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 upræcis: (*"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 behandlingsplan 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.

2. 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 kompetenceudvikling	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-behandling-steams, 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 styrings-ramme	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.