22. oktober 2026

Til Sundhedsstyrelsen,

Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

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	