne i udbudsloven. KL foreslår, at der i næstsidste afsnit efter ”fokus skal være på, hvad det kræves for at give borgerne gode og sikre forløb” tilføjes: ” Ledelsen er også ansvarlig for orientere den henvisende læge, hvis kommunen ikke ser sig i

		stand til at varetage opgaven, fx fordi den forudsætter særlige kompetencer, som kommunen ikke råder over.”
	4.2 Kompetencer	KL mener ikke, at man kan forvente, at alle medarbejdere, der leverer kommunal sygepleje har kompetencer svarende til grundlæggende sygeplejefaglige kompetencer. Det er ledelsens opgave at sikre, at medarbejdere er klædt på til at løfte en given opgave og dermed også ledelsens ansvar at vurdere kompetencebehovet til en given indsats.
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	KL har ingen bemærkninger
	5.1 Udstyr	KL har ingen bemærkninger
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	KL foreslår, at undlade formuleringen ”nem og smidig” og i stedet fremhæve betydningen af et tværfagligt samarbejde præget af høj tilgængelighed og rettidig kommunikation med relevante aktører i forbindelse med rådgivning. KL foreslår, at rammerne for 96 timers behandlingsansvarlig læge beskrives.
	6.2. Behandlingsansvar	KL har ingen bemærkninger.
7. Kvalitetsudvikling	-	KL foreslår, at erstatte formuleringen ”kvalitetsudvikling skal være dataunderstøttet på baggrund af standardiserede oplysninger både lokalt og på tværs af kommunens forvaltninger” med flg: ”Kvalitetsudviklingen skal være dataunderstøttet på baggrund af relevante og systematisk indsamlede data, herunder standardiserede oplysninger, hvor disse er tilgængelige”. KL foreslår også, at første sætning sidste afsnit justeres, så der fremgår flg.: ”Kommunalbestyrelsen bør ligeledes sikre, at data monitoreres med henblik på løbende

		kvalitetsudvikling”. Dette henset til, at det er må forventes, at kommunerne efterlever gældende regler. KL bemærker i den forbindelse, at kommunerne ikke systematisk indberetter ”forløb”, KL skal endelig bemærke, at der også ift. kvalitetsudvikling udestår en præcisering af kommunens ansvar ift. private leverandører, særligt når sygepleje omfattes af helhedsplejen.

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	KL anbefaler, at det tydeliggøres på tværs af Vejledning og Kvalitetsstandard, at al kommunal sygepleje tilrettelægges med et rehabiliterende sigte med udgangspunkt i borgerens ressourcer, mål og samlede livssituation. Det rehabiliterende sigte bør således fremgå som et grundlæggende princip for sygeplejen og ikke en særskilt "indsats" eller "ydelse". KL anbefaler derfor, at begrebsanvendelsen præciseres og anvendes konsekvent gennem både Vejledning og Kvalitetsstandarden, herunder i bilag 1 i Kvalitetsstanden om begrebsafklaring KL skal herudover henvise til afsluttende bemærkninger sidst i høringssvaret.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	KL har ingen bemærkninger
	1.1. Formål	KL har ingen bemærkninger
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	KL har ingen bemærkninger
2. Målgruppe	-	
	2.1. målgruppens karakteristika	KL lægger til grund, at målgruppebeskrivelsen i anden kolonne, andet afsnit, konkret vedrørende borgere med psykosociale udfordringer alene omhandler medicindispensering o. lign. Og ikke psykiatriske indsatser i regi af sygeplejen. Dette henset til, at borgere med psykiatrisk diagnose alene ikke er en del af målgruppen for den kommunale sygepleje. KL mener, at det i første kolonne øverst side 8 bør understreges, at indsatsen over for "borgere ved forværring af kendt sygdom" ikke omfatter akutte indsatser, der skal leveres ved den regionale akutsygepleje, da det ellers kan give anledning til uklarhed om ansvarsfordelingen i praksis. Det anbefales derfor, at det tydeliggøres, hvilke kriterier der ligger til grund for vurderingen af, om borgerens behov skal varetages af den kommunale sygepleje eller akutsygeplejen. I denne

		vurdering bør der ikke alene ses på behovet for særlige kompetencer og udstyr, men også på indsatsens karakter, herunder om der er behov for en akut (kræver beredskabstid) eller en planlagt sygeplejeindsats.
	2.2. Afgrænsning af målgruppen	KL har ingen bemærkninger.
	2.3. Borgere med behov for palliation	Afsnittet vedrørende den behandlingsansvarlige læge bør omformuleres. KL foreslår følgende ændringer: *" Indsatserne skal tilrettelægges i tæt samarbejde med den behandlingsansvarlige læge* ***– enten på sygehuset eller i det almenmedicinske tilbud****.".* Den sidste sætning er ikke hensigtsmæssig, dels da AMT vel altid har en tovholderrolle og dels, da det er en misvisende sætning, at lægen skal "informeres". Samarbejdet går begge veje. "*For begge grupper gælder det…."* bør erstattes med "For alle borgere i målgruppen gælder det…..". Dette skyldes, at det ikke er meningsfuldt at opstille borgere i hhv. borgere med kræft og borgere med anden sygdom.
3. Forløb og indsatser	-	En læge kan henvise til kommunal sygepleje. En læge kan derimod ikke visitere (krav seks i boksen på side 10).
	3.1. Forløb og indsatser	På side 11, første kolonne tredje afsnit bør det fremgå flg.: "Kommunen skal kunne tilbyde digitale besøg og hjemmemonitorering, når det er fagligt relevant med udgangspunkt i borgerens behov og digitale forudsætninger". Det betyder, at "og borgeren ønsker det" skal udgå. Dette henset til, at det er kommunens ansvar at tilrettelægge indsatsen.

	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	KL kan bakke op om afsnittet, herunder ledelsens ansvar for en forsvarlig arbejdstilrettelæggelse og for at sikre dialog med henvisende part. Det vil være en hjælp for det lokale samarbejde.
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	KL har ingen bemærkninger.
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	KL har ingen bemærkninger.
	3.5. Basal palliation	KL har følgende forslag til tilføjelser: "*Palliative indsatser skal iværksættes systematisk og tidligt for borgere med palliative behov i samarbejde med borgeren, dennes almenmedicinske tilbud,* ***sygehuset*** *samt eventuelle pårørende*". "*De palliative indsatser skal samlet set bidrage til, at* ***flere*** *borgere kan modtage palliation i eget hjem og forblive der, så længe de ønsker det*". Tilføjelsen skyldes, at ikke alle borgere kan blive i eget hjem. For nogle vil fx hospice fortsat være den bedste løsning. "*i samarbejde med relevante aktører udarbejde en palliativ plan…..*" På trods af, at det er fremhævet, at der er behov for tværsektorielt samarbejde, fremstår det stadig som om, at det primært er sygeplejens ansvar at lave en plan for det palliative forløb. Det bør understreges, at sygeplejens plan skal laves med udgangspunkt i en klar behandlingsplan, som er udarbejdet af behandlingsansvarlig læge, hvori der fx er taget stilling til behandlingsniveau, behov for medicin, som forløbet skrider frem mv.
	3.6. Opfølgning og afslutning	KL har ingen bemærkninger.
	3.7. Udstyr	Kommunerne har alene adgang til at opbevare lægemidler, som ikke er cpr-

		relateret, der er omfattet af sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde, hvorfor adgang til at opbevare subkutan lindrende medicin formentlig ikke er tilladt. Hvis kommunerne skal have adgang til lægemidler bør det derfor leveres af regionen på regions ansvar og finansiering.
4. Kompetencer	-	KL bemærker, at Sundhedsstyrelsen flere gange nævner, at kompetencer skal være tilstede på ”enhedsniveau”. KL foreslår, at dette konsekvensrettes til ”kommunalt niveau”. Dette henset til, at det er uklart, hvad der menes med ”enhedsniveau”. KL bemærker også, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne har adgang til fagområdespecifikke kompetencer inden for psykiatri og misbrug. KL skal for god ordens skyld understrege, at borgere med psykiatriske problemstillinger men uden somatisk sygdom ikke er en del af målgruppen for den kommunale sygepleje.
	4.1. Kompetencer	KL mener ikke, at den kommunale sygepleje skal justere behandlingsplaner uden inddragelse af relevant behandlingsansvarlig læge (s. 16, dot 5).
	4.2. Basale palliative kompetencer	Samarbejdet med akutsygeplejen bør tilføjes her: ”*Den kommunale sygepleje skal herudover have medarbejdere med særlig viden og kompetencer inden for palliation, som kan understøtte komplekse forløb, eventuelt i samarbejde med sygehuse,* ***akutsygeplejen*** *og specialiserede palliative funktioner*”.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	KL er enig i, at kommunerne skal være telefonisk og digitalt tilgængelige for samarbejdspartnere hele døgnet hvad

		angår henvendelser om borgere i regionale forløb, fx forløb hos den regionale akutsygepleje. KL er også enig i at sygepleje skal tilbydes borgere døgnet rundt i fald indsatserne er planlagte og har en ikke-akut karakter.
	5.1. Organisering og tilgængelighed	KL bakker op om, at det i standarden fremhæves, at indsatser i sygeplejen er ”overvejende planlagte”. KL lægger til grund, at håndtering af ”ikke-akutte indsatser hos borgere ved forværring af kendt sygdom eller nyopstået sygdom” forstås som, at indsatsen kan lægges ind i kørelister og ikke kræver indsatser inden for få timer. I beskrivelsen af, hvornår den kommunale sygepleje og akutsygeplejen skal løse en opgave, lægger kvalitetsstandarden stor vægt på forskellene i akut/ikke-akut. Det kan med fordel skrives frem, at akutsygeplejen også skal involveres, inden tilstanden bliver akut og indlæggelseskrævende, så det fremgår mere tydeligt, at akutsygeplejens bidrag ifht. den kommunale sygepleje også består i kompetencer og udstyr til klinisk vurdering samt øgede handlemuligheder grundet et tæt lægesamarbejde.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	Det bør fremhæves, at der vil være situationer, hvor indsatser bør varetages af den regionale akutsygepleje/hjemmebehandlingsteams. Det kan fx skyldes, at nye behandlingsformer muliggør behandling uden for sygehus, hvor det ikke kan forventes, at kommunerne råder over de nødvendige kompetencer.
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	KL har ingen bemærkninger.
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Formuleringen om, at den kommunale sygepleje bør have aftaler, der fastlægger adgang til rettidig rådgivning

		fra akutsygeplejen indikerer, at det ikke er et krav, at den kommunale sygepleje har adgang til akutsygepleje, og at det kræver at man indgår en lokal aftale. Det står i modstrid til kravene i kvalitetsstandarderne for akutsygepleje.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	KL påpeger, at kommunerne allerede indberetter data systematisk via standarden Fælles Sprog III. KL ønsker, at det følgende tilføjes: ”[systematisk indberette data **med udgangspunkt i eksisterende registreringer**, som tilvejebringer de nødvendige oplysninger vedrørende palliative indsatser i kommunen mhp. national monitorering]”. Man vil kunne undersøge mulighederne for et styrket datagrundlag ved at koble de eksisterende kommunale registreringer med fx en lægelig vurdering af, om en borger er i en palliativ fase, eller ved at sammenholde med dødstidspunkt retrospektivt. KL understreger, at ønsker man at udvikle nye registreringer, vil dette indebære omkostninger til udvikling.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	KL har ingen bemærkninger.
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Akutsygeplejen forventes at blive et omdrejningspunkt i omstillingen af sundhedsvæsenet mhp. at flere borgere modtager behandling i det nære sundhedsvæsen. Når borgere med stadig mere komplekse tilstande (fx plejehjemsbeboere), skal behandles i det nære sundhedsvæsen, så kræver det, at akutsygeplejens kompetencer, udstyr og tætte afgang til lægesamarbejde kommer systematisk i spil i samarbejdet med kommuner og de almen medicinske tilbud. Akutsygeplejen skal involveres tidligt i borgernes forløb og forblive involveret, så længe der er behov for det. Denne indsats er helt central for, at sundhedsvæsenet som helhed kan indfri ambitionen om, at tingene skal håndteres i det nære sundhedsvæsen. Kvalitetsstandarden bør derfor beskrive tydeligt, at akutsygeplejen mere systematisk involveres i den kliniske vurdering i borgernes hjem, når borgers tilstand er forandret, og være medansvarlig i at tilrettelægge og gennemføre det behandlingstilbud, der skal være i hjemmet. KL skal herudover henvise til afsluttende bemærkninger sidst i høringssvaret.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	Det kan med fordel også hér nævnes, at regionerne også skal sikre de almen medicinske tilbud adgang til at trække på akutsygeplejen.
	1.2. Formål	Det fremgår, at ”Kvalitetsstandarderne vil være gældende fra 1. januar 2027, og praksis skal udvikles over tid i overensstemmelse hermed.” KL foreslår, at anden halvdel af sætningen slettes, idet den rejser unødig tvivl om tidspunktet for kvalitetsstandardens faktuelle ikrafttræden og dermed også udgangspunktet for at tilrettelægge samarbejdet mellem myndigheder fra 1. januar 2027 og frem.
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	Det bør i afsnit 1.3.2. understreges, at tilrettelæggelse af akutsygeplejen skal ske under hensyntagen til, at den skal være fysisk tilgængelighed i alle landets kommuner døgnet rundt.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	KL har ingen bemærkninger.

2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	KL har ingen bemærkninger.
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	KL har ingen bemærkninger
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	Det kan med fordel understreges hvilke opgaver akutsygeplejen skal varetage. KL foreslår konkret, at der i anden kolonne, side 8, næstsidste afsnit tilføjes efter ”indlæggelse eller genindlæggelse”: ”Funktionen skal understøtte den kommunale sygepleje og helhedspleje samt almen medicinske tilbud og lægevagt med rettidig rådgivning og kliniske vurderinger for at forebygge forværring af sygdom og skal i relevant omfang tilbyde tidsbegrænsede indsatser af kortere varighed målrettet patienter i uafklarede eller ustabile forløb evt. parallelt med indsatser i den kommunale sygepleje”. Givet, at to myndigheder får ansvar for sygepleje i det nære sundhedsvæsen vil der være situationer, hvor flere myndigheder har samtidige opgaver i borgers hjem. KL foreslår, at sidste linje i første afsnit på side 9 (starter med ”opgavevaretagelsen skal samtidig tilrettelægges…”) erstattet med flg.: ”Opgavevaretagelsen kan i nogle situationer have som konsekvens, at der etableres parallelforløb hvor både akutsygepleje og kommunal sygepleje har forløb i borgers hjem”.
3. Målgruppe	-	
	3.1. Kriterier for målgruppen	KL bemærker, at det kan være uklart, hvem der har ansvaret for ”borgere med fortsat komplekse sygeplejebehov efter udskrivelse fra sygehus.” (sidste afsnit første kolonne). Dette henset til, at såvel akutsygepleje som kommunal sygepleje håndterer borgere med komplekse behov. Det kan derfor med fordel yderligere understreges, at der skal

		være dialog mellem kommune og region om, at regionen løfter en sygeplejefaglig indsats i situationer, hvor kommunen ikke råder over de nødvendige kompetencer.
	3.2. Målgruppens karakteristika	KL bakker op om, at målgruppen for den regionale akutsygepleje både omfatter borgere, der i forvejen modtager kommunal sygepleje og borgere, der ikke modtager sygepleje fra kommunen. KL mener dog ikke, at det faktum, at en borger i forvejen modtager kommunal sygepleje betyder, at der ikke vil være behov for, at den regionale akutsygepleje varetager tidsafgrænsede indsatser af kortere varighed. Dette henset til, at uagtet, at borger modtager kommunal sygepleje, kan der opstå akut forværring af sygdom, hvor der er behov akutsygeplejens særlige tilgængelighed. Det bør fremgå af første afsnit i første kolonne på side 11. Det bør derfor fremgå tydeligt af kvalitetsstandarden (side 11 øverst første spalte), at akutsygeplejen skal tage hensyn til, at forskellige fagligheder i den kommunale sygepleje har forskellige kompetencer og forskellige behov for assistance fra akutsygeplejen.
	3.3.Afgrænsning af målgruppen	Det fremgår af 3.3., at ”borgere er som udgangspunkt heller ikke længere en del af målgruppen, når den akutte eller subakutte problemstilling er afklaret eller stabiliseret…” KL bemærker, at afslutningskriteriet bør afspejle formuleringen i afsnit 4.2., hvor det fremgår ”… er afklaret, borgerens tilstand er stabiliseret og der ikke længere…”
4. Indsatser	-	KL bakker op om, at akutsygeplejen skal kunne varetage indsatser uden direkte borgerkontakt (tlf./virtuel rådgivning af sygeplejen), enkeltstående indsatser i borgers hjem og endelig tidsafgrænsede indsatser af kortere varighed, hvor akutsygeplejen varetager en del af

		borgerens samlede sygeplejeforløb evt. parallelt med den kommunale pleje. KL foreslår, at rækkefølgen vendes om, så de mest intensive forløb beskrives først. KL lægger samtidig til grund, at den beskrevne rækkefølge af indsatser ikke er udtryk for en samlet prioritering af akutsygeplejens virke, men at det altid vil være en konkret vurdering af, hvordan borgerens varetages bedst der afgør, hvilken indsats akutsygeplejen skal stille til rådighed. KL bemærker i den forbindelse, at den fysiske tilstedeværelse af akutsygeplejen i borgers hjem er en af de store styrker i den nuværende kommunale opgavevaretagelse og særligt har værdi for andre end kommunale sygeplejersker, fx sosu-hjælpere. Det bør derfor også fortsat være et klart krav, at akutsygeplejen er fysisk tilstede i borgers hjem, hvor der er nødvendigt for at løse akutsygeplejens opgaver. KL bakker op om, at akutsygeplejen skal kunne lave opfølgende sygeplejefaglige vurderinger flere gange i døgnet. Løbende at kunne tilpasse og justere indsatsen efter borgerens behov er et helt centralt kendetegn ved akutsygeplejen. Og det er denne fleksibilitet, der særligt adskiller akutsygeplejen fra den kommunale sygepleje. KL bakker derfor også op om de beskrevne afslutningskriterier, der fastslår, at borgers problemstilling skal være afklaret og borger skal være i en stabil tilstand, før akutsygeplejens indsatser kan afsluttes.
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Det er uklart i hvilke situationer den kommunale sygepleje kan henvise til akutsygepleje (side 12, anden spalte). Det bør ekspliciteres, at regionerne er ansvarlige for at levere akutsygepleje efter henvisning fra den kommunale sygepleje.

		KL bakker op om, at der altid skal være telefonisk kontakt til akutsygeplejen. Dette henset til et smidigt samarbejde. Det kan overvejes om efterfølgende skriftlig henvisning til akutsygeplejen alene skal ske i situationer, hvor akutsygeplejen iværksætter et forløb evt. parallelt med indsatser i den kommunale sygepleje.
	4.2. Typer af indsatser	Det bør i 4.2.1. (side 14) første afsnit, første kolonne fremgå, at næste skridt også kan være varetagelse af tidsafgrænsede indsatser af kortere varighed. Det bør i afsnit 4.2.2. også fremgå, at brug af venøse blodprøver er en del af akutsygeplejen. Det bør i 4.2.3. (side 15) anden kolonne, sidst første afsnit tilføjes, at oplæring af den kommunale sygepleje forudsætter, at der en aftale med kommunen om, at den kommunale sygepleje kan varetage opgaven. Det gælder særligt i situationer, hvor opgaven/indsatsen ikke hidtil har været del af den kommunale sygepleje, fx fordi det er sygehusbehandling, men som pga. den generelle opgaveudvikling i sygehuset kan varetages uden for sygehus. Det bør ligeledes i første kolonne, sidste afsnit, side 16, refereres til afsnit 3.2. i kvalitetsstandardarden for kommunal sygepleje ift. den kommunale ledelses ansvar for at gå i dialog med henvisende parti fald kommunen ikke råder over de fornødne kompetencer i sygeplejen.
	4.3. Udstyr og medicin	KL bakker op om, at akutsygeplejen skal have adgang til de hyppigst anvendte lægemidler. Akutsygeplejen skal også varetage venøse blodprøver.
5. Kompetencer	-	KL bakker op om, at medarbejdere i akutsygeplejen skal have et indgående kendskab til indsatser i det nære sundhedsvæsen. KL bakker også op

		om, at akutsygeplejen overvejende skal være beskæftiget med opgaver inden for akutsygeplejens funktion.
	5.1. Kompetencer	KL skal bemærke, at det af gældende kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner fremgår, at social- og sundhedsassistenter undtagelsesvis kan varetage indsatser i akutfunktioner organiseret som stationære pladser men ikke i akutfunktioner organiseret som mobile teams. Det bør også gøre sig gældende for den regionale akutsygepleje.
6. Organisering	-	Det er afgørende, at akutsygeplejen har kendskab til de lokale samarbejdspartnere i kommuner og almen medicinske tilbud med henblik på at sikre et smidigt samarbejde. KL bakker derfor også op om, at akutsygeplejen skal være fysisk tilgængelig døgnet rundt i alle landets kommuner og herunder, at der skal være tilstrækkelig kapacitet hele døgnet – uanset, hvordan man fra regional side organiserer akutsygeplejen.
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	KL skal henvise til bemærkninger til pkt. 6.
	6.2. Tilgængelighed	KL skal henvise til bemærkninger til pkt. 6.
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	KL bakker op om, at den regionale akutsygepleje skal være tilgængelig for en række andre kommunale aktører udover den kommunale sygepleje, herunder socialpsykiatri, helhedspleje, plejehjem og botilbud. KL bakker op om, at der skal være let og gensidig adgang til kontakt mellem akutsygeplejen og relevante samarbejdspartnere døgnet rundt. Det er således afgørende, at der er fleksibel adgang til dialog med akutsygeplejen, så henvisende part ikke skal bruge uforholdsmæssige ressourcer på at komme i kontakt med akutsygeplejen. KL bemærker, at der fra regional side skal være opmærksom omkring, at

		akutsygeplejen i takt med at private leverandører af helhedspleje får mulighed for at levere helhedspleje, herunder sygepleje, for kommunerne også skal være tilgængelig for de private leverandører af helhedspleje.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	KL har ingen bemærkninger.

KL skal sammenfattende understrege, at de to kvalitetsstandarder på en række områder understøtter hensigtsmæssige snit mellem regional akutsygepleje og kommunal sygepleje, konkret:

- Der er ikke forskel i, hvilke indsatser de to funktioner kan varetage men derimod i målgruppe: Den regionale akutsygepleje skal varetage indsatser over for borgere med akut forværring af kendt sygdom/nyopstået sygdom, mens den kommunale sygepleje i hovedreglen skal håndtere planlagte indsatser (kan både være af almen som kompleks karakter)
- Indsatser i akutsygeplejen er rådgivning og sparring (fysisk i borgers hjem /tlf./virtuelt/) samt ansvar for konkrete forløb af få dages varighed, fx hvor borger ikke er udredt og ustabil, evt. parallelt med indsatser i den kommunale sygepleje. I nogle tilfælde kan en indsats i den regionale akutsygepleje vare længere, hvis borgerens tilstand og behov for akutsygepleje tilsiger det.
- Akutsygeplejen skal være tilgængelig for henvendelser døgnet rundt og skal kunne levere indsatser døgnet rundt; den kommunale sygepleje skal også være tilgængelig for henvendelser døgnet rundt men den akutte del skal varetages regionalt, jf. oven for.
- Akutsygeplejen skal særligt være tilgængelig for kommuner og almen medicinske tilbud
- Akutsygeplejen skal kunne levere indsatser i alle kommuner i hele landet og have medarbejdere med særlige kompetencer/erfaring med nære sundhedsindsatser
- Der er formuleret afslutningskriterier for den regionale akutsygepleje, bl.a. at borger skal være i stabil tilstand.

KL skal bemærke, at der fremadrettet er behov for at følge den regionale praksis for at varetage akutsygepleje, herunder kapacitet, tilgængelighed og nærhed for samarbejdspartnere samt, at der ikke opstår gråzoner i varetagelse af sygeplejefaglige indsatser i borgerens hjem og nærmiljø. KL ser i den forbindelse frem til, at der etableres digitale løsninger, der giver parterne adgang til tidstro data om borgers behandlingsforløb. Det er særligt vigtigt i situationer, hvor borger modtager regional og kommunal sygepleje parallelt.

KL skal også bemærke, at det vil sikre mere klarhed omkring regionens ansvar for akutsygeplejen, hvis kravene til regionerne fremhæves, evt. samlet indledningsvist eller i bokse i starten af de enkelte kapitler.

KL skal endelig bemærke, at der er en række udeståender omkring kommunernes ansvar, når sygepleje bliver en del af helhedsplejen. KL har i flere sammenhænge peget på en række opmærksomhedspunkter, herunder ift. tilsyn og monitorering, jf. bemærkninger oven for til udkast til vejledning om kommunal sygepleje. Det bør, når de juridiske rammer for sygepleje i helhedspleje er aftalt, overvejes, om der er behov for at justere i vejledninger og standarder.

KL skal tage forbehold for senere politisk godkendelse.

Skema til at afgive høringssvar

Høringssvar fra Kræftens Bekæmpelse til:

Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation.

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation	De opdaterede og udvidede kvalitetsstandarder med særskilt fokus på basal palliation er en positiv udvikling, som giver mulighed for at styrke den palliative indsats i kommunalt regi.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	s. 4, sidste sætning: *'Implementeringen skal følges tæt, særligt i de første år med henblik på løbende opfølgning på udviklingen i praksis og eventuelle behov for justering*.' Dette er vigtigt, herunder at følge implementeringen af de nationale bindende kvalitetskrav og anbefalinger til den basale palliative indsats, som ifølge aftalen om sundhedsreform og Kræftplan V skal styrkes uden for sygehusene. Som del af dette skal kravene om systematisk indberetning af data for den basale palliation til national monitorering (kapitel 6. Kvalitetsudvikling) sikres med kvalitetsstandarderne (i høringsudkastet står dette krav i 'skarpe parenteser' i kapitel 6, disse parenteser bør fjernes). s. 5, afsnit under figuren (*'Kvalitetsstandarderne henvender sig til…')*. Her bør medarbejdere i den kommunale sygepleje samt borgere tilføjes som en målgruppe for standarderne.
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe		Afsnit 2.1, s. 8, første afsnit: foreslår at diagnosespecifikke sygehusafdelinger

		også nævnes som eksempel på samarbejdspart
	2.2. Afgrænsning af målgruppe	
	2.3. Borgere med behov for palliation	s. 8, 1. afsnit (*'Har det almen medicinske tilbud en tovholder funktion…)*. Den praktiserende læge vurderes altid at have en tovholderfunktion, især ved basale palliative indsatser og jf. 'National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud' s. 8, afsnit 4: Meget positivt, at borgere uden pårørende eksplicit nævnes som en gruppe, der kan have behov for særlig opmærksomhed og støtte.
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	s. 12, 2. afsnit: (*'Det er ledelsens ansvar…)*. Her bør tilføjes 'døgnet rundt' .
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	s. 12-13 (*'Den kommunale sygepleje skal i et forløb…).* Her kan med fordel i sidste sætning tilføjes 'den øvrige patientrettede forebyggelse'. I sidste afsnit inden 3.5 (*'Rehabilitering og palliation har* …) kan det med fordel til sidste sætning tilføjes, at 'sygeplejen skal derfor systematisk i alle palliative forløb overveje behov for at henvise til palliativ rehabilitering.*'*
	3.5. Basal palliation	s. 10, boks med krav til forløb og indsatser: Kravet om at tilbyde samtaler om ønsker til fremtidig behandling og pleje til borgere med palliative behov (nævnt s. 13) bør fremgå i boksen med krav.

		s. 13, 2. afsnit: Bør sygehusafdelinger ikke også nævnes (de fremgår som relevant part under tredje punkt) s. 13 (4. dot), der kunne med fordel uddybes i forhold til 'psykisk, social og eksistentiel/åndelig støtte'. Eksempelvis: støtte ved støtte ved psykiske reaktioner herunder bekymring, angst, uro og nedtrykthed, tanker om mening, livet og døden, hjælpe med at afklare sociale problemstillinger, f.eks. arbejdssituation, økonomi, hjælp i hjemmet og kontakt til kommunen. s. 13 (omkring vurdering af behov): der mangler tydelige krav om, at systematisk vurdering af palliative behov skal bruges til at identificere komplekse forløb, som skal henvises til specialiseret palliation i tide. Her kan også henvises til visitationskriterier til specialiseret palliation (som p.t. er under opdatering). s. 13 (om FPB m.m.): det kan tilføjes, at det som led i palliativ planlægning skal afdækkes, om borgeren ønsker at dø hjemme, samt krav om løbende vurdering af, om hjemmedød fortsat er det bedste og mest trygge forløb for patient og pårørende. Desuden at der skal være en fast kontaktperson og adgang til hjælp og palliativ rådgivning døgnet rundt.
	3.6. Opfølgning og afslutning	Se kommentar til afsnit 2.3 vedr. det almenmedicinske tilbuds tovholderfunktion.
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer		s. 15 (anbefalinger): som en tredje anbefaling foreslås tilføjet 'henvise til eksterne kompetenceudviklingsmuligheder for specialisering i palliation'
	-	Det er uklart, hvordan 'enhedsniveau' defineres i forhold til kompetencer og

		døgndækket kapacitet. Øverst s. 16 står '*Med kompetencer på enhedsniveau forstås at kompetencerne findes hos en eller flere medarbejdere i den samlede kommunale sygepleje*.' Dette er en meget bred definition, som giver fuldstændigt frit spillerum for kommunerne uanset størrelse i forhold til, hvor mange der f.eks. skal have fagområdespecifikke kompetencer på det palliative område. Se også kommentar til afsnit 5.1.
	4.1. Kompetencer	
	4.2. Basale palliative kompetencer	Sidste afsnit: Det bør anbefales, hvor mange medarbejdere med fagområdespecifik viden om palliation der skal være i en kommune i forhold til antallet af indbygger i kommunen. Derudover også gerne en anbefaling om, at hver driftsenhed skal have en nøgleperson. Det bør desuden tilføjes, at ud over at varetage og understøtte individuelle forløb bør medarbejdere med særlige palliative kompetencer også arbejde med at udvikle de palliative indsatser i kommunen og kompetenceudvikle medarbejderne og de forskellige faggrupper i den kommunale sygepleje (og helhedsplejen).
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	Her kan tilføjes, at særlige kurser til kompetenceudvikling f.eks. kan være egentlige nøglepersonsuddannelser.
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	s. 20, sidst i første afsnit i 2. kolonne: Det bør måske præciseres, at det er afgørende for overdragelse af opgaverne til private leverandører, at kvalitetsstandarderne fortsat efterleves. Se kommentarer til kapitel 4. På s. 5 omtales dels, at *'sygeplejen kan organiseres i forskellige funktioner, teams eller enheder',* dels omtales *'den lokale*

		ledelse'. Bør 'enhedsniveau' på den baggrund ikke generelt i dokumentet defineres som 'driftsenhedsniveau'?
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	s. 21: Ved udlicitering af (dele af) opgaver i den kommunale sygepleje skal der være særlig opmærksomhed på det intrakommunale samarbejde og på at sikre klare aftaler mellem parterne, så borgerne oplever sammenhæng i deres forløb og får en god helhedspleje. s. 21, sidste afsnit inden 5.4: I anden anbefaling kan patientforeninger med fordel tilføjes
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	s.22, 2. afsnit: Det kan med fordel tilføjes, at en del af samarbejdsaftalerne skal indeholde, hvordan der sikres formaliseret undervisning, supervision og rådgivning døgnet rundt fra specialiserede palliative enheder til kommunerne. s. 23, sidste afsnit ('*Samarbejde med det specialiserede*..'): Det bør præciseres, at alle faggrupper i den kommunale sygepleje forventes at kunne kontakte den palliative rådgivningsfunktion, så alle relevante fagpersoner har adgang til den nødvendige hjælp og støtte.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	Kravene om systematisk indberetning af data for den basale palliative indsats til national monitorering skal sikres med kvalitetsstandarderne. I høringsudkastet står dette krav i 'skarpe parenteser', både i boksen med krav og i selve teksten. Disse parenteser bør fjernes.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	

	Eksempler på borgere i målgruppen	Vi finder det positivt, at Sundhedsstyrelsen med bilag 2 ønsker at illustrere målgruppen for kommunal sygepleje og basal palliation gennem konkrete borgercases. Det styrker forståelsen af, hvem indsatserne retter sig mod, og hvordan kvalitet kan omsættes i praksis. Det er dog vores erfaring at særligt begrebet "palliation", og hvem der er i målgruppen, kan være vanskeligt. Vi vurderer derfor, at der er behov for en tydeligere faglig afgrænsning i de nævnte cases i forhold til cases som er borgere i målgruppen for kommunal sygepleje generelt, og cases, hvor borgerne (også) er i målgruppen for basal palliation. Som vi læser de 5 cases for borgere i målgruppen, er det primært den sidste case, som har et palliativt fokus (den første case indeholder dog også ordet 'lindring'). Det sidste case er en fin case for en palliativ indsats i den sidste tid til en kræftpatient. Men der er et stort behov for også at styrke den basale palliative indsats på andre områder end kræft og før den terminale fase. Så det kunne være godt også at have en case med en palliativ indsats til en borger, som ikke har kræft og/eller ikke er i den terminale fase.
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

Høringssvar fra Københavns Kommune

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	<u>Generel kommentar til brugen af begrebet rehabilitering:</u> KK anbefaler, at det tydeliggøres på tværs af Vejledning og Kvalitetsstandard, at al kommunal sygepleje tilrettelægges med et rehabiliterende sigte med udgangspunkt i borgerens ressourcer, mål og samlede livssituation. Det rehabiliterende sigte bør således fremgå som et grundlæggende princip for sygeplejen og ikke en særskilt "indsats" eller "ydelse". KK anbefaler derfor, at begrebsanvendelsen præciseres og anvendes konsekvent gennem både Vejledning og Kvalitetsstandarden, herunder i bilag 1 i Kvalitetsstanden om begrebsafklaring	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	1. KK foreslår, at man fremhæver, at målgruppen også indeholder borgere med livstruende sygdom med henblik på at favne palliative forløb. 2. I forhold til tilrettelæggelsen af sygeplejen anbefales det, at det også fremgår, at indsatserne skal understøtte borgerens livskvalitet. Det indebærer samtidig, at indsatserne altid må tilrettelægges og differentieres med udgangspunkt i den enkelte borgers behov, ressourcer og ønsker. Herved tydeliggøres også et centralt element i den rehabiliterende tilgang.
3. Indhold	-	1. I afsnittet fremgår det, at den kommunale sygepleje udfører lægeordinerede behandlinger. Med ibrugtagningen af det forbeholdte virksomhedsområde for sygeplejersker vil

		det være relevant at supplere denne formulering med, at den kommunale sygepleje udfører både læge- og sygeplejeordinerede behandlinger. Dette vil være vigtigt at beskrive, når man på baggrund af virksomhedsområdet vil kunne opleve at skulle udføre delegeret sygeplejeopgaver både internt i kommunen og delegeret sygeplejeopgaver tværsektorielt, fx fra hospitaler eller akutsygeplejen. 2. I forhold til generelle funktioner: • Udfører; Det vil være oplagt at udvide beskrivelsen således den favner, at sygeplejen udføres med fokus på faglig kvalitet og omsorg for at sikre borgerens livskvalitet • Planlægger; Det vil være oplagt, at dette er i udgangspunkt i den enkelte borgers behov, ressourcer og ønsker
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	1. Det forslås, at det i dette afsnit beskrives, at den kommunale sygepleje holder sig løbende ajour med ny faglig viden inden for sygeplejens kerneområder – det vil desuden skabe en logisk overgang til kommende afsnit (5) hvori det også nævnes.
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	1. I sammenhæng med kommentaren til kapitel 3 om sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde, vil det være vigtigt at beskrive at den kommunale sygepleje kan varetage indsatser der er sygeplejeordineret og delegeret både internt i kommunen og delegeret tværsektorielt fra fx akutsygeplejen.
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	1. I vejledningen beskrives akutsygeplejen som et eksempel på ”andre regionale

		tilbud", som den kommunale sygepleje kan rådføre sig med. Det tætte samarbejde kan fremgå tydeligere af formuleringen i vejledningen, da akutsygeplejen er en central samarbejdspartner og sparringspartner for den kommunale sygepleje. 2. KK foreslår at undlade formuleringen "nem og smidig" og i stedet fremhæve betydningen af et tværfagligt samarbejde præget af høj tilgængelighed og rettidig kommunikation med relevante aktører i forbindelse med rådgivning.
	6.2. Behandlingsansvar	1. KK foreslår, at man – i tråd med de foregående afsnit – også her anvender betegnelsen autoriserede sundhedspersoner, eventuelt med social- og sundhedsassistenter som eksempel. Dette vil sikre en ensartet begrebsanvendelse og undgå, at en specifik faggruppe fremhæves frem for andre autoriserede sundhedspersoner.
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	KK finder det positivt, at kvalitetsstandarderne fastlægger en fælles national faglig retning for kommunal sygepleje og basal palliation med fokus på borgertilpassede sammenhængende forløb, klinisk lederskab og systematisk kvalitetsudvikling <u>Generel kommentar til brugen af begrebet rehabilitering:</u> KK anbefaler, at det tydeliggøres på tværs af Vejledning og Kvalitetsstandard, at al kommunal sygepleje tilrettelægges med et rehabiliterende sigte med udgangspunkt i borgerens ressourcer, mål og samlede livssituation. Det rehabiliterende sigte bør således fremgå som et grundlæggende princip for sygeplejen og ikke en særskilt "indsats" eller "ydelse". KK anbefaler derfor, at begrebsanvendelsen præciseres og anvendes konsekvent gennem både Vejledning og Kvalitetsstandarden, herunder i bilag 1 i Kvalitetsstanden om begrebsafklaring <u>Generel kommentar til titlen:</u> Standarden omdøbes til "Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og *basal sygeplejefaglig palliation"*, da den primært synes at beskrive den sygeplejefaglige indsats. Terapeuter fremgår ikke tydeligt som målgruppe eller som en del af arbejdet med basal palliation, og omtalen af andre aktører synes hovedsageligt at vedrøre de regionale specialiserede enheder. Hvis standarden skal omfatte basal palliation bredt og understøtte en rehabiliterende tilgang, bør det tværfaglige samarbejde og terapeuternes rolle beskrives tydeligere.

Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	1. Målgruppen for basal palliation kan med fordel afgrænses tydeligere i forhold til målgruppen for specialiseret palliation,

		så forskellen mellem de to niveauer fremstår klarere. 2. KK anbefaler samtidig, at målgruppen beskrives diagnoseuafhængigt. Borgere med kræft bør således ikke fremhæves frem for andre borgere med behov for palliation. Målgruppen bør omfatte alle borgere med palliative behov, uanset diagnose, og vurderingen bør tage udgangspunkt i borgerens samlede symptomer, behov og livssituation frem for den konkrete diagnose. 3. Borgere med almindelig skrøbelighed bør ligeledes fremgå af målgruppen, da også denne gruppe kan have palliative behov. Det er væsentligt, at palliative behov identificeres på baggrund af den samlede situation og ikke alene ud fra diagnose eller sygdomsforløb. 4. Pårørende og efterlevende bør desuden tydeligere fremgå som en del af målgruppen. Den palliative indsats omfatter også støtte til pårørende og efterlevende, hvis behov kan opstå både under sygdomsforløbet og efter dødsfaldet. 5.Det bør tydeliggøres, at børn og unge med livstruende eller livsbegrænsende sygdom også er omfattet af den basale palliative indsats i kommunerne. Selvom den palliative behandling ofte varetages af hospital eller hospice, har barnet fortsat sin hverdag på fx en døgninstitution, hvor fagpersonerne omkring barnet kan have en vigtig opgave i den basale palliation. Det bør derfor fremgå tydeligt, hvordan ansvaret for den basale palliative indsats fordeles og koordineres mellem de relevante aktører.

		6. Det beskrives, at ”Den kommunale sygepleje skal håndtere sygeplejebehov hos borgerne ved forværring af kendt sygdom eller nyopstået sygdom” (s. 8) og ”håndtere og forebygge sygdom og forværring af kendt sygdom eller nyopstået sygdom” (s. 11), samt samtidig, at ”Målgruppen omfatter […] ikke borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af kendt sygdom, som skal håndteres af akutsygeplejen” (s. 8). Her bør snitfladen mellem den kommunale sygepleje og akutsygeplejen tydeliggøres i kvalitetsstandarden. Denne sondring kan give anledning til uklarhed om ansvarsfordelingen i praksis. Det anbefales derfor, at det tydeliggøres, hvilke kriterier der ligger til grund for vurderingen af, om borgerens behov skal varetages af den kommunale sygepleje eller akutsygeplejen. I denne vurdering bør der ikke alene ses på behovet for særlige kompetencer og udstyr, men også på indsatsens karakter, herunder om der er behov for en akut (kræver beredskabstid) eller en planlagt sygeplejeindsats. Det bør desuden tydeliggøres, hvordan opgaven håndteres, hvis der er tvivl om målgruppe eller ansvar.
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	1. KK anbefaler, at formuleringen om, at den kommunale sygepleje skal ”varetage grundlæggende sygepleje herunder også komplekse forløb”, præciseres. Formuleringen kan give indtryk af, at kommunal sygepleje primært vedrører grundlæggende sygepleje, mens kompleksitet udgør et tillæg hertil. Dette afspejler efter KKs vurdering ikke tilstrækkeligt den faglige kompleksitet, der kendetegner kommunal sygepleje. Kompleksiteten knytter sig både til

		opgavernes karakter og til behovet for selvstændige kliniske vurderinger, faglig prioritering, koordinering og løbende tilpasning af indsatser. Hertil kommer kompleksiteten i samspillet mellem de forskellige aktører og behandlingsansvarlige, der kan indgå i borgerens samlede forløb, ligesom forløbene kan være uforudsigelige og præget af ustabilitet, hvilket stiller yderligere krav til den faglige vurdering og tilpasning af sygeplejeindsatsen. KK foreslår derfor, at formuleringen i højere grad fremhæver kommunal sygeplejes ansvar for at varetage sygeplejeindsatser af varierende kompleksitet, herunder komplekse og sammensatte borgerforløb. En formulering kunne være: ”Den kommunale sygepleje skal varetage grundlæggende og kompleks sygepleje samt håndtere sammensatte borgerforløb, der kræver systematiske kliniske vurderinger, faglig prioritering, koordinering, klinisk lederskab og løbende tilpasning af indsatsen.” Dette vil synliggøre, at kompleksiteten ikke alene knytter sig til opgaverne, men også til de kliniske vurderinger og beslutninger, som sygeplejen kræver. 2. KK anbefaler, at begrebet hjemmemonitorering præciseres, da det fremgår på side 11, 12 og 17 uden en nærmere beskrivelse af, hvad sygeplejeopgaven konkret indebærer. Er der fx tale om at følge en borgers blodtryk, eller er det en mere behandlingsnær opgave? Det bør tydeliggøres og det kunne med fordel illustreres med et konkret eksempel.

		3. Kravene i kvalitetsstandarden om brug af og kompetencer inden for telemedicin og digitale besøg muligheder vurderes som positive, da de styrker borgernes fleksibilitet og egenmestring. Implementering af telemedicin medfører dog ofte ændringer i praksis, hvilket kræver målrettet kompetenceudvikling og ledelsesmæssig opbakning – herunder allokering af ressourcer.
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	1. Den kommunale sygeplejes koordinerende rolle i tilrettelæggelsen og sammenhængen i borgerens palliative forløb kan med fordel tydeliggøres.
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	1. Det er meget positivt, at betydningen af koordinering mellem rehabilitering og palliation er tydeliggjort. KK foreslår desuden, at centrale begreber inden for rehabilitering fremhæves, herunder self-management, self-efficacy, mestring og fælles beslutningstagen, da disse kan bidrage til at tydeliggøre rehabiliteringens faglige indhold og tilgang i den kommunale sygepleje
	3.5. Basal palliation	1. Det bør uddybes, hvad en palliativ plan som minimum skal indeholde, hvem der har ansvar for den, og hvem der skal have adgang til den. Det bør desuden tydeliggøres, hvordan planen skal formidles på tværs af sundhedsvæsenet, og hvordan den hænger sammen med den samlede pleje- og behandlingsplan. Den palliative plan kan fx tage udgangspunkt i de tre nye anbefalinger fra Vælg Klogt. Det er samtidig væsentligt at være opmærksom på, at kommunens samarbejdspartnere på hospitaler og i almen praksis ikke vil være omfattet af kvalitetsstandarden, hvilket kan udfordre en fælles anvendelse af planen.

		2. Det bør præciseres, hvad der menes med ”tidligt”, ”rettidigt”, ”løbende” og ”systematisk”, da begreberne kan fortolkes forskelligt og dermed give anledning til ulighed i den kommunale palliative indsats. Det bør fx tydeligere beskrives, hvem der skal screenes, hvornår der som minimum skal foretages screening, samt hvem der har ansvar for screening og opfølgning. Tilsvarende bør der beskrives minimumskrav til de løbende samtaler om fremtidig pleje og behandling.
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	1. På s. 14 står der: ”Der skal foreligge relevante procedurer for kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse af udstyr”. Der er en stor kvalitetsmæssig udfordring med det kommunale medicoudstyr i dag. Men den udfordring kan kommunerne ikke løse alene. Kommunerne har ikke medico-tekniske afdelinger til rådighed, som kan varetage denne opgave. Ej heller har kommunerne ressourcer til at stable sådanne afdelinger på benene. Så kravet om teknisk vedligeholdelse og kvalitetssikring af medico-udstyr er ikke realistisk at stille til kommunerne ud fra de eksisterende rammer.
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	1. KK anbefaler, at formuleringen på side 16 præciseres, så det tydeliggøres, hvilke kompetencer der forventes at være til stede i den kommunale sygepleje. Det fremgår, at kommunen kan have medarbejdere med særlige kompetencer inden for bl.a. sårbare målgrupper, herunder borgere med kroniske sygdomme som KOL og diabetes, psykiske problemer og sprogbarrierer. Da kommunal sygepleje ofte omfatter netop disse borgere, vurderes det, at den nødvendige faglige viden og kompetencer

		inden for disse områder bør være en integreret del af den samlede sygepleje og ikke alene fremstå som en mulighed. Det bør derfor tydeliggøres, hvilke kompetencer der som minimum forventes at være til stede. Det er desuden væsentligt, at sygeplejen har kompetencer til at varetage mere akutte opgaver og koordinere det videre behandlingsforløb i samarbejde med relevante aktører, herunder egen læge. KK foreslår endvidere, at koblingen mellem klinisk lederskab og arbejdet i faste teams tydeliggøres, så det fremgår, at sygeplejersken indgår aktivt i det tværfaglige samarbejde og bidrager til faglig koordinering, prioritering og retning i borgerens samlede forløb. 2. I forhold til det store fokus på telemedicin og digitale hjemmebesøg anbefales det, at kompetenceudvikling dækker både sundhedsfaglige og tekniske områder, med klare oplæringsmål. Indholdet kan fx omfatte sundhedspædagogik, sygdomslære, inklusionskriterier samt praktisk oplæring og gennemgang af den tekniske løsning, så sygeplejersken kan anvende og vejlede i telemedicinske løsninger. Det anbefales desuden at tydeliggøre, at der afsættes de nødvendige ressourcer til både kompetenceudvikling og implementering, herunder tid, økonomi og særligt organisatorisk støtte, så indsatserne forankres bæredygtigt i praksis.
	4.2. Basale palliative kompetencer	1. Det er positivt, at kvalitetsstandarden beskriver både grundlæggende palliative kompetencer og medarbejdere med særlige viden og kompetencer til at understøtte komplekse forløb.

		2. Det bør tydeliggøres, hvad der forstås ved grundlæggende palliativ viden og kompetencer, hvilket kompetenceniveau der forventes, og hvordan dette kompetenceniveau fastlægges. 3. Det bør samtidig fremgå tydeligt, at medarbejdernes kompetencer skal matche borgerens konkrete behov og kompleksitet. 4. Der er overvejende fokus på kompetencer i den sidste tid og den terminale fase. Der kan med fordel tilføjes en mere konkret beskrivelse af kompetencer i den tidlige palliative indsats, hvor der fx er fokus på relations dannelse, tryghed og overblik samt koordinering og planlægning af indsatsen. 5. Fagpersoner på døgninstitutioner har også behov for viden og kompetencer til at varetage basal palliation. Dette gælder både på voksenområdet og for børn og unge.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	1. Det bør uddybes, hvordan kompetencerne i basal palliation kontinuerligt vedligeholdes og udvikles, fx gennem praksisnær undervisning, faglig sparring, supervision og refleksion samt tydelig ledelsesmæssig understøttelse.
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	1. Det kan med fordel beskrives, hvordan medarbejderne får adgang til relevant palliativ ekspertise og faglig sparring, fx fra specialiseret niveau, når borgerens behov overstiger de kompetencer, der er til rådighed på det basale niveau. 2. KK ser positivt på beskrivelsen af det forbeholdte virksomhedsområde i kvalitetsstandarderne. Det bidrager til at tydeliggøre rammerne for sygeplejerskers

		opgavevaretagelse og understøtter en hensigtsmæssig anvendelse af sygeplejefaglige kompetencer i den kommunale sygepleje. Det er positivt, at der sættes fokus på mulighederne for, at sygeplejersker kan varetage relevante opgaver inden for deres kompetenceområde, hvilket kan understøtte sammenhængende borgerforløb og en mere fleksibel tilrettelæggelse af sygeplejen. Det er samtidig vigtigt, at implementeringen understøttes af tydelige rammer for kompetencer, ansvar og delegation, så det forbeholdte virksomhedsområde kan anvendes patientsikkert og hensigtsmæssigt i den kommunale praksis 3. I beskrivelsen af, hvornår den kommunale sygepleje og akutsygeplejen skal løse en opgave, lægger kvalitetsstandarden stor vægt på forskellene i akut/ikke-akut. Det kan med fordel skrives frem, at akutsygeplejen også skal involveres, inden tilstanden bliver akut og indlæggelseskrævende, så det fremgår mere tydeligt, at akutsygeplejens bidrag ifht. den kommunale sygepleje også består i kompetencer og udstyr til klinisk vurdering samt øgede handlemuligheder grundet et tæt lægesamarbejde. Her kan det samtidig præciseres, hvornår det er relevant at kontakte akutsygeplejen, eksempelvis ved at beskrive relevante kriterier eller observationer, der bør give anledning til kontakt, samt hvornår andre aktører bør inddrages før eller i stedet for akutsygeplejen.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	

	5.4. Tværsektorielt samarbejde	1. Formuleringen om, at den kommunale sygepleje bør have aftaler, der fastlægger adgang til rettidig rådgivning fra akutsygeplejen indikerer, at det ikke er et krav, at den kommunale sygepleje har adgang til akutsygepleje, og at det kræver at man indgår en lokal aftale. Det står i modstrid til kravene i kvalitetsstandarderne for akutsygepleje. I afsnittet "Samarbejde med akutsygeplejen" (s. 22-23) er telefonisk rådgivning og sparring beskrevet først. Det kan signalere at denne "lettere" indsats er akutsygeplejens førstevalg. Mange af de kommunale sundhedsfaglige medarbejdere, der ringer til akutsygeplejen, er ikke sygeplejersker, og de føler sig ikke altid hjulpet tilstrækkeligt af telefonisk rådgivning. De kan have brug for den tryghed, der ligger i, at akutsygeplejersken ser på borger sammen med dem, og lægger en plan (evt. sammen med læge), så de ved, hvad de skal være opmærksomme på, og hvornår de skal handle. Et forslag kunne derfor være at sætte indsatstype 2 (instrumentel sygepleje) 3 (klinisk vurdering) og 4 (observation, pleje og behandling) først, og derefter beskrive indsatsen om telefonrådgivning som den sidste indsats for at signalere, at akutsygeplejen gør den største forskel for samarbejdspartnere og borgere, når de kommer ud til borgerne. Det er netop en af styrkerne ved akutsygeplejen.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	1. Københavns Kommune gør opmærksom på, at WHO i august 2020 udgav et fact sheet om "Palliative Care"

		og ikke længere har en specifik definition af palliation. 2. Det er uklart, hvad der menes med ”afgrænsede palliative behov”. Begrebet bør tydeliggøres, herunder hvordan det skal forstås i forhold til kompleksitet i palliative behov, jf. fx artiklen *Kompleksitet i behov for palliation* i Ugeskrift for Læger.
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	• Akutsygeplejen forventes at blive et omdrejningspunkt i omstillingen af sundhedsvæsenet mhp. at flere borgere modtager behandling i det nære sundhedsvæsen. Når borgere med stadig mere komplekse tilstande (fx plejehjemsbeboere), skal behandles i det nære sundhedsvæsen, så kræver det, at akutsygeplejens kompetencer, udstyr og tætte afgang til lægesamarbejde kommer tidligere og mere i spil, end kvalitetsstandarden – og navnet ”akut” – lægger op til. Akutsygeplejen skal involveres tidligt i borgernes forløb og forblive involveret, så længe der er behov for det. Denne indsats er helt central for, at sundhedsvæsenet som helhed kan indfri ambitionen om, at tingene skal håndteres i det nære sundhedsvæsen. Kvalitetsstandarden bør derfor beskrive tydeligt, at akutsygeplejen mere systematisk involveres i den kliniske vurdering i borgernes hjem, når borgers tilstand er forandret, og være medansvarlig i at tilrettelægge og gennemføre det behandlingstilbud, der skal være i hjemmet.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i	

	den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	Afsnit 2.3 om akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen bør vægtes og kan med fordel komme før afsnit 2.2. Det er den tidlige indsats, der er vigtig for, at vi kan indfri ambitionen om, at tingene skal håndteres i det nære. Det fine og vigtige er at få akutteamet ind tidligt for at forebygge, at tilstanden udvikler sig. Når først noget er akut, er det vanskeligt at undgå hospitalsbesøg – især fsva. plejehjemsbeboere.
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
	3.2 Målgruppens karakteristika	På s. 11 står der, at akutsygeplejens indsats ofte vil bestå i rådgivning og sparring til den kommunale sygepleje. Det bør nuanceres. Den kommunale sygepleje har sygeplejersker ansat. I forhold til at komme videre i et forløb, er deres behov sjældent rådgivning og sparring fra andre sygeplejersker. Når de vurderer, at borger har brug for en faglig indsats, som de ikke har beføjelser til at varetage, så er deres behov, at en læge tager stilling og sætter en behandling i gang. Det bør derfor fremgå tydeligt af kvalitetsstandarden, at akutsygeplejen skal tage hensyn til, at forskellige fagligheder har forskellige kompetencer og forskellige behov for assistance. Se også bemærkningerne til afsnit 4.2.

4. Indsatser	-	Kvalitetsstandarden nævner flere steder ”forværring af kendt sygdom”. Men ofte er det en forandret tilstand, der gør, at akutsygeplejen involveres, uden at man ved, hvad forandringen skyldes. Det bliver akutsygeplejens opgave i samråd med lægen at finde frem til, hvad forandringen skyldes.
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	I beskrivelsen af de tre indsatsniveauer af akutsygepleje (afsnit 4.2.1, 4.2.2 og 4.2.3) er ”Indsatser uden direkte borgerkontakt” beskrevet først. I kombination med akutstandardens hyppige formulering om, at akutsygeplejens opgave er at levere sparring og rådgivning til den kommunale sygepleje, kan det signalere, at indsatser uden borgerkontakt skal være akutsygeplejens førstevalg. Vi foreslår, at rækkefølgen ændres, så afsnit 4.2.1 står sidst. Det er kommunens klare erfaring, at akutsygeplejens borgerkontakt er udslagsgivende. De kommunale medarbejdere, der især har brug for akutsygeplejen, er ikke sygeplejersker, men SSA, SSH og ufaglærte. Disse medarbejdergrupper har svært ved at gøre brug af telefonrådgivning og omsætte det til faglige tiltag. De har i høj grad gavn af den fælles refleksion, vejledning, oplæring, som foregår, når akutsygeplejen står sammen med dem ved borgerens seng.
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Der står ikke så meget om organisatoriske kompetencer. Akutsygeplejen får en stor opgave i at samarbejde i mellemrummet mellem sektorer. Det kræver stærke organisatoriske kompetencer, og de skal vedligeholdes, når der sker ændringer i de forskellige organisationer.

6. Organisering	-	Det kan med fordel beskrives tydeligere, at lokale arbejdsgange/samarbejdsaftaler skal indgås i tæt samarbejde med de involverede samarbejdspartnere.
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Høringssvar fra Lolland Kommune

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	Kvalitetsstandarderne og vejledningen vurderes at kunne styrke en fælles ramme for den kommunale sygepleje. For en entydig implementering er der dog behov for præcisering af målgruppen, udstyr, behandlingsansvar og samarbejdet mellem kommunale og regionale aktører.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	Det bør præciseres, hvordan ansvaret for sygepleje og lægeordinerede behandlingsopgaver fordeles for borgere på regionalt drevne botilbud. Særligt bør det fremgå, hvornår opgaver varetages af botilbuddets egne sundhedsfaglige medarbejdere, og hvornår de henhører under den kommunale sygepleje efter sundhedslovens § 138. En konkret beskrivelse af snitfladen mellem den regionale driftsherre, kommunen og botilbuddet vil forebygge uklarhed om opgavevaretagelsen.
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	Begrebet »nødvendigt udstyr« bør præciseres. Det efterspørges, hvilket udstyr kommunerne som minimum forventes at have til rådighed, og hvilket udstyr der forudsættes stillet til rådighed gennem samarbejdet med regionen. Det anbefales at beskrive vejledende udstyrskategorier og principper for anskaffelse, finansiering, tilgængelighed, vedligeholdelse og ansvar, særligt når en behandling ordineres regionalt, men udføres kommunalt.

6. Samarbejde	-	Det anbefales at supplere vejledningen med praksisnære beskrivelser af samarbejdet mellem social- og sundhedsassistenter, kommunale sygeplejersker, regional akutsygepleje, praktiserende læger og sygehuslæger. Beskrivelserne bør understøtte klare kontaktveje og ansvar ved overdragelse og ændringer i borgerens tilstand.
	6.1. Rådgivning	Det bør tydeliggøres, hvem kommunale medarbejdere kan søge sundhedsfaglig rådgivning hos i de forskellige borgerforløb, herunder ved ændringer i tilstanden og uden for almindelig dagtid.
	6.2. Behandlingsansvar	Der efterspørges en tydeligere national beskrivelse af snitfladerne mellem den kommunale og regionale sygepleje og den behandlingsansvarlige læge. Følgende bør afklares: • Hvem har ansvaret for den indledende sundhedsfaglige vurdering, og hvornår kontaktes kommunal sygepleje, regional akutsygepleje eller læge? • Hvordan afgrænses social- og sundhedsassistenters og sygeplejerskers opgaver, herunder delegation, instruktion og faglig opfølgning? • Hvordan sikres entydig placering af det lægelige behandlingsansvar, når flere behandlere eller sektorer indgår? • Hvem har ansvar for dokumentation, overdragelse og opfølgning på behandlingsopgaver? • Hvilke samarbejds- og kontaktveje gælder ved ændringer i borgerens tilstand, også uden for dagtid? En sådan præcisering vil kunne understøtte patientsikkerheden og reducere risikoen for dobbeltfunktioner eller opgaver, som ikke varetages.
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Det vurderes positivt, at der fastlægges en fælles national ramme for kommunal sygepleje og basal palliation med fokus på sammenhæng og ensartet kvalitet. Der savnes dog på en række punkter konkretisering af organisatoriske og sundhedsfaglige snitflader, således at det bliver tydeligt, hvem der skal iværksætte, udføre og følge op på behandlingsopgaver.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	Målgruppen beskrives som borgere med ophold i kommunen uanset boform. Det bør præciseres, hvordan denne afgrænsning anvendes ved regionalt drevne botilbud, og hvordan behandlings- og udførelsesansvar fordeles mellem den kommunale sygepleje, den regionale driftsherre og botilbuddets egne medarbejdere. Der efterspørges konkrete eksempler på, hvornår en indsats er en kommunal sygeplejeopgave efter § 138, og hvornår den skal varetages i botilbuddets eget regi.
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	

	3.7. Udstyr	Standarden stiller krav om adgang til nødvendigt udstyr, men begrebet er bredt og åbent for fortolkning. Det bør tydeliggøres, hvilket udstyr der forventes at indgå i kommunernes basale beredskab, og hvilke typer udstyr der forudsætter levering eller aftale med regionale aktører. Der bør desuden angives principper for ansvar, finansiering og vedligeholdelse, især ved regionalt iværksatte eller ordinerede behandlinger, som gennemføres i den kommunale sygepleje.
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Det bør præciseres, hvordan de konkrete snitflader mellem kommune, regional akutsygepleje, almenmedicinske tilbud og øvrige behandlingsansvarlige aktører tænkes organiseret. Særligt er der behov for klare aftaler om vurdering, delegation, lægeligt behandlingsansvar, dokumentation, opfølgning og kontaktveje i det enkelte borgerforløb. Der findes allerede en national vejledning og en vejledende kontraktskabelon for horisontale samarbejdsaftaler. Det efterspørges, hvordan disse rammer konkret skal anvendes ved implementeringen af kvalitetsstandarderne. Det foreslås, at der henvises direkte til de eksisterende aftalerammer og eventuelt udarbejdes supplerende skabeloner eller bilag om sundhedsfaglig opgavefordeling, kompetencekrav, rådgivning, informationsudveksling og patientsikkerhed. Forskellen mellem formelle horisontale samarbejdsaftaler og de praktiske faglige samarbejds- og arbejdsgangsaftaler bør samtidig tydeliggøres. Praksisnære eksempler vil understøtte implementeringen.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	

	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	

	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Snitfladen mellem regional akutsygepleje, kommunal sygepleje, kommunale social- og sundhedsassistenter og behandlingsansvarlige læger bør beskrives tydeligere. Det bør fremgå, hvem der foretager den indledende vurdering, hvilke opgaver der kan varetages eller overdrages mellem aktørerne, og hvem der har ansvaret for behandling, dokumentation og opfølgning. Der efterspørges desuden klare kontakt- og rådgivningsveje, herunder ved ændringer i borgerens tilstand uden for almindelig dagtid.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv. akutsygepleje

Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Akutafdelingen MVH støtter, at akutsygeplejen samles under regionalt myndighedsansvar med ambitionen om en robust og døgndækket funktion i hele landet. Udkastet til kvalitetsstandard giver en klar organisatorisk ramme. Det er dog ikke anvendeligt som kvalitetsstandard. Kravene til visitation, responstid, varighed, opgaver og kompetencer er formuleret så åbent, at de ikke kan omsættes ensartet. Der kan derfor ikke føres myndighedstilsyn med dem. Det risikerer at undergrave reformens formål om at ensarte kvalitet på tværs af regioner og sundhedsråd. Vores bemærkninger følger nedenfor, og hvert punkt afsluttes med et konkret ændringsforslag.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	<u>Visitation</u>: Udkastet fastslår, at regionerne har myndighedsansvaret og dermed ansvaret for

		visitationen (afsnit 4.1). Samtidig kan regionerne via horisontale samarbejdsaftaler lade kommunerne varetage hele eller dele af driften (afsnit 1.3.2 og 6.1). Det fremgår ikke, om visitationen er en del af den drift, der kan overlades til kommunen, eller om den altid skal ligge hos regionen. 2023-standarden indeholdt en eksplicit bestemmelse om, at kommuner kunne delegere visitationen til andre kommuner. En tilsvarende afklaring mangler i udkastet. Ændringsforslag: • Det præciseres, at visitationskompetencen er en regional opgave. • Det præciseres, hvilken faggruppe og hvilket kompetenceniveau der foretager visitationen, og om den kan delegeres til den enkelte akutsygeplejerske. <u>Responstid:</u> Udkastet kræver, at indsatser kan iværksættes "inden for få timer" ved akutte behov og "inden for et døgn" ved subakutte behov. "Få timer" er ikke et krav, der kan måles, sammenlignes eller føres tilsyn med. Det vil give væsentlige forskelle mellem regioner og sundhedsråd og vil ofte tolkes lokalt ud fra aktuelle tilstande. Målgruppen er overvejende skrøbelige ældre med uspecifikke symptomer, hvor tilstanden kan ændre sig hurtigt. Skal akutsygeplejen være et reelt alternativ til indlæggelse, skal den henvisende læge og akutafdelingen kunne regne med en forudsigelig responstid. Ellers vil patienten i praksis blive indlagt for en sikkerheds skyld. Ændringsforslag: • Ved akutte behov: klinisk vurdering i borgerens hjem senest 1 time efter visitation, døgnet rundt og alle ugens dage. • Ved subakutte behov: fastholdelse af et konkret tidskrav. • Telefonisk kontakt til akutsygeplejen besvares med det samme døgnet rundt.

		• Responstiden registreres og indgår som obligatorisk kvalitetsindikator (jf. punkt 6).
	4.2. Typer af indsatser	<u>Varighed af indsatser:</u> Udkastet angiver, at tidsafgrænsede indsatsers "typisk ikke længere end få dage", men at de kan vare længere, hvis borgerens tilstand tilsiger det (afsnit 2.3 og 4.2.3). Der er hverken en øvre grænse eller et krav om revurdering. Det efterlader en uafklaret status for de længerevarende forløb. Når en borger modtager observation, pleje og behandling flere gange i døgnet over flere dage, ligner forløbet funktionelt en hjemmeindlæggelse. Det har betydning for behandlingsansvar, dokumentation og registrering. For Akutafdelingen er det særligt relevant ved opfølgning efter korte akutte indlæggelsesforløb: Det skal være entydigt, om patienten er udskrevet til primærsektoren, eller om forløbet er en forlængelse af sygehusets ansvar. Ændringsforslag: • Der fastsættes en normeret maksimal varighed (fx 96 timer, svarende til den udbredte model for 96 timers udvidet behandlingsansvar efter udskrivelse), hvorefter indsatsen skal revurderes sammen med den behandlingsansvarlige læge og forlængelsen begrundes og dokumenteres. • Det præciseres, at akutsygepleje er en indsats i det primære sundhedsvæsen, varetaget af regionen og ikke en hjemmeindlæggelse – eller, hvis regionerne kan organisere den som udgående sygehusfunktion, hvilke krav der så gælder for behandlingsansvar og registrering. <u>Opgaver:</u> Udkastet beskriver indsatstyper (rådgivning, enkeltstående vurdering, tidsafgrænsede forløb), men ikke hvilke konkrete kliniske

		opgaver akutsygeplejen skal kunne varetage. De få eksempler – kapillær blodprøvetagning, mikrobiologisk prøvetagning, blærekateter, sonde, inhalationsbehandling og dræn – er ikke udtømmende og danner ikke et fælles minimumsniveau. Det er et tilbageskridt i forhold til [Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner (2023)](https://www.sst.dk/media/jkdfafe5/kvalitetsstandarder-for-kommunale-akutfunktioner_.pdf), som indeholdt en obligatorisk liste over instrumentelle indsatser, herunder IV-behandling, parenteral ernæring, subkutan og intramuskulær medicinadministration samt kateter- og sondeanlæggelse. IV-behandling nævnes slet ikke i høringsudkastet. Udkastet blander desuden kompetencer og opgaver. Kompetencelisten i kapitel 5 beskriver generiske kompetencer (klinisk vurdering, beslutningstagning, kommunikation), mens det er uklart, hvilke opgaver kompetencerne skal kunne bære. Det gør det umuligt for henvisende aktører at vide, hvad de kan forvente, og for regionen at dokumentere, at funktionen lever op til standarden. For Akutafdelingen betyder det, at vi ikke ved udskrivelse kan vide, om akutsygeplejen fx kan varetage intravenøs behandling, væsketerapi, iltbehandling eller observation med vitale parametre flere gange i døgnet eller om det er en kommunal sygeplejeopgave. Ændringsforslag: • Kvalitetsstandarden indeholder en national minimumsliste over kliniske opgaver, som akutsygeplejen i alle regioner skal kunne varetage døgnet rundt – fx intravenøs medicin- og væskebehandling, anlæggelse og pleje af perifer venekateter, blodprøvetagning (kapillær og venøs), point-of-care-analyser, iltbehandling, systematisk monitorering af vitale parametre, kateter- og sondeanlæggelse samt sårpleje ved komplekse sår.

		• Kompetencekravene i kapitel 5 kobles direkte til opgavelisten, så det er tydeligt, hvilke kompetencer der kræves til hvilke opgaver. • Der stilles krav om en fælles struktureret vurderingsmetode med early warning-score, så det kliniske sprog er ens mellem akutsygepleje, akutafdeling og præhospital indsats. <u>4.2.3 Flere kontakter:</u> Dette kan anses som problematisk, da det reelt betyder at borgeren får flere kontakter, at flere forskellige kommer for at udføre opgaver i hjemmet, ligeledes er det modstridende i forhold til hvad der beskrives som intension s. 20, punkt 6.3.1.
	4.3. Udstyr og medicin	<u>4.3 Medicin:</u> Hvor skal dette medicin tages fra? Fra SOP- det påvirker jo deres beholdning- skaber afhængighed. Hvis ikke, hvor skal det så komme fra? <u>4.3 Adgang relevante systemer:</u> Mangler beskrivelse af hvilke systemer der skal anvendes- hvem skal denne videokonsultation gå til.
5. Kompetencer	-	<u>Kompetencer:</u> Kompetencebeskrivelsen i Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner (2023) var mere anvendelig end høringsudkastets. Det skyldes ikke højere kompetencekrav – 2023-standarden stillede bevidst krav til kompetencer frem for uddannelsesmæssig baggrund – men at kompetencerne var koblet til: • en obligatorisk liste over indsatser og udstyr, så det var tydeligt, hvad kompetencerne skulle bære • konkrete kliniske situationer, fx akutte smerter, infektioner, akut nedsat funktionsniveau og pludselig opstået konfusion og delir

		• et krav om lokale instrukser eller funktionsbeskrivelser for personalets funktioner • en anbefaling om, at indsatser med lille patientgrundlag forankres hos få personer med de rette færdigheder Høringsudkastets kompetenceliste er generisk og kunne gælde for de fleste sygeplejefunktioner, herunder kommunal sygepleje, selv om begrebet kommunal sygepleje ikke er defineret eller afgrænset. Samtidig flytter udkastet ansvaret til en ny myndighed og en ny organisation, hvor der netop er brug for et fælles og præcist kompetencegrundlag. Udkastet åbner desuden for, at social- og sundhedsassistenter "undtagelsesvist" kan varetage afgrænsede indsatser, uden at det er defineret, hvilke indsatser og på hvilket kompetencegrundlag. Som akutafdeling ser vi, at kvaliteten af den kliniske vurdering i hjemmet er afgørende for, om patienten indlægges unødigt eller for sent. Det stiller krav til et kompetenceniveau, der svarer til vurdering af akutte patienter i en akutmodtagelse foretaget af akutsygeplejersker med en specialuddannelse i akutsygepleje. Ændringsforslag: • Kompetencebeskrivelsen fastholder mindst 2023-standardens konkretiseringsniveau og kobles til en obligatorisk opgaveliste (jf. punkt 4). • Der fastsættes et nationalt minimumskrav til kompetenceniveau for sygeplejersker i akutsygeplejen, fx klinisk erfaring med akutte patienter og efteruddannelse i akutsygepleje – eller en national kompetenceprofil, som regionerne skal dokumentere opfyldelsen af. • Det præciseres, hvilke afgrænsede indsatser social- og sundhedsassistenter kan varetage, og at sygeplejersker altid varetager den kliniske vurdering af akutte tilstande.

		• Der stilles krav om strukturerede ordninger for kompetencevedligeholdelse i samarbejde med akutafdelinger, fx rotation, fælles simulationstræning og tilbagemelding på forløb eller en fælles kompetencemodel i det enkelte sundhedsråd.
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	6.3, side 19: Problematisk at akutsygeplejerske skal henvende sig til vagtlæge- men SOP skal henvende sig til læge sygehuset, samtidig med at det beskrives tidligere i dokumentet at akutsygeplejersken skal bistå/ ”støtte” personalet på SOP. 6.3.2, side 20: Obs ansvarsforhold og behandlingsansvar- dette kan i praksis blive meget vanskelige. 6.3.2, side 20: I forlængelse af teksten på s. 15 rejser sig følgende spørgsmål; Ved forværring hos borger, kan akutsygeplejen visitere til SOP i stedet for fysisk indlæggelse? 6.3.3, side 21: Problematisk at it-understøttelse ikke er på plads.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	
Krav der kan føres myndighedstilsyn med		<u>Krav der kan føres myndighedstilsyn med</u> Udkastet skal ifølge afsnit 1.2 læses som nationale bindende kvalitetskrav, men kravene er ikke samlet og stort set ikke målbare. Formuleringer som "få timer", "tilstrækkeligt omfang", "bred geografisk tilstedeværelse", ”undtagelsesvis” og "relevante indikatorer" kan hverken auditeres eller danne grundlag for tilsyn. Kapitel 7 nævner datadrevet

		kvalitetsudvikling, men definerer ingen indikatorer. Uden målbare krav kan hverken Sundhedsstyrelsen, regionsrådene eller sundhedsrådene dokumentere, om reformens formål om ensartet kvalitet nås. Det vil heller ikke være muligt at evaluere effekten af opgaveflytningen, fordi der ikke etableres en baseline fra 1. januar 2027. Ændringsforslag: • Bindende krav samles og opsummeres i starten af hvert kapitel, som i 2023-standarden og i de parallelle kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje. • Der fastsættes et nationalt minimumssæt af obligatoriske indikatorer, fx: o responstid fra visitation til klinisk vurdering (akut og subakut) o andel henvendelser besvaret straks døgnet rundt o forløbsvarighed og andel forløb over normeret varighed o indlæggelse inden for 96 timer og 30 dage efter forløb o andel visiterede forløb pr. henvisningskilde, herunder fra akutafdelinger o utilsigtede hændelser i overgange mellem akutsygepleje, akutafdeling og præhospital indsats o dokumenteret kompetenceniveau i bemandingen døgnet rundt • Indikatorerne registreres fra 1. januar 2027, så der etableres en baseline. • Kravene formuleres, så de kan indgå i Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn og i regionsrådenes opfølgning på sundhedsrådene.

Afsluttende bemærkning		Akutafdelingen ser akutsygeplejen som en afgørende del af en sammenhængende akut sundhedsindsats. Den kan forebygge unødige indlæggelser og muliggøre tidligere og sikrere udskrivelse fra akutmodtagelsen. Det forudsætter, at akutafdelinger, almen praksis og præhospital indsats kan regne med en funktion med kendt indhold, kendt responstid og kendt kompetenceniveau – i hele landet og hele døgnet. Vi anbefaler derfor, at kvalitetsstandarden skærpes på punkter ovenfor, så den bliver et redskab, der kan styres, måles og føres tilsyn med. Akutafdelingen bidrager gerne med klinisk viden og erfaring fra akutmodtagelsen i det videre arbejde, herunder med kompetenceudvikling og fælles træning på tværs af akutsygepleje og akutafdeling.

Høringssvar fra Mikael Skytte, palliations-sygeplejerske, Holbæk Kommune

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	Meget fin beskrivelse af målgruppen for borgere med palliative behov.
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Her kan også tilføjes, *at sygeplejen skal initiere/ henvise til palliativ rehabilitering*. Rehabilitering hvor målsætning er at øge borgeres funktionsevne er udbredt i kommunerne i dag. Den palliative rehabilitering handler mere om at bevare funktionsevne længst muligt. Det er velkendt, at den palliative rehabilitering kan give utrolig meget livskvalitet. Denne kvalitetsstandard retter sig mod sygeplejen, så her kan ikke generelt stå at der skal være tilbud om palliativ rehabilitering i kommunerne som en del af den basale palliation. Men hvis vi skriver, at sygeplejen skal henvise til denne type rehabilitering også, kan det

		medvirke til at fremme den palliative rehabilitering.
	3.5. Basal palliation	Det bør stå som et krav, *at der løbende skal gennemføres FPB samtale*. Det er godt det er fremhævet som en skalopgave i den beskrivende tekst, men bør altså også stå som et krav. Denne samtale betyder virkelig meget for at få afklaret borges ønsker og sundhedsvæsenets opgave. Kan være med til at sikre borgers ønsker opfyldes og forebygge unødvendige indlæggelser/unødvendig behandling. Den kommunale sygepleje har i borgers eget hjem mulighed for at skabe en tillidsfuld atmosfære, som giver god grobund for samtalen. Ift behandlingsniveau skal lægefaglig vurdering med ind over, men ift al pleje er det sygeplejen, som kan være med til at definere det sammen med borger.
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Det er en vigtig rolle som her beskrevet, at medarbejdere med særlig fagområdespecifikke kompetencer har en vigtig rolle i at understøtte kompetenceudvikling og vidensdeling. Det er dog meget vagt beskrevet, at der skal være kompetencer tilstede på enhedsniveau. Det kan tolkes meget bredt. Det bør være en anbefaling hvor mange medarbejder med fagområdespecifik viden om palliation der skal være i en kommune i forhold til antallet af indbygger i kommunen. Derudover også en anbefaling om nøglepersoner i hver driftsenhed,
	4.2. Basale palliative kompetencer	Det er godt der står, at alle medarbejdere i den kommunale sygepleje skal have grundlæggende viden og kompetencer

		indenfor palliativ pleje, omsorg og behandling. Det skal ikke overlades til den enkelte sygeplejerske i de små teams alene. Her kan medarbejdere med fagområdespecifikke kompetencer spille en vigtig rolle som beskrevet i 4.1 Medarbejdere med særlige palliative kompetencer bør anbefales at kunne arbejde både med borgerforløb, kompetenceudvikling og udvikle de palliative indsatser i kommunen generelt.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	Her kan tilføjes, at særlige kurser til kompetenceudvikling *f.x kan være egentlige nøglepersonsuddannelser.* Det er vigtigt med mere dybdegående viden hos centrale nøglepersoner i de enkelte driftenheder.
5. Organisering og samarbejde	-	Anbefalingen om at etablere organisatoriske rammer, der understøtter struktureret vidensdeling og omsætning af ny viden i praksis, bør stå som et krav.
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	
7. Kvalitetsudvikling	-	

	7.1. Kvalitetsudvikling	

Dato: 23. oktober 2026
Navn: Vibeke Just Andersen
Tlf: 24 52 84 85
E-mail: viand@viborg.dk

Høringssvar fra de 19 midtjyske kommuner til Kvalitetsstandarder for regional akutsygepleje, Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation samt Vejledning om kommunal sygepleje

De 19 midtjyske kommuner takker for muligheden for at afgive høringssvar til **Kvalitetsstandarder for regional akutsygepleje, Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation samt Vejledning om kommunal sygepleje**.

De midtjyske kommuner ser overordnet positivt på intentionerne i høringsmaterialet og bakker op om ambitionen om høj og ensartet faglig kvalitet, sammenhængende borger- og patientforløb samt et tæt og velfungerende samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet.

De tre dokumenter bør ses i tæt sammenhæng. Overdragelsen af akutsygeplejen til regionerne, samtidig med at den øvrige sygepleje forbliver kommunal, skærper behovet for klare ansvarsforhold, tydelige samarbejdsflader og et velfungerende tværsektorielt samarbejde. De nationale rammer bør skabe klarhed om ansvar, opgaver og kontaktveje og samtidig give mulighed for lokal tilrettelæggelse og samarbejdsaftaler, der tager højde for forskellige kommunale organiseringer og borgernes konkrete behov.

På tværs af de tre dokumenter peger de midtjyske kommuner særligt på behovet for:

- **tydelige målgrupper, samarbejdsflader og ansvarsforhold** mellem kommunal sygepleje, regional akutsygepleje, almen praksis, sygehuse og øvrige relevante aktører,
- **ensartet og præcis begrebsanvendelse**, herunder en tydelig anvendelse af begreber som henvisning, henvendelse og visitation samt sygeplejefaglig vurdering og udredning,
- **klare rammer for overgange, koordinering og behandlingsansvar**, så parallelle forløb, uklar ansvarsplacering og brud i sammenhængen forebygges,
- **rettidig og sikker informationsdeling**, så relevante oplysninger kan følge borgerens forløb på tværs af sektorer uden unødig dobbeltregistrering,

- **balance mellem nationale rammer og lokal fleksibilitet**, så standarderne understøtter ensartet kvalitet uden at skabe unødig rigiditet i den konkrete opgaveløsning, og
- **opmærksomhed på implementeringsmæssige og økonomiske konsekvenser**, herunder nye krav til kompetencer, dokumentation, monitorering, digitale løsninger og udstyr samt risikoen for utilsigtet opgave- og udgiftsglidning.

De midtjyske kommuner støtter desuden et styrket fokus på basal palliation. Det er væsentligt, at palliation ses som en integreret del af den kommunale sygepleje, og at eventuelle nye krav på området ledsages af de nødvendige rammer for implementering, kompetenceudvikling og ressourcer.

Samlet vurderer de midtjyske kommuner, at høringsmaterialet rummer væsentlige og positive faglige ambitioner. De konkrete bemærkninger og forslag til præciseringer skal bidrage til, at de endelige kvalitetsstandarder og vejledningen bliver så tydelige, sammenhængende og anvendelige som muligt og dermed udgør et robust grundlag for implementeringen og for samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje.

De konkrete bemærkninger og forslag til præciseringer fremgår af det vedlagte høringssvar.

På vegne af de 19 midtjyske kommuner

Den Kommunale Styregruppe på Sundhedsområdet (KOSU)

De 19 midtjyske kommuner: Favrskov Kommune, Hedensted Kommune, Herning Kommune, Holstebro Kommune, Horsens Kommune, Ikast-Brande Kommune, Lemvig Kommune, Norddjurs Kommune, Odder Kommune, Randers Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune, Samsø Kommune, Silkeborg Kommune, Skanderborg Kommune, Skive Kommune, Struer Kommune, Syddjurs Kommune, Viborg Kommune og Aarhus Kommune.

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	**Generelt** De 19 midtjyske kommuner ser overordnet positivt på vejledningen og den tilhørende kvalitetsstandard for kommunal sygepleje og basal palliation, herunder den mere konkrete beskrivelse af den kommunale sygeplejes ansvarsområder. Særligt positivt er fokus på en fagligt stærk, tilgængelig og sammenhængende kommunal sygepleje med vægt på en fleksibel og borgernær opgaveløsning, pleje, rehabilitering, forebyggelse, klinisk lederskab og tværfaglig koordinering. Hertil kommer fleksible leveringsformer (eget hjem, digital, klinik), mulighed for tildeling uden lægehenvisning samt styrkelse af udviklings- og forskningsarbejdet på det kommunale sygeplejeområde. Kvalitetsstandarderne tager overordnet udgangspunkt i at understøtte en fleksibel og borgernær opgaveløsning med afsæt i borgerens situation. Når akutsygeplejen bliver regional, mens den øvrige sygepleje fortsat er kommunal, stiller det store krav til et tæt og velfungerende samarbejde på tværs af sektorgrænser. Ved gennemlæsning af kvalitetsstandarderne kan der flere steder opstå tvivl om ansvar og sektorgrænser, særligt i situationer hvor borgerens tilstand forværres. Omvendt kan meget detaljerede beskrivelser af ansvar og arbejdsgange skabe en uhensigtsmæssig rigiditet i den daglige opgaveløsning. Derfor er det vigtigt med en balance herimellem. Når kvalitetsstandarderne skal omsættes – er det afgørende med en fælles lokal og operationel forståelse af snitfladerne mellem kommunal sygepleje og regional akutsygepleje. En sådan forståelse skal både understøtte tydelige ansvarsforhold og samtidig give mulighed for en fleksibel tilrettelæggelse af indsatsen ud fra borgerens konkrete behov.

	<u>Omfang og gentagelser:</u> Der er mange gentagelser mellem vejledningen og kvalitetsstandarderne. Materialet kan med fordel forkortes og strammes op, så det bliver lettere at anvende i praksis. **<u>Entydig og ensartet begrebsanvendelse:</u>** Begreberne *henvisning, henvendelse og visitation* bør defineres og anvendes entydigt. Det bør navnlig fremgå, at en henvendelse eller henvisning til kommunal sygepleje ikke i sig selv indebærer visitation eller tildeling af en indsats, samt hvad henvendelser fra akutsygeplejen, borgere eller pårørende forventes at føre til. Samtidig bør terminologien ensrettes på tværs af vejledning og kvalitetsstandarder. Det gælder bl.a. brugen af *sygeplejefaglig udredning* og *sygeplejefaglig vurdering*. Det bør afklares, om der er en tilsigtet faglig forskel mellem begreberne, og ellers bør terminologien ensrettes. Tilsvarende bør betegnelser for kommunale tilbud være konsistente med det øvrige materiale. **Forslag:** Præcisér og ensret begreberne på tværs af dokumenterne, herunder formålet med de forskellige kontaktformer, kontaktveje og ansvaret for opfølgning. Tydeliggør samtidig, hvordan behovet for kommunal sygepleje vurderes, og hvordan en indsats etableres for borgere, der ikke allerede modtager kommunal sygepleje. Anvend desuden betegnelsen *kommunale midlertidige ophold*, hvor det er det, der menes. **<u>Dokumentation, monitorering og informationsdeling:</u>** Nye krav bør ikke skabe dobbeltregistrering. Fælles arbejdsgange og digitale løsninger er en forudsætning for rettidig adgang til oplysninger og sammenhængende forløb. **Forslag:** Basér monitorering på allerede registrerede data, afstem krav på tværs af dokumenterne, og angiv ansvar for informationsdeling og digitale forudsætninger. **<u>Lokale samarbejdsaftaler:</u>** Det er positivt, at kvalitetsstandarderne giver mulighed for lokal konkretisering af samarbejde og arbejdsgange. Det er imidlertid uklart, hvem der har ansvar for at udforme, beslutte og implementere de lokale samarbejdsaftaler. **Forslag:** Tydeliggør ansvar og beslutningskompetence for de lokale samarbejdsaftaler, og præcisér, at aftaler og arbejdsgange, der berører kommunale indsatser, skal udvikles og aftales i fællesskab mellem region og kommuner.

	<u>Specifikt for vejledningen:</u> **<u>Organisatorisk logik</u>** Vejledningen har et stærkt organisatorisk fokus på styring, opgavefordeling, ansvar, instrukser og kompetencer. **Forslag:** Vejledningens organisatoriske fokus bør suppleres med en bredere forståelse af kompleksitet. Kompleksitet i kommunal sygepleje udspringer ikke alene af organisering og opgavefordeling, men også af borgerens sygdom, alder, sociale forhold og samlede livssituation.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	Det fremgår af afsnittet, at kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri sygepleje efter lægehenvisning, og at kommunen på baggrund af en lægehenvisning visiterer borgeren til sygepleje samt tilrettelægger de sygeplejefaglige indsatser. Det anbefales, at formuleringen i afsnittet afstemmes med formuleringerne i Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation samt Kvalitetsstandarder for akutsygepleje. Det er vigtigt, at der er en tydelig og sammenhængende beskrivelse af henvisning, tildeling, visitation og tilrettelæggelse af indsatser på tværs af de tre dokumenter. Særligt bør det fremgå klart, hvordan ansvarsfordelingen mellem kommunen, den kommunale sygepleje og akutsygeplejen er, herunder hvem der har ansvar for at vurdere og tildele den relevante indsats, når en borger henvises til eller modtager akutsygepleje. En sådan afstemning vil understøtte en entydig praksis og mindske risikoen for uklarhed om ansvar og opgavefordeling i borgerforløbene.
	4.2 Kompetencer	

5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	**<u>Vedr. særskilt fokus på palliation</u>** Det er positivt med øget fokus på palliation, men palliation bør beskrives som en integreret del af den kommunale sygepleje frem for som et særskilt område jf. overskriften. Samtidig bør fremhævelsen af palliation balanceres, så andre centrale og patientsikkerhedsmæssigt væsentlige sygeplejeindsatser som f.eks. medicinhåndtering og sårbehandling fortsat får tilstrækkelig opmærksomhed. **<u>Afgrænsning, kompleksitet og grundlæggende sygepleje:</u>** Begreber som grundlæggende og fagområdespecifik sygepleje, kompleksitet samt hyppigt og mindre hyppigt forekommende indsatser bør præciseres. Hyppighed er ikke i sig selv udtryk for kompleksitet, klinisk risiko eller kompetencebehov. En mindre hyppigt forekommende indsats kan være relativt ukompliceret, men kan også være kompleks og indebære betydelig risiko for borgeren. Det afgørende bør derfor ikke alene være, hvor ofte en indsats forekommer, men om den kommunale sygepleje har adgang til de nødvendige kompetencer til at varetage indsatsen fagligt forsvarligt. Der bør desuden være opmærksomhed på, at en del af den grundlæggende sygepleje varetages af andre faggrupper end sygeplejersker, mens sygeplejersker også udfører mere specialiserede indsatser. **Forslag:** Definér og afgræns de centrale begreber tydeligere, herunder sondringen mellem grundlæggende og fagområdespecifik sygeplejes samt forskellen mellem kompleksitet i kommunal sygepleje og den akutte kompleksitet, der begrunder regional

	akutsygepleje. Begrebsafgræsningen bør afspejle, at kommunal sygepleje rummer både grundlæggende og specialiserede indsatser, som kan varetages af forskellige faggrupper. Læg større vægt på klinisk risiko og nødvendige kompetencer frem for opgavehyppighed. Det bør desuden tydeliggøres, hvordan sygepleje indgår i helhedsplejen, så sammenhængen i borgerens forløb og kvalitetsstandardernes intention fremstår klar. **Begrebsafklaring ift. de kommunale midlertidige ophold** I begge kvalitetstandarder (hhv. kommunal sygepleje og regional akutsygepleje) anvendes betegnelsen ”aflastnings- og ventepladser” om de kommunale midlertidige ophold. Betegnelsen er ikke anvendt i Kvalitetstandard for Sundheds- og Omsorgspladser. Her fremgår at ”kommunen kan fortsat tilbyde midlertidigt ophold og aflastning…”(s 16). **Forslag:** Der anvendes samme betegnelse f.eks. "kommunale midlertidige ophold".	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	**<u>Sygepleje som en del af helhedsplejen:</u>** Fremstillingen er uklar ift. hvad der sygepleje efter sundhedsloven og indsatser efter ældreloven og serviceloven. Det skal fortsat fremgå, at kommunal sygepleje har selvstændige sundhedsfaglige opgaver og ansvar. **Forslag**: Præcisér, hvilke dele af sygeplejen der kan indgå i helhedsplejen, og indarbejd servicelovens betydning på lige fod med ældreloven, hvor det er relevant, så det fremgår klart, hvordan kommunal sygepleje indgår i den samlede kommunale opgavevaretagelse. Her vil en eventuel sondring mellem ”grundlæggende sygepleje” og ”fagområdespecifik sygepleje” eventuelt kunne komme i spil.
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	<u>Bemærkning til formulering s. 7:</u> *Ved en borgers samlede situation forstås borgerens samlede sundhedstilstand, […] Samspillet mellem disse forhold kan have betydning for borgerens sårbarhed og*

		behov for støtte og sygeplejefaglige indsatser. **Psykisk støtte:** Formuleringen om borgerens samlede situation og behov for støtte kan forstås sådan, at kommunal sygepleje generelt forventes at yde psykiske støttebesøg. Det bør præciseres, hvad der forstås ved støtte og sygeplejefaglige indsatser, så formuleringen ikke utilsigtet indebærer en udvidelse af kommunernes opgaver eller serviceniveau <u>Bemærkning til formulering s. 8:</u> *Målgruppen for kommunal sygepleje omfatter ikke borgere med umiddelbart livstruende tilstande, som kræver handling inden for minutter og som skal håndteres af den præhospitale indsats.* **Målgruppe og ansvar ved livstruende tilstande:** Det bør præciseres, hvilken rolle den kommunale sygepleje har, når en borger udvikler en umiddelbart livstruende tilstand. Selvom tilstanden skal håndteres af den præhospitale indsats, vil det i praksis ofte være hjemmeplejen, pårørende eller den kommunale sygepleje, der først bliver opmærksom på situationen. Det bør derfor tydeliggøres, hvordan den kommunale sygepleje forventes at handle, og hvordan ansvaret afgrænses i forhold til den præhospitale indsats.
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	**<u>Tilgængelighed og rettidighed:</u>** Det anbefales, at begreberne *tilgængelighed* og *rettidigt* præciseres, da de ellers kan skabe forventninger om indsatser ud over de planlagte indsatser.

		Det bør fremgå, at tilgængelighed skal ses i sammenhæng med kommunernes rammer og muligheder for at tilrettelægge sygeplejen, særligt efter overdragelsen af akutsygeplejen. Tilgængelighed bør forstås inden for rammerne af planlagte indsatser og i relation til kendte borgere, mens nye borgere opstartes løbende, men ikke akut. **<u>Revurdering:</u>** Det er uklart, hvor ofte eksempelvis borgens rehabiliteringspotentiale og palliative behov som minimum skal revurderes. **Forslag:** Det foreslås, at der angives fagligt meningsfulde kriterier for revurdering, fx ved ændringer i borgerens funktionsevne eller tilstand, frem for faste standardintervaller. **Manglende kildehenvisning:** På s. 11 mangler henvisning til kilde 21. Det gør det vanskeligt at vurderer det beskrevne omfang af hjemmemonitorering.
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	**<u>Henvisning, henvendelse, visitation og tildeling</u>**: Begreberne anvendes ikke tilstrækkeligt konsekvent. Det bør fremgå tydeligt, at en henvendelse fra fx akutsygeplejen, hospice, borger eller pårørende ikke er en visitation. Kommunen har myndigheds- og visitationsansvaret, og der skal være klarhed om behandlingsplan, delegation og nødvendige oplysninger. **Forslag:** Afstem begreberne på tværs af de tre dokumenter og præcisér, hvem der kan henvise eller henvende sig, hvem der visiterer, samt hvilket behandlingsgrundlag og hvilke oplysninger, der skal foreligge.

		Tekstnært forslag, s. 12: *Ledelsen er ansvarlig for at sikre dialog med den henvisende **læge** om alternativer, hvis ikke de fornødne kompetencer er til stede i kommunen til at kunne varetage dette…* **<u>Forventninger ved henvendelser til kommunal sygepleje:</u>** Det er uklart, hvilken betydning en henvendelse fra regional akutsygepleje har, og hvilken respons der forventes fra kommunen. Formuleringen på s. 11-12 kan forstås sådan, at akutsygeplejen via en henvendelse kan initiere visitation til kommunal sygepleje. Det er problematisk, da kommunen har visitationsansvaret og efter opgaveoverdragelsen ikke nødvendigvis har en døgnbemandet indgang eller et generelt akut eller subakut beredskab. Der er derfor behov for at skelne mellem henvendelser om kendte borgere, hvor der kan være behov for overdragelse, koordinering, rådgivning mv., og nye borgere, hvor henvendelsen skal ske via de relevante visitationskanaler og på det nødvendige behandlingsgrundlag. **Forslag:** Tydeliggør, at en henvendelse ikke i sig selv udgør visitation, og præcisér formålet med henvendelsen, kontaktveje, nødvendigt behandlingsgrundlag og dokumentation, forventet reaktionstid samt ansvar, indtil kommunen har visiteret og eventuelt etableret en indsats. Det bør samtidig fremgå, hvilken sygepleje der ønskes varetaget, hvad kommunen forventes at følge op på, og hvilke tilbagemeldinger der forventes. Skeln mellem kendte og ukendte borgere.
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	Se tidligere kommentar om behov for præcisering af begrebet "rettidigt".

	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Bemærkning til formulering s. 12: *Den kommunale sygepleje skal i et forløb have systematisk opmærksomhed på borgernes rehabiliteringsbehov- og potentiale*. Det ønskes præciseres hvor ofte og hvordan det forventes at kommunerne skal gennemgå borgernes rehabiliteringsbehov- og potentiale. Bemærkning til formulering s. 13: *Rehabiliterende indsatser er en samarbejdsproces mellem borger, eventuelle pårørende og professionelle, hvorfor eventuelle pårørende skal medtænkes aktivt*. Det bør præciseres, at aktiv inddragelse af pårørende forudsætter, at de har mulighed for og ønsker at deltage, og ikke indebærer en forventning om, at pårørende skal varetage opgaver i rehabiliteringsindsatsen. **Den bio-psyko-sociale model** Det bør ikke fastlægges, at en bestemt model skal anvendes i den kommunale sygepleje. Den bio-psyko-sociale model er ikke direkte sammenfaldende med de 12 sygeplejefaglige problemområder, som anvendes i sygeplejen. **Forslag:** Beskriv i stedet det faglige formål og hensynet til et helhedsorienteret syn på borgeren uden at stille krav om anvendelse af en bestemt model.
	3.5. Basal palliation	**Basal palliation:** Kommunerne støtter et styrket fokus på basal palliation, men nye systematiske krav til screening, validerede redskaber, PRO og samtaler om fremtidig pleje kræver implementeringsstøtte, kompetenceudvikling og ressourcer.

		Palliation bør samtidig fastholdes som en integreret del af sygeplejen uden at skygge for øvrige patientsikkerhedskritiske indsatser. **Forslag:** Udarbejd en national implementeringsramme, der afgrænser målgruppen, præciserer anvendelse og hyppighed af screening samt understøtter integration i eksisterende arbejdsgange. Finansiering og dokumentationskrav bør samtidig afklares.
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	**<u>Digitale besøg, hjemmemonitorering og nødvendigt udstyr</u>:** Omfanget af hjemmemonitorering og begrebet *nødvendigt udstyr* er uklart og kan medføre opgaveglidning og målgruppeudvidelse til borgere, som ikke i dag er i kommunalt regi. Nye krav kan samtidig medføre kommunale udgifter til implementering, drift og kompetenceudvikling. **Forslag:** Præcisér, hvilke digitale løsninger og hvilket udstyr kommunerne forventes at stille til rådighed, herunder sammenhængen til regionale telemedicinske løsninger. Afklar samtidig ansvaret for finansiering, drift, vedligeholdelse, instrukser og nødvendige kompetencer.
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	**<u>Borgernær sygepleje og faglig bæredygtighed:</u>** Det bør præciseres, hvordan kompetencer i borgernær sygepleje på enhedsniveau forventes at indgå. Kvalitetsstandarden fremhæver både kontinuitet i borgerens forløb og behovet for faglig bæredygtighed ved mindre hyppige eller specialiserede opgaver. Specialiserede kompetencer bør så vidt muligt bringes tæt på borgerens

		eksisterende forløb og de medarbejdere, der kender borgeren, gennem fx rådgivning, sparring og kompetenceunderstøttelse. Specialiserede funktioner kan dermed både være direkte borgernære og understøtte kompetenceudvikling tæt på praksis. Formuleringen på s. 16 om særlige målgrupper og fagområdespecifikke medarbejdere bør desuden præciseres i forhold til snitfladen til psykiatrien, herunder opgave- og ansvarsfordelingen. **Forslag:** Tydeliggør, hvordan kontinuitet og faglig bæredygtighed kan understøttes gennem en sammenhængende kompetencestruktur med grundlæggende, specialiserede og avancerede kliniske kompetencer tilpasset målgruppe og lokale behov.
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	**Kompetenceudvikling (s. 18):** Kravene til systematisk og løbende kompetenceudvikling indebærer en væsentlig styrkelse af kommunernes forpligtelser. Det vil kræve, at medarbejdere i højere grad frigøres fra driften til kompetenceudvikling og kan dermed medføre øgede kommunale udgifter. **Forslag:** Det bør tydeliggøres, hvordan de skærpede krav til kompetenceudvikling forventes implementeret og finansieret.
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	**<u>Kompetencer og forbeholdt virksomhedsområde:</u>** Der er forskellige kommunale vurderinger af, om sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde bør indgå i kvalitetsstandarden. Fælles er behovet for tydelige faglige og organisatoriske

		rammer, herunder afgrænsning af opgaver, lægelig understøttelse, kompetencer og patientsikkerhedsmæssige forudsætninger. Flere kommuner peger på, at en anbefaling om anvendelse kan skabe forventninger om opgavevaretagelse, før de nødvendige rammer er til stede, mens andre ser mulighed for, at området kan understøtte bedre anvendelse af sygeplejerskernes kompetencer og mere sammenhængende borgerforløb. **Forslag:** Præcisér rammer, opgavetyper, ansvar, lægelig understøttelse og patientsikkerhedsmæssige forudsætninger for anvendelse af det forbeholdte virksomhedsområde. **<u>Private leverandører:</u>** Der er behov for en tydeligere beskrivelse af rammerne for private leverandørers rolle i den kommunale sygepleje. Hvis visitation og tildeling ikke kan overdrages, kan det medføre dobbeltarbejde og uklarhed om ansvarsfordelingen, herunder situationer hvor kommunale sygeplejersker skal foretage udredning hos borgere, der modtager hjælp fra en privat leverandør. Der er samtidig usikkerhed om, hvorvidt private leverandører kan opretholde de nødvendige kompetencer til at varetage sjældne og komplekse instrumentelle sygeplejeindsatser som fx drænpleje, peritonealdialyse, IV-behandling og kompleks iltbehandling. **Forslag:** Præcisér myndighedsansvar, arbejdsgange og kompetencekrav ved anvendelse af private leverandører. Beskriv desuden sammenhængen til reglerne om frit valg og helhedspleje, herunder hvordan kvalitet, kompetencevedligeholdelse, patientsikkerhed og sammenhængende

		borgerforløb sikres på tværs af kommunale og private leverandører.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	**<u>Samarbejde med socialpsykiatrien:</u>** Der samarbejdes allerede mellem den kommunale sygepleje og socialpsykiatrien, men ikke nødvendigvis på grundlag af faste samarbejdsaftaler. Formuleringen kan derfor indebære nye forventninger til organisering og formalisering af samarbejdet. **Forslag:** Præcisér, hvilke forventninger der er til samarbejdets omfang og formaliseringsgrad.
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	**<u>Ansvars- og opgavefordeling mellem kommunal sygepleje og regional akutsygepleje:</u>** Der er behov for en tydeligere afgrænsning af ansvar og opgaver mellem kommunal sygepleje og regional akutsygepleje. Det gælder særligt, hvem der kan kontakte akutsygeplejen og få faglig sparring, hvem der beslutter den videre indsats, og hvordan eventuel uenighed håndteres. Det bør samtidig sikres, at akutsygeplejens rådgivning ikke i praksis medfører utilsigtet opgave- eller udgiftsglidning til kommunerne. Når borgeren allerede modtager kommunal sygepleje, bør kliniske vurderinger så vidt muligt ske i samarbejde med den kommunale sygepleje og bygge på dens kendskab til borgerens samlede forløb. Parallelle forløb og vurderinger bør undgås, og det skal være entydigt, hvem der har ansvaret for borgeren og den videre indsats. Ved overlevering fra akutsygeplejen bør det præciseres, hvem der vurderer, at borgerens tilstand gør det muligt at overgå til kommunal sygepleje, hvordan kommunen inddrages i vurderingen, og hvem der har ansvar for overlevering og

		nødvendig informationsdeling. Det bør desuden være tydeligt, hvem der varetager kontakten til den behandlingsansvarlige læge, samt hvordan behandlingsansvaret identificeres og dokumenteres. **Forslag:** Præcisér kontaktveje, beslutningskompetencer og ansvar for klinisk vurdering, lægelig kontakt, informationsdeling, overlevering og videre forløb. Beskriv samtidig adgangen til faglig sparring ved akut forværring eller nyopståede symptomer og de nødvendige rammer for sikker informationsudveksling.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	**National monitorering og dokumentation:** Kommunerne støtter dataunderstøttet kvalitetsudvikling og national monitorering. Nye dokumentations- og monitoreringskrav bør dog så vidt muligt baseres på allerede registrerede data og integreres i eksisterende arbejdsgange, så dokumentationsbyrden begrænses og står mål med den kvalitetsmæssige værdi.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	De 19 midtjyske kommuner ser overordnet positivt på kvalitetsstandarderne for den fremtidige regionale akutsygepleje. Det gælder særligt fokus på sammenhæng med den kommunale sygepleje og almenmedicinske tilbud, fastholdelse af den kommunale sygeplejes koordinerende funktion samt begrænsning af skift i behandlingsansvar og parallelle indsatser. Det er desuden positivt, at akutsygeplejen får direkte adgang til lægefaglig ekspertise og mulighed for hurtigt at iværksætte relevant behandling i borgerens hjem, herunder lindrende behandling.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	**Sammenhæng mellem kvalitetsstandarderne og lokal praksis** De 19 midtjyske kommuner anbefaler, at de nationale kvalitetsstandarder i størst muligt omfang fastlægger en tydelig fælles ramme for arbejdsdeling, kontaktveje og snitflader mellem den regionale akutsygepleje og de kommunale sundhedsindsatser. Formålet er at understøtte ensartet adgang til og sammenhæng i akutsygeplejen, uanset lokal organisering. Samtidig bør kvalitetsstandarderne give mulighed for lokale aftaler, der tager højde for forskelle i organiseringen af den kommunale sygepleje, helhedspleje og øvrige kommunale indsatser.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	**<u>Responstid:</u>** Formuleringen *"inden for få timer"* er for upræcis og kan skabe uklarhed om ansvar og handlemuligheder i ventetiden.

		Det kan medføre, at borgeren i stedet får behov for kontakt til kommunal sygepleje, lægevagt eller sygehus. **Forslag:** Fastlæg tydeligere forventninger til responstid, eventuelt differentieret efter borgerens behov og situation, og præcisér ansvaret i ventetiden.
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	**<u>Målgruppe og snitflader:</u>** Afgrænsningen mellem ikke-akut kommunal sygepleje og akut opstået sygdom eller forværring kan være vanskelig i praksis. Det er desuden uklart, hvordan det afgøres, om behovet hos borgere med samtidige somatiske og psykiske problemstillinger overvejende vedrører psykisk sygdom, og hvem der i så fald skal varetage indsatsen. **Forslag:** Præcisér målgruppen med praksisnære eksempler og tydeliggør vurderingsansvar, ansvar for indsatsen og kontaktveje ved samtidige somatiske og psykiske problemstillinger.
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	**<u>Adgang og kontaktveje:</u>** Adgangen til akutsygeplejen bør være enkel og uden unødige mellemled. Det er uklart, hvilke kommunale fagpersoner der kan kontakte akutsygeplejen. Det bør samtidig undgås, at kommunal sygepleje bliver en obligatorisk visitationssluse, eller at borgeren altid først skal vurderes af kommunal sygepleje, da det kan forsinke adgangen og begrænse den kapacitet, som akutsygeplejen skal tilføre.

		Forslag: Præcisér, hvilke sundhedsfaglige samarbejdspartnere der kan kontakte akutsygeplejen, herunder relevante fagpersoner på plejecentre, botilbud og andre kommunale tilbud, og tydeliggør ansvar og kontaktvej, når den medarbejder, der identificerer behovet, ikke selv kan foretage den nødvendige sygeplejefaglige vurdering. **<u>Rådgivning, sparring og opgaveportefølje:</u>** Akutsygeplejens rådgivnings- og sparringsfunktion samt konkrete opgaveportefølje fremstår ikke tydeligt nok. Det gælder også eventuel rådgivning om pladser og tilbud. **Forslag:** Beskriv opgaver, kompetencer og grænser tydeligere, herunder kendskab til kommunale og regionale tilbud, relevante lovgivningsmæssige rammer og forskellen på rådgivning, klinisk vurdering og konkret indsats. **<u>Telefonisk kontakt og skriftlig henvisning:</u>** Et generelt krav om, at telefonisk kontakt efterfølges af skriftlig henvisning, kan blive administrativt tungt og gøre adgangen mindre smidig. Eksemplet med kommune, akutsygepleje og behandlingsansvarlig læge opleves som cirkulært. **Forslag:** Forenkl arbejdsgangen og begræns krav om efterfølgende skriftlig henvisning til situationer, hvor det er nødvendigt for behandling, ansvar og dokumentation. **<u>Borgerens adgang til akutsygeplejen:</u>** Det er uklart, i hvilke situationer borgere selv kan kontakte akutsygeplejen direkte, og hvordan denne adgang spiller sammen med almen praksis, lægevagt, kommunal sygepleje og øvrige akutte tilbud.

		Forslag: Præcisér, hvilke borgere der kan kontakte akutsygeplejen direkte, i hvilke situationer og hvordan adgangen tilrettelægges i sammenhæng med øvrige akutte tilbud.
	4.2. Typer af indsatser	**<u>Overlevering til kommunal sygepleje:</u>** Det bør være tydeligt, hvem der har ansvar for at sikre overgangen til kommunal sygepleje, når borgeren fortsat har behov for sygepleje efter akutsygeplejens indsats. Det gælder særligt borgere, som ikke allerede modtager kommunal sygepleje. **Forslag:** Præcisér, hvem der vurderer behovet for kommunal sygepleje, etablerer kontakten til kommunen og har ansvaret for borgeren, indtil den kommunale indsats er iværksat. **<u>Akutsygeplejens opgaveportefølje:</u>** Der er behov for en tydeligere afgrænsning af, hvilke opgaver akutsygeplejen skal varetage, og hvordan disse afgrænses i forhold til den kommunale sygepleje. Det gælder særligt, hvor opgaverne ligger tæt op ad hinanden, eller hvor begge funktioner er involveret i borgerens forløb. **Forslag:** Præcisér akutsygeplejens opgaveportefølje og snitfladen til den kommunale sygepleje, samtidig med at der gives mulighed for at tage højde for forskelle i den lokale organisering. **<u>Henvisning, henvendelse og visitation til kommunal sygepleje:</u>** Det bør tydeliggøres, at en henvendelse eller henvisning til kommunal sygepleje ikke i sig selv indebærer visitation eller tildeling af en kommunal sygeplejeindsats. Det er samtidig uklart, hvad henvendelser fra akutsygeplejen, borgere eller pårørende forventes at føre

		til, herunder hvilken reaktion og handling der forventes af kommunen. **Forslag:** Præcisér begreberne henvisning, henvendelse, visitation og tildeling samt formålet med de forskellige kontaktformer, relevante kontaktveje og ansvaret for den videre opfølgning. Det bør samtidig tydeliggøres, hvordan behov for kommunal sygepleje vurderes, og hvordan en indsats etableres for borgere, der ikke allerede modtager kommunal sygepleje. Det bør fremgå klart, at en direkte henvendelse fra en borger eller pårørende ikke i sig selv kan føre til etablering af en kommunal sygeplejeindsats, men skal følge de gældende henvisnings- og visitationsveje. **<u>Opgaveglidning efter udskrivelse:</u>** Det bør præciseres, hvad der ligger i, at den regionale akutsygepleje kan have en funktion efter udskrivelse fra sygehus. De 19 midtjyske kommuner finder det vigtigt, at dette ikke medfører tidligere udskrivelse med afledte meropgaver for den kommunale sygepleje og øvrige kommunale indsatser. **Forslag:** Præcisér opgave- og ansvarsfordelingen efter udskrivelse. Hvis kvalitetsstandarden indebærer nye eller udvidede kommunale opgaver, bør de økonomiske konsekvenser afdækkes, og kommunerne kompenseres herfor.
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	**<u>Informationsdeling og adgang til relevante oplysninger</u>:** Det er positivt, at kvalitetsstandarderne stiller krav om adgang til nødvendige

		patientoplysninger. Det bør samtidig tydeliggøres, at akutsygeplejen skal have adgang til opdaterede og relevante oplysninger fra de kommunale journaler. Det er afgørende for patientsikkerheden, kontinuiteten i borgerforløbet og medarbejdernes arbejdsmiljø, da akutsygeplejersken kan møde borgeren i en akut situation med begrænset kendskab til det samlede forløb. Adgangen bør omfatte relevante oplysninger om bl.a. borgerens habituelle tilstand og funktionsevne, aktuelle og eksisterende indsatser, ændringer i tilstanden, smitte- og arbejdsmiljømæssige risici, behandlingsniveau og behandlingsplaner samt relevante handlingsanvisninger og tidligere erfaringer med konkrete procedurer. Også relevant korrespondance mellem praktiserende læge og kommunen kan indeholde aktuelle oplysninger, som ikke fremgår af de regionale journaler. Dette er særligt væsentligt for borgere, der ikke selv kan redegøre for deres tilstand og udviklingen frem mod den akutte situation. **Forslag:** Tydeliggør, hvilke relevante og opdaterede oplysninger akutsygeplejen skal have adgang til, samt ansvar og arbejdsgange for informationsdelingen. Informationsdelingen bør tænkes sammen med henvisning, vurdering og overlevering, så der sikres sammenhæng i borgerforløbet, og dobbeltregistrering og unødigt dobbeltarbejde begrænses. **<u>Ansvar, koordinering og patientsikkerhed:</u>** Samtidige regionale og kommunale indsatser kan medføre uklart ansvar, fragmentering, dobbelt dokumentation og risiko for brist i patientsikkerheden. Det er samtidig uklart, hvilke dokumentationsforpligtelser den

		kommunale sygepleje har i relation til akutsygeplejens indsatser, og hvornår kommunen skal kontakte henholdsvis akutsygeplejen og behandlingsansvarlig læge. For borgere, der allerede modtager kommunal sygepleje, bør kommunens eksisterende viden om borgeren inddrages relevant i forløbet. **Forslag:** Tydeliggør det samlede koordineringsansvar, ansvaret for de enkelte indsatser og kontaktvejene til akutsygeplejen og behandlingsansvarlig læge. Præcisér samtidig dokumentations- og informationsdelingsansvaret med henblik på at undgå unødig dobbeltdokumentation. Det bør desuden fremgå, hvordan ansvaret varetages for borgere, der ikke allerede modtager kommunal sygepleje.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Høringssvar fra PLO

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	

	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	På side 7 fremgår det, at det er i sundhedsrådene, at den lokale arbejdsdeling mv. mellem akutsygeplejen, relevante regionale tilbud, kommunale sundhedstilbud samt almen medicinske tilbud foregår. PLO forventer således, at PLO inviteres ind og indgår på lige fod med de øvrige parter i disse drøftelser.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Det fremgår af udkast til kvalitetsstandarderne, at ved henvisning til akutsygeplejen skal der foretages en telefonisk kontakt for at afklare, om borgeren er i målgruppen. Herefter er der et krav om en skriftlig henvisning indeholdende bl.a. behandlingsplan. PLO ønsker at problematisere dette, da det vil være et tidsforlængende og

		bureaukratisk krav, der ikke nødvendigvis skaber merværdi for patienten. PLO opfordrer derfor til, at dette udgår af de endelige kvalitetsstandarder.
	4.2. Typer af indsatser	
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	På side 21 fremgår, at det lokalt skal aftales hvem der har det lægelige behandlingsansvar og hvornår. Her forventer PLO, at PLO indgår i disse drøftelser på lige vilkår som de øvrige parter.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	

	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	”sygeplejefaglig” bør ændres til ”sundhedsfaglig”. Denne ændring er for Reddernes Fagforening af stor vigtighed, da vores medlemmer igennem eksisterende ordninger i det præhospitale setup, allerede i dag løser flere af de beskrevne opgaver igennem de akutte og subakutte enheder benævnt Præhospitale Visitationsenheder[1][2][3], og Præhospitale Vurderingsenheder[4][5]. Vi ser i fremtiden et øget samarbejde mellem det rent præhospitale, og akutsygeplejen, hvorfor en ufleksibel grænsedragning ikke er formålstjenstlig. Vi ser at der særligt ift. ”4.2.2. Enkeltstående indsatser med direkte borgerkontakt” kan ske en fleksibel anvendelse af ressourcerne på tværs af præhospital og akutsygepleje.
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	
	4.3. Udstyr og medicin	

[1] https://praehospitalsyd.dk/om-praehospital-syd/beredskabstyper/den-praehospitale-visitations-enhed-phv

[2] https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/sider/region-h%E2%80%99s-borgere-f%C3%A5r-gl%C3%A6de-af-tre-nye-akutbiler-og-%C3%B8get-akutberedskab.aspx

[3] https://app-rsjdxp-cms-prod-001.azurewebsites.net/media/qgxpwdzi/phc-aarsrapport-2021.pdf

[4] https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/api/NewESDHBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5Cepicms.rm.dk%5CCMS01-EXT%5CESDH%20Data%5CRM_Internet%5Cdagsordener%5CFaglig_strategisk_gr%202023%5C28-04-2023%5CAaben_dagsorden&appendixId=376515

[5] https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/api/NewESDHBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5Cepicms.rm.dk%5CCMS01-EXT%5CESDH%20Data%5CRM_Internet%5Cdagsordener%5CFaglig_strategisk_gr%202023%5C28-04-2023%5CAaben_dagsorden&appendixId=376515

5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Af ovenstående årsag finder vi også kompetencebeskrivelsen ufleksibel. Vi mener at både erfarne ambulancebehandlere og paramedicinere (særligt de kommende professionsbachelorer i paramedicin) kan løse de beskrevne opgaver, hvorfor vi finder det uhensigtsmæssigt at definere løsning af opgaverne som hjemhørende i en særlig faggruppe, fremfor hjemhørende i et særligt kompetencesæt.
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Rehabiliteringsforum Danmark

Sundhedsstyrelsen

Den 23. oktober 2026

Rehabilitation International Denmark
Evald Krogs Gade 9,
8000 Aarhus C
Telefon +45 7841 4400

info@rehabiliteringsforum.dk

Høringssvar fra Rehabiliteringsforum Danmark vedrørende kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Rehabiliteringsforum Danmark bakker overordnet op om kvalitetsstandardernes ambition om at styrke kvalitet, sammenhæng og tilgængelighed i den kommunale sygepleje. Det er særligt positivt, at forebyggelse, rehabilitering og basal palliation har en fremtrædende plads, og at der lægges vægt på en personcentreret tilgang med fokus på borgernes funktionsevne og livskvalitet.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	

	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	I afsnit 3.4 beskrives rehabilitering som en integreret del af den kommunale sygepleje. Rehabilitering er imidlertid en tværfaglig og ofte tværsektoriel indsats, som forudsætter samarbejde mellem relevante faggrupper og kommunale tilbud. Rehabiliteringsforum Danmark anbefaler, at kvalitetsstandarderne tydeligere understreger, at identificerede rehabiliteringsbehov skal føre til en tværfaglig vurdering og koordinering af relevante indsatser. Det bør fremgå, at den kommunale sygepleje indgår som en del af den samlede rehabiliteringsindsats med fokus på borgernes mål, funktionsevne og deltagelse i hverdagslivet.
	3.5. Basal palliation	Det er positivt, at kvalitetsstandarderne anerkender sammenhængen mellem rehabilitering og palliation. I afsnit 3.5 bør det imidlertid tydeliggøres, at basal palliation ikke alene omfatter symptomlindring, men også indsatser, der understøtter borgernes funktionsevne, aktivitet, deltagelse og livskvalitet. Rehabiliteringsforum Danmark anbefaler, at det præciseres, at rehabiliterende og palliative indsatser skal kunne tilrettelægges og koordineres som et sammenhængende, tværfagligt forløb med udgangspunkt i borgernes individuelle behov, ønsker og mål.

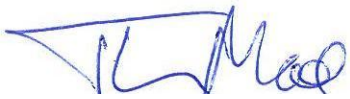
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	Kvalitetsstandarderne beskriver allerede behovet for tværfagligt samarbejde i kapitel 5. Det bør imidlertid tydeliggøres, at samarbejdet ikke alene handler om koordinering og informationsudveksling, men også om fælles vurdering, målsætning og opfølgning, når borgernes behov går på tværs af fagområder. Rehabiliteringsforum Danmark anbefaler, at dette indarbejdes som en tydelig del af kravene til organisering og samarbejde, så borgerne sikres sammenhængende indsatser med de nødvendige kompetencer.
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	

	Eksempler på borgere, der ikke indgår i mål-gruppen	

Med venlig hilsen



Margrethe Boel
Næstformand
Rehabiliteringsforum Danmark



Thomas Maribo
Formand
Rehabiliteringsforum Danmark

REHPA
Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

Sundhedsstyrelsen

Vestergade 17
5800 Nyborg
+45 21 81 10 11
rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

23. oktober 2026
Mette.raunkiaer@rsyd.dk
Telefonnummer 29212231

Høringssvar vedr. ”Kvalitetsstandarder for akutsygepleje”, ”Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation” samt ”Vejledning om kommunal sygepleje”

Vi vil takke for muligheden for at afgive høringssvar og har forholdt os til ”Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation” og ”Kvalitetsstandarder for akutsygepleje”. Vedr. førstnævnte er bemærkningerne skrevet i jeres skabelon for dette.

I forhold til ”Kvalitetsstandard for akutsygepleje” nævnes palliation, hvilket vi anerkender. Imidlertid vurderer vi, at akutsygeplejens opgaver i palliative forløb kan skrives tydeligere frem og kommer med et par forslag i vedhæftet skabelon. Baggrunden er, at vi fra REHPA kortlægning af den kommunale palliative indsats Rehpa-kortlaegning-rapport-FINAL-WEB.pdf og fra vores netværk om palliation i kommuner, ved, at der eksisterer et vigtigt og nødvendigt samarbejde mellem hjemmesygeplejen og akutsygeplejen ang. rådgivning i palliative forløb ligesom akutsygeplejen i dag også udfører akutte palliative opgaver.

Venlig hilsen

Mette Raunkiær
Forskningsleder

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	Nederst på s. 4 står der: ”Kvalitetsstandarderne vil være gældende fra 1. januar 2027, og praksis skal udvikles over tid i overensstemmelse hermed. Implementeringen skal følges tæt,…”. Kunne der tilføjes noget om hvordan implementering kan følges?
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.2. Afgrænsning af målgruppe	S. 8 afsnit 2: Kan der gives eksempler på, hvad komplekse sygeplejebehov er?
	2.3. Borgere med behov for palliation	S. 8 sidste afsnit: Evt. reference til Anbefalinger for den palliative indsat 2017.
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	S. 10: Afsnittet beskriver mange opgaver og kompetencer for den kommunale sygepleje ift. rehabilitering og palliation. Det bliver væsentligt hvordan det er muligt at det tværfaglige samarbejde kan sikres.
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	3.4+3.5: Det er rigtigt godt at begge afsnit har fokus på en systematisk tilgang. Ift. rehabilitering drejer det sig om en

		systematisk opmærksomhed og for palliation en systematisk screening. Et opmærksomhedspunkt er, at det er beskrevet forskelligt og om der er en bagvedliggende årsag til dette.
	3.5. Basal palliation	S. 13, første spalte dot 2 kan følgende formulering overvejes: ”Løbende vurdere behovet for palliative indsatser hos borgere med identificerede palliative behov ved hjælp af validerede redskaber **og eventuelt i samarbejde med tværfaglige samarbejdspartnere**”. S. 13 anden spalte efter dotter kan følgende formulering overvejes: ”Borgere med **indikation på** behov for palliation…” Sidste afsnit s. 13: Advance Care Planning. Og det kan overvejes at tilføje ”besøgsvenner og sorgstøtte” efter ”vågetjenester”.
	3.6. Opfølgning og afslutning	S. 14: Vi forslår at der tilføjes tekst om opfølgningsindsats til pårørende efter død.
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	S. 15 rød boks dot 1, vi forslår at der tilføjes: ”… herunder pårørende.”
	4.1. Kompetencer	S. 16 under dotterne kan der evt. tilføjes en dot: ”Have kendskab til og kunne samarbejde med relevante civilsamfundsaktører.” S. 16 sidste afsnit: Er begrebet ”enhedsniveau” for upræcist?
	4.2. Basale palliative kompetencer	S. 17 næstsidste dot: Det kan være uklart, hvad ”basal smertebehandling” omfatter. S. 17 sidste dot: Man kunne overveje at tilføje noget om at ”henvise til og/eller samarbejde med relevante civilsamfundsaktører.”
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	

	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	S 22 sidste afsnit: Det kan overvejes, hvorvidt den specialiserede palliative vagttelefon skal tilføjes.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	Det kan overvejes at tilføje og definere begrebet ”tværfaglighed”.
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	S. 8 afsnit 2 forslag til tilføjelse: ”Funktionen skal bidrage til, at borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af kendt sygdom kan modtage hurtig vurdering, pleje og behandling, **herunder palliativ indsats** i eget hjem, når det er fagligt relevant.”
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	S 8 andet afsnit forlag til tilføjelse: ”Funktionen skal tilføre kapacitet, tilgængelighed og sygeplejefaglige kompetencer ved behov for hurtig sygeplejefaglig vurdering og indsats med henblik på at forebygge forværring af sygdom og behov for indlæggelse eller genindlæggelse, **herunder også i palliative forløb**.”
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	4.2.1. første linje, kan der tilføjes: ”Akutsygeplejen skal kunne yde telefonisk

		eller virtuel rådgivning og faglig sparring til den kommunale sygepleje om konkrete borgere, **herunder borgere i palliative forløb.**" 4.2.2 Rigtigt godt at palliation er nævnt i næstsidste afsnit.
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Høringssvar fra Ringsted Kommune

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	Der mangler en entydig beskrivelse af kommunens forpligtigelser i forhold til botilbud og private institutioner, fx private rehabiliteringstilbud. I den nye kvalitetsstandard er kommunens forpligtelser udvidet betragteligt i forhold til nuværende praksis.
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	Det er svært at se hvad der er grundlæggende sygepleje, fordi opgaverne under akutsygepleje – særligt den kliniske del ikke er beskrevet.
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	Der savnes en beskrivelse af hvem der kan visitere til kommunal sygepleje – herunder i forhold til 2.1 afgrænsning af målgruppe.
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	

	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Vi mener, at kvalitetsstandarden er mangelfuld i forhold til de sundhedsråd/kommuner, hvor der er indgået horisontale samarbejdsaftaler. Det savnes en tydeligere beskrivelse af, hvornår der i praksis leveres akutsygepleje og hvornår der leveres kommunal sygepleje, samt en tydeligere beskrivelse af samspillet mellem den centrale visitation i regionen og akutsygeplejen. Vi mener derudover, at den kliniske opgavebeskrivelse mangler.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	Både kriterier og karakteristika er for upræcise. Det er uklart, hvornår en opgave skal varetages af den kommunale sygepleje eller akutsygeplejen.
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Der er risiko for, at borgeren/patienten får en ekstra opgave, hvor de både skal have

		kontakt til den regionale visitation, akutsygeplejen og den kommunale sygepleje. Flowet i henvisninger og arbejdsgange kan med fordel beskrives med udgangspunkt i borgerens ståsted.
	4.2. Typer af indsatser	Akut og subakut er hovedsageligt afgrænset af tid fremfor ydelse. Der ønskes en tydeligere definition af hvornår en opgave er akut/subakut/kommunal. Eksempelvis kan IV-behandling være akut, fordi manglende behandling inden for en kort tidshorisont kan have livstruende konsekvenser for patienten, men IV-behandling kan også være en planlagt opgave og dermed ikke akut, hvor går skillelinjen? Et andet eksempel er skylning af et tilstoppet kateter? – det er en akut opgave ud fra et tidsmæssigt perspektiv, men selve opgaven kan løses af den kommunale sygepleje. Dette er blot to eksempler, der er en række lignende opgaver med samme karakteristika. Det er meget vigtigt, at det bliver tydeliggjort hvilke kliniske funktioner, der hører under kommunal sygepleje og hvilke der hører under akutsygepleje – ikke mindst fordi alle private leverandører af helhedspleje fremover også skal levere kommunal sygepleje jf. Ældreloven. En række af de opgaver som overgår til akutsygeplejen, har hidtil være løst af den kommunale sygepleje.

	4.3. Udstyr og medicin	I forhold til afregning er det også en udfordring, at der ikke er præciseret, hvornår der leveres akutsygepleje og hvornår der leveres kommunal sygepleje. Eksempelvis hvem der skal betale for medicin i den akutte fase, fx hvis en IV-behandling sættes i gang af egen læge?
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Der er uklar hvem der har behandlingsansvar – især når det er almen praksis, der visiterer?
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Vi har læst udkastet med stor interesse og finder det opløftende. Der er kommet et tydeligt fokus på borgerens samlede livssituation, på sammenhængen til helhedsplejen, på betydningen af sygeplejefaglig udredning, indsats og opfølgning samt på velfærdsteknologi som en vigtig del af fremtidens sygepleje.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	Tydeliggørelse af definitionerne, de fleste forløb er ikke stabile.
	2.2. Borgere med behov for palliation	Det er en snæver definition og en hindring for den kommunale sygeplejerskes arbejde og borgeren kan blive taberen.
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	Det fremgår, at den kommunale sygepleje skal kunne varetage både hyppigt og mindre hyppigt forekommende sygeplejefaglige indsatser. Set i sammenhæng med kvalitetsstandarderne for akutsygepleje, hvor akutsygeplejen som udgangspunkt ikke skal varetage indsatser ud over få dage, vil flere opgaver – fx i.v.-behandling –det fremgår ikke tydeligt om det fremover ligge hos den kommunale sygepleje eller den enkelte kommune kan indgå samarbejdsaftale om varetagelsen af denne opgave. Det bør tydeliggøres, hvilke opgaver den kommunale sygepleje forventes at varetage, og hvordan de nødvendige kompetencer og ressourcer sikres.
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	

	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	Vi oplever at det er en stigende udfordring, at borgere og pårørende, der ikke ønsker at være og blive i eget hjem og modtage palliation, har mulighed for en alternativ løsning. Hospice er kun for de få udvalgte, og oftere og oftere udskrives patienterne derfra. Hospitalsindlæggelse er på samme måde sjældent en endelig løsning. Derudover er det så godt som umuligt at få en aflastningsplads. Det er derfor misvisende, at antyde at borgerne reelt har en valgmulighed. *Vi foreslår derfor at der i stedet står: De palliative indsatser skal samlet set bidrage til, at borgere kan modtage palliation i eget hjem og forblive der, så længe det er muligt.*
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	Meget vigtigt punkt. Vi oplever dog i nuværende praksis, at der kan være store udfordringer med at få de rette ordinationer og recepter uden for lægens åbningstid. Vagtlægerne har ikke adgang til patientens fulde journal og må ikke ordinere eller udskrive recepter på palliativ medicin uden at have tilset patienten først. Der er ofte lang ventetid på tilsyn, og det medfører derfor at der ofte går rigtig mange timer, inden borger kan lindres relevant. Der findes en palliativ vagttlf. Som man kan ringe til døgnet rundt. Denne er dog (som det er nu) udelukkende til sparring og rådgivning, og de kan derfor ikke være behjælpelige med ordinationer og recepter. (medmindre borger er i aktivt forløb i palliativt amb.)

		Derudover kan det være en udfordring at skaffe medicinen uden for apotekets almindelige åbningstid. Medicin leveres kun i dagtimer, og ml. kl.24-07 findes der ikke et åbent apotek i nogenlunde nærhed.
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Det er positivt, at det anerkendes, at kommunal sygepleje udføres af både social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker, og at klinisk lederskab og klinisk beslutningstagning fremhæves.
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Udkastet indebærer en væsentlig ændring i forhold til de nuværende kommunale akutfunktioner. I dag er kommunerne forpligtet til at varetage bl.a. i.v.-behandling, kapillære blodprøver og CRP i akutfunktionen. Fremover skal akutsygeplejen som udgangspunkt ikke varetage indsatser over flere dage, og over for borgere med et eksisterende forløb i den kommunale sygepleje vil akutsygeplejens rolle primært være rådgivning og sparring. Samlet vurderer vi, at den kommunale sygepleje i højere grad end i dag vil stå alene med opgaver, der i dag løses i samspil med akutfunktionen. Det gælder ikke mindst IV-behandling og andre opgaver inden for sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde. Hverken kvalitetsstandarderne for akutsygepleje eller for kommunal sygepleje giver en rettesnor for arbejdsdelingen omkring IV-behandling og andre opgaver inden for sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde. Det bør enten præciseres i kvalitetsstandarderne eller fremgå tydeligt, at det er et fokuspunkt for sundhedsrådene i den lokale planlægning af, hvem der varetager hvilke opgaver.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	Det fremgår, at arbejdsdeling, kontaktveje og snitflader afklares i den lokale planlægning og beskrives i sundhedsrådets nærsundhedsplan. Det betyder, at det bliver op til det enkelte sundhedsråd at fastlægge samarbejdsniveauet og den konkrete arbejdsdeling mellem region og kommune. Sundhedsrådenes beslutninger bliver dermed helt afgørende for, hvor snitfladerne placeres.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	*Hvad er få timer og hvad er subakutte behov. Der mangler en klar skildring af definitionerne Det kan ende med forskellige tolkninger som ikke kommer borgeren til gode. I dag løser den kommunale sygepleje subakutte behov*

		inden for et døgn., så hvilke skal de ikke længere løse hvis deres opgave er sammenhængende forløb og koordinering med borger og pårørende
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	*Denne begrebsramme er ikke anderledes end det begreb den kommunale sygepleje bruger. Der vil altid opstå akutte situationer som skal løses i den kommunale sygepleje i den akutte situation.* ***Kommune og region kommer til at tolke denne definition*** *når kommunen beder om sparring og omvendt når regionen ikke mener det er en akut situation. Det sker allerede i dag når den kommunale sygepleje henvender sig til regionen. Hver dag opstår nyopstået sygdomme som det kommunale sygeleje varetager og vil fortsætte med at varetage.*
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	Udkastet lægger op til, at arbejdsdelingen mellem kommunal og regional indsats tager afsæt i, hvem der har det lægelige behandlingsansvar. Vi læser det sådan, at akutsygeplejen særligt vil være til rådighed, når behandlingsansvaret er regionalt, mens indsatsen ved almenmedicinsk behandlingsansvar i udgangspunktet vil bestå af rådgivning og sparring til den kommunale sygepleje frem for udførelse af selve den akutte sygeplejeopgave. Det er en ændring i forhold til de nuværende akutfunktioner, hvor der ikke differentieres efter behandlingsansvar. Samtidig skal skift i det lægelige behandlingsansvar begrænses. Hvis det indebærer, at regionen overtager behandlingsansvaret, når akutsygeplejen involveres, kan det blive en barriere for borgere, hvor behandlingsansvaret ligger hos den praktiserende læge, og gøre det vanskeligere for dem at få hjælp fra akutsygeplejen. Vi beder om en præcisering af dette.
3. Målgruppe	-	

	3.1. Målgruppen	Med den foreslåede afgrænsning af målgruppen vurderer vi, at opgaven i langt de fleste tilfælde, skønsmæssigt ni ud af ti, vil skulle varetages af den kommunale sygepleje. Akutsygeplejen bliver primært en funktion i overgangen efter udskrivelse og til forebyggelse af indlæggelse og, som vi læser det, i udgangspunktet kun, når behandlingsansvaret ligger regionalt. Det er en forringelse i forhold til i dag, hvor akutfunktionen også inddrages i andre akut opståede situationer, fx hvor behandlingsansvaret ligger hos den praktiserende læge. Det fremgår ikke entydigt, om den kommunale sygepleje kan blive kontaktet af borgere, der ikke i forvejen modtager kommunal sygepleje, hvis der opstår et akut behov, fx efter udskrivelse fra sygehus. Det bør præciseres. Uafklarede og uforudsigelige forløb er en del af den kommunale sygeplejes kerneopgaver og dagligt er der dialoger med hospitaler 96.timers behandlingsansvar og almen praksis. Definitionen på akutfunktionen er i denne standard ikke fyldestgørende, da det ikke kan deles op i region og kommune den kommer til at give udfordringer for medarbejderne. Det fremgår ikke tydeligt hvad ”efter behov” betyder? Er det også noget der skal defineres lokalt? I dag er dette også en dialog den kommunale sygepleje har med regionen og med den akutte sygepleje i kommunen. Dette går ud over borgerne når der ikke er enighed. Målgruppen omfatter ligeledes ikke borgere, hvis sygeplejebehov kan varetages som led i et eksisterende forløb

		i den kommunale sygepleje, herunder ved **fluktuationer** i borgerens tilstand og perioder med forværring, hvor indsatsen kan tilpasses borgerens ændrede behov uden inddragelse af akutsygeplejens særlige tilgængelighed eller kompetencer. Borgere er som udgangspunkt heller ikke længere en del af målgruppen, når den akutte eller subakutte problemstilling er afklaret eller **stabiliseret**, og det fortsatte sygeplejebehov kan varetages af den kommunale sygepleje eller andre relevante tilbud.
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	De borgere som ikke modtager sygepleje hæfter er dem der vil blive besøgt- skal akutfunktionen bruges til kommende hjemmebehandlinger og opstart af disse inden kommune evt. tager over. Vil det ofte være de borgere der er kendt af sygeplejen. Kan de læger der har behandlingsansvaret henvise til akutfunktionen?
	4.2. Typer af indsatser	Tidsafgrænsede indsatser skal være af kortere varighed, typisk ikke længere end få dage. I praksis betyder det, at fx IV behandling over flere dage, som i dag er en kerneopgave i de kommunale akutfunktioner, bortfalder som opgave for akutsygeplejen og overgår til den kommunale sygepleje. Det bør fremgå tydeligt, og konsekvenserne for kompetencer og ressourcer i den kommunale sygepleje bør belyses. Instrumentel sygepleje er ikke defineret. Som jeg læser det ved kommunen slet ikke hvilke instrumentelle sygeplejeindsatser den kommunale sygepleje skal kunne varetage i forbindelse med et forløb eller hvilke sygeplejeindsatser den regionale

		akutfunktion skal varetage ud over de skal varetage kapillærer bld prøver. Betyder det at det er det enkelte sundhedsråd der beslutter hvilke indsatser der skal leveres- tænker på f.eks. iv medicin, intravenøs væskebehandling osv. Behandling der nogle gange i dag varetages af regionen og den kommunale akutfunktion i nogle kommuner og andre kommuner varetager sygeplejen dette. Elle skal der laves en horsontalaftale mellem regionen og de forskellige kommuner? Det er uklart i deres beskrivelse. En iv behandling behøver ikke være akut og kan vare længere end 3 dage og borgeren kan være stabil. Der er meget tolkning i typer af indsatser, som kommune og region vil tolke forskelligt medmindre der laves klare retningslinjer/arbejdsgange i det enkelte sundhedsråd. Hvad forventes kommunen at kunne varetage? Igen er det sundhedsrådene der bestemmer? Hvem laver aftalerne og bliver de forskellige mellem kommune og sygehusene i regionen.
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	Muligheden for horisontale samarbejdsaftaler, hvor kommunerne fortsat varetager hele eller dele af driften af akutsygeplejen på regionens vegne, vurderes særligt relevant i områder, hvor akutsygeplejen geografisk ligger langt fra borgerne.
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Det fremgår, at der skal være etableret arbejdsgange for rettidig og sikker udveksling af relevante oplysninger mellem

		akutsygeplejen, kommunale samarbejdspartnere, almenmedicinske tilbud, sygehuse og præhospital indsats. Det bør præciseres, hvem der har ansvaret for at udarbejde disse arbejdsgange, herunder om og til hvem sundhedsrådene forventes at uddelegere opgaven. Hvad henvises til når der står lokalt? Skal der laves en aftale med hvert sygehus i regionen og kommunen. Kommunen er også et behandlingssted. Hvor ligger ansvaret hvis en sygeplejerske i kommunen henvender sig for faglig sparring, vurdering i hjemmet og hjælp til en instrumentel opgave i borgerens hjem. Er ansvaret så regionens? Kan sygeplejersken bede om hjælp uden det er visiteret af regionens akut funktion?
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Høringssvar fra Røde Kors vedr. kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Røde Kors takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi vil indledningsvis gerne kvittere for, at vågetjenester er eksplicit nævnt i kvalitetsstandarderne. Vi arbejder løbende for at videreføre og udbrede vores vågetjenester til flere plejehjem, private hjem, hospitaler og bosteder i alle landets kommuner i tæt samarbejde med Ældre Sagen. Vågetjenesterne bidrager til at skabe tryghed for døende og aflaste pårørende uden at erstatte den sundhedsfaglige pleje og omsorg. Røde Kors har derudover siden 2021 samarbejdet med de specialiserede palliative teams i Region Syddanmark via projektet 'Frivillig Palliativ Indsats'. Her yder Røde Kors' frivillige medmenneskelig omsorg og støtte til uhelbredeligt syge borgere i eget hjem. De frivillige giver både støtte til mennesker, der har få eller ingen pårørende, og aflaster også eventuelle pårørende. I nogle tilfælde kan de frivillige også besøge patienter, der er indlagt på de palliative afdelinger, hvis der er behov herfor. Formålet er at være et supplement til de fagprofessionelles omsorgsopgaver og herigennem øge de syges livskvalitet gennem samvær, støtte og gode oplevelser og give de pårørende et frirum. Aktiviteterne kan for eksempel være en gåtur, en samtale, en køretur og andre sociale aktiviteter. Den frivillige er ofte samtalepartner ift. det, der fylder for den døende, og som det ikke nødvendigvis er muligt at dele med eventuelle pårørende. Mange døende oplever, at det er befriende at kunne dele sine tanker med en udenforstående, som de ikke er nært følelsesmæssigt involveret med. En undersøgelse af indsatsen i Region Syddanmark, foretaget af REHPA - Videncenter for Rehabilitering og Palliation for Røde Kors i 2025, viser, at 1) de syges livskvalitet og hverdagsglæde øges og deres ensomhed bliver mindre, 2) de pårørende får vigtige pauser og en følelse af normalitet, og 3) sundhedspersonalet ser de frivilliges indsats som et vigtigt supplement til deres omsorgsarbejde.

	I tillæg hertil arbejder Røde Kors for at udbrede vores samarbejde med den basale palliative indsats for borgere, der er tilknyttet et palliativt team i udvalgte kommuner med henblik på at udvikle og afprøve indsatsen. Dette sker via midler fra SSA-reserven. Målgruppen for indsatsen er både borgere, som er tilknyttet en basal palliativ indsats i kommunerne, herunder evt. også et team i helhedsplejen, og deres pårørende. Med henblik på at udbrede disse gode erfaringer med samarbejde mellem det offentlige og civilsamfundet mere systematisk ift. den basale palliation, foreslår vi, at kvalitetstandarderne under afsnit 3.5 om basal palliation og/eller under afsnit 5.4 om tværsektionelt samarbejde indeholder et afsnit om samarbejde med civilsamfundet, så værdien for borgeren, de pårørende og personalet fremstår tydeligere.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	Forslag til supplerende afsnit: ***Samarbejde med civilsamfundet om basal palliation***

		En grundforudsætning i arbejdet med at fremme en bedre og mere ensartet basal palliation tæt på borgerne, er en forståelse af, at det er en samarbejdsproces mellem borgeren, pårørende, sundhedsprofessionelle, civilsamfundet og andre relevante parter. Borgeren er ekspert i sit eget liv og forløb, og de palliative indsatser skal altid tage udgangspunkt i borgerens motivation, ønsker og mål for den sidste del af livet. *Det anbefales, at kommunerne har et tæt og løbende samarbejde med relevante nationale såvel som lokale organisationer og foreninger i civilsamfundet, således at de kan bidrage med bl.a. viden, kompetencer og aktiviteter for borgere, der bliver en del af kommunale palliative forløb. Dertil anbefales det, at organisationernes og foreningernes frivillige efter behov kan supplere de fagprofessionelles omsorg og aflaste de pårørende. Endeligt anbefales det, at kommunerne sikrer, at relevante civilsamfundstilbud er kendte blandt de fagprofessionelle, og at det er let tilgængeligt at formidle kontakt til dem.*
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	

	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Forslag til supplerende afsnit: ***Samarbejde med civilsamfundet om basal palliation*** *En grundforudsætning i arbejdet med at fremme en bedre og mere ensartet basal palliation tæt på borgerne, er en forståelse af, at det er en samarbejdsproces mellem borgeren, pårørende, sundhedsprofessionelle, civilsamfundet og andre relevante parter. Borgeren er ekspert i sit eget liv og forløb, og de palliative indsatser skal altid tage udgangspunkt i borgerens motivation, ønsker og mål for den sidste del af livet.* *Det anbefales, at kommunerne har et tæt og løbende samarbejde med relevante nationale såvel som lokale organisationer og foreninger i civilsamfundet, således at de kan bidrage med bl.a. viden, kompetencer og aktiviteter for borgere, der bliver en del af kommunale palliative forløb. Dertil anbefales det, at organisationernes og foreningernes frivillige efter behov kan supplere de fagprofessionelles omsorg og aflaste de pårørende. Endeligt anbefales det, at kommunerne sikrer, at relevante civilsamfundstilbud er kendte blandt de fagprofessionelle, og at det er let tilgængeligt at formidle kontakt til dem.*
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	

	Eksempler på borgere, der ikke indgår i mål-gruppen	

Høringssvar fra Stevns Kommune

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Stevns Kommune bakker overordnet op om ambitionen om at styrke den faglige kvalitet, skabe sammenhængende borgerforløb og sikre en systematisk indsats inden for basal palliation. For at standarden kan omsættes til praksis, er det vigtigt, at kravene er tydelige, proportionale og tager højde for kommunernes forskellige organisatoriske og ressourcemæssige rammer. Implementeringen vil kræve tilpasning af arbejdsgange, kompetenceudvikling og etablering af strukturer for vidensdeling og kvalitetsopfølgning. Stevns Kommune anbefaler tydelig vejledning, realistiske implementeringsrammer og opfølgning på kommunernes erfaringer efter ikrafttrædelsen, så kravene kan vurderes i praksis. Stevns Kommune støtter målet om høj faglig kvalitet og sammenhængende borgerforløb. Det er afgørende, at kvalitetsstandarden ledsages af tydelige krav og vejledning samt giver kommunerne mulighed for at organisere indsatsen bæredygtigt inden for lokale rammer.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	Afgrænsningen mellem kommunal sygepleje og akutsygepleje bør præciseres med tydelige kriterier for klinisk tilstand, behov for indsats og nødvendig reaktionstid. Der er behov for klare arbejdsgange for ansvar, opfølgning, observation og overlevering, når de to indsatser samarbejder. Sammenhængende dokumentation på tværs af journalsystemer er vigtig for patientsikkerheden.

	2.2. Borgere med behov for palliation	Nyt at der er fokus på en enkel målgruppe. De palliative forløb er præget af en gradvis forværring, skiftende behov og mindre forudsigelighed. Bortset fra at et palliativ forløb er over en længerevarende periode, så er det de samme kriterie som målgruppen for den palliative indsats.
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	Kravet om sygeplejefaglig udredning inden for den første uge bør beskrives operationelt og tilpasses indsatsens karakter. Det bør præciseres, om kravet også gælder enkeltstående, afgrænsede opgaver, f.eks. ved måltagning til støttestrømper eller fjernelses af agraffer. Indsatser der ofte leveres i en sygeplejeklinik
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	Stevns Kommune støtter en tidlig og systematisk identifikation af palliative behov. Krav om screening, behovsvurdering og samtaler forudsætter dog kompetencer, tid og fælles arbejdsgange. Der bør gives tydelig vejledning om valg og anvendelse af screeningsværktøjer samt om samarbejdet med almenmedicinske tilbud og regionale palliative funktioner, når behovene overstiger den basale indsats.
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Det bør fastholdes, at kompetencer kan

		være til rådighed på tværs af organisationen og ikke nødvendigvis hos den enkelte medarbejder eller i hver gruppe.
	4.2. Basale palliative kompetencer	Kompetencer og faglig sparring skal være reelt tilgængelige. Der er særligt behov for kompetenceudvikling inden for basal palliation
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	Stevns Kommune ser positivt på muligheden for lokale organisationsmodeller. Samtidig er systematisk vidensdeling og faglig opfølgning afgørende for fælles faglig retning og ensartet praksis på tværs af hjemme- og sygeplejegrupper og plejecentre.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	Standarden bør understøtte tværgående løsninger og samtidig bevare kommunernes mulighed for at vælge en model, der passer til lokale forhold.
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	Kravet om struktureret kvalitetsarbejde kræver klare rammer for ansvar, dokumentation, opfølgning og læring på baggrund af data og erfaringer. Der bør gives konkret vejledning om, hvordan kravet kan opfyldes i praksis, og sikres tid til at opbygge de nødvendige arbejdsgange og kompetencer.
Bilag 1. Begreber	-	

Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Stevns Kommune støtter ambitionen om en robust, tilgængelig og fagligt bæredygtig akutsygepleje. Den nationale kvalitetsstandard bør samtidig understøtte lokale løsninger, der tager højde for geografi, befolkningsgrundlag og sammenhængen med eksisterende sundhedstilbud. Stevns Kommune vurderer, at tydelige snitflader, geografisk nærhed, adgang til specialiserede kompetencer og sammenhængende borgerforløb er afgørende for, at den nye organisering kan sikre høj kvalitet og rettidig hjælp. Overgangen kræver en realistisk tidsplan og klare overgangsbestemmelser. Organisering, kompetencer, IT understøttelse, dokumentation, samarbejdsaftaler og arbejdsgange skal være på plads inden ikrafttrædelsen.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	Støtter op om et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	Nationale krav bør fastlægge en klar faglig ramme, men give regioner og kommuner mulighed for lokale løsninger, der sikrer kvalitet, tilgængelighed og hensigtsmæssig ressourceanvendelse.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	Telefonisk og virtuel rådgivning er værdifuld, men må ikke erstatte den udkørende

		funktion. Der skal være reel adgang til fysisk klinisk vurdering, når borgerens tilstand tilsiger det. Hurtig adgang til specialiseret sygepleje kan understøtte behandling og observation i eget hjem og i relevante tilfælde forebygge unødige indlæggelser. Snitfladerne mellem regional akutsygepleje og kommunal sygepleje skal beskrives tydeligt. Når akutsygeplejen varetager den konkrete akutte indsats, mens kommunen fortsætter øvrige sygeplejeopgaver, kan det medføre flere overgange, øget koordinering og uklarhed om ansvar. Risikoen er særlig stor ved komplekse og uforudsigelige forløb, hvor borgerens tilstand forværres gradvist, og behovet for vurdering og tilpasning ændrer sig løbende
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	Afgrænsningen mellem kommunal sygepleje og akutsygepleje bør præciseres.
4. Indsatser	-	Myndigheds-, visitations-, sygeplejefagligt og lægeligt behandlingsansvar skal omsættes til konkrete arbejdsgange, der er kendte af alle involverede. Det skal være tydeligt, hvem der reagerer, følger op og kontaktes uden for almindelig dagtid, så organisatoriske forhold ikke forsinker indsatsen.
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Positivt at akutsygeplejen skal være tilgængelig hele døgnet, og skal have en døgndækkende udekørende funktion

	4.2. Typer af indsatser	I forhold til de indsatser der er beskrevet, ser det ud som om at akutsygeplejen i fremtiden vil få en mere rådgivende og vejledende funktion. I dag varetager akutsygeplejen også de konkrete indsatser der skal igangsætte i et forløb. F.x. anlæggelse af kateter, sondeernæring og observationer.
	4.3. Udstyr og medicin	Nyt at der er mulighed for lægemidler.
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Krav til kompetencer skal understøttes af faglige miljøer, kompetencedeling og systematisk kompetenceudvikling på tværs af geografiske områder. Faglig bæredygtighed skal balanceres med geografisk nærhed, så organiseringen ikke medfører væsentligt længere responstid.
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	En ensartet organisatorisk model vil ikke nødvendigvis være bedst i mindre kommuner og geografiske yderområder.
	6.2. Tilgængelighed	Bred geografisk tilstedeværelse skal betyde reel mulighed for fysisk at nå borgeren rettidigt – ikke alene geografisk dækning af et stort område. Der bør fastlægges tydelige mål for tilgængelighed og responstid, som tager højde for afstande og trafikforhold.
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Dokumentation i flere journalsystemer kan øge tidsforbruget og skabe risiko for mangelfulde eller uoverensstemmende oplysninger. Der bør fastlægges fælles arbejdsgange for, hvem der dokumenterer hvad, hvordan oplysninger deles, og hvordan dobbelt dokumentation begrænses, så patientsikkerhed og kontinuitet sikres

7. Kvalitetsudvikling	-	Der bør følges op på erfaringer og udfordringer med tilgængelighed, opgavefordeling, opgavemængde og patientsikkerhed efter implementeringen.
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Med venlig hilsen
Stevns Kommune

Dorthe Flindt Larsen, Afsnitsleder, Center for Sundhed & Omsorg, dorthela@stevns.dk

Lone Petersen, faglig leder, Center for Sundhed & Omsorg lonpet@stevns.dk

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	*"Den kommunale sygepleje planlægger, leder og koordinerer sygeplejeforløb, forebyggelse,* ***rehabilitering*** *og basal palliation..."* Er der behov for at konkretisere, hvilken rehabilitering, man skriver om her? I en helhedspleje, vil der være visse rehabiliterende forløb, der bedre planlægges af andre faggrupper, eksempelvis terapeuter.
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	- Det skal præciseres hvilke faggrupper der har mulighed for rådgivning. Ligeledes skal det fremgå om det både er

		kommunale og private leverandører der har mulighed for at få rådgivning.
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	Der står (side 5): *"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."* Anbefales ændret til: "Derudover fremgår faglige anbefalinger, som kan omsættes og tilpasses lokalt igennem aftaler mellem sundhedsråd og den enkelte kommune..."
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	• Afgrænsningen af målgruppen forekommer uskarp i fht. den regionale akutsygepleje. Man kunne med fordel beskrive flere og lidt mere komplekse cases.
	2.2. Borgere med behov for palliation	• Der står side 8: *"En stor del af målgruppen med palliationsbehov består desuden af borgere med non-maligne kroniske sygdomme, fx svær KOL, hjertesvigt, organs vigt eller neurologiske sygdomme, herunder de mens, ofte i kombination med multisygdom og nedsat funktionsevne. Disse forløb er typisk langvarige og præget af gradvis forværring, skiftende behov og mindre forudsigelighed."*

		Det anbefales, at der tilføjes: "Dertil kan der også være tale om borgere med andre fysiske eller psykiske tilstande med palliationsbehov". (jf. SPICT – Supportive and Palliative Care Indicators Tool).
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	• Der står (side 11): *"Hertil kommer, at medarbejderne ofte arbejder selvstændigt i borgernes hjem og skal navigere i forløb med andre samarbejdspartnere i kommunalt, regionalt og privat regi."* Det anbefales ændret til: "Hertil kommer, at medarbejderne ofte arbejder selvstændigt i borgernes hjem eller opholdssted og skal navigere i forløb med andre samarbejdspartnere i kommunalt, regionalt og privat regi, samt med borgeren og pårørende." • Det er positivt, at det fremhæves, at sygeplejeindsatser kan leveres på andre lokationer end i borgerens hjem. Det kan med fordel præciseres, at det er den kommunale leverandør, der vurderer og anviser, hvor sygeplejeindsatsen mest hensigtsmæssigt skal tilbydes. (Da vi gene vil have borgere i sygeplejeklinik, når dette kan lade sig gøre).
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	• Der står (side 11): "*Det kan være en henvisning fra almenmedicinske tilbud, speciallægepraksisser, læger fra sygehuse, eller sundheds- og omsorgspladser.*" Det bør tilføjes, at henvisning også kan ske fra fasttilknyttet læge på plejecenter og botilbud. • Der er behov for at sikre, at Nexus kan håndtere de skemaer etc., som det

		fremgår at vi skal anvende (SPICT). Der er også behov for afklaring af, hvem der betaler eventuelle udgifter til nye IT adgange, datakrav etc.
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	• Af afsnit 3.4 fremgår det, at der skal arbejdes systematisk med rehabilitering. Det fremgår dog ikke tydeligt om der er tale om nye krav, eller om rehabilitering tænkes ind som del af de øvrige sygeplejefaglige ydelser • Det fremgår som en præmis, at de pårørende tænkes aktivt ind i rehabiliteringen. For beboere på plejehjem gælder det, at deres pårørende ofte har behov for at trække sig fra ansvaret efter en hård periode op til flytning. Det er derfor behov for at nærmere beskrivelse af forventninger til de pårørende.
	3.5. Basal palliation	• Der står (side 13): *" 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* Det anbefales, at der tilføjes: "Borgere med behov for palliation skal identificeres systematisk og rettidigt via samtale suppleret med, fx Surprise Question (SQ)27…" • Der står (side 13): "*Hvis en borger har palliative behov, skal den kommunale sygepleje løbende tilbyde samtaler om ønsker til fremtidig pleje og behandling…"*

		Det anbefales, at der tilføjes: "Når *en borger har palliative behov – eller når borgeren eller pårørende selv ønsker det – skal den kommunale sygepleje løbende tilbyde samtaler om ønsker til fremtidig pleje og behandling…"* • Foreslår, at det bliver præciseret, at den palliative plan udarbejdes i samarbejde med relevante aktører og, hvor det er relevant, den enkelte borgers pårørende. • På side 13 i forlængelse af de fem punkter, foreslås, at der skal tilbydes samtaler med de efterladte.
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	• Det fremgår af materialet, at der skal være adgang til medicin. Det åbner lovgivningen ikke op for på nuværende tidspunkt, når det vedrører hjemmesygeplejen. Er det i realiteten Akutsygeplejen der skal stå for det, eller skal reglerne laves om? Der er også behov for at man forholder sig til økonomien forbundet med et sådant krav.
4. Kompetencer	-	I den fremhævede, indledende rubrik er det uklart beskrevet, hvilke kompetencekrav der udelukkende stilles på enhedsniveau.
	4.1. Kompetencer	• Det fremgår af materialet, at kommunerne skal arbejde med afsæt i den bio-psyko-sociale model. Det kræver kompetenceudvikling.
	4.2. Basale palliative kompetencer	• Der står (side 17): *"Alle medarbejdere i den kommunale sygepleje skal have grundlæggende viden og kompetencer inden for palliativ pleje, omsorg og behandling"*. Det bør præciseres, at kompetencekravet omhandler palliation på basalt niveau (modsat specialiseret niveau).

		• Det bør nævnes, at den kommunale sygepleje også kan få rådgivning og faglig sparring fra de regionale døgndækkede palliative rådgivningsfunktioner, som fagligt understøtter sundheds- og omsorgspersonale, der har brug for palliativ rådgivning på tværs af sektorerne. De palliative rådgivningsfunktioner skal være fuldt etableret i alle regioner i første kvartal 2026 (jf. udmøntningsaftale Kræftplan V). • 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. Hvad menes der med kompetencer på enhedsniveau?
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	• Der er positivt, at der i kvalitetsstandarderne (side 18) står, at tilrettelæggelsen af kompetenceudvikling med fordel kan ske på tværs af faggrupper og sektorer.
5. Organisering og samarbejde	-	• s. 19 *Anbefalinger: den kommunale kan: tilrettelægges, så sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde kan anvendes i relevant omfang, hvor det er fagligt og organisatorisk hensigtsmæssigt*. Står også på s. 20. Hvor skal finansieringen komme fra – KL har tidligere udmeldt, at kommuner ikke skal tage sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde i brug før, der følger finansiering med. • Der står på side 19 under krav; *rettidigt og sikkert udveksle relevante sundhedsoplysninger på tværs af*

		forvaltninger og sektorer. Det skal præciseres, hvordan kommunerne skal efterleve krav om rettidig og sikker udveksling af relevante sundhedsoplysninger på tværs af sektorer.
	5.1. Organisering og tilgængelighed	- ”Den kommunale sygepleje kan uden lægehenvisning kontakte akutsygeplejen med henblik på bistand”. Hvis dette betyder, at fx en social- og sundhedsassistent ikke kan kontakte akutsygeplejen, så vil det være et væsentligt problem. Der er ikke nødvendigvis en sygeplejerske i alle vagtlag på et plejehjem og slet ikke på et botilbud. - Afgrænsningen til den regionale akutfunktion er ikke klar.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	• Der står (side 22): ”Efter udskrivelse har sygehuset et 96 timers behandlingsansvar ved udskrivelse til kommunal sygepleje. Dette gælder for både somatiske og psykiatriske sygehuse. Med Aftale om integration og ligestilling af lægges psykiatri og somatik ledelsesmæssigt og organisatorisk sammen. Det giver således ikke mening at skelne mellem hhv. somatiske og psykiatriske sygehuse. Det foreslås derfor ændret til: ”Dette gælder for borgere med somatiske såvel som psykiatriske problemstillinger”. • Vedrørende 96 times behandlingsansvar (side 22)

		Det bør præciseres, at 96 timers behandlingsansvar også omfatter sundheds- og omsorgspladser. • Vedr. samarbejde med det specialiserede palliative niveau (side 23): Samarbejdet med hospice bør også nævnes.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	• Der står (side 24) under krav: *[systematisk indberette data, som tilvejebringer de nødvendige oplysninger ved rørende palliative indsatser i kommunen mhp. national monitorering]* Det anbefales, at der afventes det nationale udviklingsprojekt i regi af sundhedsdatastyrelsen, som skal lave et løsningsforslag til at etablere data til at følge basale palliative indsatser.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	• Det fremgår af kvalitetsstandarderne (side 8), at behovet for palliation kan opstå i forskellige faser af sygdomsforløbet og ikke er afgrænset til den terminale fase (hvilket tidligere har været den gængse forståelse). • Det anbefales, at der gives et supplerende case-eksempel på borgere i målgruppen for basal palliation, fx non-malign tilstand, og hvor borgeren ikke er i den terminale fase. • Flere cases med snitflade op mod den regionale akutfunktion ønskes.
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	- Den sidste case *"Borger med psykisk lidelse med behov for psykiatrisk behandling"* vækker undren med sit fokus på, at der

		ikke er **somatiske** problemstillinger, der kræver kommunal sygepleje. I KL's reviderede og forenklede indsatskatalog for kommunal sygepleje omfatter indsatsen "Psykisk pleje og støtte" bl.a. *"... støtte til at mestre dagligdagen ved psykiske og psykiatriske udfordringer..."* I praksis yder vi i dag sygepleje til en del borgere, som modtager behandling i regi af regionale psykiatriske tilbud.

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	På side 10; *Det stiller krav om en tilgængelig funktion, der kan rykke ud med kort varsel og tilpasse indsatsen til udviklingen i borgernes tilstand*. Det bør præciseres, hvilken responstid der forstås ved kort varsel, da begrebet ellers er uklart og kan fortolkes forskelligt. En tydelig angivelse af responstiden understøtter en ensartet forståelse af kravene til akutsygeplejens tilgængelighed og sikrer klare forventninger til både henvisende parter og den kommunale sygepleje. Responstid er den tid, der må gå fra et behov for en indsats opstår eller meldes til akutsygeplejen, til indsatsen

		iværksættes eller akutsygeplejersken er fremme hos borgeren.
	3.1. Målgruppen	- Afgrænsningen til den kommunale sygepleje forekommer ikke helt skarpt beskrevet. Men bliver måske tydeliggjort i lokalaftaler jf. afsnit 6.1. - Vi er bekymrede for, om akutfunktionen primært kommer til at håndtere de borgere, der ikke i forvejen får kommunal hjemmesygepleje, og om den entydige placering af visitationsansvaret for den kommunale sygepleje medfører flere opgaver hos den kommunale sygepleje end oprindeligt estimeret (hjemmesygeplejen får automatisk ansvaret for de opgaver, som akutsygeplejen ikke tænker at håndtere). Se side 13 i Kvalitetsstandarden. Der er behov for en tydelig beskrivelse af arbejdsgange mellem de involverede parter - På side 10; målgruppen skal inkludere borgere med palliative behov, hvor tilstanden forværres og lindrende tiltag opstartes.
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	- Angiv, hvilke oplysninger en henvisning mindst skal indeholde, hvem der fremskaffer manglende oplysninger, og hvordan kommunen skal handle ved en utilstrækkelig henvisning. - Positivt med den klare og inklusive definition af den kommunale sygepleje, som kan bestå af flere faggrupper. - Det er vigtigt, at vi har mulighed for et agilt og fleksibelt samarbejde omkring borgerne og derfor hæfter vi os også ved at *"Den kommunale sygepleje kan uden lægehenvisning kontakte akutsygeplejen med henblik på*

		bistand" og at der ikke er krav om skriftlighed i den forbindelse. - Kontakt fra den kommunale sygepleje. Hvad menes der konkret her: *"En kontakt fra den kommunale sygepleje kan dog i mange tilfælde føre til behov for inddragelse af behandlingsansvarlige læge…"*
	4.2. Typer af indsatser	- Der fremgår ikke et krav om, at akutsygeplejen er opsøgende med henblik på at sikre, at akutsygeplejen bruges rettidig og relevant. Et eksempel på en opsøgende tilgang kunne være, at akutsygeplejen deltager i triageringsmøder i helhedsplejen mhp. at understøtte samarbejde omkring opsporing af patienter med begyndende sygdom. - Jf. s. 15 kan akutsygeplejens indsatser evt. 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."* Der kan dog være basale sygeplejefaglige indsatser, som hensigtsmæssigt indgår i et integreret forløb, for at undgå for mange medarbejdere i borgerens hjem. - Høringsudkastet nævner "oplæring" til den kommunale sygepleje i konkrete instrumentelle sygeplejefaglige opgaver, når akutsygeplejen er ude hos en borger samen med den kommunale sygepleje. Men det bredere tværsektorielle samarbejde om kompetenceudvikling er ikke fremhævet. Der er risiko for at

		kompetenceudviklingen kun sker sporadisk og med enkelte kommunale medarbejdere. - Fra de tidligere kvalitetsstandarder til de kommunale akutfunktioner fra 2023 blev det obligatorisk for alle kommuner at kunne varetage IV-behandling på vegne af regionen. Det fremtidige ansvar for varetagelse af denne indsats bør fremgå. - 4.2.3. Der *kan* være en risiko for opgaveglidning (af ikke-finansierede opgaver), i de tilfælde, hvor akutsygeplejen opstarter et forløb efter udskrivelse, med henblik på efterfølgende overdragelse af opgaven.
	4.3. Udstyr og medicin	- på side 10 står følgende: ” Akutsygeplejen skal have adgang til relevant udstyr til klinisk sygeplejefaglig vurdering …..” ” Akutsygeplejen skal herunder have adgang til relevant diagnostisk udstyr og utensiler til prøvetagning…” Det bør præciseres om det er den kommunale sygepleje, der skal stille dette tilrådighed eller om det er akutsygeplejen, der selv skal komme med det. Spørgsmål: Kan akutsygeplejen bistå den kommunale sygepleje, når fx pumper eller andet medicinsk udstyr ikke virker Spørgsmål: Kan det præciseres hvem det tænkes, der skal køre med diverse prøver taget i hjemmet af akutsygeplejen. -På side 16 står følgende: ”..og mulighed for videokonsultation”. Spørgsmål: Kan det blive præciseres hvad man helt præcis tænker det?
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	

6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	- Det er positivt, at der lægges op til lokale aftaler med tydelige arbejdsdeling mellem akutsygeplejen og øvrige regionale og kommunale tilbud.
	6.2. Tilgængelighed	- Præcisér krav til døgnberedskab, telefonisk rådgivning, fysisk fremmøde, responstid og handlemuligheder ved manglende kapacitet.
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	- Der arbejdes på, at den kommunale sygepleje får adgang til relevante oplysninger i Sundhedsplatformen. Men akutsygeplejen har ikke adgang til den kommunale omsorgsjournal, hvor der kan være vigtig viden om borgeren. Derudover bruger kommunerne forskellige omsorgsjournalsystemer og der kan være forskelle i dokumentationspraksis. Kvalitetsstandarderne bør forholde sig til, hvordan akutsygeplejen og kommunerne minimerer risiko for brud i patientsikkerheden i relation til dette. - Man bør forholde sig til, hvordan man sikre den kommunale sygepleje hurtig adgang til dokumentation foretaget af akutsygepleje ude i hjemmet f.eks. hvilken medicin, der er givet - På side 13 står: ” Når indsatserne i akutsygeplejen afsluttes, skal den behandlingsansvarlig læge have besked herom via skriftlig elektronisk kommunikation” - Her bør det præciseres, hvordan og hvem, der har dette ansvar
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	Basér monitorering på nationale definitioner og data, der så vidt muligt kan trækkes automatisk fra eksisterende systemer.

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	• SundK gør opmærksom på, at strukturerede data: oplysninger om indsatser, kontakter, overgange, diagnoser/tilstande mv. er afgørende i arbejdet med dataunderstøttet kvalitetsudvikling. Det anbefales, at indhentning af strukturerede oplysninger tænkes ind, når der udvikles brugergrænseflader og

		registreringsinstrukser ifm. den nye organisering. • Det er væsentligt, at monitorering og kvalitetsudvikling ikke alene understøtter den enkelte indsats, men også belyser kvaliteten i overgange og i samarbejde på tværs af niveauer, aktører, dokumentationssystemer og lovgivning. Dette vil styrke mulighederne for systematisk kvalitetsforbedring af det samlede forløb for borgerne samt vurderingen af sammenhæng i indsatserne.

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	

	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Det anbefales at styrke beskrivelsen af samarbejdet og overgangene mellem basal og specialiseret palliation, herunder kriterier for inddragelse af specialiserede palliative tilbud samt rammer for koordinering ved op- og nedtrapning mellem niveauerne. For borgere med palliative behov er sammenhængen mellem den basale og den specialiserede indsats afgørende for kvaliteten i forløbet. En tydeligere beskrivelse af samarbejdsflader, ansvar og overgange kan understøtte mere ensartede patientforløb på tværs af sektorer og skabe et bedre grundlag for kvalitetsudvikling og opfølgning på den samlede palliative indsats.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	Det anbefales, at afsnittet om kvalitetsudvikling og monitorering suppleres med et fokus på, hvordan data og kvalitetsopfølgning kan understøtte sammenhængende kvalitetsudvikling på tværs af basal og specialiseret palliation. Patientens palliative forløb går ofte på tværs af organisatoriske og sektorielle grænser. Det er derfor væsentligt, at monitorering og kvalitetsudvikling ikke alene understøtter den enkelte indsats, men også belyser kvaliteten i overgange, samarbejde og sammenhæng på tværs af niveauer. Dette vil styrke mulighederne for systematisk kvalitetsforbedring af det samlede palliative patientforløb.

	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	
7. Kvalitetsudvikling	-	

	7.1. Kvalitetsudvikling	Afsnit om kvalitetsudvikling side 23: • Det kan med fordel præciseres, hvordan sundhedslovens §196 gælder i den nye (regionale) organisering - her tænkes bl.a. på indberetningspligt til og repræsentation i styregrupper i de kliniske kvalitetsdatabaser mm. • SundK gør opmærksom på, at strukturerede data: oplysninger om indsatser, kontakter, overgange, diagnoser/tilstande mv. er afgørende i arbejdet med dataunderstøttet kvalitetsudvikling. Det anbefales, at indhentning af strukturerede oplysninger tænkes ind, når der udvikles brugergrænseflader og registreringsinstrukser ifm. den nye organisering. • Det er væsentligt, at monitorering og kvalitetsudvikling ikke alene understøtter den enkelte indsats, men også belyser kvaliteten i overgange og i samarbejde på tværs af niveauer, dokumentationssystemer og lovgivning. Dette vil styrke mulighederne for systematisk kvalitetsforbedring af det samlede patientforløb.

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	Top Partners A/S – Top Pleje takker for muligheden for at afgive bemærkninger til Sundhedsstyrelsens høringsudkast til vejledning for kommunal sygepleje. Som privat leverandør af helhedspleje i Sorø og Slagelse Kommuner ser vi positivt på ambitionen om at styrke kvalitet, patientsikkerhed, kontinuitet og faglig bæredygtighed i det nære sundhedsvæsen. Vi finder det særligt væsentligt, at vejledningen understøtter en sammenhængende indsats for borgere, der modtager både helhedspleje og sundhedsfaglige indsatser efter sundhedsloven. Kommunalbestyrelsen har myndighedsansvaret for kommunal sygepleje efter sundhedslovens § 138, mens konkrete opgaver kan udføres af private leverandører på baggrund af aftaler med kommunerne. Den fremtidige udvikling, hvor kommunal sygepleje forventes at blive tættere integreret med helhedsplejen, gør det nødvendigt at sikre tydelige nationale rammer for private leverandørers ansvar, opgavevaretagelse, kompetencer og samarbejdsforpligtelser. Vi anbefaler derfor, at vejledningen i højere grad præciserer private leverandørers rolle i den samlede kommunale sygepleje, herunder adgang til sundhedsfaglig rådgivning, dokumentation, opgaveoverdragelse, kvalitetsudvikling og finansiering.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	Top Pleje anbefaler, at vejledningens formål tydeliggør, hvordan kommunal sygepleje skal understøtte sammenhængende og patientsikre borgerforløb på tværs af kommunale og private leverandører. Vi finder det væsentligt, at vejledningen understøtter ensartede faglige krav og ligeværdig adgang til relevante

		sundhedsfaglige indsatser, uanset hvilken leverandør der varetager borgerens daglige helhedspleje. Det bør samtidig præciseres, hvordan vejledningen skal anvendes i kommunernes samarbejde med private leverandører, herunder ved indgåelse af leverandøraftaler og fastlæggelse af ansvars- og kompetenceforhold.
2. Målgruppe	-	Top Pleje anbefaler, at målgruppen beskrives ud fra borgerens individuelle sundhedsfaglige behov og ikke alene på baggrund af diagnose, alder eller organisatorisk tilknytning. Der bør være særlig opmærksomhed på borgere med multisygdom, kognitive funktionsnedsættelser, psykiske lidelser, komplekse medicinske problemstillinger og skiftende behov for sygeplejefaglig vurdering. Private helhedsplejeleverandører har ofte en kontinuerlig kontakt med disse borgere og spiller derfor en væsentlig rolle i tidlig opsporing af ændringer i helbredstilstanden. Vi anbefaler, at vejledningen tydeliggør, hvordan private leverandører kan videreformidle observationer og anmode om en rettidig sygeplejefaglig vurdering eller revurdering af borgerens behov.
3. Indhold	-	Top Pleje støtter en helhedsorienteret tilgang til kommunal sygepleje, hvor forebyggelse, behandling, rehabilitering, tidlig opsporing og sygeplejefaglig opfølgning indgår som sammenhængende elementer. Vi anbefaler, at vejledningen tydeliggør grænsefladerne mellem helhedspleje efter ældreloven og sygeplejefaglige indsatser efter sundhedsloven. Dette gælder særligt ved medicinhåndtering, observation af behandlingseffekt og bivirkninger,

		systematisk tidlig opsporing, forebyggelse af indlæggelser samt opfølgning efter udskrivelse. Der bør være klare rammer for, hvilke sundhedsfaglige opgaver private leverandører kan varetage efter aftale, og hvilke opgaver der forudsætter særlige kompetencer, instruktion eller sygeplejefaglig vurdering.
4. Organisering	-	Top Pleje anbefaler, at organiseringen af kommunal sygepleje understøtter et forpligtende og sammenhængende samarbejde mellem kommunale og private leverandører. Der bør være tydelige nationale principper for ansvarsfordeling, faglig ledelse, opgaveoverdragelse, dokumentation og adgang til sygeplejefaglig sparring. Vi finder det væsentligt, at private leverandører inddrages i relevante samarbejdsstrukturer, hvor borgerforløb, patientsikkerhed og kvalitetsudvikling drøftes. Samtidig bør der være klarhed over de organisatoriske og økonomiske forudsætninger for de opgaver, private leverandører forventes at varetage.
	4.1 Henvisning og tildeling	Top Pleje anbefaler, at der fastlægges ensartede og gennemsigtige procedurer for henvisning, visitation, tildeling og opfølgning på kommunale sygeplejeindsatser. Det bør tydeligt fremgå, hvem der har kompetence til at vurdere behovet for en sygeplejefaglig indsats, hvem der kan iværksætte den, og hvordan ændringer i borgerens behov håndteres. For private leverandører er det særligt væsentligt, at der foreligger klare kontaktveje til den kommunale sygepleje ved nye eller ændrede sundhedsfaglige problemstillinger.

		Vi anbefaler desuden, at der stilles tydelige forventninger til rettidig tilbagemelding og informationsdeling, så risikoen for forsinkelser, dobbeltarbejde og manglende opfølgning reduceres.
	4.2 Kompetencer	Top Pleje støtter, at sygeplejefaglige indsatser udføres på baggrund af relevante faglige kompetencer og en systematisk vurdering af opgavens kompleksitet. Vi anbefaler, at vejledningen præciserer kravene til instruktion, oplæring, kompetencevurdering, opgaveoverdragelse og løbende faglig opfølgning hos både kommunale og private leverandører. Det bør særligt tydeliggøres, hvordan private leverandører sikres adgang til relevant sygeplejefaglig rådgivning ved komplekse borgerforløb og sundhedsfaglige opgaver. Vi finder det desuden nødvendigt, at nye kompetencekrav ledsages af en afklaring af finansieringen af undervisning, supervision, kompetenceudvikling og kvalitetssikring.
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	Top Pleje anbefaler, at vejledningen understøtter en fleksibel, borgernær og fagligt forsvarlig tilrettelæggelse af kommunale sygeplejeindsatser. Det bør præciseres, hvordan ansvar og opgaver fordeles, når flere leverandører og sundhedsfaglige aktører indgår i samme borgerforløb. Vi finder det særligt relevant, at der stilles tydelige forventninger til dokumentation, kommunikation, opfølgning og handling ved ændringer i borgerens helbredstilstand. Der bør samtidig skabes klare rammer for private leverandørers deltagelse i tidlig opsporing, forebyggelse af indlæggelser,

		rehabilitering og opfølgning efter udskrivelse.
	5.1 Udstyr	Top Pleje anbefaler, at vejledningen tydeliggør ansvaret for anskaffelse, vedligeholdelse, kontrol og anvendelse af nødvendigt sundhedsfagligt udstyr. Dette gælder eksempelvis blodtryksapparater, termometre, pulsoximetre og andet relevant udstyr til systematiske observationer og tidlig opsporing. Der bør nationalt skabes klarhed over, hvilke krav der stilles til private leverandørers udstyr, samt hvordan udgifter til anskaffelse, vedligeholdelse, oplæring og kvalitetssikring indgår i de økonomiske aftaler med kommunerne.
6. Samarbejde	-	Top Pleje finder det afgørende, at vejledningen understøtter et forpligtende og gensidigt samarbejde mellem kommunal sygepleje, private helhedsplejeleverandører, almen praksis, sygehuse og regionale sundhedsfaglige funktioner. Vi anbefaler, at der fastlægges tydelige forventninger til samarbejdsstrukturer, kommunikationsveje, informationsudveksling og opgaveoverdragelse. Private leverandører bør inddrages i relevante tværfaglige samarbejdsfora og sikres adgang til nødvendige sundhedsfaglige oplysninger inden for gældende regler om journalføring, tavshedspligt og databeskyttelse. Det er vores vurdering, at et velfungerende samarbejde forudsætter klare ansvarsforhold, gensidig informationsdeling og mulighed for rettidig sundhedsfaglig sparring.
	6.1. Rådgivning	Top Pleje anbefaler, at vejledningen præciserer private leverandørers adgang

		til sygeplejefaglig rådgivning og sparring fra kommunale og relevante regionale sundhedsfaglige funktioner. Det bør fremgå, hvordan medarbejdere hos private leverandører kan få kvalificeret rådgivning ved ændringer i borgerens helbredstilstand, komplekse sundhedsfaglige problemstillinger og behov for akut vurdering. Vi anbefaler, at der etableres tydelige og ensartede kontaktveje, herunder afklaring af tilgængelighed i aften-, natte- og weekendtimer. Det bør samtidig tydeliggøres, hvordan eventuelle krav om udvidet tilgængelighed eller beredskab organiseres og finansieres. Adgangen til relevant sundhedsfaglig rådgivning bør afhænge af borgerens behov og ikke af, om helhedsplejen leveres af en kommunal eller privat leverandør.
	6.2. Behandlingsansvar	Top Pleje finder det væsentligt, at vejledningen tydeliggør ansvarsfordelingen mellem behandlingsansvarlig læge, kommunal sygepleje, private leverandører og den enkelte sundhedsperson. Det bør præciseres, hvordan ansvar for ordination, instruktion, udførelse, observation, dokumentation og opfølgning fordeles i konkrete borgerforløb. Særligt ved overdragelse af sundhedsfaglige opgaver er der behov for klare rammer for kompetencevurdering, instruktion og håndtering af ændringer i borgerens helbredstilstand. Vi anbefaler, at vejledningen understøtter entydige samarbejdsaftaler og dokumenterede arbejdsgange, så der ikke opstår uklarhed om, hvem der har ansvar for at reagere, iværksætte relevante handlinger og sikre opfølgning.

7. Kvalitetsudvikling	-	Top Pleje støtter ambitionen om systematisk og læringsorienteret kvalitetsudvikling i den kommunale sygepleje. Vi anbefaler, at private leverandører indgår aktivt i relevante kommunale og tværsektorielle strukturer for kvalitetsudvikling, patientsikkerhed og læring af utilsigtede hændelser. Der bør være ensartede principper for dokumentation, kvalitetsopfølgning, kompetenceudvikling og videndeling på tværs af kommunale og private leverandører. Vi finder det særligt vigtigt, at kvalitetskravene ledsages af tydelige organisatoriske, teknologiske og økonomiske forudsætninger. Dette omfatter blandt andet adgang til nødvendige dokumentationssystemer, relevante sundhedsfaglige oplysninger, fælles læringsaktiviteter og mulighed for systematisk kvalitetsopfølgning. Private leverandører bør kunne indgå i kvalitetsudviklingen på ligeværdige vilkår, og der bør sikres klare aftaler om finansiering af dokumentation, undervisning, audit og øvrige kvalitetssikringsaktiviteter.

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Top Partners A/S – Top Pleje støtter intentionerne om at skabe nationale, ensartede kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation. Vi anbefaler, at standarderne i højere grad tydeliggør private helhedsplejeleverandørers rolle i den samlede sundhedsfaglige indsats, herunder ansvar, kompetencer, dokumentation, samarbejde og adgang til sygeplejefaglig rådgivning. Det bør samtidig sikres, at nationale kvalitetskrav ledsages af tydelige organisatoriske og økonomiske rammer, så kvalitet og patientsikkerhed understøttes uanset leverandørform.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	Top Pleje anbefaler, at formålet eksplicit omfatter sammenhængende og ligeværdige sundhedsfaglige indsatser, uanset om borgeren modtager helhedspleje fra en kommunal eller privat leverandør. Det bør præciseres, hvordan kvalitetsstandarderne skal anvendes i samarbejdet mellem kommuner og private leverandører, og hvordan kravene omsættes til konkrete leverandøraftaler.
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	Vi anbefaler en tydeligere beskrivelse af private helhedsplejeleverandørers funktion i det nære sundhedsvæsen. Særligt bør der fastlægges nationale principper for samarbejde, informationsudveksling og ansvarsfordeling mellem kommunal sygepleje, private leverandører, almen praksis, sygehuse og regional akutsygepleje.
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	Top Pleje anbefaler, at målgruppen afgrænses på baggrund af en individuel sundhedsfaglig vurdering frem for

		diagnose eller leverandørtilknytning alene. Der bør være særlig opmærksomhed på borgere med multisygdom, kognitive funktionsnedsættelser, psykiske lidelser og komplekse sociale forhold, hvor behovet for sygeplejefaglig vurdering kan være skiftende. Det bør tydeliggøres, hvordan private leverandører kan anmode om revurdering af en borgers behov.
	2.2. Borgere med behov for palliation	Top Pleje anbefaler, at målgruppen for basal palliation beskrives bredt og ikke alene med udgangspunkt i kræftsygdomme eller den terminale fase. Borgere med eksempelvis fremskreden KOL, hjertesvigt, neurologiske sygdomme eller multisygdom kan have betydelige palliative behov. Vi anbefaler, at standarderne tydeliggør, hvordan private helhedsplejeleverandører inddrages i tidlig identifikation af palliative behov, symptomobservation, støtte til pårørende og samarbejde med den ansvarlige sygepleje og læge.
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	Top Pleje anbefaler, at der fastlægges tydelige principper for sammenhængende borgerforløb, hvor helhedspleje og kommunal sygepleje koordineres. Der bør være klarhed om opgavefordeling, sundhedsfagligt ansvar, dokumentation og opfølgning, særligt når flere leverandører indgår i samme forløb.
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	Vi anbefaler ensartede procedurer for henvisning og visitation, herunder tydelige kontaktveje for private leverandører, der identificerer et nyt eller ændret sygeplejefagligt behov. Det bør fremgå, hvem der har ansvar for at reagere på henvendelsen, foretage

		vurderingen og iværksætte relevant opfølgning.
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	Top Pleje anbefaler, at tilrettelæggelsen understøtter kontinuitet og tværfaglig koordinering. Når en borger modtager både kommunal sygepleje og privat helhedspleje, bør der foreligge klare aftaler om opgavefordeling, observationer, dokumentation og ændringer i indsatsen. Det bør desuden tydeliggøres, hvordan eventuelle udvidede opgaver hos private leverandører indgår i leverandøraftaler og finansiering.
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Top Pleje støtter et øget fokus på forebyggelse, rehabilitering og tidlig opsporing. Vi anbefaler, at private helhedsplejeleverandørers rolle i systematiske observationer og tidlig opsporing tydeliggøres, herunder anvendelse af relevante observationsredskaber. Der bør sikres adgang til sygeplejefaglig vurdering, når medarbejdere observerer ændringer i borgerens funktionsevne eller helbredstilstand.
	3.5. Basal palliation	Top Pleje anbefaler, at kvalitetsstandarderne præciserer de organisatoriske og faglige forudsætninger for basal palliation i borgerens eget hjem. Der bør være tydelige rammer for symptomvurdering, lindrende indsatser, medicinhåndtering, kommunikation med pårørende og kontakt til behandlingsansvarlig læge. Særligt anbefaler vi en præcisering af adgang til sygeplejefaglig rådgivning uden for almindelig dagtid samt klare procedurer ved akut symptomforværring. Det bør endvidere afklares, hvilke basale palliative opgaver private

		helhedsplejeleverandører kan varetage efter aftale, og hvilke der kræver særskilte sundhedsfaglige kompetencer eller specialiseret bistand.
	3.6. Opfølgning og afslutning	Vi anbefaler tydelige krav til opfølgning, revurdering og afslutning af sygeplejefaglige indsatser. Private leverandører bør modtage de nødvendige oplysninger om ændringer i borgerens behandlings- og plejeplan, når disse har betydning for den fortsatte helhedspleje.
	3.7. Udstyr	Top Pleje anbefaler, at ansvaret for anskaffelse, vedligeholdelse, kontrol og anvendelse af sundhedsfagligt udstyr tydeliggøres. Det gælder blandt andet udstyr til blodtryksmåling, temperaturmåling, iltmætning og andre relevante observationer. Der bør være klare aftaler om finansiering og oplæring, når private leverandører forventes at anvende udstyret.
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Top Pleje anbefaler ensartede faglige minimumsprincipper for instruktion, oplæring, kompetencevurdering og opfølgning på sundhedsfaglige opgaver. Det bør tydeliggøres, hvordan private leverandører får adgang til relevant sygeplejefaglig sparring ved komplekse opgaver og ved ændringer i borgerens helbredstilstand.
	4.2. Basale palliative kompetencer	Vi anbefaler, at basale palliative kompetencer indgår systematisk i kompetenceudviklingen hos medarbejdere, der yder pleje til borgere med livstruende sygdom. Dette bør omfatte observation af smerter og andre symptomer, kommunikation med borgere og pårørende, forståelse af

		den sidste levetid samt viden om, hvornår sygeplejerske eller læge skal kontaktes. Det bør præciseres, hvordan disse kompetencer understøttes og finansieres hos private leverandører.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	Top Pleje støtter systematisk kompetenceudvikling som forudsætning for høj kvalitet og patientsikkerhed. Vi anbefaler, at kommunale og private leverandører sikres mulighed for at indgå i relevante fælles undervisnings- og læringsaktiviteter. Der bør samtidig være tydelighed om finansiering af undervisning, supervision, kompetencevurdering og nødvendigt fravær fra den daglige drift.
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	Top Pleje anbefaler, at kvalitetsstandarderne præciserer kravene til sygeplejefaglig tilgængelighed og kontaktveje, herunder aften, nat og weekend. Det bør være tydeligt, hvordan private leverandører får adgang til relevant rådgivning, og hvordan ansvaret fordeles ved akut opståede sundhedsfaglige problemstillinger. Eventuelle krav om udvidet beredskab bør ledsages af en afklaring af organisering og finansiering.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	Top Pleje anbefaler, at faglig bæredygtighed vurderes ud fra både kompetencer, bemanding, ledelsesmæssig understøttelse og adgang til tværfagligt samarbejde. Det bør præciseres, hvordan mindre og mellemstore private leverandører kan indgå i fagligt bæredygtige samarbejdsmodeller uden uforholdsmæssige organisatoriske eller økonomiske byrder.

	5.3. Intrakommunalt samarbejde	Vi anbefaler, at private helhedsplejeleverandører tydeligt indgår i beskrivelsen af det kommunale samarbejde omkring borgeren. Der bør være klare procedurer for informationsudveksling, koordinering og opfølgning mellem kommunal sygepleje, visitation, terapeuter og private leverandører. Det bør ligeledes præciseres, hvordan private leverandører inddrages i relevante tværfaglige møder og samarbejdsfora.
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Top Pleje anbefaler, at private leverandører indtænkes eksplicit i samarbejdet mellem kommuner, regioner, almen praksis og sygehuse. Særligt i forbindelse med overgangen til regional akutsygepleje er der behov for tydelige kommunikationsveje og ansvarsforhold. Vi anbefaler nationale minimumsprincipper for, hvordan private leverandører kontakter relevante sundhedsfaglige funktioner og modtager nødvendige oplysninger ved overgange i borgerforløb.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	Top Pleje støtter systematisk kvalitetsudvikling og monitorering. Vi anbefaler, at private leverandører inddrages i relevante fælles kvalitetsindikatorer, patientsikkerhedsarbejde og læring af utilsigtede hændelser. Der bør være ensartede principper for dokumentation, kvalitetsopfølgning og videndeling, så kvaliteten kan udvikles på tværs af leverandører.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	Top Pleje anbefaler, at kvalitetsstandarderne tydeliggør de organisatoriske, teknologiske og

		økonomiske forudsætninger for kvalitetsudvikling. Dette omfatter blandt andet adgang til nødvendige dokumentationssystemer, kompetenceudvikling, audits og fælles læringsaktiviteter. Nye nationale kvalitetskrav bør ledsages af en afklaring af, hvordan kravene omsættes til kommunale leverandøraftaler og realistiske finansieringsmodeller.
Bilag 1. Begreber	-	Top Pleje anbefaler, at begrebsdefinitionerne tydeliggør forskellen mellem kommunens myndighedsansvar, leverandørens organisatoriske ansvar og den enkelte sundhedspersons faglige ansvar. Vi anbefaler desuden en præcisering af begreberne opgaveoverdragelse, delegation, sygeplejefaglig rådgivning, basal palliation og behandlingsansvar, så de kan anvendes entydigt i samarbejdet mellem kommunale og private leverandører.
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	En ældre borger med KOL, hjertesvigt og nedsat funktionsevne modtager daglig helhedspleje fra en privat leverandør. Medarbejderne observerer tiltagende åndenød, træthed og ændret almen tilstand. Casen bør tydeliggøre, hvordan observationerne dokumenteres og videreformidles, hvem der foretager den sygeplejefaglige vurdering, og hvordan der sikres rettidig kontakt til relevant læge eller akutsygepleje. En borger med fremskreden livstruende sygdom ønsker at forblive i eget hjem og modtager helhedspleje fra en privat leverandør.

		Borgeren udvikler tiltagende smerter, uro og nedsat evne til at indtage væske og medicin. Casen bør illustrere samarbejdet mellem privat helhedspleje, kommunal sygepleje, behandlingsansvarlig læge og eventuelt specialiseret palliativ funktion. Der bør særligt være fokus på symptomobservation, behandlingsplan, lindring, støtte til pårørende og adgang til sundhedsfaglig rådgivning uden for almindelig dagtid.
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	Top Pleje anbefaler, at eksemplerne på borgere uden for målgruppen suppleres med en tydelig beskrivelse af grænsefladen mellem almindelig personlig og praktisk hjælp, sundhedsfaglig observation og egentlig sygeplejefaglig indsats. Det bør fremgå, at borgere ikke automatisk har behov for kommunal sygepleje alene som følge af alder, funktionsnedsættelse eller behov for helhedspleje. Samtidig bør det understreges, at ændringer i helbredstilstanden kan medføre behov for en ny individuel sygeplejefaglig vurdering.

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	Top Partners A/S – Top Pleje støtter ambitionen om at styrke den nære og sammenhængende sundhedsindsats gennem nationale kvalitetsstandarder for akutsygeplejen. Som privat leverandør af helhedspleje i Sorø og Slagelse Kommuner finder vi det afgørende, at overgangen til regionalt myndighedsansvar for akutsygeplejen understøttes af tydelige samarbejdsstrukturer mellem regioner, kommuner, almen praksis og private helhedsplejeleverandører. Private leverandører har en væsentlig funktion i den daglige observation af borgernes helbredstilstand og vil ofte være blandt de første til at identificere akut eller subakut forværring. Vi anbefaler derfor, at kvalitetsstandarderne tydeliggør private leverandørers adgang til akutsygeplejefaglig rådgivning, henvisningsveje, opfølgning og relevant sundhedsfaglig informationsudveksling. Det bør samtidig sikres, at eventuelle nye krav til kompetencer, udstyr, dokumentation og tilgængelighed ledsages af klare organisatoriske og økonomiske rammer.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	Top Pleje anbefaler, at opdraget tydeliggør, hvordan private helhedsplejeleverandører indgår i den samlede organisering omkring regional akutsygepleje. Det bør præciseres, hvordan den nye ansvarsfordeling påvirker samarbejdet mellem regional akutsygepleje, kommunal sygepleje og private leverandører, herunder hvem der har ansvar for koordinering, informationsudveksling og opfølgning.
	1.2. Formål	Vi anbefaler, at formålet eksplicit omfatter rettidig og ligeværdig adgang til akutsygeplejefaglig vurdering for borgere i eget hjem, uanset hvilken leverandør der varetager den daglige helhedspleje. Kvalitetsstandarderne bør understøtte tidlig opsporing, forebyggelse af unødvendige indlæggelser og

		sammenhængende borgerforløb på tværs af sektorer og leverandører.
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	Top Pleje anbefaler, at kvalitetsstandardernes sammenhæng med kommunale leverandøraftaler, regionale samarbejdsaftaler og gældende sundhedsfaglige ansvarsforhold tydeliggøres. Der bør være klarhed over, hvilke forpligtelser der påhviler henholdsvis region, kommune og privat leverandør. Det bør samtidig præciseres, hvordan nye kvalitetskrav omsættes til konkrete arbejdsgange og finansieringsmodeller.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	Top Pleje støtter udviklingen af en mere sammenhængende og tilgængelig akutsygepleje tæt på borgeren. Vi anbefaler, at udviklingen også omfatter fælles digitale kommunikationsløsninger, standardiserede henvisningsprocedurer og systematisk kompetenceudvikling på tværs af sektorer. Private leverandører bør inddrages i relevante udviklings- og implementeringsprocesser, da de indgår i den daglige observation og opfølgning hos borgerne.
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	Top Pleje anbefaler, at akutsygeplejens funktion beskrives i tæt sammenhæng med den kommunale sygepleje, almen praksis, sygehuse og private helhedsplejeleverandører. Det bør fremgå, hvordan der sikres sammenhæng mellem akut sundhedsfaglig vurdering og den efterfølgende pleje og observation i borgerens hjem.

	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	Vi anbefaler, at grænsefladerne mellem regional akutsygepleje, kommunal sygepleje, almen praksis, lægevagt og akutberedskab præciseres. Private leverandører bør have adgang til tydelige visitations- og kontaktveje, så medarbejdere kan reagere korrekt og rettidigt ved akut eller subakut forværring. Det bør være entydigt, hvornår der skal rettes henvendelse til de enkelte sundhedsfaglige funktioner.
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	Top Pleje anbefaler, at akutsygeplejen understøtter samarbejdet med de aktører, som varetager borgernes daglige pleje og omsorg. Private leverandører bør indgå i relevante kommunikations- og samarbejdsstrukturer, så observationer kan videregives rettidigt, og nødvendige opfølgningsopgaver kan aftales.
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	Top Pleje anbefaler, at målgruppen afgrænses ud fra borgerens aktuelle sundhedsfaglige behov og kompleksiteten af den akutte problemstilling. Der bør være særlig opmærksomhed på ældre borgere med multisygdom, skrøbelighed, kognitiv svækkelse og komplekse behandlingsforløb. Vi anbefaler, at kvalitetsstandarderne tydeliggør, hvordan private leverandører kan videreformidle observationer og anmode om relevant akut sygeplejefaglig vurdering.
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Top Pleje anbefaler, at der etableres ensartede og tydelige procedurer for adgang til regional akutsygepleje. Det bør afklares, om og under hvilke betingelser private helhedsplejeleverandører kan rette

		direkte henvendelse til akutsygeplejen, eller om kontakten skal ske via kommunal sygepleje, almen praksis eller anden visiterende instans. Der bør desuden fastlægges klare arbejdsgange for håndtering af akutte observationer, visitation og tilbagemelding. Vi finder det særligt vigtigt, at organisatoriske grænser ikke medfører unødvendige forsinkelser i den sundhedsfaglige vurdering.
	4.2. Typer af indsatser	Top Pleje anbefaler, at kvalitetsstandarderne tydeliggør, hvilke akutsygeplejefaglige indsatser der kan iværksættes i borgerens hjem, og hvordan disse koordineres med den eksisterende helhedspleje. Det bør fremgå, hvordan ansvar for observation, behandling, dokumentation og efterfølgende opfølgning fordeles. Der bør desuden være klare rammer for samarbejde ved akutte forværringer hos borgere med palliative behov.
	4.3. Udstyr og medicin	Top Pleje anbefaler, at ansvaret for relevant sundhedsfagligt udstyr og medicin tydeliggøres i samarbejdet mellem regional akutsygepleje, kommunal sygepleje og private leverandører. Det bør præciseres, hvem der har ansvar for anskaffelse, tilgængelighed, vedligeholdelse og oplæring i anvendelsen af udstyr. Der bør ligeledes være klare procedurer for medicinordination, medicinhåndtering, dokumentation og opfølgning efter akutte indsatser.
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Top Pleje støtter tydelige kompetencekrav til medarbejdere, der varetager akutsygeplejefaglige indsatser.

		Vi anbefaler samtidig, at der beskrives relevante kompetencekrav til de medarbejdere hos kommunale og private helhedsplejeleverandører, som skal observere og reagere på akut sygdom eller forværring. Det bør blandt andet omfatte systematisk observation, tidlig opsporing, struktureret kommunikation og viden om relevante kontaktveje. Vi anbefaler, at private leverandører får mulighed for at deltage i relevante tværsektorielle kompetenceudviklingsaktiviteter, og at finansieringen af disse afklares.
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	Top Pleje anbefaler, at kvalitetsstandarderne tydeliggør de organisatoriske forudsætninger for et velfungerende samarbejde mellem regional akutsygepleje og private helhedsplejeleverandører. Der bør være klare aftaler om ansvar, opgavefordeling, kontaktveje, dokumentation og opfølgning. Vi anbefaler, at private leverandører inddrages i relevante lokale implementerings- og samarbejdsprocesser.
	6.2. Tilgængelighed	Top Pleje finder det afgørende, at adgangen til relevant akutsygeplejefaglig vurdering og rådgivning er tydelig og tilgængelig, når borgerens sundhedstilstand kræver det. Der bør være klare procedurer for kontakt til akutsygeplejen i aften-, natte- og weekendtimer. Det bør samtidig præciseres, hvordan private leverandører kan få rådgivning ved akut opståede problemstillinger, og hvilke alternative kontaktveje der skal anvendes, hvis akutsygeplejen ikke er den rette funktion.

	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Top Pleje anbefaler, at kvalitetsstandarderne stiller tydelige forventninger til samarbejde og informationsudveksling mellem regional akutsygepleje, kommunal sygepleje, almen praksis og private helhedsplejeleverandører. Der bør sikres rettidig overlevering af relevante oplysninger efter akutte indsatser, herunder ændringer i behandling, medicin, observationsbehov og planlagt opfølgning. Vi anbefaler, at ansvaret for den videre opfølgning dokumenteres entydigt, så risikoen for utilsigtede hændelser og manglende kontinuitet reduceres.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	Top Pleje støtter systematisk kvalitetsudvikling og monitorering af akutsygeplejen. Vi anbefaler, at kvalitetsudviklingen også omfatter samarbejdet med private leverandører, herunder kvaliteten af henvisninger, kommunikation, opgaveoverdragelse og opfølgning. Der bør være fokus på fælles læring af utilsigtede hændelser og systematisk evaluering af tværsektorielle borgerforløb. Vi anbefaler desuden, at der udvikles ensartede principper for informationsudveksling og dokumentation, som understøtter patientsikkerheden på tværs af kommunale, regionale og private aktører. Top Partners A/S – Top Pleje ser de nationale kvalitetsstandarder for akutsygepleje som et vigtigt grundlag for udviklingen af et mere sammenhængende nært sundhedsvæsen. Vi anbefaler, at private helhedsplejeleverandører inddrages

		aktivt i den videre implementering, så samarbejdet omkring borgerne bygger på tydelige ansvarsforhold, rettidig adgang til sundhedsfaglig rådgivning og fælles principper for patientsikkerhed. Det er samtidig afgørende, at eventuelle nye opgaver og krav ledsages af realistiske organisatoriske og økonomiske forudsætninger.

Varde Kommune

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	**Afgrænsning mellem kommunal sygepleje og regional akutsygepleje** Der mangler en mere konkret afgrænsning af ansvars- og opgavefordelingen mellem den kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje. Særligt en tydelig beskrivelse af visitation, ansvarsoverdragelse og håndtering af borgere, hvor der skal ændringer i sygdomsbilledet, men hvor behovet ikke nødvendigvis karakteriseres som akut. Hvis ikke snitfladerne bliver mere specifikke og præcise risikeres for mange uhensigtsmæssige gråzoner og uklar ansvarsfordeling på tværs af sektorerne.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	Det fremgår, at kommunerne kan visitere til sygepleje uden lægehenvisning fx efter en henvendelse fra borgere og pårørende. Hvis dette er fremtiden, vil kommunerne ikke kunne følge med til mængden af indsatser, der vil rulle ind i hhv. Sygeplejen og i Hjemmeplejen. Dertil følger et stort spørgsmål ift., hvem der i de tilfælde har behandlingsansvaret? Det anbefales, at afsnit 3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje gentænkes og præciseres.
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	

	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	Det er positivt at der skal være fokus på tidlig identifikation, systematisk behovsvurdering og støtte til pårørende, men de beskrevne krav vil medføre en stor implementeringsopgave til kompetenceudvikling, screeningsredskaber, ændret dokumentationspraksis og et styrket samarbejde med almen praksis og de specialiserede palliative tilbud. Der mangles vejledning ift. implementeringen og en afklaring af ressourcer og finansieringsmæssige konsekvenser. Der henvises til kræftplan V, men beløbene i denne er faldende fra 2027, og er ikke dækkende for de krav, der er opstillet i kvalitetsstandarderne. Samme problematik er gældende ift. fagområdespecifikke kompetencer, hvor næsten alle sygdomsproblematikker nævnes både psykiatrisk, somatisk og socialt faglige. Der er lagt op til systematisk screening af palliative borgere, men der nævnes også, at det ikke kun drejer sig om borgere med livstruende sygdomme, men ligeledes borgere med non-maligne kroniske lidelser. Hvis disse også skal systematisk screenes, vil det betyde, at hovedparten af de borgere, der er tilknyttet den kommunale sygepleje, skal det, hvilket vil kræve et enormt ressourcetræk i den kommunale sygepleje.
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Der savnes en mere præcis definition af enhedsniveauet. I udkastet er enhedsniveauet beskrevet uklart som kompetencer hos en eller flere medarbejdere i den samlede kommunale sygepleje. Desuden savnes en præcisering af, hvad tilgængeligheden af disse kompetencer skal være, og hvordan kommunerne forventes at kunne dokumentere, at de opfylder kravene.

	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Der fremgår, at kommunerne kan varetage regionale sundhedsindsatser gennem samarbejdsaftaler, men det er nødvendigt, at få præciseret hvilke typer indsatser, de kompetencemæssige krav og hvordan det kan/skal finansieres. Hvis ikke dette bliver præciseret, vil der fortsat blive stor forskel fra kommune til kommune på hvilke indsatser, der kan leveres. Det er derfor nødvendigt, at nye behandlingsopgaver ledsages af klare nationale rammer og finansiering.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	Der skal være en særlig opmærksomhed på at dokumentations- og indberetningskrav afvejes ift. den administrative belastning og den tid, der anvendes på direkte borgerkontakt. Det betragtes som en stor fordel, hvis alt data kun skal registreres én gang og derefter anvendes flere steder.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	
	4.2. Typer af indsatser	
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	
7. Kvalitetsudvikling	-	

	7.1. Kvalitetsudvikling	

Høringssvar fra Vejen Kommune

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal		
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	Det fremgår, at borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af kendt sygdom, hvor der er behov for hurtig sygeplejefaglig vurdering og indsats, hører til målgruppen for akutsygeplejen. Samtidig fremgår det andre steder i standarden, at den kommunale sygepleje skal kunne håndtere forværring af kendt sygdom og nyopstået sygdom. Dette giver anledning til tvivl om den konkrete afgrænsning mellem de to funktioner, da det kun ligger i ordet *akut* som ikke er defineret. Vi anbefaler derfor, at begrebet i standarderne defineres nærmere, da det på nuværende tidspunkt har stor betydning for hvordan man skelner mellem opgaver for akutsygeplejen og den kommunale sygepleje - for hvornår er er noget akut her? I samme afsnit benævnes sætningen "*hurtig sygeplejefaglig vurdering*". Hvor der efterfølgende bliver beskrevet at hvis det er akutte behov skal borger tilses inden for timer og sub akutte behov indenfor et døgn. De beskrevne responstider for akutsygeplejen, ser vi som væsentlig ændring ift. den indsats, den kommunale akutsygepleje hidtil har kunnet levere ved borgerne, hvor hurtig sygeplejefaglig vurdering og iværksættelse af relevante tiltag ofte har været muligt hurtigere end "timer". Herved bliver det også uklart, om den kommunale sygepleje på baggrund af egne observationer og sygeplejefaglige vurderinger fortsat kan iværksætte relevante handlinger,

		herunder kontakte egen læge, vagtlæge, PHV/ MAM-bil eller til andre relevante sundhedsfaglige samarbejdspartnere, når situationen vurderes at kræve hurtigere handling end de angivne responstider fra akutsygepleje? En tydeliggørelse af ansvars- og opgavefordelingen vil bidrage til at sikre rettidig indsats og patientsikkerhed. Det fremgår desuden, at målgruppen for akutsygeplejen omfatter borgere med fortsatte komplekse sygeplejebehov efter udskrivelse fra sygehus. Der mangler præcisering af hvilke konkrete faglige kriterier og kompetencebehov der begrunder visitation til akutsygeplejen frem for kommunal sygepleje.
	2.2. Borgere med behov for palliation	
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	Det anbefales, at kvalitetsstandarden præciserer, hvad der forstås ved hjemmemonitorering. Det bør fremgå, hvilke borgere der er omfattet, hvilke målinger der kan indgå, hvordan opfølgning og ansvar er organiseret.
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	Det fremgår af afsnit 3.2, at kommunalbestyrelsen er ansvarlig for at tilbyde vederlagsfri sygepleje efter lægehenvisning. Samtidig beskrives det, at kommunen i visse situationer kan visitere borgere til sygepleje uden lægehenvisning, herunder fra akutsygeplejen, hospice eller på baggrund af henvendelse fra borger eller pårørende. Det anbefales, at kvalitetsstandarden præciserer de faglige og organisatoriske kriterier for visitation til sygepleje uden forudgående lægehenvisning. Kommunal sygepleje er som udgangspunkt knyttet til en lægefagligt begrundet behandlingsindsats, og det bør derfor tydeliggøres, hvilke situationer der kan udløse en visitation uden lægehenvisning, samt hvordan den efterfølgende lægefaglige vurdering og opfølgning sikres. En nærmere præcisering vil understøtte ensartet praksis, styrke patientsikkerheden og sikre gennemsigtighed i visitationsgrundlaget. Derudover vil det bidrage til, at serviceniveauet i højere grad bliver sammenligneligt på tværs af

		kommuner og dermed understøtte ambitionen om et mere ensartet og landsdækkende serviceniveau for borgere med behov for kommunal sygepleje.
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	Det fremgår, at der gennem tværsektorielle aftaler skal være adgang til relevant palliativt udstyr og medicin, herunder subkutan lindrende medicin. Det vil være gavnligt at udarbejde en minimumsstandard med specifik beskrivelse af hvilke(t): • Palliativt udstyr • Palliative lægemidler • Samt organiseringen af lægemiddelberedskabet uden for almindelig åbningstid. Det vurderes nødvendigt at præcisere, hvilke konkrete lægemidler og hjælpemidler kommunerne forventes at kunne fremskaffe døgnet rundt, samt om dette skal ske f.eks. via vent-og-se-recepter eller kommunale/regionale beredskabslagre. En sådan præcisering vil reducere risikoen misforståelser mellem samarbejdspartnere og mindske risikoen for geografisk variation i borgernes adgang til palliativ symptomlindring.
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	
	4.2. Basale palliative kompetencer	
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	

	5.1. Organisering og tilgængelighed	Der står at den kommunale sygepleje skal kunne håndtere ikke-akutte indsatser ved forværring af kendt eller nyopstået sygdom. Vi vurderer, at begrebet "*ikke-akutte indsatser*" bør defineres nærmere for en korrekt fordeling af opgaver mellem akutsygeplejen og den kommunale sygepleje. Det bemærkes desuden, at kravet om, at sundhedsoplysninger skal udveksles "*rettidigt og sikkert*", med fordel kan konkretiseres. Det bør fremgå hvilke organisatoriske og tekniske krav der knytter sig til disse begreber, samt om forståelsen af rettidig kommunikation tager udgangspunkt i eksisterende aftalegrundlag, herunder f.eks. SAM:BO-aftaler eller tilsvarende samarbejdsmodeller.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	
	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Det fremgår, at kommunerne skal have adgang til døgndækkede palliative rådgivningsfunktioner. Hvilke organisatoriske enheder der henvises der til? Herunder om det omfatter specialiserede palliative teams, palliative sengeafsnit, hospice eller andre funktioner, samt hvordan rådgivningen forventes tilgængeliggjort.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	Der lægges op til en national monitorering af den basale palliative indsats. Det vurderes, at det bør fremgå tydeligere, hvilke data og indikatorer der forventes indberettet, samt hvordan disse skal registreres i praksis. Det anbefales, at monitoreringen i videst muligt omfang baseres på kommunernes eksisterende datagrundlag og registreringspraksis. Dette vil understøtte en ensartet dataindsamling og samtidig minimere behovet for implementering af nye dokumentations- og registreringsprocesser i driften. De nedenstående indikatorer vurderes at kunne understøtte både den nationale monitorering og

		samtidig baseres på allerede eksisterende kommunale registreringer: • Borgernes alder, køn og diagnosegrupper. • Antal aktive borgere i palliative forløb. • Antal nye palliative forløb pr. måned. • Gennemsnitlig varighed af palliative forløb. • Antal indlæggelser og genindlæggelser. • Dødssted fordelt på eget hjem, plejecenter, hospice og sygehus. • Andel borgere der dør på ønsket dødssted. • Tid fra terminalerklæring til dødsfald. • Antal af tværfaglige møder med almen praksis eller specialiserede palliative funktioner. • Antal udskrivelser til palliative forløb.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	De beskrevne cases fremstår relativt enkle og giver i begrænset omfang støtte til de situationer, hvor afgrænsningen mellem sektorernes ansvar er mest kompleks. Det anbefales derfor, at materialet suppleres med flere cases, der belyser vanskelige snitflader i praksis. Særligt efterlyses eksempler, der tydeliggør, hvornår der er tale om en forventelig eller gradvis forværring af en eksisterende sygdomstilstand, som kan håndteres i det kommunale sundhedsvæsen, og hvornår der er tale om en akut tilstand, som kræver lægefaglig vurdering eller indsats fra den regionale del af sundhedsvæsenet. Derudover vil det være relevant at beskrive flere komplekse borgerforløb, hvor flere kroniske sygdomme, funktionstab eller sociale problemstillinger påvirker vurderingen af indsats og ansvar. Sådanne cases vil styrke den fælles forståelse af snitfladerne mellem kommune, almen praksis og sygehus samt bidrage til en mere ensartet praksis og et højere niveau af patientsikkerhed på tværs af landet.

	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	IV-opgaven incl anlæggelse af PVK, er ikke nævnt. Hvem skal varetage denne opgave? – opstart, under forløb og afslutning. Det anbefales at en række centrale begreber og snitflader præciseres yderligere, så standarderne i højere grad understøtter ensartet forståelse mellem sektorerne. Særligt anbefales det, at begreber som "*hurtig*", "*rettidig*", "*få timer*", "*få dage*", "*henvisning*" og "*kompetencer*" operationaliseres nærmere, da disse begreber har direkte betydning for opgavefordeling i praksis. Der mangler en beskrivelse af den fremtidige snitflade mellem kommunal sygepleje, regional akutsygepleje og *de kommende hjemmebehandlingsteams*. Der er behov for en tydelig afgrænsning af målgrupper, ansvar, visitationskriterier og behandlingsansvar.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	Det fremgår, at borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af kendt sygdom, hvor der er behov for hurtig sygeplejefaglig vurdering og indsats, hører til målgruppen for akutsygeplejen. Samtidig fremgår det andre steder i standarden, at den kommunale sygepleje skal kunne håndtere forværring af kendt sygdom og nyopstået sygdom. Dette giver anledning til tvivl om den konkrete afgrænsning mellem de to funktioner, da det kun ligger i ordet *akut* som ikke er defineret. Vi anbefaler derfor, at begrebet i standarderne defineres nærmere, da det på nuværende tidspunkt har stor betydning for hvordan man skelner mellem opgaver for akutsygeplejen og den kommunale sygepleje - for hvornår er er noget akut her?

	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	Det fremgår det, at akutsygeplejens indsatser som udgangspunkt er tidsafgrænsede og typisk ikke varer længere end "få dage". Vi vurderer, at disse formuleringer bør præciseres nærmere for at understøtte ensartet visitation og forventningsafstemning mellem sektorerne. Der anbefales derfor en nærmere operationalisering af: • hvad der forstås ved "få timer", • hvad der forstås ved "få dage", • samt hvilke kriterier der ligger til grund for afslutning eller overdragelse af akutsygeplejens indsatser til den kommunale sygepleje.
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Det fremgår, at der ved henvendelse til akutsygeplejen efterfølgende skal ske en "henvisning", jf. side 13: "*Henvisningen skal efterfølgende ske skriftligt som elektronisk kommunikation indeholdende behandlingsplan og oplysninger om, hvem der er behandlingsansvarlig læge.*" Det fremstår uklart, hvem der har ansvaret for at udarbejde og fremsende denne henvisning. Ligeledes er det uklart, hvordan arbejdsgangen er tænkt organiseret, og på hvilket tidspunkt oplysningerne skal foreligge. Der kan med fordel præciseres, om behandlingsplan og oplysninger om behandlingsansvarlig læge er en forudsætning for akutsygeplejens indsats, eller om disse oplysninger alene skal fremsendes efterfølgende som dokumentation. Begrebet "henvisning" anvendes flere steder i afsnittet, og det anbefales derfor, at ansvar, arbejdsgange og forventninger til indhold beskrives tydeligere for at sikre ensartet forståelse og praksis.
	4.2. Typer af indsatser	
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	I afsnittet beskrives de opgaver og indsatser, som akutsygeplejen forventes at kunne varetage. Det fremgår imidlertid ikke tydeligt, hvilke

		kompetencekrav der stilles til medarbejderne i akutsygeplejen, herunder krav til uddannelse, efteruddannelse og klinisk erfaring. Derudover savnes en tydeligere beskrivelse af, hvilke kompetencer og funktioner der adskiller akutsygeplejen fra den kommunale sygepleje. Som standarden aktuelt er beskrevet, fremstår ABCDE-vurdering som den mest tydelige forskel, mens øvrige kompetencer i vid udstrækning overlapper de opgaver, der allerede varetages i den kommunale sygepleje. En præcisering af akutsygeplejens særlige faglige profil vil styrke forståelsen af formål, målgruppe og opgavefordeling.
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	

Skema til at afgive høringssvar

Angiv høringssvar i nedenstående skabelon for hhv.

1. Vejledning for kommunal sygepleje
2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation
3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje

Kapitel	Afsnit	Kommentar
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	Specialiserede palliative rådgivnings-funktioner bør fremgå eksplicit som et regionalt tilbud, den kommunale syge-pleje planlægger, leder og koordinerer tværsektorielle forløb i samarbejde med.
4. Organisering	-	Det skal fremgå, at kommunerne skal etablere rammer for at kunne udføre kontrol, samt at de skal følge op på bekymringshenvendelser, tilsynssager, mv. Dette bør ikke alene fremgå som en anbefaling.
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	Det fremstår uklart og bør præciseres, hvilken ramme der er for, hvordan kommunalbestyrelsen som ansvarlig myndighed skal kunne sikre, at den

		kommunale sygepleje ydes af personer med de nødvendige uddannelses- og/eller kompetencemæssige kvalifikationer. Hvilke krav, der er fastsat nationalt, fremstår uvist. Det bør fremgå, at demensfaglige kompetencer skal være en grundforudsætning i den kommunale sygepleje generelt set i lyset af målgruppens størrelse og kompleksitet. Det skal fremgå, at der også skal være kompetencer til at inddrage patienter og eventuelle pårørende samt krav til relationelle kompetencer.
5.Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	Vedr.: "Sygeplejen skal tilrettelægges med høj kvalitet og sammenhæng, og borgeren og eventuelle pårørende skal i relevant omfang inddrages i planlægningen af forløbet". Ældre Sagen er tilfreds med, at det fremgår, at inddragelse af borgeren og eventuelle pårørende skal finde sted, men mener, at "i relevant omfang" skal udelades. Formuleringen kan tolkes sådan, at det alene er de professionelle, som afgør, hvad "relevant omfang" er, når det i stedet bør være med udgangspunkt i en dialog og forventningsafstemning med borgeren og eventuelle pårørende. I forbindelse med demensforløb vil pårørende ofte være en afgørende forudsætning for både pleje, koordinering og beslutningstagning, hvilket blot understreger betydningen af, at de systematisk indgår som centrale samarbejdspartnere.

	5.1 Udstyr	
6.Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	Det bør fremgå eksplicit, at medarbejderne i den kommunale sygepleje skal have nem og smidig adgang til gensidig rådgivning og sparring med specialiserede palliative rådgivningsfunktioner.
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	Vedr. Kommunalbestyrelsens ansvar for indberetning af data med henblik på løbende kvalitetsudvikling må dette fremgå som et krav og ikke blot en anbefaling.

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal	Ældre Sagen ser positivt på, at kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation skal skabe en ramme for ensartet kvalitet på tværs af landet. Vi hæfter os ved, at standarderne i mange tilfælde har karakter af krav, hvilket er afgørende for implementeringen i praksis og for at understøtte en ensartet kvalitet. Enkelte, men afgørende, steder, ser vi dog fortsat et behov for at skærpe kvalitetsstandarderne yderligere. Dels ved at ændre anbefalinger til krav, dels ved at tydeliggøre formulerede krav, så de ikke lægger op til en bred fortolkning. Dette vil fremgå i de relevante rubrikker nedenfor. Ældre Sagen mener, at kvalitetsstandarderne skal understøtte, at sygeplejen opfylder ældres behov for at blive mødt som et helt menneske og modtage en værdig pleje og omsorg baseret på den enkeltes ønsker og behov. Derfor finder vi det positivt, at der gennemgående nævnes en personcentreret tilgang. Relationsdannelse er vigtig, ikke blot i forholdet til patienter og pårørende, men også til professionelle. Derfor bør relationelle kompetencer fremstå som et tydeligt supplement til de øvrige, fx de kliniske og instrumentelle. I forlængelse heraf bør kvalitetsstandarderne også have et tydeligt og gennemgående fokus på demens. Mennesker med demens udgør en stor del af målgruppen i den kommunale sygepleje og har ofte komplekse, langvarige forløb, hvor sygdommen grundlæggende påvirker evnen til at forstå, kommunikere og deltage i egen behandling, hvilket kalder på en målrettet faglig tilpasning. Det er positivt, at der er formuleret krav til bl.a. organisering og samarbejde. Trods dette synes det uklart, hvilke konkrete opgaver der løses af akutsygeplejen vs. den kommunale sygepleje og dermed også ansvarsfordelingen. Vi er også bekymrede for, at det kan blive uklart for borgeren, hvem borgeren skal henvende sig til ved fejl, og hvem der er ansvarlig ved svigt i koordinationen. Dette bør tydeliggøres. Vi vil generelt opfordre til, at der i højere grad sikres en nationalt rammesat kvalitetsudvikling såvel som monitorering. Det er en alt

for risikabel vej at gå at omlægge behandling og pleje af ældre fra sygehus til eget hjem, fra sekundær til primær sektor, hvis ikke der nøje monitoreres og følges op på, i hvilken retning kvaliteten udvikler sig med henblik på at styre bedst muligt for sikker og tryg behandling for ældre. Hvis ikke der sikres et nationalt kvalitetsarbejde, risikerer vi, at kvalitetsstandarderne bidrager til strukturel alderisme, altså at der i praksis bliver en uhensigtsmæssig og urimelig forskels-behandling, som vi ikke kan forestille os, at nogen har et bevidst ønske om som konsekvens.

Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.1. Afgrænsning af målgruppe	
	2.2. Borgere med behov for palliation	Vedr. ”2.3 Borgere med behov for palliation” er Ældre Sagen tilfredse med, at målgruppen også omfatter borgere, som ikke er udredt for en livstruende sygdom, men hvor behovet for palliative indsatser er til stede. For en del svækkede ældre borgere fx ældre borgere med en ikke-diagnosticeret demenssygdom, vil palliative indsatser være en forudsætning for en tryg og værdig afslutning på livet. Der er i dag udbredt ulighed i adgangen til specialiserede lindrende indsatser for blandt andre målgruppen af ældre. Det er derfor vigtigt for Ældre Sagen at under-strege, at ældre mennesker med palliative behov af høj sværhedsgrad inden for enkelte problemområder og med flere

		sammenhængende problemområder, skal visiteres til de specialiserede palliative indsatser. I forlængelse heraf ser vi frem til kommende ensartede nationale kriterier for henvisning til specialiseret palliation, så flere livstruende syge ældre mennesker får adgang til den rette lindrende pleje, omsorg og behandling.
3. Forløb og indsatser	-	Vedr. ”3. Forløb og Indsatser” bør det tilføjes som et krav, at den kommunale sygepleje løbende skal sikre samtaler om ønsker til fremtidig pleje og behandling ved hjælp af metoden Advance Care Planning (på dansk FPB) med borgere med behov for palliative indsatser. Det fremgår i beskrivelsen under punkt 3.5, men bør skærpes og fremgå under ”Krav” punkt 3, så det i højere grad sikres, at pleje, omsorg og behandling i den sidste tid er i overensstemmelse med borgerens egne ønsker og behov, og videre at unødven-dige indlæggelser og unødvendig behandling forebygges. Vedr. ”3.Forløb og Indsatser” under ”Krav”: ”Den kommunale sygepleje skal tilrettelægge og varetage palliative indsatser på baggrund af løbende behovsvurdering med inddragelse af borgerne”. Her bør inddragelse af eventuelle pårørende tilføjes.
	3.1. Forløb og indsatser	
	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	Det fremstår uklart, hvad rammen er for, at der henvises til den kommunale sygepleje uden om lægehenvisning. Ved behov for sygepleje bør det fremgå, at

	læge skal med ind over i forhold til at tage stilling til nødvendig behandling.
3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	Det bør tilføjes, at sygeplejen skal initiere/henvise til palliativ rehabilitering, da dette er væsentlig for, at livstruende syge mennesker kan bevare deres funktionsevne længst muligt og bidrage til livskvalitet i en meget sårbar periode af livet. Der ses i dag en tendens til, at nogle kommuner giver afslag på palliative indsatser til erklærede terminale borgere med henvisning til, at de ikke opfylder visitationskriterierne, da de ikke samtidig modtager hjælp og støtte efter ældre-loven. Det er en helt uacceptabel praksis, og det bør derfor fremgå som et krav i kvalitetsstandarderne for den kommunale basale palliation, at alle borgere, der er erklæret terminale, uanset om de modtager hjælp og støtte efter ældre-loven, har adgang til den hjælp og støtte, de har brug for, herunder kan bevilges støtte til sygeplejeartikler, ernæring og palliativ fysioterapi, ligesom pårørende skal have adgang til plejeorlov. Der nævnes, at sygeplejefaglige indsatser skal kunne ”iværksættes rettidigt”, og at udredning senest skal gennemføres ”inden for en uge efter henvisning”. ”Rettidigt” fremstår uklart, og de to krav bør suppleres med, at det tilføjes ”under hensyntagen til høj kvalitet og patient-sikkerhed”. Som del af vurdering skal der tilføjes og nævnes vurdering af skrøbelighed (CFS) i forhold til, at det er et redskab, der kan

		bruges på tværs og i kommunikationen med andre aktører fx læger fra sygehus og almen praksis og akutsygeplejen.
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	Det er uklart, hvad der menes med, at rehabiliterende indsatser er en ”samarbejdsproces mellem borger, eventuelle pårørende og professionelle.” Det er vigtigt, at det tydeliggøres, at borger og eventuelle pårørende understøttes i at deltage i beslutninger om eget forløb.
	3.5. Basal palliation	
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	Det er godt og nødvendigt, at det fremgår som et krav, at den kommunale sygepleje skal have adgang til nødvendigt udstyr til varetagelse af sygeplejefaglige indsatser samt basal palliation. Det bør dog også fremgå under 3. ”Krav”, at der skal være adgang til nødvendig medicin. Derudover bør det tydeliggøres, at denne adgang aftales og sikres mellem de professionelle, sådan at det ikke pålægges pårørende fx at være garant for afhentning af palliativ medicin hos et regionalt tilbud.
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	Ældre Sagen er positiv over for, at det er angivet som et krav, at der skal være medarbejdere med særlige fagområde-specifikke sygeplejekompetencer inden for blandt andet palliation og demens. Det er dog kritisabelt, at der alene står på enhedsniveau, uden at dette er nærmere defineret. Det vil kunne tolkes meget

forskelligt i praksis. Det bør derfor fremgå, hvor mange medarbejdere med fagområdespecifik viden om palliation og demens, der skal være i en kommune i forhold til antallet af indbyggere i kommunen, så det sikres, at kapaciteten og kompetencerne imødekommer behovet og under hensyn til patientsikkerheden. Det bør ligeledes fremgå klart, at der skal være nøgle-personer i hver driftsenhed.

Vi vil opfordre til, at kompetencer inden for gerontologi og geriatri også nævnes som fagområdespecifikke kompetencer.

Det skal fremgå, at der også skal være kompetencer til at inddrage patienter og eventuelle pårørende samt krav til relationelle kompetencer. Inddragelse af patienter og pårørende bør være et selvstændigt afsnit i stil med de fem eksisterende underafsnit. For at patienter kan opleve en værdig og tryg behandling, er det essentielt, at man som patient bliver lyttet til og mødt som et helt menneske. Det skal være en del af kravene, at patienter og eventuelle pårørende skal understøttes i at blive inddraget. Det kan handle om at kunne deltage i såvel afklarende dialog som beslutninger om eget plejeforløb. Det er dermed vigtigt, at personalet har relationelle kompetencer og arbejder med en inddragende tilgang. Det skal i afsnittet om kompetencer således fremgå tydeligt, at kliniske og instrumentelle kompetencer skal suppleres med relationelle kompetencer.

	4.2. Basale palliative kompetencer	Det er positivt, at alle medarbejdere i den kommunale sygepleje skal have grundlæggende viden om basal palliation. I den forbindelse kan det med fordel fremgå under anbefalinger, at medarbejdere med særlige palliative kompetencer skal kunne arbejde både med borgerforløb, kompetenceudvikling og udvikle de palliative indsatser i kommunen generelt.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	For at sikre, at der er de rette faglige kompetencer i de enkelte driftsenheder, kan det tilføjes, at der bør gennemføres egentlige nøglepersonsuddannelser inden for blandt andet palliation.
5. Organisering og samarbejde	-	Vedr. krav til telefonisk og digital tilgængelighed bør der efter ”samarbejdspartnere” indsættes ”og borgere og eventuelle pårørende”, så også modtagere af sygeplejen har mulighed for kontakt til sygeplejen. Det skal også fremgå, at tilgængelighed ”hele døgnet” skal være ”alle ugens dage og hele året rundt.” Vedr. ”5. Organisering og Samarbejde” under ”Anbefalinger”: ”Etablere organisatoriske rammer, der understøtter struktureret vidensdeling og omsætning af ny viden i praksis”. Dette er afgørende for kvalitet i indsatserne og den kontinuerlige kvalitetsudvikling og bør derfor have forpligtende karakter. Punktet bør dermed flyttes til ”5. Organisering og Samarbejde” under ”Krav.” Vedr. “5. Organisering og Samarbejde” under “Krav”: “Have tydelige og operationelle samarbejdsaftaler mellem den kommunale sygepleje og relevante regionale aktører herunder akutsyge-

	plejen". Det er ikke alene væsentligt, som beskrevet s. 23 under overskriften "Samarbejde med det specialiserede palliative niveau", men helt afgørende, at den kommunale sygepleje har adgang til specialiserede palliative, døgndækkede rådgivningsfunktioner. Dette bør derfor fremgå eksplicit i ovenstående krav.
5.1. Organisering og tilgængelighed	
5.2. Fagligt bæredygtig organisering	Det lyder intuitivt korrekt, at der skal være faglig bæredygtighed, så opgaver kan varetages forsvarligt og med høj kvalitet. Det forbliver dog uklart og bør derfor præciseres, hvad der definerer "forsvarligt og med høj kvalitet". Vi er bekymrede for, at muligheden for samarbejde på tværs af kommuner kan betyde ventetid og påvirke responstider negativt, hvorfor afsnittet bør præcisere, at organiseringen på tværs af kommuner ikke må gå ud over patientsikkerheden.
5.3. Intrakommunalt samarbejde	Vi er enige i, at der skal være klare rammer for samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og helhedsplejen. I teksten og generelt i kvalitetsstandarden er det dog ikke tydeligt, hvordan sygeplejen skal integreres med helhedsplejen. Vi mener, det er vigtigt med klar afgrænsning af, at sygeplejeopgaver udføres under sundhedslov. Samtidigt er det vigtigt at tydeliggøre den koordinerende funktion, som sygeplejen har i forhold til øvrige parter i kommunen, også hvis den løftes af privat leverandør.

	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Den kommunale sygeplejes koordinerende funktion over for andre aktører bør nævnes tydeligt under krav. Der mangler en klar beskrivelse af samarbejde med hjemmebehandlingsteams, der må forventes at blive et tilbud, som den kommunale sygepleje også skal samarbejde tæt med. Det bør fremgå af afsnittet, at den kommunale sygepleje i et tværsektorielt samarbejde skal bidrage til at reducere forebyggelige sygehusophold og genindlæggelser.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	Det er positivt, at der i afsnittet om kvalitetsudvikling foreslås kvalitetsarbejde, der omfatter både sundhedsfaglig, borgeroplevet og organisatorisk perspektiv. Men der mangler konkrete indikatorer, især for det nationale niveau. Vi finder det dog utilstrækkeligt, at Sundhedsstyrelsen ikke definerer tydelige rammer for en national dataopsamling til kvalitetsudvikling og -monitorering. Den kommunale sygepleje har fremadrettet en central funktion i det nære sundhedsvæsen, og det er afgørende, at der er national kvalitetsudvikling og monitorering. Den manglende ramme med nationale data gør formålet med kvalitetsstandarderne sårbart i forhold til, at de skal bidrage til "tilgængelighed og ensartede tilbud af høj kvalitet." Hvordan ensartet faglig kvalitet uden nationale kvalitetsindikatorer skal opnås eller

		dokumenteres står hen i det uvisse, så længe der kun er stillet krav til, at kommuner har lokale kvalitetsdata. Som minimum skal der i boksen med krav derfor tilføjes, at kommuner skal bidrage med data for kommunal sygepleje til nationale kvalitetsdata, jf. under 6.1. Det er afgørende, at afsnit markeret i [] bevares og præciseres med tilsvarende tekst, der sikrer krav til opgaven med at bidrage til national dataopsamling for en samlet national kvalitetsudvikling og monitorering af såvel den kommunale sygepleje som den palliative indsats.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	Se ovenfor vedr. den manglende nationale dataopsamling og kvalitetsmonitorering.
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Det er positivt, at der er udviklet kvalitetsstandarder for akutsygepleje med henblik på en mere ensartet kvalitet på tværs af landet. Ældre Sagen har dog flere konkrete kommentarer til at forbedre kvalitetsstandarden nedenfor, især i forhold til at præcisere krav i forhold til patientsikkerhed for ældre, der er den typiske målgruppe for akutsygeplejen.

Kvalitetsstandarden synes at vægte, at akutsygeplejen primært fungerer som en slags sygeplejefaglig pendant til en lægefaglig bagvagt på sygehuset eller den sygeplejefaglige pendant til et 96 timers behandlingsansvar. Funktionen fremstår primært som en tilkaldefunktion, der kan kontaktes, hvor fagligheden slipper op for personalet i front. Det er ærgerligt, at det ikke i højere grad er valgt systematisk at fremhæve også det forebyggende og opfølgende formål forud for og efter indlæggelser og sygehuskontakter. Vi mener, at akutsygeplejens funktion rummer et potentiale for et tættere samarbejde mellem egen læge, sygehus og kommune med henblik på at forebygge gentagne sygehuskontakter og forværringer af ældres tilstand.

Som led i dette vil vi også opfordre til i højere grad at sikre en nationalt rammesat kvalitetsudvikling såvel som monitorering. Det er en alt for risikabel vej at gå at omlægge behandling og pleje af ældre fra sygehus til eget hjem, fra sekundær til primær sektor, hvis ikke der nøje monitoreres og følges op på, i hvilken retning kvaliteten udvikler sig med henblik på at styre bedst muligt for sikker og tryg behandling for ældre. Hvis ikke der sikres et nationalt kvalitetsarbejde, risikerer vi, at kvalitetsstandarderne bidrager til strukturel alderisme, altså at der i praksis bliver en uhensigtsmæssig og urimelig forskelsbehandling, som vi ikke kan forestille os, at nogen har et bevidst ønske om som konsekvens.

Vi er desuden bekymrede for, at der ikke er tilstrækkeligt tydelige krav til konkrete indsatser i akutsygeplejen, da kvalitetsstandarden i højere grad nævner eksempler på instrumentelle indsatser frem for at opliste opgaver som i den nuværende kvalitetsstandard for akutfunktioner. Med kvalitetsstandarden lægges der i høj grad op til, at den kommunale sygepleje skal overtage sygeplejen hurtigt fra akutsygeplejen enten med rådgivning eller oplæring. Det undrer os,

eftersom en del af sundhedsreformen jo har betydet, at kommuner har afgivet sygeplejersker til regionen, når akutsygeplejen er flyttet som myndighedsopgave.

Uden en klar national ramme efterlades konkrete indsatser til lokale aftaler med risiko for 17 varianter af sundhedsvæsenet. Eller endnu værre at ældre risikerer at ende som kastebold mellem medarbejdere, der hver især vil sende et menneske videre til den anden sygeplejes ansvar og i sidste ende risikere en akut indlæggelse.

Endelig handler det for Ældre Sagen om at sikre, at ældre patienter vurderes sundhedsfagligt og lægefagligt og får den rette helhedsorienterede behandling i tide, så akutsygeplejen ikke bliver et forsinkende led for anden nødvendig behandling i et samlet patientforløb.

Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	Vedr. "1.3.2. Rammer for lokal tilrettelæggelse" er det uklart, hvilke rammer der defineres fra Sundhedsstyrelsens side til ansvarsfordeling for akutsygepleje og øvrige aktører i sundhedsvæsenet, ikke mindst kommunal sygepleje. Derudover er det uklart, hvad der forventes for, at tilrettelæggelse af akutsygeplejen lever op til at kunne tage hensyn til "geografisk tilgængelighed, kontinuitet, faglig bæredygtighed, koordineret og rettidig indsats", samt hvad der ligger i "hensigtsmæssig" anvendelse af den samlede kapacitet. Hvilken kvalitet, patienter kan forvente sig heraf, forbliver uklart, og af en kvalitetsstandard burde man kunne forvente, at der er nationale rammer for fx tilgænge-

		lighed og klare responstider. Dette bør ikke være efterladt til lokale aftaler, særligt taget formålet om ensartet kvalitet in mente.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	Her bør det fremhæves som sigtelinje, at akutsygeplejen har et betydeligt bidrag til en forebyggende indsats med henblik på at understøtte ældres helbred og forebygge genindlæggelser og forebyggelige sygehusophold. Det bør også understreges, at udviklingen skal ske på et datadrevet grundlag, lokalt som nationalt.
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	Det fremstår uklart, hvad der definerer ”hurtig” vurdering, pleje og behandling. Er det en hurtigt udført indsats, eller er det en indsats modtaget uden længere ventetid? Det er uklart, hvem der har ansvar for, at indsats i hjemmet vurderes som ”faglig relevant”. Her bør der tilføjes ekstra led med ”…, patientsikkert og i overensstemmelse med patient og eventuelle pårørendes behov og ressourcer.” Det skal fremgå af afsnittet, at akutsygeplejen ikke må blive et forsinkende led, hverken ved akut nyopstået sygdom eller forværring af kendt sygdom.
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	Det bør præciseres, hvem der har ansvaret for at afgøre, om det er et akut eller subakut behov for akutsygepleje. Det bliver ikke mindst afgørende, da der hertil knyttes forventning om reaktionstid.

		Det bør præciseres, hvad der ligger i ”inden for få timer”. Tid er altafgørende for indsatser i grænselandet til det akutte og præhospitale sundhedsvæsen. Det er nødvendigt at tydeliggøre gråzonen mellem den tydeligt livstruende tilstand og en akut opstået sygdom, der ved forsinket behandling kan være livstruende eller føre til alvorlig permanent funktionsnedsættelse, fx blodpropper og hjerneblødning. Målgruppen af ældre har ofte atypiske symptomer. Det bør fremhæves, at akutsygeplejen ikke må blive et forsinkende led, og at der skal være hensyn til patientsikkerhed.
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	I afsnittet fremstilles akutsygeplejen som kortvarig og typisk ”ikke længere end få dage”. Det bør tilføjes og fremhæves, at indsatser, der kan vare længere, ikke blot er ”i nogle tilfælde”, men at det systematisk bør tilrettelægges som en del af opfølgning efter indlæggelser, især til særligt udvalgte patientgrupper. Der er fx viden om, at tæt opfølgning i 14 dage efter hoftebrud reducerer dødelighed. Også opfølgning for ældre efter indlæggelse i geriatrien har vist at reducere dødelighed.
3. Målgruppe	-	
	3.1. Målgruppen	Her mangler der igen som ovenfor en klar præcisering af, hvem der afgør, hvad der er akut og subakut, og hvad der ligger i ”hensigtsmæssig”. Det bør fremgå, at det er af hensyn til patientsikkerhed og ud fra patientens og de pårørendes behov og ressourcer.

	3.2. Målgruppens karakteristika	Igen er det ordet ”hensigtsmæssigt”, der mangler tydelig henvisning til, at det er knyttet til patientsikkerheden.
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Det er positivt, at det fremgår, at adgangen 24/7 også gælder for ”borgere, der modtager akutsygepleje.” Her bør også pårørende nævnes. Det er stærkt bekymrende, at en (national) kvalitetsstandard definerer, at det er lokale instrukser, der skal definere, ”hvornår den præhospitale indsats skal involveres, samt hvornår øvrige aktører skal inddrages med henblik på afklaring af behov for indlæggelse.” Det bør af patientsikkerhedsmæssige hensyn absolut defineres ensartet fra styrelsens side, så der er ensartet kvalitet for ældre for, hvornår de skal indlægges.
	4.2. Typer af indsatser	Trods viden om vigtigheden af patient-inddragelse og fælles beslutningstagning fremgår patientinddragelse kun som del af krav til kompetencer, men ikke til indsatser. Det er gennemgående, at behovsvurdering varetages i akutsyge-plejen, uden at patienten nævnes. Det er dog vigtigt, at man som patient oplever sig lyttet til og mødt som menneske. Med den akutte opgave i akutsygeplejen er det vigtigt, at personalet har relationelle kompetencer og arbejder med en inddragende tilgang. Derfor ser vi det som vigtigt, at krav til kompetencer suppleres med krav til relationelle og patient-inddragende indsatser. Under de tre

punkter for typer af indsatser vil vi derfor opfordre til at tilføje:

- Drage omsorg for det enkelte menneske i direkte borgerkontakt og inddrage patient og eventuelle pårørende i beslutninger om plejen og øvrig indsats.

Det er tidligere nævnt, at akutsygeplejen er tilgængelig hele døgnet, så i det sidste afsnit under 4.2. side 13 skal "umiddelbart" slettes. Ellers fremstår det inkonsekvent - enten er den døgndækket, eller også er den ikke.

Under 4.2.2. bør det tilføjes:

- at patient og pårørende inddrages i samlet vurdering.
- at anvende CFS som led i vurdering, da denne er udbredt på sygehus og i almen praksis som led i et fælles screeningsredskab for skrøbelighed.
- at ernæring og tandpleje nævnes som eksempler på øvrige indsatser.

Varigheden af indsatsen med direkte borgerkontakt (4.2.3.) bør hvile på en vurdering af behovet for indsats og ikke per definition være af "kortere varighed, typisk ikke længere end få dage."

Der burde være en samlet liste over, hvad der kan forventes at blive leveret af akut-sygeplejen i forhold til de instrumentelle opgaver. Med lokale aftaler risikerer man forskelligt kvalitetsniveau som i dag, og det kan blive med risiko for, at hverken

		den ene eller den anden part vil løfte opgaven i en akut situation – med risiko for lang ventetid for en ældre. Hvor der er defineret, at den kommunale sygepleje og akutsygeplejen har samtidige opgaver, skal det tilføjes, at det skal udføres med sammenhæng for patienten.
	4.3. Udstyr og medicin	Det er positivt, at akutsygeplejen skal have adgang til såvel udstyr som hyppigst anvendte lægemidler. Vi vil opfordre til, at det præciseres som indledende del af første sætning i afsnittet: ”Som del af den vederlagsfri akutsygepleje skal akutsygeplejen have adgang…” Målgruppen for behandling i akutfunktionen må formodes at skulle behandles medicinsk, men er samtidig ikke i stand til selv tage på apoteket. Derfor er det yderst relevant, at det også er tydeligt beskrevet som del af kvalitetsstandarderne, at medicin og udstyr for den aktuelle behandling og pleje er del af den vederlagsfri akutsygepleje.
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	Det er positivt, at kompetencer til at inddrage borgere og pårørende er nævnt, og vi vil foreslå herunder at tilføje relationelle kompetencer, ligesom vi mener, det er vigtigt at tilføje kompetencer inden for geriatri og gerontologi. Derudover bør det fremgå, at demensfaglige kompetencer skal være en grundforudsætning i akutsygeplejen

		generelt set i lyset af målgruppens størrelse og kompleksitet.
6. Organisering	-	
	6.1. Organisatoriske forudsætninger	Det er positivt, at det er defineret, at akutsygeplejen skal have en bred geografisk tilstedeværelse i alle kommuner, og at borgerne skal have samme kvalitet uanset tidspunkt på døgnet. Det er dog uklart, hvorvidt det betyder, at der skal være en enhed i alle kommuner, eller akutsygeplejen blot skal kunne køre ud i alle kommuner fra centralt hold i regionen. Forskellen vil have betydning for ventetid på akutsygeplejens indsats og dermed patientsikkerhed, hvorfor det bør præciseres.
	6.2. Tilgængelighed	Det bør præciseres, hvad der ligger i "let og hurtigt tilgængelig", jf. at ventetid i akut sammenhæng udgør risiko for patienter.
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Her bør også hjemmebehandlingsteams nævnes som en del af andre aktører samt præciseres, hvilken rolle akutsygeplejen har i relation til 96 timers behandlings-ansvar fra sygehus. Det bør også tydeliggøres, hvem der har behandlingsansvaret i de situationer, hvor akutsygeplejen er tilkaldt via den kommunale sygepleje, dvs. uden lægehenvisning.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	Det er positivt, at der i afsnittet om kvalitetsudvikling foreslås kvalitetsdata, der rummer både faglig, borgeroplevet og organisatorisk kvalitet. Vi finder det dog utilstrækkeligt, at Sundhedsstyrelsen for

akutsygeplejen som en central del af det nære sundhedsvæsen ikke definerer tydelige rammer for en national dataopsamling til kvalitetsudvikling og -monitorering. Dette skal særligt ses i lyset af, at det allerede i kvalitetsstandarder for akutfunktionen (2023) også er beskrevet, at den nationale ramme skulle udvikles. Det er dog fortsat svært at finde valide og offentligt tilgængelige data særskilt om akutfunktioner.

Den manglende ramme med nationale data gør formålet sårbart i forhold til at kvalitetsudviklingen skal "danne grundlag for ensartet høj faglig kvalitet i akutsygeplejen." Hvordan ensartet faglig kvalitet uden nationale kvalitetsindikatorer skal opnås eller dokumenteres, står hen i det uvisse, så længe der kun er stillet krav til, at regioner og sundhedsråd har regionalt og lokalt datadrevet kvalitet. Vi mener ikke, at forslaget om en lokal kvalitetssikring og måling uden krav til nationale data i kombination med at skulle afvente et fremtidigt nationalt register vil lede til et ensartet grundlag, der kan sikre ensartet høj kvalitet.

Ældre Sagen ser derfor gerne, at kvalitetsstandarderne om akutsygeplejen omfatter krav til nationale data for kvalitet – til en start fx på allerede kendte data for genindlæggelser og/eller forebyggelige sygehusophold målt for patienter i akutsygeplejen.

Høringssvar om kommunal sygepleje, basal palliation og akutsygepleje

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)
Bemærkninger til de tre høringsudkast er angivet nedenfor.

1. Vejledning for kommunal sygepleje

Generelle kommentarer til vejledning for kommunal sygepleje	DSAM finder, at vejledningen overordnet beskriver rammerne for kommunal sygepleje klart og hensigtsmæssigt. Det er positivt, at der skelnes mellem lægedelegerede opgaver og indsatser, som sundhedspersoner iværksætter på eget initiativ og ansvar. Det er ligeledes positivt, at den henvisende læge har behandlingsansvaret, indtil dette eventuelt overdrages til en anden.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Indledning og formål	-	
2. Målgruppe	-	
3. Indhold	-	
4. Organisering	-	
	4.1 Henvisning og tildeling	
	4.2 Kompetencer	
5. Tilrettelæggelse og varetagelse af indsatser	-	
	5.1 Udstyr	
6. Samarbejde	-	
	6.1. Rådgivning	DSAM foreslår, at "gensidig rådgivning og sparring" i samarbejdet med almen praksis erstattes af "konference" eller blot "sparring". Den kommunale sygepleje og almen praksis "rådgiver" ikke hinanden.
	6.2. Behandlingsansvar	
7. Kvalitetsudvikling	-	

2. Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation	DSAM støtter fælles kvalitetskrav til kommunal sygepleje og basal palliation. Det er positivt med døgndækket sygepleje, tilgængelighed for samarbejdspartnere og fokus på tydelig placering af ansvar. DSAM støtter også kravene om relevante kompetencer og en indsats, som tilrettelægges efter patientens samlede situation og ønsker. Det er godt, at nødvendige indsatser kan iværksættes, før den samlede sygeplejefaglige udredning er afsluttet, og at digitale besøg forudsætter faglig relevans og tager hensyn til patientens ønsker og forudsætninger.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Formål	
	1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	
2. Målgruppe	-	
	2.2. Afgrænsning af målgruppen	Ved nyopstået akut sygdom eller væsentlig forværring skal arbejdsgangene sikre rettidig lægelig vurdering. Den kommunale sygepleje skal kunne kontakte egen læge, lægevagt eller akuttelefon direkte med henblik på vurdering af behovet for behandling, akutsygepleje eller indlæggelse. Ved mistanke om umiddelbart livstruende sygdom kontaktes den præhospitale indsats direkte. Akutsygeplejen må ikke etableres som et obligatorisk mellemled før lægelig vurdering. Sygeplejefaglig vurdering og observation kan understøtte den lægelige vurdering, men må ikke forsinke den. Målet om at forebygge indlæggelser må heller ikke føre til, at nødvendig lægelig vurdering eller indlæggelse udsættes, fordi patienten skal ses af en akutsygeplejerske.
	2.3. Borgere med behov for palliation	Egen læge bør beskrives som en aktiv samarbejdspartner. Egen læge er altid patientens tovholder. Formuleringen om, at almen praksis informeres, hvis klinikken har en tovholderfunktion, bør derfor udgå. Almen praksis bør informeres om palliative behov, og palliativ behandling bør varetages i samarbejde mellem den kommunale sygepleje og egen læge, medmindre ansvaret ligger hos den specialiserede palliation.
3. Forløb og indsatser	-	
	3.1. Forløb og indsatser	

	3.2. Henvisning og visitation til kommunal sygepleje	
	3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	
	3.4. Forebyggelse og rehabilitering	
	3.5. Basal palliation	DSAM finder det positivt, at afsnittet udtrykkeligt beskriver basal palliation som en indsats i samarbejde med patienten, egen læge og eventuelle pårørende. Den konkrete beskrivelse fremstår dog i høj grad som en kommunal indsats. Samarbejdet med egen læge bør udfoldes tydeligere. Samtaler om ønsker til fremtidig pleje og behandling bør inddrage egen læge. Sygeplejen og hjemmeplejen har en vigtig rolle i at afdække patientens ønsker og bidrage med observationer, mens beslutninger om behandlingsniveau træffes af en læge.
	3.6. Opfølgning og afslutning	
	3.7. Udstyr	
4. Kompetencer	-	
	4.1. Kompetencer	
	4.2. Basale palliative kompetencer	Samtaler om ønsker til fremtidig pleje og behandling skal indgå i et samarbejde med egen læge, når de vedrører lægelige behandlingsbeslutninger. Se bemærkningen til afsnit 3.5.
	4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	
5. Organisering og samarbejde	-	
	5.1. Organisering og tilgængelighed	Ved akut opstået sygdom eller akut forværring nævnes akutsygepleje eller anden relevant regional indsats. Egen læge og lægevagt/akuttelefon bør nævnes udtrykkeligt. Arbejdsgangene skal sikre direkte og rettidig lægelig vurdering. Akutsygeplejen må ikke blive et forsinkende mellemled før lægekontakt, behandling eller nødvendig indlæggelse.
	5.2. Fagligt bæredygtig organisering	
	5.3. Intrakommunalt samarbejde	

	5.4. Tværsektorielt samarbejde	Vi foreslår, at samarbejdet med egen læge om basal palliation beskrives i et selvstændigt afsnit, ligesom samarbejdet med det specialiserede palliative niveau. Basal palliation i hjemmet skal beskrives som en fælles indsats mellem patienten, eventuelle pårørende, egen læge og den kommunale sygepleje og hjemmepleje. Afsnittet bør beskrive samarbejdet om den palliative plan, symptomlindring, samtaler om fremtidig pleje og behandling samt opfølgning ved ændringer i patientens tilstand. Det er positivt med tydelige og operationelle samarbejdsaftaler. Lægernes organisationer skal inddrages i aftaler, der vedrører almen praksis: DSAM vedrørende faglige spørgsmål og PLO vedrørende konkrete aftaler om opgaver og kapacitet.
6. Kvalitetsudvikling	-	
	6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	DSAM anerkender fokus på relevante data og på at minimere den administrative byrde. Data skal beskrive faglig og patientoplevet kvalitet og kunne anvendes til at forbedre patientforløbene. Dokumentation og monitorering skal stå mål med nytten og må ikke tage unødig tid fra pleje og behandling.
	6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	
Bilag 1. Begreber	-	
Bilag 2. Cases	-	
	Eksempler på borgere i målgruppen	
	Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	KOL-eksemplet bør omskrives, så rettidig lægelig vurdering fremgår. Ved akut forværring af vejrtrækning og funktionsevne skal lægen vurdere behovet for behandling, akutsygepleje eller indlæggelse. Akutsygeplejen må ikke fremstilles som et nødvendigt første led for at undgå indlæggelse.

3. Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

Generelle kommentarer til kvalitetsstandarder for akutsygepleje	DSAM støtter ambitionen om en tilgængelig akutsygepleje med fælles kvalitetskrav. De beskrevne opgaver er relevante. Det er positivt, at der lægges vægt på tydelig arbejdsdeling, klart behandlingsansvar og færrest mulige skift i behandlingsansvaret. DSAM fremhæver desuden muligheden for blodprøvetagning på delegation og præciseringen af, at behovet for sygehusindlæggelse beror på en individuel lægefaglig vurdering. Kravet om samarbejdsaftaler er vigtigt, særligt at aftalerne skal sikre adgang til relevant lægefaglig sparring og hurtig kontakt via bagomnumre.	
Kapitel	**Afsnit**	**Kommentar**
1. Introduktion	-	
	1.1. Opdrag	
	1.2. Formål	
	1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme	Afsnit 1.3.2: Det er positivt, at arbejdsdeling, samarbejde og behandlingsansvar skal afklares som led i den lokale planlægning. Det bør imidlertid fremgå, hvem disse forhold aftales med. Lægernes organisationer skal inddrages: DSAM vedrørende faglige spørgsmål og PLO vedrørende konkrete aftaler om opgaver og vilkår. Dette bør sikres gennem inddragelse i udarbejdelsen af nærsundhedsplanerne og de relevante lokale samarbejdsrammer. Den lokale tilrettelæggelse skal tage udgangspunkt i den nationale opgavebeskrivelse for almen praksis. Lokale samarbejdsaftaler må ikke i sig selv placere nye opgaver eller behandlingsansvar i almen praksis.
	1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen	
2. Akutsygeplejens funktion	-	
	2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen	
	2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats	
	2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen	Formuleringen om, at akutsygeplejen skal understøtte almen praksis gennem rådgivning, bør ændres. Akutsygeplejen rådgiver ikke almen praksis. DSAM foreslår, at man bruger ordet ”konference” eller nøjes med at bruge ordet ”sparring”.
3. Målgruppe	-	

	3.2. Målgruppens karakteristika	Afsnit 3.2: Bosteder bør nævnes sammen med plejehjem i beskrivelsen af patienter, som kan have gavn af vurdering og behandling i velkendte rammer.
4. Indsatser	-	
	4.1. Indgang, henvisning og visitation	Ved nyopstået akut sygdom eller væsentlig forværring skal arbejdsgangene sikre rettidig lægelig vurdering. Den kommunale sygepleje og hjemmeplejen skal kunne kontakte egen læge, lægevagt eller akuttelefon direkte med henblik på vurdering af behovet for behandling, akutsygepleje eller indlæggelse. Ved mistanke om umiddelbart livstruende sygdom kontaktes den præhospitale indsats direkte. Akutsygeplejen må ikke etableres som et obligatorisk mellemled før lægelig vurdering. Sygeplejefaglig vurdering og observation kan understøtte den lægelige vurdering, men må ikke forsinke den. Målet om at forebygge indlæggelser må heller ikke føre til, at nødvendig lægelig vurdering eller indlæggelse udsættes. Det er positivt, at der skal foreligge skriftlige instrukser for, hvornår den præhospitale indsats skal involveres. Tilsvarende instrukser bør også angive, hvornår man skal kontakte egen læge eller lægevagt.
	4.2. Typer af indsatser	Afsnit 4.2.2: Det fremgår, at akutsygeplejen kan foretage relevante diagnostiske undersøgelser, eventuelt på delegation. Det bør præciseres, hvad der gælder, når akutsygeplejen selvstændigt iværksætter diagnostiske undersøgelser inden for sit selvstændige virksomhedsområde, og hvad der gælder ved undersøgelser udført på lægelig delegation. Når akutsygeplejen selvstændigt iværksætter undersøgelser inden for sit virksomhedsområde, skal funktionen have kompetencer og arbejdsgange til at vurdere resultaterne og følge op. Lægen skal kontaktes, når resultatet eller patientens tilstand giver anledning til lægelig vurdering. Den gældende orienteringspligt skal overholdes. Orienteringen skal tydeligt angive, om der er behov for lægelig opfølgning, eller om den alene gives til orientering. Resultater skal ikke rutinemæssigt sendes til egen læge til godkendelse. Orientering eller fremsendelse af et kopisvar må ikke anvendes som en stiltiende overdragelse af ansvar.
	4.3. Udstyr og medicin	
5. Kompetencer	-	
	5.1. Kompetencer	
6. Organisering	-	

	6.1. Organisatoriske forudsætninger	
	6.2. Tilgængelighed	
	6.3. Samarbejde om borgernes forløb	Afsnit 6.3.2: Der bør tydeligt skelnes mellem sygeplejerskens ansvar for selvstændige handlinger inden for eget virksomhedsområde og lægens behandlingsansvar i det konkrete forløb. At en læge har henvist patienten til akutsygepleje, kan ikke i sig selv medføre, at lægen overtager ansvaret for undersøgelser eller medicinsk behandling, som sygeplejersken efterfølgende iværksætter på eget initiativ. Sygeplejerskens ansvar for handlinger inden for eget virksomhedsområde og lægens ansvar ved lægelig delegation bør holdes adskilt. --------- Boksens formulering om, at patientens almenmedicinske tilbud som udgangspunkt har behandlingsansvaret, bør ændres. Udgangspunktet bør være, at den læge, som henviser eller iværksætter det konkrete forløb i akutsygeplejen, har det lægelige behandlingsansvar. Hvis akutsygeplejen kontakter egen læge i dagtid, og lægen iværksætter et behandlingsforløb, har egen læge ansvaret for dette. Hvis forløbet er iværksat af lægevagten eller sygehuset, skal ansvaret ikke automatisk overgå til egen læge ved begyndelsen af næste dagtid. Samarbejdsaftalerne skal beskrive, hvordan overdragelsen sker, hvilke oplysninger der skal følge med, og hvordan det sikres, at ansvaret er modtaget. Tilsvarende skal aftalerne beskrive overdragelse fra almen praksis til lægevagt eller akuttelefon.
7. Kvalitetsudvikling	-	
	7.1. Kvalitetsudvikling	