

Sundhedsstyrelsen, enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

Sendt til fopssst@sst.dk og kopi til mebrs@sst.dk

Høringssvar til kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser

9. januar 2026

Kost og Ernæringsforbundet

Holmbladsgade 70
2300 København S

pha@kost.dk

www.kost.dk
facebook.com/forbundet

Kost og Ernæringsforbundet og Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD) takker for muligheden for at afgive høringssvar til kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser og afgiver fælles høringssvar.

Generelt

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD bifalder, at kvalitetsstandarderne for sundheds- og omsorgspladser skal understøtte en mere ensartet kvalitet i sundhedsindsatser på tværs af landet, og at der med kvalitetsstandarderne stilles forpligtende kvalitetskrav og kvalitets anbefalinger til indsatserne.

Der er i kvalitetsstandarderne flere steder nævnt sundhedsfaglige indsatser defineret og angivet som observation, pleje, behandling, genoptræning og basis palliation. Det er gennemgående i standarderne, at ernæringsindsatser ikke indgår som sundhedsfaglig indsats.

I forhold til den samlede effekt af behandling, genoptræning og rehabilitering på sundheds- og omsorgspladser er det afgørende, at behandlingen understøttes af ernæringsindsatser. Uden tilstrækkelig væske, energi og protein kan genoptræningen være forgæves, da kroppen mangler byggesten til at opbygge muskelmasse, og genvinde mobilitet og funktionsevne. Ligeledes kan plejen og behandlingen forstyrres, forsinkes eller ikke være mulig at gennemføre, hvis borgeren ikke får tilstrækkelig og individuelt tilpasset ernæring. Den optimale ernæring forebygger underernæring, reducerer risikoen for fald, indlæggelser og komplikationer som fx infektioner. Optimal ernæring

understøtter bedre immunforsvar, hurtigere rehabilitering samt bedre livskvalitet. Derfor skal ernæringsindsatser indgå som en del af de sundhedsfaglige indsatser. Hvis målet om ensartet kvalitet og forpligtende kvalitetskrav skal nås, er det derfor nødvendigt, at ernæringsindsatser fremgår i kvalitetsstandarderne på linje med de andre sundhedsfaglige indsatser.

Anbefaling:

Det skal fremgå af kvalitetstandarden for sundheds- og omsorgspladser, at borgerne tilbydes en ernæringsindsats som fx ernæringsopsporing, ernæringsplan eller diætbehandling ved behov, samt løbende opfølgning og overdragelse af ernæringsplanen i det videre forløb for borgeren. I det efterfølgende angiver vi konkrete forslag til tekstændringer. Ændringer er markeret med kursiv.

1.2. Definition af sundheds- og omsorgspladser

Der beskrives observation, pleje, behandling, genoptræning og basal palliation igennem hele teksten, men uden en begrebsafklaring/definition af alle indsatserne. Der er kun definitioner for begreberne sundheds- og omsorgspladser, funktionsevne og rehabilitering. En definition på de gennemgående begreber vil sikre større ensartethed i forløbene på sundheds- og omsorgspladser. Dette vil også gælde for ernæringsindsatser.

Det fremgår som nævnt ovenfor ikke af opremsning af indsatserne på sundheds- og omsorgspladserne, at der er tilbud om ernæringsindsatser.

Anbefaling:

Vi foreslår, at indsatserne fsva observation, pleje og basal palliation defineres og begrebsafklares.

Det bør fremgå af teksten, at der under ophold på sundheds- og omsorgspladser tilbydes ernæringsindsatser ved behov, og at ernæringsindsatserne bliver en del af de øvrige indsatser, som defineres ifm. sundheds- og omsorgspladser.

Forslag til tekstændring side 3:

"Der er med indsatserne på sundheds- og omsorgspladserne tale om et ophold, hvor borgerne modtager sundhedsfaglige indsatser som observation, pleje og/eller behandling, genoptræning, *ernæringsindsats* og basal palliation, der tilsammen har et rehabiliterende sigte."

2. Målgruppen

Der er tale om målgrupper, der primært er ældre og borgere med multisygdom med nedsat funktionsevne. Det er typisk borgere med

akut opstået sygdom, forværring af kendt sygdom og komplekse behov for pleje og behandling.

For denne målgruppe er der behov for ernæringsindsatser, diætbehandling og tæt opfølgning/monitorering herpå. I målgruppen findes ligeledes høj forekomst af underernæring og andre ernæringsproblematikker som fx dysfagi. Undersøgelser viser, at 200.000 danskere lider af underernæring.¹ Derfor kan opsporing af underernæring og efterfølgende ernæringsindsats ikke undværes på sundheds- og omsorgspladserne.

2.2 Eksempler på borgere, som er i målgruppen

I første eksempel beskrives borgere, der er i en ustabil tilstand med behov for løbende observation og behandling, ofte kendetegnet ved kompleksitet. Her er nævnt en række sundhedsfaglige indsatser, men ernæringsindsatser er ikke medtaget. Ernæringsindsatser er ofte helt nødvendige for behandling af denne målgruppe.

Anbefaling:

Det anbefales, at ernæringsindsatser tilføjes på lige fod med den øvrige sundhedsfaglige behandling, som er oplistet i eksemplet.

Forslag til tekstændring side 6:

"Forløbene for denne del af målgruppen er ofte kendetegnet ved at være komplekse, hvor en kombination af flere faktorer kan have betydning, herunder observation, vurdering af symptomer, undersøgelsesresultater, instrumentelle pleje- og træningsindsatser, *ernæringsindsatser*, behandling og genoptræning samt borgerens samlede livssituation ved udskrivelse fra sygehus."

I eksempel nummer to om nyudskrevne borgere med behov for at generhverve funktionsevne er ernæringsindsatser beskrevet i sammenhæng til genoptræning. Dette er Kost og Ernæringsforbundet og FaKD helt enige i, da genoptræning kræver den rette ernæring tilpasset den enkelte borger.

I eksempel nummer tre om borgere, typisk fra eget hjem, med behov for sundhedsfaglig observation mener vi, at der er behov for at borgerne ikke kun observeres, men konkret opspores for fx underernæring, som er en hyppig årsag til indlæggelser, genindlæggelser og funktionsevnetab samt nedsat livskvalitet.

Anbefaling:

¹Menon Economics (2024): "Samfundsøkonomiske konsekvenser af underernæring i Danmark". Menon-publikation nr. 135/2024.

Vi anbefaler, at det tydeliggøres, at borgerne tilbydes ernæringsopsporing, da de beskrevne målgrupper ofte er i risiko for indlæggelse/genindlæggelse på grund af fx underernæring eller andre ernæringsproblematikker.

Forslag til tekstændring side 6:

"Borgerne er ofte ustabile og med behov for hyppig observation og/eller pleje, behandling, målrettet rehabilitering og *ernæringsindsats*, og der er ofte behov for løbende lægelig vurdering."

Forslag til tekstændring side 7:

"Borgerne har typisk behov for sundhedsfaglig observation, *ernæringsopsporing* og lægelig opfølgning for at forebygge eller undgå sygehusindlæggelse".

3.2 Indsatser

Under afsnittet indsatser findes ikke beskrivelser af ernæringsindsatser under opholdet på sundheds- og omsorgspladser på lige fod med fx genoptræning på side 9.

Det er i afsnittet på side 10 beskrevet, at: "De faglige indsatser bør følge gældende faglige retningslinjer. I tilfælde hvor der ikke foreligger sådanne, bør almindelig god praksis på området følges." For ernæringsindsatser findes en række faglige retningslinjer og vejledninger.

Anbefaling:

Vi anbefaler, at der under beskrivelse af arbejdet med at fastsætte mål for indsatser, også medtages mål for ernæringsindsatser, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning: "Der følges op på den iværksatte behandling ved at vurdere og evaluere effekten i forhold til de opsatte mål i ernæringsplanen."²

Forslag til tekstændring side 9:

"Indsatserne er intensive og individuelle med træning, pleje og omsorg integreret i alle aktiviteter. Der fastsættes konkrete mål for rehabilitering, genoptræning og *eventuelle ernæringsindsatser* med henblik på at forbedre den enkelte borgers funktionsevne, så borgeren kan vende tilbage til eget hjem eller en passende boligform, der egner sig til borgers funktionsevne efter afsluttet ophold."

² Sundhedsstyrelsen, 2022: Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko Side 31

Vi anbefaler, at der henvises til gældende vejledninger og anbefalinger for ernæringsindsatser i kvalitetsstandarderne³. Dette kan evt. ske i bilag.

3.4 Kompetencer

I forhold til beskrivelse af bemanding med autoriserede sundhedspersoner, vil der på lige fod med behovet for terapeutfaglige kompetencer være behov for adgang til diætistfaglige kompetencer på daglig basis.

Anbefaling:

Vi anbefaler derfor, at der sikres tilstrækkelig dækning af autoriserede kliniske diætister.

Forslag til tekstændring side 10:

"Der skal være terapeutfaglige og *diætistfaglige* kompetencer til stede på matriklen i dagtimerne alle ugens dage".

4.1 Tilgængelighed – Tilgængelighed over døgnet

Det er beskrevet, at der skal være kontinuerlig terapeutfaglige kompetencer til stede. Samt at dette medvirker til, at terapeuter bliver en integreret del af den samlede indsats. Dette mener vi også skal gælde for de kliniske diætister af hensyn til borgeren.

Anbefaling:

Forslag til tekstændring side 12:

"Borgernes behov for rehabilitering, genoptræning og *ernæringsindsats* betyder, at der skal være kontinuerlige terapeutfaglige og *diætistfaglige* kompetencer til stede. Dette skal også medvirke til, at terapeuterne og *kliniske diætister* bliver en integreret del af den samlede indsats og det samlede team omkring borgeren. Kompetencerne skal være til stede i dagtimerne".

Med venlig hilsen

Ghita Parry
Formand
Kost og Ernæringsforbundet

Mette Theil
Formand for
Fagligt selskab af Kliniske Diætister

³ A) Sundhedsstyrelsen, 2022: Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko
B) Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger for den danske institutionskost. Hertil findes rammeplaner for diæt og ernæringsbehandling.
C) Rammeplaner for diæt og ernæringsbehandling.



Til Sundhedsstyrelsen

Den: 12. jan 2026

Ref.: LSA

Høringssvar vedr. udkast til kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

Dansk Sygeplejeråd (DSR) takker Sundhedsstyrelsen for muligheden for at afgive høringssvar samt for at invitere til dialogmøde om udkastet inden for høringsfrist. Dansk Sygeplejeråds høringssvar indeholder også bemærkninger fra Lederforeningen i DSR.

DSR gør opmærksom på, at Dansk Selskab for Sygepleje (DASYS) også har afgivet selvstændigt høringssvar, som DSR støtter.

Overvejelser om målgruppe, kapacitet og samarbejde med kommunerne

Dansk Sygeplejeråd bemærker, at inklusionskriterierne for tildeling vurderes meget brede i forhold til den aftalte kapacitet på godt 2600 pladser på landsplan. Især når tildeling i det nuværende udkast også kan begrundes med hensyn i hhv. *organisatorisk bæredygtighed* og i *boligsociale forhold*. En udvikling mod færre pladser vurderes ikke at være i overensstemmelse med den demografiske udvikling med flere ældre borgere og flere mennesker med multisygdom. Derfor mener vi heller ikke, at udviklingen i kapaciteten på sigt kan reduceres, som udkastet i sin nuværende form lægger op til.

Dansk Sygeplejeråd hæfter sig i øvrigt ved, at tildelingskriterierne for ophold både kan gælde for borgere med et behov før og efter et hospitalsophold. Muligheden for, at et ophold også kan anvendes til at *forebygge* en indlæggelse, øger behovet for tydelige snitflader mellem den kommunale sygepleje og den regionale sundhedsopgave, da den kommunale sygepleje er ansvarlig for forebyggelse. I forlængelse heraf gør Dansk Sygeplejeråd opmærksom på, at der udelukkende anvendes betegnelsen "rehabilitering" frem for "præ- og rehabilitering", som i så fald må være betegnelsen for den målgruppe, der kan tilbydes plads på tilbuddet.

Endelig konstaterer Dansk Sygepleje Råd, at målgruppen i udkastet til kvalitetsstandarderne ikke inkluderer borgere, der udelukkende har behov for basal palliation. Det er vores klare indtryk, at virkeligheden i dag er, at både sundheds- og omsorgspladser samt de midlertidige pladser anvendes til borgere med behov for basal palliation, som af forskellige årsager, fx utryghed, ikke kan være i eget hjem i den sidste levetid. Hvis denne målgruppe ikke kan anvende sundheds- og

Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30DK-
1250 København K

mandag-torsdag 9.00-
16.00 fredag 9.00-15.00
Tlf +45 33 15 15 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

omsorgspladserne efter 1. januar 2027, er der snarest behov for central stillingtagen til, hvor denne gruppe af borgere skal være. Det skal være en løsning, der understøtter en værdig sidste levetid med den nødvendige sundhedsfaglige pleje og behandling.

Behov for præcisering af ledelsesansvar, kompetencer og døgndækning på stedet

Udkastet stiller krav til bl.a. kompetencer, organisering og kvalitetsudvikling. For at kravene kan omsættes i praksis, er det afgørende, at standarden tydeliggør ledelsesprofilen samt arbejdsgivers forpligtelser for at kunne leve op til kravene.

Dansk Sygeplejeråd mener, at sundheds- og omsorgspladserne bør ledes af en sygeplejerske med sygeplejefaglig baggrund og relevante ledelseskompetencer. Blandt andet fordi kravene til robust døgndækning og faglig bæredygtighed forudsætter ledere med sygeplejefaglig indsigt. Og også fordi målgruppen er kompleks og kræver en individuel og rehabiliterende indsats, der forudsætter en ledelse med sygeplejefaglig helhedsforståelse.

Derudover mener Dansk Sygeplejeråd også, at afsnittet om krav til kompetencer bør beskrives tydeligere. Det kan fx gøres med brug af eksempler på typer af indsatser, udstyr, prøver mv. Det vil tydeliggøre specialiseringsniveauet på pladserne og dermed også af behovet for eller imod sygeplejefaglig døgndækning.

Dansk Sygeplejeråd bakker op om, at der stilles krav om en kvalitetsorganisation på stedet. Det styrker patientsikkerheden og kan bidrage til løbende at vurdere behovet for nye kompetencer, fagligheder på stedet samt rammer og vilkår for arbejdet.

Arbejdsgivers ansvar bør tydeliggøres. Det bør fremgå eksplicit, at regionen skal sikre rammer for kompetenceudvikling, supervision, sparring og dataunderstøttelse. Og systematisk kvalitetsudvikling og monitorering forudsætter også, at arbejdsgiver stiller rammer, data og kompetenceudvikling til rådighed.

Behov for præcisering af lægedækning samt mulighed for adgang til specialiseret sygeplejefaglig viden

Lægedækningen og det lægefaglige behandlingsansvar bør præciseres, så de konkrete samarbejdsrelationer og ansvarsfordelinger træder tydeligere frem. Dansk Sygeplejeråd mener, at disse beskrivelser godt kan præciseres med henblik på at fremme formålet om ensartet kvalitet og faglig anvendelighed af disse kvalitetsstandarder – også uden at gå på kompromis med den organisatoriske frihed for den enkelte region og sundhedsråd. Fx kan formuleringen "løbende fysisk tilstedeværelse" præciseres med henblik på at opnå en mere ensartet national kvalitet.

Derudover kan kvalitetsstandarderne med fordel inkludere et afsnit om, at man som ansat på sundheds- og omsorgspladser også har mulighed for at sparre og evt. modtage undervisning fra sygeplejersker med specialiseret sygeplejefaglig viden. For eksempel kan man af afsnittet om målgrupper læse, at der i nogle tilfælde kan være borgere med psykiatriske diagnoser samt borgere med misbrugsproblematikker på pladserne, trods det ikke anses som den primære målgruppe. I sådanne situationer kan det ikke forventes, at personalet har den relevante specialviden. Derfor bør det fremgå af kvalitetsstandarderne, at der også er adgang til sparring med relevant sygeplejefaglig specialviden ved behov.

Med venlig hilsen



Høringssvar; Kvalitetsstandarder for Sundheds- og Omsorgspladser

Bemærkninger til høringsudkastet "Kvalitetsstandarder for Sundheds- og Omsorgspladser" fra Kalundborg Kommune.

Det er positivt, at der udarbejdes kvalitetstandarder for de kommende Sundheds- og omsorgspladser, så der sikres en mere ensartet kvalitet i sundhedsindsatser på tværs af landet med fastsatte forpligtende kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger.

Der bør generelt være en opmærksomhed på, at de nye kvalitetstandarderne flere steder afviger fra driften af kommunernes nuværende midlertidige pladser, både med hensyn til målgruppe, faglige indsatser og kompetencekrav.

Generelle bemærkninger:

Gentagelser og deres indhold

Der er mange gentagelserne, hvilket nødvendigvis ikke gør kvalitetstandarden læsevenlig. Gentagelserne skyldes formentlig et ønske om at sikre, at centrale budskaber og definitioner er tydelige for alle læsere – uanset hvor i dokumentet de starter. Det kan dog give oplevelsen af, at visse afsnit er unødigt overlappende.

Nedenfor beskrives nogle af gentagelserne.

1. Definition af målgruppen og formål

- **Gentagelse:** Beskrivelser af målgruppen for sundheds- og omsorgspladser samt formålet med pladserne optræder flere steder, især i kapitel 1 (Introduktion), kapitel 2 (Målgruppe) og kapitel 5 (Tildelings- og afslutningskriterier).
- **Indhold:** Det gentages, at målgruppen er borgere med behov for en rehabiliterende sundhedsfaglig indsats, som ikke kræver sygehusindlæggelse, men heller ikke kan varetages i eget hjem. Der nævnes igen og igen, at formålet er at forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgerens funktionsevne, og at indsatsen skal være individuel og rehabiliterende.

2. Tildelings- og afslutningskriterier

- **Gentagelse:** Kriterierne for tildeling og afslutning af ophold på sundheds- og omsorgspladser beskrives både i kapitel 2, kapitel 3 og igen i kapitel 5.
- **Indhold:** Der gentages, at tildeling skal baseres på en individuel vurdering af borgerens samlede sundhedstilstand og livssituation, og at afslutning sker, når målet med opholdet er opnået, eller når der ikke længere er progression.

3. Samarbejde mellem region og kommune

- **Gentagelse:** Betydningen af samarbejde og dialog mellem region og kommune nævnes flere steder, især i kapitel 4 (Organisering og tilrettelæggelse) og kapitel 5.

- **Indhold:** Det understreges flere gange, at der skal være tæt samarbejde og løbende dialog om borgerens forløb, både ved tildeling, under opholdet og ved afslutning.

4. Indsatser og kompetencer

- **Gentagelse:** Beskrivelser af de sundhedsfaglige indsatser og krav til personalets kompetencer optræder både i kapitel 3 og i bilagene.
- **Indhold:** Det gentages, at indsatserne skal være tværfaglige, intensive og individuelt tilrettelagt, og at personalet skal have de rette kompetencer og mulighed for løbende udvikling.

5. Rehabilitering og funktionsevne

- **Gentagelse:** Begreberne rehabilitering og funktionsevne forklares både i hovedafsnittene og i bilag 1.
- **Indhold:** Der gives flere definitioner og forklaringer på, hvad rehabilitering og funktionsevne indebærer, og hvorfor de er centrale for indsatsen på pladserne.

Tekstnære og indholdsmæssige kommentar

(det med kursiv er direkte tekst fra kvalitetstandarden)

Afsnit 1.2

En anden årsag kan fx være begrundet i boligsociale forhold, hvor hjemmet ud fra en sundhedsfaglig vurdering midlertidigt er uegnet til ophold for borgeren (hygiejne, manglende niveaufri adgang, spinkelt netværk mv.), eller hvor den sundhedsfaglige indsats ikke kan leveres henset til arbejdsmiljømæssige forhold.

Dette er en forholdsvis ny tænkning set i forhold til en regional opgave, det er uvist hvordan finansieringen er dette sker. Tidligere var det jo at kommunerne betalte for de færdigbehandlede patienter. Betyder denne formulering, at regionen betaler for borgerens boligsituation, når opgaven ikke kan varetages i hjemmet?

Afsnit 2.1

Her beskrives målgruppen også som "Målgruppen kan desuden omfatte borgere med samtidige psykosociale problematikker eller rusmiddelrelaterede udfordringer mv." Det er meget vigtigt tiltag, at borgere med disse problemstillinger også er målgruppe, ser dog en stor udfordring i forhold til de kompetencer, som personalet skal besidde, såvel lægefagligt som plejefagligt.

En relativt lille andel af målgruppen vil udgøres af borgere, der i tillæg til den sundhedsfaglige indsats, der ydes på sundheds- og omsorgspladserne, vil have behov for udvalgte indsatser efter serviceloven. Det er kommunens ansvar at levere de kommunale indsatser efter serviceloven på sundheds- og omsorgspladserne til denne andel af målgruppen. Det kan fx være indsatser i regi af socialpsykiatrien.

Det er meget diffust hvilke indsatser, der menes i forhold til serviceloven, som kommunen skal varetage og hvilken betydning vil det have i forhold til, hvis nogle kommuner ikke får de nævnte sundheds- og omsorgspladser grundet for lille borgergrundlag.

Afsnit 2.2

I forhold til målgruppe er nævnt: *Der er tale om borgere i uforudsigelige forløb, eller hvor borgerne er i en ustabil fase.*

Hvis en borger er i et uforudsigeligt forløb og ustabil, så bør borgeren være indlagt ikke mindst set i lyset af, at der ikke nødvendigvis vil være sygeplejersker til stede 24-7 til at observere disse borgere. Såfremt målgruppen af borgere i uforudsigelige forløb eller ustabile borgere fastholdes til at kunne rummes på pladserne, kan det overvejes om der skal være krav om tilstedevær af sygeplejersker hele døgnet.

Borger med demens omtales også som målgruppe efter en indlæggelse. Dette vil ikke være hensigtsmæssigt, da det vil medføre flere skift, hvilket ikke er hensigtsmæssigt for demente borgere (risiko for delir). Disse borger bør udskrives til eget hjem/plejehjem. *Borgere med en eventuel samtidig psykisk lidelse er en del af målgruppen, hvis deres somatiske sundhedsfaglige behov tilsiger, at de har brug for en sundheds- og omsorgsplads. Det gælder også ældre borgere med demens, psykiske lidelser og/eller komplekse sygdomsbilleder, der er stabile nok til udskrivelse, men stadig kan have behov for rehabilitering og/eller behandling på sundheds- og omsorgspladserne.*

Afsnit 2.3

Eksempel: Borgere, der udskrives fra sygehus med lægefagligt begrundet behov for rehabilitering på specialiseret niveau. Det medgives at, af hensyn til faglig bæredygtighed er det relevant at undtage denne målgruppe og skabe mere centraliserede tilbud til disse borgere. Det skaber dog en risiko for at nærhedsprincippet ikke tilgodeses for denne målgruppe, hvilket ikke er i overensstemmelse med intentionerne i Sundhedsreformen.

Hvis der oprettes tilbud om specialiseret rehabilitering på samme matrikel som Sundheds- og Omsorgspladserne, bør det præciseres, at regionen i så fald har en forpligtigelse til at sikre ressourcer og rette kompetencer til denne opgave.

Afsnit 3.2

I nogle tilfælde vil det være relevant, at indsatsen også inkluderer en systematisk medicingennemgang, særligt hvis det drejer sig om borgere, med mange forskellige typer af lægemidler (polyfarmaci). Vi ved, at der sker mange medicinfejl i sektor overgange og at det fragmenterede sundhedsvæsen ikke altid formår at få koordineret omkring borgerens medicin, når der er flere behandlere involveret, så derfor bør medicingennemgang ikke kun ske i nogle tilfælde men altid.

Afsnit 3.3

En opmærksomhed på, at ikke alle nuværende midlertidige pladser har relevant udstyr/træningsudstyr på matriklen i forhold til de kommende kvalitetsstandarder, og det bør præcisere hvad der er påkrævet.

Afsnit 3.4

I nattetimerne kan bemanningen med sygeplejefaglige kompetencer tilrettelægges, så der er social- og sundhedsassistenter til stede på matriklen. Dette forudsat, at der samtidig via tilkald er tilgængelige sygeplejersker, som har kendskab til indsatserne og rammerne for pladserne. I forhold

til målgruppen (uforudsigelige og ustabile) som beskrives i kvalitetstandarden, bør der også være sygeplejerske til stede i nattetimerne for at sikre patientsikkerheden.

Det er positivt med terapeuter til stede alle ugens dage.

Afsnit 4.1

Geografisk tilgængelighed. Det er med Aftale om Sundhedsreform 2024 givet, at sundheds- og omsorgspladser som udgangspunkt skal forefindes i alle kommuner, med mindre hensyn til faglig og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet. At benytte ord som "organisatorisk bæredygtighed" er at give carte blanche i metermål og angiver ikke kriterier for, hvornår regionen kan undlade at etablere pladser i kommunerne.

Afsnit 4.2

Regionerne har ansvaret for, at der er døgndækning hele ugen, året rundt med fast tilknyttede læger på sundheds- og omsorgspladserne. Det er yderst vigtigt og relevant i forhold til målgruppen, at der er døgndækning af læger, da vi netop ser, det er en udfordring i dag, hvor den behandlingsansvar læge ofte kun er at træffe i dagtimerne. Det vil derfor ikke være hensigtsmæssigt, at det er borgerens praktiserende læge, der er behandlingsansvarlig som foreslået, desuden vil det skabe unødvendigt forvirring hos personalet at skulle samarbejde med flere forskellige læger. Der kan være tilfælde, hvor det er hensigtsmæssigt, at borgerens praktiserende læge i dialog med personalet på sundheds- og omsorgspladserne fortsat varetager behandlingsansvaret; typisk ved korterevarende ophold.

Afsnit 4.3

Ligeledes kan en god overgang for nogle borgers vedkommende understøttes af inddragelse af det almenmedicinske tilbud og/eller hjemmebesøg, eventuelt med inddragelse af pårørende og deltagelse fra opholdskommunen med henblik på at vurdere, hvordan en specifik borger kan vende tilbage til eget hjem. Det er yderst vigtigt med dialog ved udskrivelse med deltagelse af relevante partner, her vil det være hensigtsmæssigt at få indskrevet brug af videomøder/teamsmøde, som et brugbart redskab fremfor hjemmebesøg, da ressourcerne ikke er til dette, hverken for kommunerne eller for de praktiserende læger, som er en vigtig partner i forhold til at overtage behandlingsansvaret.

Afsnit 5.1

Foruden regionerne skal den kommunale sygepleje og almenmedicinske tilbud kunne henvise borgere til sundheds- og omsorgspladserne. Det er essentielt, at kommunerne også kan henvise til pladserne. Der bør løbende følges op på dette i regi af sundhedsrådene, for at sikre at kommunernes henvisninger ikke afvises.

Afsnit 5.2

..., ligesom kommunerne bør iværksætte de nødvendige tilretninger af borgernes hjem, så overgange ikke forsinkes unødigt. I den sammenhæng er det vigtigt at påpege sagsbehandlingsfrister for eventuelle boligændringer, udlevering af hjælpemidler m.m.

Afsnit 5.3

Det er medarbejderne på sundheds- og omsorgspladserne, som vurderer, hvornår den enkelte borgers ophold kan afsluttes. Vurderingen foretages med udgangspunkt i de fastsatte mål for opholdet og i dialog med borgerens opholdskommune. Det er vigtigt, at en udskrivelse foregår i dialog, det vil hensigtsmæssigt, at praktiserende læge indgik i denne dialog i en eller anden form, da de overtager behandlingsansvaret.

Afsnit 6.1

Dertil skal region, herunder almenmedicinske tilbud, og sygehuse, og kommuner evaluere og gøre status på samarbejdet om borgernes forløb. Der mangler en mere præcis formulering i forhold til, hvor ofte det bør ske- er det en gang i hver valgperiode eller månedligt? Der bør udarbejdes få nationale data, som der skal monitoreres på og evalueres på nationalt, så det er muligt at sammenligne på nationalt niveau, og sikre at pladserne anvendes som tiltænkt.



Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

fopssst@sst.dk

mebrs@sst.dk

Høringssvar kvalitetsstandarder for regionale sundheds- og omsorgspladser

KL takker for lejligheden til at afgive høringssvar.

KL finder, at Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard på lange stræk kan understøtte en hensigtsmæssig faglig ramme for regionernes organisering og tilrettelæggelse af indsatser på nye regionale sundheds- og omsorgspladser. Og herunder forpligter regionerne til at samarbejde med kommunerne, så kommunerne får de bedste forudsætninger for at tilbyde den nødvendige pleje i eget hjem, når borger afsluttes fra en regional plads. Her er det vigtigt, at de aftalte frister for varsling overholdes og at dialogen med kommunerne allerede indledes, når borger indlægges på en midlertidig plads. KL skal i den forbindelse opfordre til, at regionens pligt til at varsle afslutning fra regionale pladser også udvides til at gælde sygehusene.

KL skal kvittere for, at målgruppen for de kommende regionale pladser skal rumme hovedparten af de borgere, der i dag har ophold på kommunale pladser. Brede tildelingskriterier, der forpligter regionerne på at tilbyde ophold, hvis sundhedsfaglige indsatser for en periode ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges i eget hjem (organisatorisk bæredygtighed) og hvis borgerens boligsociale forhold vanskeliggør ophold i eget hjem, vil understøtte, at borgere, der i dag modtager kommunalt ophold, ikke kommer i klemme i det nye regionale tilbud. KL skal i den forbindelse bemærke, at boligsociale forhold også kan skyldes hjemløshed, eller at borgeren ikke har kompetence til den egenomsorg eller compliance, der er nødvendig for at afhjælpe det aktuelle sundhedsfaglige behov, mens borgeren bor i hjemmet. Dette bør tilføjes standarden.

KL er enig i, at lægedækning på sundheds- og omsorgspladser skal forankres i det almen medicinske speciale/geriatrien. Det lægger naturligt i forlængelse af Sundhedsstyrelsens forståelse af, at det i hovedsagen er borgere med almen medicinske behov, der er målgruppen for regionalt ophold. KL er dog usikker på, om Sundhedsstyrelsen forventer, at det almen medicinske tilbud på sigt skal varetage lægedækning af de regionale pladser eller om det alene er det almen medicinske speciale. Det står flere steder lidt uklart beskrevet i standarden, bl.a. side 2, andet afsnit og side 13 tredje afsnit.

Dato: 12. januar 2026

Sags ID: SAG-2025-05192
Dok. ID: 3654225

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 6

KL skal generelt bemærke, at det vil være helt i tråd med intentionen bag den pågående regionale integration af somatik og psykiatri, at også borgere med fremtrædende symptomer på psykiske lidelser eller med psykiatriske diagnoser, som har et relevant somatisk sundhedsfagligt behov for ophold på sundheds- og omsorgspladser, har adgang til disse. Det vil betyde, at der også vil være behov for adgang til psykiatriske lægelige eller sygeplejefaglige kompetencer på pladserne. KL skal i øvrigt bakke op om, at borgere med en eventuel psykisk lidelse er en del af målgruppen, hvis deres somatiske sundhedsfaglige behov tilsiger, at de har brug for en sundheds- og omsorgsplads ligesom borgere med sociale udfordringer som f.eks. hjemløshed er en del af målgruppen forudsat, at de har et sundhedsfagligt behov for ophold.

KL skal opfordre til, at antallet af regionale sundheds- og omsorgspladser følges tæt de kommende år og herunder også om regionerne tilbyder pladser i alle kommuner, som det er aftalt i den politiske aftale om en sundhedsreform. KL skal i øvrigt bemærke, at det i standarden (side 12, fjerde afsnit) kan læses som, at regionerne kan "udvikle sig ud af" behovet for sundheds- og omsorgspladser. Det er næppe sandsynligt givet den demografiske udvikling over de kommende år.

KL har en række konkrete bemærkninger til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard.

Definition af sundheds- og omsorgspladser og målgruppe

KL skal foreslå, at der på side 3, fjerdesidste linje efter ... "tilbydes et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads" tilføjes: "*da det ikke er hensigtsmæssigt at planlægge indsatser i eget hjem*". Tilføjjelsen skal understrege, at organisatorisk bæredygtighed handler om, at det sammenlignet med indsatser leveret under stationært ophold kan være ganske omkostningskrævende at levere indsatser i eget hjem.

KL mener, at det brede blik på en rehabiliterende indsats med henblik på at styrke borgerens fysiske og kognitive funktioner med fordel kan skrives tydeligere frem i kapitel to om målgrupper.

KL skal foreslå, at det første eksempel på side 6 fjernes henset til, at denne type borger ikke er repræsentativ for målgruppen som helhed.

KL skal også foreslå, at det tredje eksempel på side 6 udvides til også at beskrive træning og rehabilitering som elementer, der kan indgå i indsatsen under regionalt ophold, jf. oven for.

KL skal herudover foreslå, at der i sjette afsnit på side syv tilføjes (med kursiv): "*Borgere med komplekse sociale problemer, herunder misbrug, er dog ikke udelukket fra pladserne...*".

Det kan i øvrigt overvejes at eksplicitere de konkrete bestemmelser i sundhedsloven, der regulerer regionens ansvar for at tilbyde ophold på sundheds- og omsorgspladser.

Basal palliation og demens

Dato: 12. januar 2026

Sags ID: SAG-2025-05192
Dok. ID: 3654225

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 6

Det fremgår af kvalitetsstandardens side 5, næstsidste afsnit,, at "borgere med behov for basale palliative indsatser vil være omfattet af målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne, hvis de samtidigt har behov for nogle af de andre sundhedsfaglige indsatser, som tilbydes på sundheds- og omsorgspladserne". Det fremgår ligeledes af standardens side 7, midt for, at "borgere diagnosticeret med demens, som ikke har et behov for sundhedsfaglige indsatser af andre årsager end de, der er relateret til deres demens, er ikke i målgruppen for en sundheds- og omsorgsplads".

KL skal bemærke, at ikke alle palliative borgere har mulighed for eller ønsker at dø hjemme. Dette gælder særligt de mest sårbare og socialt udsatte borgere samt borgere med non-maligne sygdomme, som typisk ikke kommer på hospice. Der bør overvejes en yderligere faglig specificering af den basale palliative indsats i kvalitetsstandarden, der kan rumme denne gruppe på de regionale sundheds- og omsorgspladser. Dette med henblik på at undgå hospitalsindlæggelse og unødige indflytninger på plejehjem i livets sidste fase.

KL skal også bemærke, at det kan være svært at skelne mellem, hvornår en problematik skyldes demens sygdom eller anden akut opstået sygdom uafhængig af borgerens demenssygdom.

KL mener i øvrigt grundlæggende, at borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, som for en periode ikke kan varetages i eget hjem, skal have adgang til ophold på en sundheds- og omsorgsplads uanset diagnose og tilstande i øvrigt.

Kommunale indsatser

Der fremgår flere steder af standarden, at kommunerne skal yde indsatser til borgere under ophold på regionale sundheds- og omsorgspladser, konkret bl.a. misbrugsbehandling og socialpsykiatriske indsatser. Det kan side 13 femte afsnit også læses som, at kommunen skal levere sygepleje og genoptræning under ophold.

KL mener ikke, at det er en kommunal opgave at yde indsatser til borgere med ophold på en regional sundheds- og omsorgsplads, men at det alene er regionens ansvar. Det vil således være et brud med sektoransvarsprincippet, hvis man vil pålægge en myndighed en opgave, mens borger er under en anden myndigheds varetægt. KL skal bl.a. henvise til Ombudsmanden, som tidligere har udtalt sig omkring sektoransvarlighedsprincippet:

<https://www.ombudsmanden.dk/media/52466/pdf.pdf>.

KL skal i forlængelse heraf henvise til, at det i dag f.eks. er regionen, som har ansvar for rusmiddelbehandlingen under indlæggelse. Det gælder både inden for somatikken og psykiatrien. I praksis handler det om medicinsk behandling og ansvaret omfatter også betaling af medicin. Det samme princip bør være gældende for alle indsatser, herunder socialfaglige eller psykiatriske indsatser under ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Dato: 12. januar 2026

Sags ID: SAG-2025-05192

Dok. ID: 3654225

E-mail: JJC@kl.dk

Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 3 af 6

KL skal i forlængelse heraf derfor foreslå, at dokumentet konsekvensrettes, konkret:

- Side 4.
- Side 5 sidste afsnit.
- Side 13, femte afsnit.

KL mener herudover, at det er uden for kvalitetsstandardens ramme at beskrive konkrete kommunale indsatser efter anden lovgivning, som borgeren evt. kan have behov for i forlængelse af et ophold på en regional sundheds- og omsorgsplads. Kvalitetsstandarden bør alene stille krav om, at regioner og kommuner skal samarbejde om borgerens forløb, så kommunerne får mulighed for at iværksætte de tiltag, man fra kommunal side vurderer, er nødvendige for, at regionen kan afslutte borgeren til eget hjem. KL skal derfor foreslå, at dokumentet også hér konsekvensrettes, konkret side 13, femte afsnit.

KL mener også, at andet afsnit i eksemplet på side 7 om borgere, der kan opholde sig i eget hjem, når de modtager kommunale og/eller regionale indsatser skal justeres, så "i nogen grad" udgår, da dette efterlader meget rum til fortolkning

KL skal endvidere foreslå, at andet afsnit i eksemplet på side 7 om borgere, der primært har behov for psykiatrisk behandling udgår, da KL ikke mener det er relevant for denne standard hvad en borger, der ikke er i målgruppen for et regionalt ophold, kan have behov for af kommunale/regionale indsatser i øvrigt.

KL skal endelig foreslå, at det tydeliggøres, at regionen ved afslutning af et regionalt ophold justerer evt. genoptræningsplaner fra sygehus, så den videre almene genoptræning i kommunerne videreføres med afsæt i den træning, der er sket under ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Abstinensbehandling under ophold på sundheds- og omsorgsplads
Abstinensbehandling på sygehus er i dag en regional opgave. Det bør i standarden tydeliggøres, at det også gælder for sundheds- og omsorgspladser.

Befordring til/fra eget hjem

KL lægger til grund, at udgifterne til befordring til og fra en regional sundheds- og omsorgsplads afholdes af regionen, ligesom udgifterne til evt. ledsagerordning i øvrigt.

Kompetencer på sundheds- og omsorgspladser

KL noterer sig, at indsatserne på sundheds- og omsorgspladserne primært varetages af autoriserede sundhedspersoner. KL noterer sig også, at indsatser i relevant omfang kan varetages af ikke-autoriserede sundhedspersoner. KL skal i derfor foreslå, at sosu-hjælpere eksplicit nævnes som en gruppe, der i relevant omfang også kan løse indsatser på de regionale pladser.

Tilgængelighed af sundheds- og omsorgspladser

Dato: 12. januar 2026

Sags ID: SAG-2025-05192

Dok. ID: 3654225

E-mail: JJC@kl.dk

Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 4 af 6

KL skal indledningsvis bemærke, at det følger af den politiske aftale om en sundhedsreform, at regionale sundheds- og omsorgspladser som udgangspunkt skal forefindes i alle kommuner. I dag fordeler pladserne sig på godt 350 matrikler.

Sundhedsstyrelsen finder, at det af hensyn til bæredygtighed i indsatsen kan være vanskeligt at opretholde tilbud i områder med et meget lavt befolkningsgrundlag. Og at der inden for sundhedsrådene derfor bør planlægges brug af kapacitet på tværs af kommunegrænser. KL vil gerne understrege, at udgangspunktet jf. også forårsaftalen er, at pladserne skal forefindes i alle kommuner.

KL finder behov for, at tilgængelighed af sundheds- og omsorgspladser følges nationalt for at sikre, at borgere også fra 2027 har adgang til sundhedsfaglige tilbud om midlertidigt ophold i deres nærmiljø jf. intentionen i den politiske aftale om en sundhedsreform.

KL skal i øvrigt bemærke, at det som udgangspunkt ikke kan forventes, at kommuner i yderområder kan understøtte regionale sundheds- og omsorgspladser med sygeplejefaglig døgndækning.

Sammenhæng og kommunikation

KL bakker op om, at det ekspliciteres, at regioner og kommuner skal samarbejde om at skabe sammenhæng i borgerens forløb og at dette samarbejde skal påbegyndes ved tildeling af en regional plads og pågå kontinuerligt under opholdet. Igangsættelse af f.eks. nødvendige tilretninger af borgerens bolig kan ikke igangsættes før borgeren har gennemført nogen træning under det regionale ophold, og det kan afdækkes hvordan borgerens habituelle funktionsevne bliver fremadrettet. Derfor er kontinuerlig dialog afgørende for et godt forløb.

KL foreslår, at femte afsnit, side 13, justeres, så det alene fremgår, at "Regionen skal ved tildeling af ophold etablere kontakt til kommunen med henblik på, at kommunen kan forberede det videre forløb, når borgeren afsluttes fra en regional plads".

KL bemærker, at det kan være en udfordring at få borgerens og evt. pårørendes samtykke til at lave de nødvendige tilretninger i borgers hjem, særligt i situationer, hvor borger er ukendt i kommunen. Det kan vanskeliggøre kommunernes mulighed for at iværksætte de nødvendige boligændringer og evt. socialrengøring inden borgeren afsluttes fra den regionale plads KL foreslår derfor, at der i sjette afsnit indsættes (ændring med kursiv)"... med *borgerens samtykke* foretager fysiske tilretninger, rengøring m.v. i *borgerens* hjem...".

Tildelings- og afslutningskriterier

KL skal indledningsvis foreslå, at dot tre s. 15 om kommunernes fortsatte ansvar for evt. at tilbyde aflastningsophold og venteplads efter servicelov og ældrelov udgår. Dette henset til, at den regionale tildeling og afslutning af ophold på sundheds- og omsorgspladser ikke har relevans for, hvad kommunerne i øvrigt måtte tilbyde borgere efter anden lovgivning.

Dato: 12. januar 2026

Sags ID: SAG-2025-05192
Dok. ID: 3654225

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 6



KL skal også foreslå, at der på side 15/16 også henvises til kap. 1 om definition af sundheds- og omsorgspladser (side 15, femte linje, side 16, anden linje og side 16 sidste dot).

KL foreslår endvidere, at afsnit 3, linje 3 på side 16 ændres "regionerne bør" til "regionerne skal".

KL mener ikke, at "behov for hyppige observationer og justeringer af behandlinger henover døgnet" bør være et selvstændigt kriterium for tildeling af ophold. Dette bl.a. henset til et af de andre kriterier om, at adgang til tæt lægefaglig opfølgning ikke nødvendigvis er afgørende.

KL foreslår, at der i sidste dot, side 16 tilføjes (med kursiv): "... kan modtage de nødvendige sundhedsfaglige indsatser i eget hjem, *herunder i botilbud*".

KL foreslår, at dot fire, side 17 (afslutningskriterier) justeres som følger: "... er afdækket *og aftalt med borgerens opholdskommune*".

KL foreslår også, at dot seks, side 17, justeres som følger: "Afslutning er *rettidigt varslet og aftalt med borgerens opholdskommune*..."

Kvalitetsudvikling og monitorering

KL foreslår, at regionerne udover at registrere afslutningstidspunkter også registrerer hjemsendelsestidspunkter, da der kan være forskel i regionens afslutning og kommunens hjemtagning, f.eks. fordi hjemmet ikke er klart til ophold. Og herudover også, at regionen registrerer, hvornår borgeren påbegynder ophold på en regional sundheds- og omsorgsplads. Dette med henblik på at registrere liggetider på pladserne.

KL skal herudover for god ordens skyld bemærke, at i fald registreringer sker i landspatientregistret er det afgørende, at det får en særskilt kode, så det kan afgrænses fra anden stationær regional aktivitet.

KL skal også bemærke, at "kapacitet" og "aktivitet" på pladserne også bør registreres tillige med "antal pladser og antal lokationer".

KL noterer sig endelig, at Sundhedsstyrelsen tager forbehold for resultaterne af det igangværende arbejde i Sundhedsdatastyrelsen om nationalt datagrundlag for de opgaver, der med sundhedsreformen flytter til regionerne, herunder også for monitorering af sundheds- og omsorgspladser.

KL skal tage forbehold for senere politisk godkendelse.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak

Dato: 12. januar 2026

Sags ID: SAG-2025-05192
Dok. ID: 3654225

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 6 af 6

Den 12. januar 2026

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

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

Høring om Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

Danske Ældreråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser.

Danske Ældreråd hilser formålet med kvalitetsstandarderne meget velkomment. Nationale kvalitetskrav for sundheds- og omsorgspladser er helt afgørende i forhold til løfte kvaliteten og sikre mindre ulighed i sundhed på tværs af landet.

Det er vigtigt, at der med sundhedsreformen afsættes de nødvendige økonomiske ressourcer til at implementere kvalitetsstandarderne.

Vederlagsfrit ophold

Danske Ældreråd har længe påpeget problematikken omkring egenbetaling for kost og linnedvask på midlertidige pladser, hvor sårbare ældre har modtaget store regninger efter ugers ophold. Det har skabt ulige muligheder og samlet set været en stor udfordring – også i et kvalitetsperspektiv.

Vi er overbeviste om, at forpligtigende kvalitetsstandarder og reglerne om vederlagsfrit ophold på sundheds- og omsorgspladser vil bidrage til en positiv udvikling med mere lighed i sundhed.

Ligeledes er det meget positivt, at lægemidler under ophold på sundheds- og omsorgspladser nu bliver vederlagsfri og tilgængelige. Mange ældre og deres pårørende har haft store udfordringer med at skaffe den nødvendige medicin ved nærmeste apotek, som i mange tilfælde kan ligge langt væk - eller være uden for åbningstid.

Målgruppen

Danske Ældreråd bifalder, at kvalitetstandarderne er tydelige og konkrete på målgruppen for pladserne. Når målgruppen defineres, vil grupper samtidig falde udenfor, som også beskrevet i udkastet. Nogle af disse grupper figurerer i dag på de kommunale midlertidige pladser, og der bør være opmærksomhed på, om der er målgrupper, som falder imellem 'flere stole' og derfor ikke kan få den nødvendige hjælp rettidig. Det kan være grupper, som får ydelser efter ældre- og servicelov, men med et behov for sundhedsfaglig pleje og behandling på specialiseret niveau. Det kan fx være sårbare patienter med komplekse neurologiske og/eller geriatriske problemstillinger, hvor progression i tilstand og funktion ikke er mulig - eller terminale patienter med behov for en specialiseret palliativ indsats.

Der skal være opmærksomhed på, at grupper som *ikke* er i målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne, men som kan have behov for indsatser under sundhedsloven, visiteres til rette indsats og ikke tabes i systemet.

Formål og indsatser

Det fremgår af begrebsafklaringen i bilag 1, at funktionsevne forstås bredt og defineres i tråd med WHO's bio-psyko-sociale begrebsmodel. Det undrer os derfor, at der i beskrivelsen af formål med pladserne i afsnit 3.1 henvises til 'fysiske og kognitive funktionsevne' og i beskrivelsen af indsatser i afsnit 3.2 alene henvises til 'fysisk funktionsevne'. Der bør kun stå funktionsevne.

Tilgængelighed og kapacitet

Danske Ældreråd finder det afgørende at opretholde både nærhed for den enkelte ældre og dennes eventuelle pårørende - og samtidigt sikre faglig bæredygtighed på sundheds- og omsorgspladserne. Her bliver sundhedsrådenes arbejde med kapacitetsplanlægningen vigtig. Danske Ældreråd anbefaler, at de lokale ældreråd involveres og repræsenteres i patient- og pårørendeudvalgene i tilknytningen til sundhedsrådene, da de har en vigtig viden om målgruppen og lokale forhold.

Udstyr og kompetencer

Det er en forudsætning for kvaliteten i indsatsen, at det rette udstyr til pleje og behandling er tilgængeligt. Medicinsk udstyr skal være opdateret og sikkert at anvende for at sikre patientsikkerhed og et trygt miljø. Vi foreslår, at velfærdsteknologi tilføjes listen over relevant udstyr.

Ligeledes finder Danske Ældreråd det afgørende, at indsatsen på sundheds- og omsorgspladserne varetages af autoriseret sundhedsfagligt personale i alle døgnets timer. Herunder lægger Danske Ældreråd afgørende vægt på udkastets formulering om, at de rette lægefaglige kompetencer indenfor almen medicin og geriatri skal være tilgængelige på pladserne.

Sammenhæng og behandlingsansvar

Danske Ældreråd finder det positivt, at udkast til kvalitetstander for sundheds- og omsorgspladser også beskriver behandlingsansvar og vigtigheden af sammenhæng i borgerens behandlings- og plejeforløb. Disse indsatser skal spille tæt sammen, og det er afgørende, at det er klokkeklart og tydeligt, hvem der har behandlingsansvaret, så den enkelte sårbare ældre ikke bliver 'kastebold' mellem forskellige enheder.

Det er i den forbindelse vigtigt, at borgeren tages med i dialogen og høres, når personale og parter omkring borgeren skal samarbejde om at få mest mulig smidighed ind i forløbet med

udgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker. Dét skrives mere direkte ind i udkastet (fx kap. 4.3, s. 13).

Danske Ældreråd finder det positivt, at det i beskrivelsen fremhæves, at der kan være behov for, at kommunen foretager fysiske tilretninger, rengøring mv. i den enkelte borgers hjem, som skal igangsættes under borgerens ophold som en forudsætning for, at borgeren kan komme hjem. Det er afgørende, at de nødvendige tilpasninger i borgerens egen bolig sker rettidigt, så borgeren kan komme hjem efter afsluttet ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Systematik i kvalitetsudvikling

Danske Ældreråd finder det positivt, at der i udkast til kvalitetstandarder beskrives ansvar for det systematiske arbejde med at kvalitetsudvikle praksis. Vi vil anbefale, at der som led i kvalitetsudviklingen også fra national side følges op på, om regionerne lever op til kvalitetsstandarderne.

Derudover bør det også være et opmærksomhedspunkt, at borgerens oplevelser skal spille ind i dataindsamling og bidrage til kvalitetsudviklingen. Som det er beskrevet i udkastet, er det ikke en forpligtelse, men en *kan* opgave. Vi mener, at det kliniske, organisatoriske og brugeroplevede perspektiv bør være sidestillede og forpligtende elementer i kvalitetsudviklingen.

Med venlig hilsen

Inger Møller Nielsen
Formand

Trine Toftgaard Lund
Direktør

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

Dato

12. januar 2026

Sagsnr.

Høringssvar: Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

Torvet 2
3600 Frederikssund

Vi har i de otte nordsjællandske kommuner i Sundhedsråd Nordsjælland (Allerød, Hillerød, Hørsholm, Fredensborg, Gribskov, Halsnæs, Helsingør og Frederikssund) ventet spændt på Sundhedsstyrelsens høringsudkast til kvalitetsstandarder for de kommende sundheds- og omsorgspladser. Vi flytter tilsammen 169 midlertidige pladser fra kommunerne Nordsjælland. De har en central rolle i vores arbejde med at sikre alle borgere en god overgang fra hospitalet til eget hjem, og er en integreret del af kommunernes samlede indsatser sundheds- og ældreområdet.

Indledende vil vi gerne kvittere for det store arbejde, der er lagt i høringsudkastet og forsøget på at rumme de eksisterende pladser i kommunerne og samtidig transformere pladserne til sundheds- og omsorgspladser, der skal kunne noget mere end i dag. Det gælder bl.a. pladsernes rehabiliterende sigte og opmærksomheden på betydningen af indsatsen i borgerens hjem, herunder faglige kompetencer og intensitet i indsatsen, samt boligsociale forhold og arbejdsmiljø for medarbejdere.

Høringsudkastet skaber dog også bekymring på en række punkter.

- **Forventning om kommunal levering af ydelser under serviceloven på pladserne bør udgå**

Som udgangspunkt bør en kvalitetsstandard på sundhedsområdet *ikke* fastlægge et kommunalt serviceniveau eller rammer for indsatser i socialpsykiatrien eller på ældreområdet i kommunerne. Flere steder i høringsudkastet står der, at det er kommunernes ansvar at levere de kommunale indsatser efter serviceloven på sundheds- og omsorgspladserne. Det ses fx både på side 4 og side 5 og i kapitel 4. Det er dog uklart præcis, hvad det indebærer og hvilke indsatser man forestiller sig, at kommunerne skal levere – foruden rusmiddelbehandling. Ligesom ansvarsfordelingen mellem region og kommune bliver uklar. Vi ønsker, at denne forventning udgår af kvalitetsstandarden. Der er ikke tilsvarende eksempler på, at kommunerne leverer ydelser under serviceloven på regionernes øvrige matrikler. Vores ønske skal også ses i

sammenhæng med, at der er frit valg på pladserne og kommunerne derfor potentielt skal levere ydelser på tværs af landet.

Kommunale medarbejdere skal naturligvis bidrage til et tæt samarbejde mellem sundheds- og omsorgspladserne og indsatserne i kommunerne. Både under sundheds-, ældre- og serviceloven for at skabe gode forløb for borgerne.

- **Kapaciteten på sundheds- og omsorgspladserne skal monitoreres tæt.**

Vi har med stor tilfredshed noteret, at intentionen fra sundhedsreformen om, at der som udgangspunkt skal være sundheds- og omsorgspladser i alle kommuner er fastholdt i kvalitetsstandarden. Det samme gælder, at den nuværende kapacitet som udgangspunkt bevares.

Vi forventer, at eventuelle justeringer i kapaciteten besluttet i sundhedsrådene – og ses i sammenhæng med udviklingen af demografien og øvrige opgaver i det nære sundhedsvæsen, hjemmebehandlingsmuligheder mv. Vi er bekymrede for om der sker en utilsigtet opgaveglidning tilbage til kommunerne, som kan resultere i endnu flere overgange for borgerne, særligt hvis borgerne går fra en sundheds- og omsorgsplads til en midlertidig plads i kommunen inden de kan vende tilbage til eget hjem (dette bl.a. da kommunernes midlertidige pladser specifikt nævnes i tildelings- og afslutningskriterier på side 15).

Vi henstiller derfor til, at kapaciteten følges tæt, herunder fx modtaget fra/henvist fra, afsluttes til indsatser/midlertidig kommunal plads, genindlæggelser, belægning og opholdstid.

- **Bekymring for at afgrænsning af målgruppen skaber større social ulighed i sundhed**

Vi er bekymrede for at beskrivelsen målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne og udelukker en del af de socialt udsatte borgere, der visiteres til midlertidigt ophold i kommunerne i dag. Her står, at *"borgere der primært har behov for socialfaglige indsatser"* er et kommunalt anliggende. Vores erfaring er, at der kan være meget forskellige opfattelser af, om en borger overvejende har behov for en socialfaglig eller en sundhedsfaglig indsats. De to ting hænger ofte tæt sammen og afhænger af øjnene, der ser. Samtidig er det vigtigt at understrege, at de omtalte borgere ikke nødvendigvis får en kommunal indsats. Vi er derfor bekymrede for om sundheds- og omsorgspladserne skaber et dårligere tilbud til socialt udsatte borgere – med større ulighed i sundhed til følge.

- **Konsekvensret inddragelse af kommunerne tidligt i forløbet**

Vi bifalder afslutningskriteriet om, at afslutning er koordineret med borgerens hjemkommune og øvrige relevante aktører. Nogle steder i udkastet står der dog, at kommunerne bør inddrages tidligt (side 16), mens der andre steder står, at kommunerne skal inddrages tidligt (side 13). Vi henstiller til, at det ensrettes, så der alle steder står, at kommunerne skal inddrages tidligt i forløbet. Vi ser helst, at det allerede sker under visiteringen, da kommunerne kender egen indsats og ofte har viden om borgernes hjems beskaffenhed, netværk mv. – forhold der er afgørende for, om indsatsen kan leveres i borgerens hjem.

Endelig vil vi gerne understrege at sundheds- og omsorgspladserne "bor" i det nære sundhedsvæsen, selv om kvalitetsstandarder en gang imellem efterlader indtrykket af for meget "os og dem". Vi ser frem til at bidrage til udviklingen af både pladserne og de øvrige tilbud i det nære sundhedsvæsen i Nordsjælland og at følge udviklingen i resten af landet.

Venlig hilsen

Sundhedsdirektørerne og sundhedscheferne i de otte Nordsjællandske kommuner (Hillerød, Allerød, Fredensborg, Helsingør, Hørsholm, Halsnæs, Gribskov og Frederikssund kommuner)

MedCom høringssvar til Sundhedsstyrelsen Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

d. 12/1 2026

MedCom takker for muligheden for at afgive høringssvar.

MedCom finder at det er en stor fordel at behandling og pleje af patienter/borgere som fortsat modtager sundhedsfaglige indsatser som observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, der tilsammen har et rehabiliterende sigte styrkes.

Som led i sundhedsreformen etableres Digital Sundhed Danmark – en ny landsdækkende organisation, der skal styrke den digitale udvikling og sikre bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet. Digital Sundhed Danmark samler sundhed.dk, Sundhedsdatastyrelsen, MedCom, Nationalt Genom Center og en række fælles nationale opgaver fra regionerne. Siden 1. januar 2026 har Det forberedende Digital Sundhed Danmark været en realitet og denne fungerer derfor som samarbejdsenhed i 2026. MedCom stiller sig gerne til rådighed ift. at sikre dialog mellem de parter som implementere sundheds- og omsorgspladser og forberedende Digital Sundhed Danmark som skal bidrage med at sikre og understøtte digitale udveksling af data/deling af data

MedCom anbefaler at der etableres en tæt dialog mellem de nationale sundhedsråd og forberedende Digital Sundhed Danmark for at sikre dialog om hvilke data som skal udveksles og/eller være til rådighed ifm. at kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser skal implementeres. Herunder dialog om hvilke digitale muligheder og løsninger som findes og hvilke behov som evt. kræver udvikling af nye dataudvekslings muligheder, services eller løsninger. Der findes i dag flere nationale digitale løsninger til at støtte deling/udveksling af data mellem de sundhedsprofessionelle parter, men nye typer samarbejder som de kommende regionale sundheds- og omsorgspladser kan fordre nye behov for digital datadeling.

Der nævnes meget positivt at videoløsninger/konferencer, datadeling, data udveksling f.eks. via henvisninger skal anvendes, det vil være hensigtsmæssigt med tæt koordinering og samarbejde med forberedende Digital Sundhed Danmark for at lave koordineret planer for hvilke løsninger som kan fungere fra start samt dialog om der evt. er behov for udvikling af nye services og/eller løsninger, som kan understøtte det samarbejde og de data som skal være mellem regionerne, praksislæger og kommuner ifm. at daglig drift og samarbejde ved overgangene ind og ud af sundheds- og omsorgspladser.

Med venlig hilsen
Dorthe Skou Lassen
MedCom
dsl@medcom.dk
tlf. 4040 5402

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Vedr. Kvalitetsstandarder for Sundheds- og Omsorgspladser

DASYS har modtaget tre høringsforslag fra de faglige selskaber. Henholdsvis Fagligt Selskab for Hygiejnesygeplejersker, Fagligt Selskab for Palliationssygeplejersker og Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne.

Fagligt Selskab for Hygiejnesygeplejersker

Infektionsforebyggelse er det første våben imod de hyppigst forekommende sundhedssektorerhvervede infektioner, herunder urinvejsinfektioner og luftvejsinfektioner.

Rigsrevisionen påpegede i 2021, at 54 % af de danske hospitaler ikke levede op til krav og retningslinjer om forebyggelse af infektioner. Økonomiske beregninger viser, at en hospitalserhvervet infektion i gennemsnit koster samfundet 20.000, hvilket svarer til over 1,2 mia. Herudover udbetales erstatninger svarende til 76 Mio for 300 personer med uønskede infektioner, pådraget i sundhedssektoren.

Infektioner fører ofte til forlænget indlæggelsestid, genindlæggelse og øget behandlingsbehov samt ikke mindst øget antibiotikaforbrug. Den forlængede indlæggelsestid må forventes at kunne resultere i netop behov for ophold på sundheds- og omsorgspladser og øget behov for rehabilitering.

Ud over dette var der i 2023 ifølge Dansk Industri ca. 72000 forebyggelige indlæggelser, som koster samfundet mere end 2 mia. kroner om året. En del af disse er relateret til infektion, herunder blærebetændelse, nedre luftvejssygdom og gastroenteritis.

Infektioner – både samfunds- og sundhedssektorerhvervede – kan således forudses at udgøre en ikke uvæsentlig andel af årsagen til ophold på sundheds- og omsorgspladserne.

Det må derfor anses som rettidig omhu, at man på Sundheds- og omsorgspladserne får et eksplicit fokus på infektionsforebyggelse. Vi har påpeget nogle punkter i dokumentet, hvor infektionsforebyggelse med fordel kan skrives mere tydeligt ind.

1.2. Uklart hvordan infektionsforebyggelse og hygiejniske minimumskrav tænkes ind, når pladserne defineres som stationære, men uden for sygehusregi. Det bør præciseres at nationale hygiejnestandarder også gælder for disse pladser.

Det er vigtigt at få defineret, om pladserne er en del af sundhedssektoren, da de eksisterende inf. hyg. retningslinjer i så fald også gælder her.

Efter organisatorisk bæredygtighed ønskes tilføjet: samt hindre forekomst af sundhedssektor erhvervede infektioner

2.1 I definitionen af hvornår en borger skal tilbydes observation, behandling og/ eller pleje i eget hjem, på sundheds- og omsorgspladserne eller hospitalet, bør hjemmets tilstanden medtænkes (kap 2)

2.2 For alle målgrupper arbejdes der infektionsforebyggende som skal sikre hindring af sundhedssektorerhvervede infektioner og dermed kan anvende antimikrobielle lægemidler i tæt samarbejde med det tværfaglige team på omsorgspladserne. jf. AMR handlingsplan.

Der skal på sundheds og omsorgspladserne arbejdes infektionsforebyggende således sundhedssektor erhvervede infektioner undgås og unødigt anvendelse af antimikrobielle lægemidler undgås jf. AMR

handlingsplanen. Det infektionsforebyggende arbejde tilrettelægges efter de generelle infektionshygiejniske forholdsregler.

3.2 Infektionsforebyggelse og hygiejne nævnes ikke eksplicit som en del af de sundhedsfaglige indsatser. Dette bør tydeliggøres, fx håndhygiejne, brug af værnemidler, rengøring og håndtering af invasive adgange?

I afsnittet og eksempler ønskes tilføjet efter egenomsorg, medicinering, **infektionshygiejne**.

I afsnittet der starter med Lægemidler, kommentar: Der mangler en beskrivelse af hygiejnisk forsvarlig medicinhåndtering, herunder opbevaring, dispensering og administration i plejeboliglignende rammer.

3.3 Korrekt rengøring for at hindre smittespredning mellem borgere jf. lokale retningslinjer, og producentens anvisninger

3.4 Ansvarsfordelingen kan med fordel være mere tydeligt. I eksisterende fysiske rammer, hvor SOP'er befinder sig i plejeboliglignende rammer uden adgang til skyllerum og genbehandlingsfaciliteter, bør det fremgå at regionerne overtager ansvaret for genbehandlingen af udstyret og at genbehandling skal følge gældende infektionshygiejniske anbefalinger.

Ligeledes adgang herunder adgang til specialiserede kompetencer, fx hygiejnesygeplejersker.

4.3 Der mangler fokus på systematisk videregivelse af smitteoplysninger ved overgange mellem region og kommune. Hvordan sikres information om kendt smitte, nødvendige hygiejnetiltag, etc.? Under afsnittet ønskes tilføjet: For borgere med Antimikrobiel resistens skal der jf. AMR handlingsplanens indsatsområdet resistensbekæmpelse indsats 1 indgå styrket samarbejde mellem region og kommuner indenfor forebyggelse af infektioner. Her vil de regionale hygiejnesygeplejersker via formaliseret vederlagsfri rådgivningsfunktion kunne rådgive og undervise om smitteforebyggende Forholdsregler.

5.2 I afsnittet ønskes tilføjet Der er behov for en definition af ikke hensigtsmæssig fx. kan ikke forsvares infektionshygiejnisk da der mangler opbevaringsmuligheder til sterile produkter, der kan ikke etableres en ren overflade, der er skadedyr o.a.

Et af kriterierne for målgruppen er patienter i ustabile forløb der kan have behov for løbende lægelig vurdering. Det matcher ikke ret godt med, at der kun er lagt op til sosu'er i nattevagt, selvom der er sygeplejerske på tilkald.

6.2 Infektions (fx forekomst af infektioner, antibiotikaforbrug og udbrud) bør indgå i det nationale datagrundlag for at understøtte patientsikkerhed og kvalitet.

I regionerne monitoreres data for infektioner og AMR. Dette bør følge med over på sundheds- og omsorgspladser således data udenfor hospitaler monitoreres.

Indsatser i AMR-handlingsplanen med rational antibiotikaforbrug bør indgå som et fokusområde ved hjælp af at arbejde infektionsforebyggende

Fagligt Selskab for Palliationssygeplejersker

1.2 Definition af sundheds- og omsorgspladser

Afsnit 1: Det står nævnt, at formålet med opholdet bl.a. kan være basal palliation.

KOMMENTAR: Det bør tilføjes til næstsidste sætning at: "der tilsammen har et rehabiliterende **eller pallierende** sigte.

2.1 Generelt om målgruppen

Afsnit 1: Målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne er borgere med behov for en rehabiliterende sundhedsfaglig indsats, som ikke kræver en sygehusindlæggelse, men heller ikke hensigtsmæssigt kan varetages i eget hjem.

KOMMENTAR: Det bør tilføjes at indsatsen også kan være basal palliation.

Afsnit 5: Det fremgår at:

”Borgere med behov for basale palliative indsatser vil være omfattet af målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne, hvis de samtidigt har behov for nogle af de andre sundhedsfaglige indsatser, som tilbydes på sundheds- og omsorgspladserne. Borgere, der alene har behov for basale palliative indsatser, vil ikke være omfattet af målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne”.

KOMMENTAR: Vi bemærker, at det er uhensigtsmæssigt at udelukke borgere, ”der alene har behov for basale palliative indsatser” fra pladserne. I praksis møder vi multisyge og terminalerklærede borgere, der har behov for at god basal palliation og med personale tæt på. De kan være for symptomatiske til at være i eget hjem, samtidig med at de ikke kandiderer til en indlæggelse på en sygehusafdeling eller en specialiseret palliativ afdeling. Disse patienter falder i dag mellem to stole, og afvises i dag pga. ”manglende rehabiliteringspotentiale”. Bliver disse patienter ikke inkluderet i målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne, vil de fortsat blive svigtet.

2.2 Eksempler på borgere, som er i målgruppen

KOMMENTAR: Vi foreslår, at følgende eksempel tilføjes:

Eksempel: Borgere fra eget hjem, sygehus eller hospice, som har behov for basal palliation, men hvor denne ikke kan varetages optimalt i eget hjem, og hvor kompleksiteten ikke kalder på en specialiseret palliativ indsats. Det kan være borgere med behov for en midlertidig palliativ indsats af lindrende karakter fx multisyge patienter, hvor opholdet mere har et pallierende/restituerende fokus, og hvor genoptræningspotentialet typisk er lille. Det kan også være borgere, der har brug for et kortere ophold, der kan vare indtil livets afslutning, og hvor indsatsen af forskellige årsager ikke kan varetages i eget hjem. Årsagerne kan fx være behov for hurtigt og hyppigt at kunne tilkalde sundhedsfaglig assistance over døgnet som fx hos terminalt syge borgere med åndenød, smerter og angst.

Borgere som står på venteliste til en specialiseret palliativ enhed, bør også være omfattet, hvis ikke indsatserne bedre varetages i hjemmet eller på sygehuset. I så fald bør der være assistance fra et palliativt team.

3.1 Formålet med opholdet

KOMMENTAR: Vi foreslår det tilføjes: at formålet med opholdet tillige kan være at hjælpe borgere med behov for basal palliation et midlertidigt rehabiliterende/lindrende ophold eller et ophold med henblik på en værdig død, hvis dette ikke kan varetages i hjemmet, og hvor opskrivning til en plads på et plejecenter er meningsløs pga. forventet kort restlevetid.

3.2 Indsatser

På sundheds- og omsorgspladserne varetages en række sundhedsfaglige indsatser som observation, behandling, genoptræning samt basal palliation, der tilsammen har et rehabiliterende (tilføj: og/eller pallierende) sigte.

KOMMENTAR: Der bør tilføjes et afsnit om borgere med behov for basal palliation, fx:

For borgere med behov for et ophold med henblik på basal palliation vil indsatserne være anderledes. Der bør lægges en individuel plan for indsatserne, der gerne tager udgangspunkt i en systematik

behovsvurdering. Indsatserne kan for nogle have rehabiliterende karakter, mens for andre vil der primært være fokus på symptomlindring og opretholdelse af livskvalitet i den sidste tid. Der kan være behov for subkutan medicinadministration.

3.3 Udstyr

KOMMENTARER:

Vi foreslår, at det tilføjes, at der også bør være udstyr til rådighed til de patienter, der ikke kan træne. Der bør være lifte til rådighed og madrasser til sengeliggende patienter, der ikke kan mobiliseres.

Der bør også være infusionspumper til rådighed, som kan anvendes til terminale borgere i samarbejde med en specialiseret palliativ enhed.

Vi foreslår, at der er overnatningsmuligheder for pårørende og evt. tilkøb af mad.

3.4 Kompetencer

Afsnit 2: For alle faggrupper gælder det, at de skal kunne indgå i et tværfagligt samarbejde om den rehabiliterende eller (tilføj: basale palliative indsats.)

KOMMENTAR:

For at kunne udøve tilstrækkelig basal palliation er der behov for, at der er kompetencer til subkutan medicinering døgnet rundt, herunder håndtering af subkutane infusionspumper. Det er ikke optimalt, hvis døende patienter skal vente på en sygeplejerske på tilkald for at få den rette behandling for fx smerter, uro, dyspnø og delir. Dette bør kunne håndteres hurtigt.

Eftersom 13% af borgene på Midlertidige Døgn Ophold i dag dør 30 dage efter indlæggelse (Ref. 1) bør det prioriteres højt, at det tværfaglige personale på de fremtidige sundheds- og omsorgspladser er lige så kvalificerede indenfor palliation som rehabilitering, (hvilket vi ikke oplever er virkeligheden i dag.)

Vi foreslår, der stilles krav til:

- Sygeplejersker med specialviden om palliation til rådighed hele døgnet, evt. som tilkald.
- Mulighed for rådgivning af læge fra en lokal palliativ specialiseret enhed hele døgnet.
- Mulighed for medicinjusteringer på alle tider af døgnet af en læge med kendskab til patienten.
- Mulighed for tilsyn af læge døgnet rundt.
- Kvalitetsstandarder der beskriver kravene til de basale palliative indsatser.

Ref. 1: Det kommunale midlertidige døgnophold – MIDO Fund, tendenser og perspektiver fra 16 kommuner.
DOI: 10.11581/b5c7afa2-f2ca-4050-b54b-de19f67f975b

5 Tildeling

Punkt to formuleres, så en gruppe af patienter med behov for basal palliation udelukkes:

”En vurdering af funktionsevne, hvor vurderingen beror på, at der er et potentiale for, at borgerens funktionsevne eller mestring med et ophold på en sundheds- og omsorgsplads kan blive forbedret/rehabiliteret eller yderligere funktionsevnetab kan forsinkes.”

Ikke alle palliative patienters funktionsevne kan forbedres, det er ej heller altid muligt at forebygge yderligere funktionstab.

Vi foreslår, at det tilføjes, at borgere med behov for pallierende indsatser i form af symptomlindring, opretholdelse af livskvalitet samt en værdig død tilføjes.

5.3 Afslutning

Basal palliation mangler som selvstændigt kriterium. En tydelig inkludering vil kunne forebygge unødige hospitalsindlæggelser og uhensigtsmæssige hospiceindlæggelser.

Bilag 1 Begrebsafklaring

Vi foreslår at begrebet "Palliation" beskrives her.

Fagligt Selskab for Sygeplejersker der arbejder i Kommunerne

Gentagelser og deres indhold

Der er rigtig mange gentagelserne, hvilket nødvendigvis ikke gør kvalitetstandarden mere læse venlig. Gentagelserne skyldes formentlig et ønske om at sikre, at centrale budskaber og definitioner er tydelige for alle læsere – uanset hvor i dokumentet de starter. Det kan dog give oplevelsen af, at visse afsnit er unødigt overlappende.

Nedenfor beskrives nogle af gentagelserne.

1. Definition af målgruppen og formål

Gentagelse: Beskrivelser af målgruppen for sundheds- og omsorgspladser samt formålet med pladserne optræder flere steder, især i kapitel 1 (Introduktion), kapitel 2 (Målgruppe) og kapitel 5 (Tildelings- og afslutningskriterier).

Indhold: Det gentages, at målgruppen er borgere med behov for en rehabiliterende sundhedsfaglig indsats, som ikke kræver sygehusindlæggelse, men heller ikke kan varetages i eget hjem. Der nævnes igen og igen, at formålet er at forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgerens funktionsevne, og at indsatsen skal være individuel og rehabiliterende.

2. Tildelings- og afslutningskriterier

Gentagelse: Kriterierne for tildeling og afslutning af ophold på sundheds- og omsorgspladser beskrives både i kapitel 2, kapitel 3 og igen i kapitel 5.

Indhold: Der gentages, at tildeling skal baseres på en individuel vurdering af borgerens samlede sundhedstilstand og livssituation, og at afslutning sker, når målet med opholdet er opnået, eller når der ikke længere er progression.

3. Samarbejde mellem region og kommune

Gentagelse: Betydningen af samarbejde og dialog mellem region og kommune nævnes flere steder, især i kapitel 4 (Organisering og tilrettelæggelse) og kapitel 5.

Indhold: Det understreges flere gange, at der skal være tæt samarbejde og løbende dialog om borgerens forløb, både ved tildeling, under opholdet og ved afslutning.

4. Indsatser og kompetencer

Gentagelse: Beskrivelser af de sundhedsfaglige indsatser og krav til personalets kompetencer optræder både i kapitel 3 og i bilagene.

Indhold: Det gentages, at indsatserne skal være tværfaglige, intensive og individuelt tilrettelagt, og at personalet skal have de rette kompetencer og mulighed for løbende udvikling.

5. Rehabilitering og funktionsevne

Gentagelse: Begreberne rehabilitering og funktionsevne forklares både i hovedafsnittene og i bilag 1.

Indhold: Der gives flere definitioner og forklaringer på, hvad rehabilitering og funktionsevne indebærer, og hvorfor de er centrale for indsatsen på pladserne.

Tekstnære kommentarer (det med kursiv er direkte tekst fra kvalitetstandarden)

1.2

En anden årsag kan fx være begrundet i boligsociale forhold, hvor hjemmet ud fra en sundhedsfaglig vurdering midlertidigt er uegnet til ophold for borgeren (hygiejne, manglende niveaufri adgang, spinkelt netværk mv.), eller hvor den sundhedsfaglige indsats ikke kan leveres henset til arbejdsmiljømæssige forhold. Dette er en forholdsvis ny tænkning set i forhold til en regional opgave, det er uvist hvordan finansieringen er dette sker. Tidligere var det jo at kommunerne betalte for de færdigbehandlede patienter. Betyder denne formulering at regionen betaler for borgerens boligsituation er at opgaven ikke kan varetages i hjemmet?

2.1

Her beskrives målgruppen også som Målgruppen kan desuden omfatte borgere med samtidige psykosociale problematikker eller rusmiddelrelaterede udfordringer mv. Det er meget vigtigt tiltag at borger med disse problemstillinger også er målgruppe, ser dog en stor udfordring i forhold til de kompetencer, som personalet skal besidde, såvel lægefagligt som plejefagligt.

En relativt lille andel af målgruppen vil udgøres af borgere, der i tillæg til den sundhedsfaglige indsats, der ydes på sundheds- og omsorgspladserne, vil have behov for udvalgte indsatser efter serviceloven. Det er kommunens ansvar at levere de kommunale indsatser efter serviceloven på sundheds- og omsorgspladserne til denne andel af målgruppen. Det kan fx være indsatser i regi af socialpsykiatrien. Det er meget diffust hvilke indsatser, der menes i forhold til serviceloven, som kommunen skal varetage og hvilken betydning vil det have i forhold til, hvis nogle kommuner ikke får de nævnte omsorgspladser grundet for lille borgergrundlag etc.

2.2

I forhold til målgruppe er nævnt: *Der er tale om borgere i uforudsigelige forløb, eller hvor borgerne er i en ustabil fase. Hvis en borger er i et uforudsigeligt forløb og ustabil, så bør borgeren være indlagt ikke mindst set i lyset af at der ikke nødvendigvis vil være sygeplejersker til stede 24-7 til at observere disse borgere.*

Borger med demens omtales også som målgruppe efter en indlæggelse. Dette vil ikke være hensigtsmæssigt, da det vil medføre flere skift, hvilket ikke er hensigtsmæssigt for demente borger (risiko for delir). Disse borger bør udskrives til eget hjem/plejehjem. *Borgere med en eventuel samtidig psykisk lidelse er en del af målgruppen, hvis deres somatiske sundhedsfaglige behov tilsiger, at de har brug for en sundheds- og omsorgsplads. Det gælder også ældre borgere med demens, psykiske lidelser og/eller komplekse sygdomsbilleder, der er stabile nok til udskrivelse, men stadig kan have behov for rehabilitering og/eller behandling på sundheds- og omsorgspladserne*

2.3

Eksempel: *Borgere, der udskrives fra sygehus med lægefagligt begrundet behov for rehabilitering på specialiseret niveau.* Hvis man ikke indtænker denne målgruppe også, vil der i nogle kommuner være svært at oprette nok pladser til at det vil fagligt og økonomiske være rentabelt, hvorfor vi derved risikere at nærhedsprincippet ikke tilgodeses for denne målgruppe. Hvilket ikke er i overensstemmelse med intentionerne i reformen.

3.2

I nogle tilfælde vil det være relevant, at indsatsen også inkluderer en systematisk medicingennemgang, særligt hvis det drejer sig om borgere, med mange forskellige typer af lægemidler (polyfarmaci). Vi ved, at der sker mange medicinfejl i sektor overgange og at det fragmenteret sundhedsvæsenet ikke altid formår at få koordineret omkring borgerens medicin, når der er flere behandler involveret, så derfor bør medicingennemgang ikke kun ske i nogle tilfælde med altid.

3.4

I nattetimerne kan bemandingen med sygeplejefaglige kompetencer tilrettelægges, så der er social- og sundhedsassistenter til stede på matriklen. Dette forudsat, at der samtidig via tilkald er tilgængelige sygeplejersker, som har kendskab til indsatserne og rammerne for pladserne. I forhold til målgruppen (uforudsigelige og ustabile) som beskrives i kvalitetstandarden, bør der også være sygeplejerske tilstede i nattetimerne for at sikre patientsikkerheden.

4.1

Geografisk tilgængelighed. Det er med Aftale om sundhedsreform 2024 givet, at sundheds- og omsorgspladser som udgangspunkt skal forefindes i alle kommuner, med mindre hensyn til faglig og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet. At benytte ord som "organisatorisk bæredygtighed" er at give carte blanche i metermål og angiver ikke kriterier for, hvornår regionen kan undlade at etablere pladser i kommunerne.

4.2

Regionerne har ansvaret for, at der er døgndækning hele ugen, året rundt med fast tilknyttede læger på sundheds- og omsorgspladserne. Det er yderst vigtigt og relevant i forhold til målgruppen at der er døgndækning af læger, da vi netop ser, det er en udfordring i dag, hvor den behandlingsansvar læge ofte kun er at træffe i dagtimerne. Det vil derfor ikke være hensigtsmæssigt, at det er borgerens praktiserende læge, der er behandlingsansvarlig som foreslået, desuden vil det skabe unødvendigt forvirring hos personalet at skulle samarbejde med flere forskellige læger. *Der kan være tilfælde, hvor det er hensigtsmæssigt, at borgerens praktiserende læge i dialog med personalet på sundheds- og omsorgspladserne fortsat varetager behandlingsansvaret; typisk ved korterevarende ophold.*

4.3

Ligeledes kan en god overgang for nogle borgeres vedkommende understøttes af inddragelse af det almenmedicinske tilbud og/eller hjemmebesøg, eventuelt med inddragelse af pårørende og deltagelse fra opholdskommunen med henblik på at vurdere, hvordan en specifik borger kan vende tilbage til eget hjem. Det er yderst vigtigt med dialog ved udskrivelse med deltagelse af relevante partner, her vil det være hensigtsmæssigt at få indskrevet brug af videomøder/teamsmøde, som et brugbart redskab fremfor hjemmebesøg, da ressourcerne ikke er til dette, hverken for kommunerne eller for de praktiserende læger, som er en vigtig partner i forhold til at overtage behandlingsansvaret.

5.1

Foruden regionerne skal den kommunale sygepleje og almenmedicinske tilbud kunne henvise borgere til sundheds- og omsorgspladserne. Det er essentielt at kommunerne også kan henvise til pladserne. Der bør løbende følges op på dette i regi af sundhedsrådene, for at sikre at kommunernes henvisninger ikke afvises.

5.3

Det er medarbejderne på sundheds- og omsorgspladserne, som vurderer, hvornår den enkelte borgers ophold kan afsluttes. Vurderingen foretages med udgangspunkt i de fastsatte mål for opholdet og i dialog med borgerens opholdskommune. Det er vigtigt, at en udskrivelse foregår i dialog, det vil hensigtsmæssigt, at praktiserende læge indgik i denne dialog i en eller anden form, da de overtager behandlingsansvaret.

6.1

Dertil skal region, herunder almenmedicinske tilbud, og sygehuse, og kommuner evaluere og gøre status på samarbejdet om borgernes forløb. Der mangler en mere præcis formulering i forhold til, hvor ofte det bør ske- er det en gang i hver valgperiode eller månedligt? Der bør udarbejdes få nationale data, som der skal monitoreres på og evalueres på nationalt, så det er muligt at sammenligne på nationalt niveau.

Med venlig hilsen
DASYS bestyrelse



Sundhedsstyrelsen
Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

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

9

Den 9. januar 2026
Side 1
Ref.: UG
E-mail: ug@etf.dk
Direkte tlf.: 53 36 49 25

Ergoterapeutforeningens og Ergoterapifaglig Selskab for Geriatri og Gerontologis høringssvar vedrørende:

Høring over kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

Ergoterapeutforeningen takker for invitationen til at være høringspart til ovennævnte høring.

Generelt

Ergoterapeutforeningen er generelt positiv overfor det samlede udkast til kvalitetsstandarder for de nye regionale sundheds- og omsorgspladser, som vi mener sætter fokus på en fællesopgaveløsning med tværfaglighed, herunder den lægefaglige.

Vi hæfter os særligt ved det faglige løft af genoptræning og rehabiliteringsindsatser, som der lægges op til i kvalitetsstandarderne. Set fra et ergoterapeutisk perspektiv er dette et væsentligt og nødvendigt skridt, da borgere i målgruppen ofte har komplekse og sammensatte udfordringer, som kræver koordinerede, tværfaglige og målrettede rehabiliterende indsatser.

Det vurderes som særligt relevant, at kvalitetsstandarderne tydeliggør rehabiliteringens centrale rolle i opholdene, og at der tages udgangspunkt i borgernes samlede funktionsevne og livssituation fremfor diagnose eller enkeltstående problemstillinger.

Vi hæfter os imidlertid ved, at der både omtales indsatser som tilsammen har et rehabiliterende sigte samt rehabilitering, som selvstændig indsats. Det kan måske give forvirring om mål for indsatserne. Dog er definitionen på rehabilitering gengivet i begrebsafklaringen, hvilket er godt, så læseren får en klar beskrivelse af hvad rehabiliteringsindsatser indeholder.

Kompetencer

Det vurderes som særdeles positivt, at kvalitetsstandarderne stiller krav om:

- løbende vedligeholdelse og udvikling af medarbejdernes kompetencer

- tværfagligt og rehabiliterende samarbejde på tværs af faggrupper
- tilstedeværelse af terapeutfaglige kompetencer alle ugens dage
- adgang til lægefaglige kompetencer inden for almen medicin og geriatri

Tilstedeværelse af ergoterapeutiske kompetencer er afgørende for at sikre fokus på funktionsevne, aktivitet, deltagelse og hverdagsliv, herunder afdækning af behov for hjælpemidler, boligindretning og strategier til mestring i daglige aktiviteter.

Således er Ergoterapeutforeningen meget tilfredse med, at der i rapporten beskrives, at der på kommende regionale døgntilbud skal være ergoterapeuter i weekenderne jf. afsnit 3.4 Kompetencer.

Det er vejen frem at forbedre og robustgøre de samlede indsatser med en langt større dækning af ergoterapifaglige indsatser i ugens løb. Ergoterapifaglige indsatser som har til formål at løfte det samlede funktionsevne-niveau indenfor det kognitive, sociale, psykiske og fysiske hos borgerne og gøre dem så selvhjulpne som muligt.

Organisering og tilrettelæggelse

Geografisk placering

Set fra et ergoterapeutisk perspektiv er nærhed til borgerens hjem og netværk væsentlig for at kunne arbejde målrettet med overførsel af færdigheder til hverdagslivet. Samtidig anerkendes behovet for at sikre fagligt bæredygtige miljøer med tilstrækkelig opgavevolumen og døgndækning af relevante kompetencer.

Lægedækning

Fast tilknyttede læger med døgnadgang vurderes at have stor betydning for kvaliteten og kontinuiteten i forløbene. Det forventes, at dette kan forebygge indlæggelser og skabe bedre rammer for det tværfaglige samarbejde, herunder frigive tid til direkte borgerrettede rehabiliteringsindsatser.

Sammenhæng i borgernes forløb

Ambitionen om færrest mulige skift i borgernes forløb er særdeles relevant set i et rehabiliteringsperspektiv. Vi vil dog udtrykke en faglig bekymring for borgere, der ikke længere har progression, men som ikke kan vende tilbage til egen bolig og afventer visitation til ældre- eller plejebolig.

Det bør tydeliggøres, om disse borgere kan forblive på sundheds- og omsorgspladsen i ventetiden, eller om de forventes flyttet til kommunale midlertidige tilbud, da hyppige skift kan have negative konsekvenser for borgernes funktionsevne, tryghed og mestring.

Desuden vigtigheden af, at et evt. behov for hjælpemidler og evt. boligændringer er afdækket med kommunen inden udskrivelse jf. 5.3 Afslutning: generelle afslutningskriterier for sundheds- og omsorgspladser, punkt 4.

Desuden vil Ergoterapeutforeningen pege på, at der eventuelt kunne være risiko for at de 30% kommunale døgnpladser ikke vil kunne matche de 70% regionale døgnpladser hvad angår fagligt løft. Vi håber ikke dette sker, da der på de kommunale pladser er et stort og måske voksende behov for at styrke faglighed fx ift. Borgere med demens.

Endelig vil vi pege på, at det for os ikke er helt tydeligt hvor terminale ptt., som ikke kan være hjemme, rent faktisk tilbydes en døgnplads.

Kommunikation og digital understøttelse

Kravet om digital understøttelse på tværs af sektorer er vigtigt, men det er uklart, hvordan dette konkret tænkes implementeret. Manglende sammenhæng mellem

dokumentationssystemer udgør i dag en væsentlig barriere for koordinerede rehabiliteringsforløb, og en tydeligere national retning på området vil være ønskelig.

Afslutningskriterier

Det fremgår, at vurderingen af, hvornår et ophold kan afsluttes, foretages af medarbejderne på pladserne, mens regionen har tildelingsretten. Dette giver anledning til behov for afklaring af ansvar og mandat i situationer med kapacitetspres.

Fra et ergoterapeutisk og rehabiliteringsfagligt perspektiv er det afgørende, at afslutning baseres på en faglig vurdering af borgerens funktionsevne, aktivitetsformåen og mestring – og ikke på organisatoriske hensyn alene. Det bør tydeliggøres, hvordan faglige vurderinger sikres forrang, hvis der opstår uenighed mellem tildelende myndighed og det udførende fagpersonale.

Konkrete tekstnære bemærkninger

2.2 Eksempler på borgere som er i målgruppen under eksempel: Nyudskrevne borgere med behov for at genhverve funktionsevne, første afsnit, Anbefales ændret til:

Nyudskrevne borgere, som har et funktionsevnetab og behov for genoptræning kombineret med ernæringsindsats, der ikke kan varetages hensigtsmæssigt i eget hjem. Målet er at genhverve funktionsevne. Disse borgere har ikke nødvendigvis behov for løbende lægelig opfølgning, men terapeut- og sygeplejefaglige indsatser.

4. Organisering og tilrettelæggelse: Tilgængelighed over døgnet, andet afsnit,

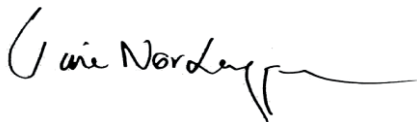
Anbefales ændret til:

Borgernes behov for rehabilitering og genoptræning betyder, at der skal være kontinuerlige terapeutfaglige kompetencer til stede. Dette skal også medvirke til, at genoptræning og rehabilitering integreres i de samlede indsatser, og at terapeuterne indgår i det samlede team omkring borgeren.

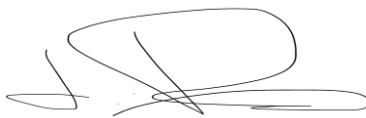
De terapeutfaglige kompetencer skal være til stede i dagtimerne alle ugens dage.

Ergoterapeutforeningen står naturligvis til rådighed for ministeriet i det udviklingsarbejde som følger af lovforslagene.

Med venlig hilsen



Tina Nør Langager
Forperson Ergoterapeutforeningen



Lotte Kofoed Hansen
Forperson Ergoterapifagligt Selskab
for Geriatri og Gerontologi

Til: Sundhedsstyrelsen, enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

Mail: fopssst@sst.dk

CC: mebrs@sst.dk

Dato:

9. januar 2026

Høring over kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

FOA takker for muligheden for at afgive bemærkninger til kvalitetsstandarden for de kommende sundheds- og omsorgspladser.

FOA finder det positivt, at der med kvalitetsstandarden stilles en række krav til de kommende sundheds- og omsorgspladser. Kvalitetsstandarden skal styrke kvaliteten af de sundhedsopgaver, der løses i forbindelse med midlertidige ophold på sundheds- og omsorgspladserne.

FOA mener grundlæggende, at sundheds- og omsorgspladser skal styrkes fagligt, således at de rigtige kompetencer er til stede og tilgængelige døgnet rundt, alle ugens dage, og hele året rundt. I tillæg bør sundheds- og omsorgspladserne fokusere på at anvende de forskellige sundhedsfaglige kompetencer, som de råder over, bedst muligt. Med andre ord skal tværfaglighed samt en bedre og mere fleksibel brug af medarbejdernes kompetencer være en ledelsesmæssig målsætning på sundheds- og omsorgspladserne.

FOA har imidlertid en række bemærkninger til det foreliggende udkast til kvalitetsstandarden for sundheds- og omsorgspladserne, som relaterer sig til:

- Kompetencerne på sundheds- og omsorgspladserne (afsnit 3.4 om *Kompetencer*)
- Manglende opmærksomhed på borgere med tilknytning til psykiatrien (kapitel 2 om *Målgrupper*)
- Overgange og sammenhæng i sundhedsvæsenet (Kapitel 4)
- Kvalitetsudvikling af sundheds- og omsorgspladserne (Kapitel 6)

Bemærkningerne vil blive uddybet i det følgende.

Kompetencerne på sundheds- og omsorgspladserne

Af lovforslaget L 42, *Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love*, fremgår det, at et særligt hensyn bag forslaget om at flytte sundheds- og omsorgspladserne (tidl. Midlertidige pladser og akutpladser) fra kommunerne til regionerne, er at give regionerne mulighed for at skabe bedre sammenhæng til sygehusindsatserne, og at sikre en højere grad af lægedækning på området, herunder bedre mulighed for at trække på relevante specialistkompetencer på sygehuset. Ministeriet fremsætter ligeledes, at formålet hermed er at forebygge indlæggelser og genindlæggelser (se lovforslagets s. 32). Ydermere fremsættes det, at borgere, der er færdigbehandlede i sygehusregi, men med behov for

FOA

Staunings Plads 1-3
1790 København V

Kontaktperson:
Sofie Tolstrup

Mail:
soto@foa.dk

Telefon:
31790841

www.foa.dk

sundhedsfaglige indsatser, som ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges under ophold i eget hjem, kan udskrives til et tilbud af høj kvalitet.

For FOA er det vigtigt, at kvalitetsstandarden sikrer det intenderede løft af den faglige kvalitet på sundheds- og omsorgspladserne. Derfor bekymrer det FOA, at der i kvalitetsstandarden lægges op til en lægedækning, som svarer til - eller muligvis er dårligere - end den lægedækning, der aktuelt findes på de nuværende midlertidige pladser, hvor almen praksis har det lægelige ansvar. For nuværende (siden d. 1. januar 2026) dækker 96-timers behandlingsansvaret, når en patient udskrives fra en somatisk afdeling til kommunen, men det fremgår ikke af kvalitetsstandarden, hvilket behandlingsansvar den udskrivende afdeling har på sundheds- og omsorgspladsen, da flytningen sker inden for regionens myndighedsområde. FOA er derfor bekymret for, at den beskrevne lægedækning i kvalitetsstandarden vil forringe adgangen til lægelige specialistkompetencer i forbindelse med midlertidige ophold på sundheds- og omsorgspladserne. Dette vil ikke kun betyde dårligere kvalitet i behandlingen, men gå imod de grundlæggende intentioner i sundhedsreformen.

FOA mener derfor, at kvalitetsstandarden mere præcist skal beskrive en forbedret lægedækning.

I forlængelse af ovenstående er FOA desuden bekymret for den lægelige døgndækning på pladserne. Af afsnit 4.2 om *Organisering af lægedækning og behandlingsansvar* fremgår det, at regionerne har ansvaret for en lægelig døgndækning med fasttilknyttede læger. De fasttilknyttede læger skal bl.a. være til tilgængelig for rådgivning og sparring med personalet *telefonisk/virtuelt og ved løbende fysisk tilstedeværelse*. Formuleringen efterlader FOA med en bekymring for, at den fysiske lægelige tilstedeværelse på sundheds- og omsorgspladserne vil være begrænset, særligt, når det i afsnit 3.4 om *Kompetencer*, fremhæves, at der skal være social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker til stede på matriklen i dag- og aften timer, mens bemanningen i nattetimer kan tilrettelægges, så der er social- og sundhedsassistenter til stede på matriklen, mens sygeplejersker er på tilkald i dette tidsrum. Formuleringerne efterlader FOAs medlemmer med hovedansvaret i nattetimerne, mens muligheden for lægeligt tilkald i nattetimerne er fraværende i beskrivelsen af døgndækningen på sundheds- og omsorgspladserne.

FOA mener, at det skal præciseres, at der mindst skal være to på vagt i nattetimerne, og at bemanningen og kompetencerne skal tænkes så bredt som muligt.

Kvalitetsstandardens beskrivelse af tilstedeværelsen af kompetencerne på sundheds- og omsorgspladserne, giver ikke FOA anledning til at tro, at regionernes overtagelse af myndighedsansvaret sundheds- og omsorgspladserne vil føre til det kvalitetsløft af sundhedsindsatserne, som er lovens intention. Det er tillige afgørende, at faglig sparring og rådgivning er lettilgængelig hele døgnet og alle ugens dage – herunder lægefaglig sparring og rådgivning. Dette er afgørende, hvis kvalitetsstandardens skal imødekomme intentionen om at sundheds- og omsorgspladserne fremover skal forhindre indlæggelser og genindlæggelser på sygehusene.

FOA er skuffede over, at kvalitetsstandardens afsnit 3.4 ikke nævner social- og sundhedshjælpere. Implement-undersøgelsen om midlertidige pladser, som Sundhedsstyrelsen selv henviser til i notatet om "*Målgruppe for sundheds- og omsorgspladser*" viser, at 12 pct. af personalet på kommunernes midlertidige pladser er social- og sundhedshjælpere.

FOA mener derfor, at social- og sundhedshjælperne bør nævnes eksplicit i kvalitetsstandarden som en af medarbejdergrupperne uden autorisation.

Manglende opmærksomhed på borgere med tilknytning til psykiatrien

Af kvalitetsstandardens kapitel 2 fremgår en beskrivelse af målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne. FOA savner, at kvalitetsstandarden medtager et fokus på gruppen af somatiske patienter med samtidig tilknytning til (social)psykiatrien. Et centralt element i sundhedsreformen har netop været at integrere psykiatrien og somatikken i regionalt regi, for at imødekomme den stigende sociale ulighed i sundhed, som statistisk set rammer mennesker med psykiske lidelser hårdt. FOA er bekymrede for, at de kommende sundheds- og omsorgspladser ikke vil tage hånd om de somatiske udfordringer for denne gruppe af patienter.

FOA mener derfor, at ambitionen om at integrere psykiatri og somatik tillige bør afspejles i kvalitetsstandarden for sundheds- og omsorgspladserne.

Overgange og sammenhæng i sundhedsvæsenet

FOA finder det positivt, at kvalitetsstandarden stiller krav til samarbejdet mellem kommuner og regioner, og at der tidligt i opholdet på sundheds- og omsorgspladserne skal etableres kontakt til kommunerne. Det er ligeledes positivt, at kvalitetsstandarden stiller krav om, hvornår regionen skal orientere kommunen om ophør af et ophold. FOA bakker desuden op om, at der laves nærmere aftaler om kommunikationen mellem de relevante sundhedsfaglige aktører.

FOA mener, at ambitionen bør være at sikre det bedst mulige samarbejde på tværs af sektorerne til fordel for både patienter, pårørende og medarbejdere. Derfor bør det tilstræbes at etablere sømløse overgange mellem sundheds- og omsorgspladserne og kommunerne, så kommunerne altid er klar til at modtage borgere, som udskrives fra sundheds- og omsorgspladserne.

Risiko for gråzonearbejde

Det bekymrer imidlertid FOA, at kvalitetsstandarden åbner op for gråzonearbejde på sundheds- og omsorgspladserne. I afsnit 2.1. om *Generelt om målgruppen*, fremgår det, at "En relativt lille andel af målgruppen for pladserne vil tillige have behov for udvalgte kommunale indsatser efter serviceloven i forbindelse med deres ophold. Det er kommunernes ansvar at levere disse indsatser på sundheds- og omsorgspladserne".

Regionerne har overtaget ansvaret for sundheds- og omsorgspladserne, og de bør derfor også have ansvaret for de ydelser, som leveres på pladserne. Et mudret

ansvarsforhold, hvor regionen leverer nogle ydelser, mens kommunen leverer andre, risikerer at skabe udfordringer og problemer for både patienter/borgere og medarbejdere.

Derudover mener FOA, at det som minimum bør ekspliciteres i kvalitetsstandarden, hvilke ydelser efter serviceloven, som Sundhedsstyrelsen forventer, at kommunerne skal levere på sundheds- og omsorgspladserne. Dette er særligt vigtigt, for netop at imødekomme gråzoneproblematikkerne – hvis det altså besluttet at der skal være et delt ansvar for at levere ydelser på sundheds- og omsorgspladserne.

96 timers behandlingsansvar efter endt ophold

Kvalitetsstandarden forholder sig ikke til sygehusenes behandlingsansvar, som pr. 1. januar 2026 er udvidet fra 72 til 96 timer. Det undrer FOA, da sygehusenes behandlingsansvar i relation til sundheds- og omsorgspladserne er nævnt i forårsaftalen 2025. Det er imidlertid uklart for FOA, hvordan det lægefaglige behandlingsansvar mere præcist placeres i relation til sundheds- og omsorgspladserne, herunder, hvordan patienter, der udskrives fra en somatisk afdeling til en sundheds- og omsorgsplads, er lægefagligt dækket? Og om behandlingsansvaret vil gælde, når patienten udskrives fra sundheds- og omsorgspladserne til eget hjem?

Kvalitetsudvikling af sundheds- og omsorgspladserne

FOA finder det positivt, at der systematisk skal arbejdes med kvalitetsudvikling og iværksættes forbedringstiltag på sundheds- og omsorgspladserne. Derudover er det positivt, at samarbejdet mellem aktørerne evalueres. FOA ser gerne, at denne evaluering tillige sker politisk i Sundhedsrådene, og at evalueringerne bliver tilgængelige for offentligheden.

FOA mener, at der i relation til kvalitetsudviklingen bør indtænkes relevant faglig kompetenceudvikling og efter- og videreuddannelse for alle faggrupper på sundheds- og omsorgspladserne.

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



Hjernesagen

Vi tager hånd om hjernen

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Att: fopssst@sst.dk & mebrs@sst.dk

12. januar 2026

Høringssvar om Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

Hjernesagen takker for muligheden for at afgive høringssvar om Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser.

Hjernesagen er en forening for mennesker med erhvervet hjerneskade og deres pårørende. Foreningen har bl.a. til formål at sikre bedst mulig behandling og rehabilitering til mennesker som har fået en skade i hjernen.

Hjernesagen sætter pris på, at der udarbejdes Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser for at sikre en mere ensartet kvalitet på tværs af landet. Hjernesagen finder det afgørende, at et ophold på sundheds- og omsorgspladserne understøtter den individuelle tilrettelagte rehabilitering i samarbejde med borgeren og evt. pårørende, samtidig med at der er fokus på patientsikkerhed og glidende og trygge overgange til egen eller fremtidig bolig.

Hjernesagen takker for muligheden for at afgive høringssvar om Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser.

Hjernesagen er en forening for mennesker med erhvervet hjerneskade og deres pårørende. Foreningen har bl.a. til formål at sikre bedst mulig behandling og rehabilitering til mennesker som har fået en skade i hjernen.

Hjernesagen sætter pris på, at der udarbejdes Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser for at sikre en mere ensartet kvalitet på tværs af landet. Hjernesagen finder det afgørende, at et ophold på sundheds- og omsorgspladserne understøtter den individuelle tilrettelagte rehabilitering i samarbejde med borgeren og evt. pårørende, samtidig med at der er fokus på patientsikkerhed og glidende og trygge overgange til egen eller fremtidig bolig.

Målgruppen

Hjernesagen vurderer, at en større andel af mennesker med følger efter en erhvervet hjerneskade, der modtager en genoptræningsplan på alment niveau med behov for genoptræning på avanceret niveau, vil have behov for en sundheds- og omsorgsplads.

Det er derfor afgørende, at sundhedspersonalet har særlige kompetencer inden for deres fagområde, og for nogle borgere vil der også være behov for, at genoptræningen koordineres med andre rehabiliterende indsatser uden for det sundhedsfaglige område. Det er i denne forbindelse vigtigt at gøre opmærksom på, at genoptræning på avanceret niveau skal varetages af sundhedspersoner, der primært arbejder med den specifikke målgruppe, fx mennesker med erhvervet hjerneskade. Hjernesagen vil derfor opfordre til, at kravene til genoptræning indtænkes ved tilrettelæggelsen af indsatserne på sundheds- og omsorgspladserne.



Mennesker med følger efter en erhvervet hjerneskade vil have behov for ikke bare sundhedsindsatser, men også sociale indsatser efter serviceloven, og en del borgere i den erhvervsaktive alder vil også være i kontakt med beskæftigelsesområdet.

Hjernesagen vurderer, at en større andel af mennesker med følger efter en erhvervet hjerneskade, der modtager en genoptræningsplan på alment niveau med behov for genoptræning på avanceret niveau, vil have behov for en sundheds- og omsorgsplads.

Det er derfor afgørende, at sundhedspersonalet har særlige kompetencer inden for deres fagområde, og for nogle borgere vil der også være behov for, at genoptræningen koordineres med andre rehabiliterende indsatser uden for det sundhedsfaglige område. Det er i denne forbindelse vigtigt at gøre opmærksom på, at genoptræning på avanceret niveau skal varetages af sundhedspersoner, der primært arbejder med den specifikke målgruppe, fx mennesker med erhvervet hjerneskade. Hjernesagen vil derfor opfordre til, at kravene til genoptræning indtænkes ved tilrettelæggelsen af indsatserne på sundheds- og omsorgspladserne.

Mennesker med følger efter en erhvervet hjerneskade vil have behov for ikke bare sundhedsindsatser, men også sociale indsatser efter serviceloven, og en del borgere i den erhvervsaktive alder vil også være i kontakt med beskæftigelsesområdet.

Borger- og pårørendeinddragelse

Hjernesagen finder det positivt, at opholdet skal planlægges tværfagligt med konkrete mål, og at der løbende skal følges op gennem statusmøder med borgeren (og evt. pårørende) samt dialog med kommunen.

Hjernesagen savner en klar beskrivelse af, hvordan borger- og pårørendeinddragelsen skal tilrettelægges, fx med opstartsmøder, vurdering af funktionsniveau, understøtte målfastsættelsen i samarbejde med patienten, opfølgings-/status- og udskrivningsmøder, herunder revidering af behandlingsplan, hvordan pårørendesamarbejdet skal være, og hvordan evt. børn og unge pårørende skal inddrages under opholdet.

Hjernesagen opfordrer konkret til, at der sker en præcisering om borger- og pårørendeinddragelse i afsnit 3.2 og særligt afsnit 4.3 både under overskriften Samarbejde og Kommunikation

Geografisk tilgængelighed og rette faglige kompetencer

Af høringsudkastet bemærker Hjernesagen, at der i udkastet er en afvejning mellem geografisk nærhed/tilgængelighed og hensynet til faglig bæredygtighed.

Hjernesagen vil gerne henlede opmærksomheden på, at sundheds- og omsorgspladserne ikke kan ses isoleret, men vi mener, at de skal ses i sammenhæng med de kompetencer og kvalifikationer, der skal være til stede fx i forbindelse med genoptræning på avanceret niveau. Et problem, som hidtil har været til stede ved genoptræning på avanceret niveau, er, at patientvolumen i flere kommuner har været for lille til at have sundhedspersonale, der har særlige kompetencer og erfaring med den specifikke patientgruppe.

Hjernesagen er derfor bekymrede over, at der som udgangspunkt skal være sundheds- og omsorgspladser i alle kommuner, med mindre faglig og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet. Hjernesagen vil anbefale, at der også ses på patientvolumen indenfor specifikke målgrupper, hvor der er krav til særlige kompetencer og fagligheder, fx klinisk diætist, neuropsykolog, logopæd m.v.

Det leder frem til, at der under afsnit 3.4. fremgår, at der ud over sundhedsfagligt personale og kompetencer også kan være behov for ikke-autoriserede sundhedspersoner. På hjerneskadeområdet kunne det være neuropsykologer, logopæder og neuropædagoger.



Af høringsudkastet bemærker Hjernesagen, at der i udkastet er en afvejning mellem geografisk nærhed/tilgængelighed og hensynet til faglig bæredygtighed.

Hjernesagen vil gerne henlede opmærksomheden på, at sundheds- og omsorgspladserne ikke kan ses isoleret, men vi mener, at de skal ses i sammenhæng med de kompetencer og kvalifikationer, der skal være til stede fx i forbindelse med genoptræning på avanceret niveau. Et problem, som hidtil har været til stede ved genoptræning på avanceret niveau, er, at patientvolumen i flere kommuner har været for lille til at have sundhedspersonale, der har særlige kompetencer og erfaring med den specifikke patientgruppe.

Hjernesagen er derfor bekymrede over, at der som udgangspunkt skal være sundheds- og omsorgspladser i alle kommuner, med mindre faglig og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet. Hjernesagen vil anbefale, at der også ses på patientvolumen indenfor specifikke målgrupper, hvor der er krav til særlige kompetencer og fagligheder, fx klinisk diætist, neuropsykolog, logopæd m.v.

Det leder frem til, at der under afsnit 3.4. fremgår, at der ud over sundhedsfagligt personale og kompetencer også kan være behov for ikke-autoriserede sundhedspersoner. På hjerneskeadeområdet kunne det være neuropsykologer, logopæder og neuropædagoger.

Monitorering

Hjernesagen finder på linje med Danske Patienter det positivt, at udkastet lægger op til at etablere et datagrundlag for sundheds- og omsorgspladser, som kan understøtte drift, national monitorering, planlægning og kvalitetsudvikling, og at dette indledningsvis kan bygge på eksisterende dokumentation og data for at undgå nye dokumentations- og registreringskrav samt en unødigt forøgelse af indikatorer.

Hjernesagen anbefaler, at patientrapporterede oplysninger om oplevelser og udbytte prioriteres, når borgeren er i stand til at bidrage, men at pårørende også får mulighed for at rapportere om deres oplevelser af fx samarbejde og inddragelse.

Hjernesagen stiller sig gerne til rådighed for en uddybning af ovenstående. Henvendelse kan rettes til mkl@hjernesagen.dk eller tlf. 21 82 30 03.

Med venlig hilsen

Jens Bilberg
Landsformand

Sundhedsstyrelsen
fopssst@sst.dk
cc: mebrs@sst.dk

12. januar 2026

Ældre Sagen
Snorresgade 17-19
2300 København S

Tlf. 33 96 86 86
www.aeldresagen.dk
aeldresagen@aeldresagen.dk

Høringssvar vedr. kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgs- pladser

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar til kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser. Allerførst er det vigtigt for Ældre Sagen at tilkendegive, at vi har været og fortsat er positive overfor, at sundheds- og omsorgspladser formelt bliver del af sundhedsvæsenet og utvetydigt kommer til at høre under sundhedsloven. Vi har længe kæmpet for, at midlertidige døgnophold for ældre patienter kommer under sundhedsloven.

Ældre patienter med multisygdom og funktionsnedsættelse er typisk målgruppen på midlertidige ophold. Vi kender til gode eksempler på tæt samarbejde mellem sygehus og kommunen om indsatser på midlertidige pladser. Men vi hører desværre også fra ældre og deres pårørende om ophold med utilstrækkelig genoptræning, pleje og omsorg - ja, ligefrem om omsorgssvigt. Vi ved også fra forskning¹, at der rundt omkring i landet er alt for svingende kvalitet på midlertidige pladser. Der er ikke nødvendigvis de rette læge- og sundhedsfaglige kompetencer til stede. Og patienterne udsættes fortsat i dag for urimelig brugerbetaling på både ophold, medicin og kørsel. Der mangler i den grad almindelige patientvilkår i gråzonen uden for sundhedsloven for alle disse patienter, som er for syge til at være hjemme, men som samtidig bliver sendt ud fra sygehuset. Det mangler, at ældre kan være trygge ved at få den rette sundhedsfaglige indsats under et midlertidigt ophold, herunder have adgang til læge.

På denne baggrund er vi glade for at se, at midlertidige døgnophold med sundhedsfaglig indsats langt om længe i form af sundheds- og omsorgspladser bliver del af sundhedsloven fra 2027 med både vederlagsfrit ophold og medicin samt krav til fast lægedækning. Vi ser frem til, at der med udkastet til kvalitetsstandards også kommer en national ramme med krav fra Sundhedsstyrelsen til bl.a. læge- og sundhedsfagligt personale.

Vi har noteret os, at der i aftalen om en sundhedsreform står, at pladserne omfattes af kvalitetsstandards med krav til kapacitet, udstyr og sundhedsfagligt indhold samt, at nærmere målgruppe beskrives i regi af Sundhedsstyrelsen. Trods vores tilfredshed over, at der kommer sundheds- og omsorgspladser under sundhedsloven, har vi en grundlæggende bekymring for, om vi med ny sundheds- og omsorgspladser ender med discount-sundhedstilbud for ældre i det lokale

¹ Det kommunale midlertidige døgnophold – MIDO Fund, tendenser og perspektiver fra 16 kommuner. 2025. <https://midlertidigtogdnophold.dk/index.html#projekter> /6.1.26

nærmiljø, eller om det bliver tvær- og sundhedsfaglig indsats af høj kvalitet. Derfor finder vi nationale krav afgørende, så kvaliteten ikke overlades til 17 lokale sundhedsråd. På denne baggrund har vi i det følgende konkrete kommentarer til styrelsens udkast til kvalitetsstandarder til sundheds- og omsorgspladser.

Målgruppen – omfat ældre med behov for sundhedsfaglig indsats og ikke afgrænset af et rehabiliterende sigte

Målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne (side 5) er defineret som ”borgere med behov for en rehabiliterende sundhedsfaglig indsats, som ikke kræver en sygehusindlæggelse, men heller ikke hensigtsmæssigt kan varetages i eget hjem.” Det fremgår også, at det er ”primært ældre og borgere med multisygdom med nedsat funktionsevne samt somatiske og kognitive udfordringer” samt ”borger i en ustabil og fluktuerende sundhedstilstand.”

Vi bemærker en mindre, men ret væsentlig forskel i forhold til den politiske aftale om en sundhedsreform. Hensigten med at etablere sundheds- og omsorgspladser har bl.a. været at tilbyde midlertidige ophold under sundhedsloven, når der er behov for ”sundhedsfaglig indsats”. Jf. aftalen om sundhedsreformen står der: ”Aftalepartierne er enige om, at patienter, der har brug for en sundhedsfaglig indsats og et midlertidigt ophold, og som ikke har behov for at være indlagt på sygehus, skal kunne modtage tilbud om midlertidigt ophold over hele landet uden egenbetaling. Det skal være muligt for patienterne at opholde sig på en midlertidig plads, og tilbuddet om disse ophold skal være ensartede i hele landet.”

Ældre har i alt for lang tid har været udsat for pleje og behandling på tvivlsomme pladser under serviceloven – det bør stoppe med etableringen af sundheds- og omsorgspladser. Det er ikke indeholdt i den politiske aftale for sundhedsreformen, at ophold skal være med progression og rehabiliterende sigte. Det undrer os derfor, at rehabilitering er tilføjet som inklusionskriterie for målgruppen, og vi opfordrer til at dette nedtones. Det giver patienter med ustabil helbred og samtidig progredierende sygdom som fx demens et usikkert grundlag for at kunne få ophold, for slet ikke at tale om patienter med behov for palliation.

Desuden mener vi, at det bør være tydeligt fremhævet i kvalitetsstandarden, at ved enhver tvivl, om der er behov for sundheds- og omsorgsplads eller ophold på en aflastningsplads under servicelov, så skal der ydes sundhedsfaglig indsats på sundheds- og omsorgsplads. På aflastning under servicelov vil syge og svækkede ældre ikke være sikret den sundhedsfaglige indsats med lægedækning, sygeplejefaglige og terapeutfaglige kompetencer samt medicingennemgang, som nu - med kvalitetsstandarderne som ramme - fremadrettet skal tilbydes på sundheds- og omsorgspladser.

Palliation – tydeliggør, at ældre i den sidste tid kan blive på pladsen

I afsnittet om målgruppe (fra side 5) står der yderligere anført, at borgere med behov for basale palliative indsatser vil være omfattet af målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne, hvis de samtidig har behov for nogle af de andre sundhedsfaglige indsatser, som tilbydes på sundheds- og omsorgspladserne. Videre fremgår

det, at borgere, der alene har behov for basale palliative indsatser, ikke vil være omfattet af målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne.

I overensstemmelse med ministersvar vedr. palliation på sundheds- og omsorgspladser jf. betænkning til L42, er det helt afgørende at præcisere i afsnit om målgruppen at: "For borgere, der undervejs i et ophold på en sundheds- og omsorgsplads skifter sundhedsfaglig status til alene at have behov for en basal palliativ indsats, vil der skulle foretages en konkret vurdering ud fra borgerens samlede situation. For nogle borgere kan det indebære et ønske om at komme i eget hjem, mens det for andre vil være mest hensigtsmæssigt at blive på pladsen den sidste tid, hvis døden er nært forestående. Det er hensigten, at den kommende afregningsordning for sundheds- og omsorgspladserne, hvor kommunerne betaler en takst til regionen, skal understøtte, at regioner og kommuner har den nødvendige fleksibilitet til at lade en borger opholde sig på en sundheds- og omsorgsplads i en afgrænset periode efter et afsluttet forløb. Afregningsordningen har til hensigt at undgå unødige mange overgange for borgeren, det kan fx være relevant, hvis døden er nært forestående."²

Præciseringen er nødvendig for at sikre, at borgere ikke bliver sendt hjem eller videre til andet tilbud mod eget ønske og herved udsættes for et uværdig forløb i den sidste tid – og med risiko for yderligere overgange og manglende kompetent personale. Forskning af nuværende midlertidige pladser viser, at på udskrivelsesdagen eller dagen efter et midlertidigt ophold dør 9 pct. af borgerne, mens inden for 30 dage efter udskrivning fra midlertidigt ophold dør 16 pct. af borgerne, og 38 pct. er døde inden for et år.³

Hvis en borger ønsker at dø hjemme, er det helt afgørende at sikre, at der er tilstrækkeligt palliative kompetencer til stede i de kommunale indsatser. Vi ved, at den basale palliative behandling i dag er mangelfuld, og at mange ældre borgere ikke får den lindrende behandling, de har behov for. I en kortlægning af den palliative indsats i kommunerne foretaget af Videnscenter for Rehabilitering og Palliation⁴ (REHPA) fremgår det, at 42% af de kommunale driftsenheder ikke har medarbejdere med palliativ efter- eller videreuddannelse. Og videre involverer ca. 10-15% af enhederne ufaglærte i indsatsen på trods af Sundhedsstyrelsens anbefalinger om, at alle, der arbejder med palliative indsatser, som minimum bør have kompetencer på grundlæggende niveau. Hertil kommer, at en fjerdedel af plejehjemmene ikke har fokus på at yde palliation til mennesker med livstruende sygdomme, selvom de fleste beboere er alvorligt svækkede og er i de allersidste leveår af deres liv.

² <https://www.ft.dk/samling/20251/lovforslag/L42/betaenkninger.htm>

³ Det kommunale midlertidige døgnophold – MIDO Fund, tendenser og perspektiver fra 16 kommuner. 2025. <https://midlertidigtdognophold.dk/index.html#projekter> /6.1.26

⁴ "Kortlægning af den kommunale palliative indsats i Danmark" (2020) <https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2020/12/Rehpa-kortlaegning-rapport-FINAL-WEB.pdf>

Det er derfor magtpåliggende, at der - i tilfælde af at borgeren ønsker at dø hjemme - er et tæt samarbejde mellem sundheds- og omsorgsplads, almen praksis og kommunen samt en klar plan for det videre palliative forløb i borgers eget hjem.

Ingen brugerbetaling er positivt og bør stå tydeligt – kørslen mangler fortsat

Det er positivt, at såvel ophold som lægemidler med ny lovgivning bliver uden brugerbetaling. Vi mener, at dette bør fremgå tydeligt af kvalitetsstandarden, så det ikke kun fremgår, at lægemidler er vederlagsfri (side 9). Det er også positivt, at lægemidler fremadrettet er tilgængelige på sundheds- og omsorgspladser. Det er relateret hertil også vigtigt at præcisere, at pårørende ikke som i dag får til opgave at hente medicin, og at patienter ikke selv skal betale gebyr for udbringning.

Vi er klar over, at befordringsregler er relateret til lovhjemlen og er omfattet af sundhedsreformaftalen, men vi vil alligevel understrege, at det fortsat udestår at sikre vederlagsfri kørsel til og fra sundheds- og omsorgspladser. Vi mener, at kvalitetsstandarden bør referere til, at befordringsregler skal opdateres, og at der er brug for hjemmel til befordring i forhold til sundheds- og omsorgspladser.

Behov for mere konkrete krav til indsatser, udstyr og kompetencer

Kvalitetsstandarden for sundheds- og omsorgspladserne vedr. indsatser, udstyr og kompetencer (side 9-10) finder vi meget overordnede og langt fra dækkende til at levere konkrete og ensartede retningslinjer på tværs af landet. Vi noterer os, at diagnostik ikke indgår som del af indsats. Det ser vi positivt på, da vi på denne måde forstår, at undersøgelser, mv. for målgruppen fortsat foregår i specialiseret regi/hos egen læge.

Jf. Sundhedsstyrelsens notat om målgruppe for sundheds- og omsorgspladser fra d. 11/3 2025: Stk. 5 Faglige perspektiver for sundheds- og omsorgspladser står: "En kommende kvalitetsstandard forventes at udfolde, konkretisere og stille krav til sundheds- og omsorgspladserne i forhold til målgruppe, tilgængelighed, faglig bæredygtighed, kontinuitet i kvalitet og kompetencer, indsatser samt sammenhæng."

Det er derfor utilfredsstillende og yderst bekymrende, når det på side 10 alene fremgår af kvalitetsstandarden, at "Personalet på sundheds- og omsorgspladserne skal besidde de rette kompetencer og erfaring til at varetage indsatserne, der tilbydes på pladserne..." Teksten lader det stå helt åbent, hvem der beslutter, hvad der er de "rette" kompetencer – og det samme gælder afsnit om udstyr.

Vedr. udstyr er det positivt, at fx hjælpemidler er nævnt - men det står hen i det uvisse, hvilket udstyr, der skal være, og hvem der beslutter, hvad det relevante udstyr er. Hvis dette fortsat ikke defineres i kvalitetsstandarden, bør det som minimum præciseres, at det skal være en faglig vurdering ud fra målgruppens og de enkelte borgers behov og ikke en økonomisk-administrativ afgørelse.

Det bør ligeledes eksplicit fremgå, at der skal være kompetencer til stede, som knytter sig til den definerede målgruppe, herunder fx kompetencer i palliation,

geriatri, ernæringsindsatser, mobilisering, genoptræning og demensfaglige kompetencer, da det er en forudsætning for, at borgerne kan få det rette forløb, herunder den rette pleje, omsorg, behandling og rehabilitering. Også pleje og omsorg med fokus på bl.a. social aktivitet, personlig hygiejne og tandpleje er vigtig at nævne som del af en forebyggende tilgang med fokus på det hele menneske.

Det står desuden uklart, hvilke kompetencer der skal være til stede i hvilket omfang, og herunder hvilken normering, der forventes at være, ikke mindst i nattetimerne. Vi vil opfordre til, at der stilles tydelige faglige krav hertil, samt at der stilles krav til, at der er sygeplejersker til stede i nattetimerne.

Det er også alt for uklart defineret vedr. lægefaglige kompetencer (side 10): Til forskel fra de andre faglige kompetencer og faggrupper er det ikke defineret, hvornår og i hvilket tidsrum lægefaglige kompetencer skal være til stede. Det ser vi som utilstrækkeligt, og vi mener, der bør stilles mere konkrete krav til lægedækningen af pladserne, så lægefaglige kompetencer, herunder geriatrike, er tilgængelige 24/7 - afsnittet bør matche, at regionerne har ansvar for fast tilknyttede læger alle ugens dage året rundt (jf. side 12).

Forskning har vist, at 68 pct. af patienterne bruger mindst fem forskellige lægemiddelklasser, før de indskrives til ophold på midlertidig plads, og der er udfordringer med at få givet den rette medicin.⁵ Medicingennemgang og kompetencer hertil er således afgørende. Vi vil derfor foreslå vedr. medicingennemgang, at det tilføjes, at det foretages ved "sundhedsfagligt vurderet" behov for medicingennemgang, og at det foretages ved start af ophold (side 10 nederst).

Selvom det er positivt, at der lægges op til en bredt forstået tværfaglig og sundhedsfaglig indsats og med individuelt tilpasset indsats (side 9), forbliver det meget uklart, hvilken indsats man - både som patient og som personale - kan forvente af et ophold. Det er ikke ualmindeligt, at vi hører fra personale på sygehuse i dag, at det er vidt forskelligt fra sted til sted, hvad de kan udskrive deres patienter til. Denne vilkårlighed bør kvalitetsstandarden udrydde, så det er trygt og ensartet for patienter – og personale – uanset hvor i landet, man får ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Derfor opfordrer vi til, at kvalitetsstandarden også får mere tydelige krav til de faglige indsatser.

Det kan være i form af krav til fx genoptræning - det nuværende udkast lader det stå frit om indsats med træning og mobilisering er tilstrækkeligt en gang om ugen eller dagligt. Vi kender til eksempler på ældre, der trods ophold på såkaldte rehabiliteringspladser forbliver sengeliggende og ikke genvinder funktionsevne, fordi der ikke er tilstrækkeligt personale til at få dem mobiliseret i løbet af dagen.

⁵ Det kommunale midlertidige døgnophold – MIDO Fund, tendenser og perspektiver fra 16 kommuner. 2025. <https://midlertidigtdognophold.dk/index.html#projekter> /6.1.26

Som del af indsatser og kompetencer savner vi derudover at se ernæring nævnt. Individuelt tilpassede ernæringsindsatser, herunder med øje for ældre med underernæring eller i risiko for underernæring, er uløseligt forbundet med genoptræning og væsentlig for en succesfuld rehabilitering. Det bør også fremgå, at tandpleje bør være del af den sundhedsfaglige indsats under opholdet og ikke vente, til det midlertidige ophold er afsluttet. Tand- og mundsundhed hænger tæt sammen med øvrig sundhedstilstand og evnen til at spise og synke.

Endeligt savner vi at se en opmærksomhed på forebyggelse forstået som, at der både kommer ældre fra sygehuset og fra eget hjem til pladser, dvs. at ophold kan omfatte en forebyggende indsats som alternativ til en indlæggelse.

Generelt i sammenhæng med indsatser og kompetencer vil vi gøre opmærksom på tidligere undersøgelse af ældre medicinske patienters oplevelser af midlertidige pladser.⁶ CPI har afdækket for Ældre Sagen, at ældre udtrykker, at når omsorg og medmenneskelighed gennemsyrrer den måde, personalet møder patienterne på, oplever ældre deres behandling som værdig og tryk. Omsorg, som del af den sundhedsfaglige indsats, mener vi, er derfor vigtig at tilføje og bør stå tydeligt som del af indsats i kvalitetsstandarderne. Kvalitetsstandarderne skal understrege, at den enkelte skal mødes som et helt menneske. Det kunne fx tilføjes under afsnittet side 9 om individuel indsats.

Organisering og tilrettelæggelse bør indeholde krav til tilgængelighed, kapacitet og lægedækning med geriatri

Kvalitetsstandarderne vedr. organisation og tilrettelæggelse efterlader os med en række ubesvarede spørgsmål til tilgængelighed, kapacitet og lægedækning.

I forhold til tilgængelighed og kapacitet (side 11-12) anvendes begreber som "meget lavt befolkningsgrundlag" og "tilstrækkelig opgavevolumen" - men det forbliver uklart, hvad kvalitetsstandarderne for dette er konkret. Der er desuden sat tal på et landsdækkende antal pladser på mindst 2.627 pladser fra 2027 og frem, men krav til fordelingen mellem de forskellige sundhedsråd forbliver uklar. Endsige krav til kapacitetsudvikling i forhold til en demografisk udvikling med et stigende antal ældre. Selvom det fremgår, at sundhedsråd skal planlægge kapacitet ud fra størrelsen af populationen, er der således stor usikkerhed om et ensartet niveau for antal pladser pr. ældre, der er kernemålgruppen. Samlet set finder vi, at det efterlader meget uklare kvalitetsstandarder til tilgængelighed og kapacitet med risiko for et uensartet tilbud – i værste fald at sundhedsråd kan nedlægge og samle et mindre antal pladser på en enkelt matrikel i deres område. På samme måde som der er udarbejdet en national fordelingsmodel for almen praksis, vil vi opfordre til, at kvalitetsstandarderne på lignende vis får mere gennemsigtige og ensartede kriterier for kapacitet og tilgængelighed, hvor der bl.a. kunne tages højde for antal

⁶ "En værdig og tryk behandling – ældre medicinske patienters oplevelser af værdighed i mødet med kommunale akutfunktioner", CPI, 2021. <https://www.aeldresagen.dk/maerkesager-og-resultater/viden-og-tal/analyser-og-undersogelser/2021-en-vaerdig-og-tryk-behandling>

ældre i lokalbefolkningen, antal modtagere af hjemmepleje, plejehjemsbeboere, mv.⁷

Det fremgår, at "Sundheds- og omsorgspladserne modtager primært borgere i dag- og aften- og nat. Der vil dog være enkelte tilfælde, hvor det kan være relevant med modtagelse uden for dette tidsrum" (side 12). Helt konkret mener vi ikke, at ældre bør overflyttes i sene aften- og nat, medmindre det er akut sundhedsfagligt nødvendigt. Dette bør derfor tilføjes, så det undgås, at ældre udskrives og overflyttes fra sygehus uden for dagtimer ud fra fx belægningsmæssige årsager.

I forhold til lægedækning og behandlingsansvar ser vi positivt på, at der hele året rundt alle dage skal være fast tilknyttede læger med behandlingsansvar, og som er tilgængelige for faglig sparring. Det fremstår dog uklart, hvad der ligger i "løbende fysisk tilstedeværelse" - vi ser det som oplagt, at det som minimum er fysisk kontakt ugentlig. Det vil fremme kontinuitet både i forhold til personalet og patienter. Vi mener, det bør fremhæves i afsnittet side 12, at lægedækningen ikke kun omfatter læger fra almen praksis, men også læger fra geriatrien. De geriatriske kompetencer matcher målgruppens sammensatte behov med multisygdom, polyfarmaci, behov for tværgående indsats med ernæring, rehabilitering og palliation. Det bør også fremgå, at der bør være adgang til faglig sparring til andre specialer ved behov.

Vi kender til eksempler på samarbejder mellem sygehus og midlertidige pladser, hvor læger fra geriatriske afdelinger med udgående funktion kommer fast i hverdage på stuegang på midlertidige pladser og/eller har virtuelle konsultationer – og hvor det sigter mod at højne patientsikkerhed og kontinuitet og mod at forebygge (gen)indlæggelser. Dette bør nævnes som eksempler til inspiration i kvalitetsstandarderne, og der kan med fordel henvises til de nuværende erfaringer fra bl.a. Aalborg og København.⁸

Vi vil derudover opfordre til, at kvalitetsstandarderne nævner, at lægedækningen kan sammentænkes med et udvidet behandlingsansvar fra behandlende læge på sygehuset. Vi ser eksempler på, at organisering med et udvidet behandlingsansvar fra læge på sygehus i samarbejde med sygeplejefaglig indsats efter udskrivelsen har reduceret såvel dødelighed som genindlæggelser for en bestemt målgruppe, patienter med hoftenær fraktur – det såkaldte Kom Trygt Hjem-model.⁹

⁷Se høringsvar fra Ældre Sagen til fordelingsmodel: <https://www.aeldresagen.dk/maerkesager-og-resultater/viden-og-tal/hoeringssvar/2025-hoeringssvar-laegekapaciteter-almenmedicin-110625>

⁸ Se bl.a. Aalborg: <https://sundhedstilbud.aalborg.dk/%C3%A6ldre/geriatri-paa-kommunale-pladser/> og <https://vbn.aau.dk/en/publications/afrapportering-geriatri-p%C3%A5-kommunale-pladser-et-tv%C3%A6rsektorielt-fo/> København: <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/nyheder-til-sundhedsaktoerer-i-og-udenfor-regionen/sider/vi-er-kun-blevet-moedt-af-velvilje-hele-vejen.aspx>

⁹<https://regionsyddanmark.dk/om-region-syddanmark/presse-og-nyheder/nyhedsarkiv/2025/oktober-2025/flere-aeldre-mennesker-overlever-larbensbrud-efter-styrket-samarbejde>

Private aktører – uklart hvad de leverer og for få krav hertil

Det er uklart ud fra udkastet, hvad en privat aktør kan stå for. Private leverandører nævnes som del af målgruppen for publikationen med kvalitetsstandarderne, og bl.a. på side 12 står der eksplicit, at: "Kapaciteten kan både etableres som regionale sundheds- og omsorgspladser eller gennem aftaler med kommuner eller private leverandører."

Det er uklart, om det alene drejer sig om bygninger til sundheds- og omsorgspladser, der kan lejes af regionen – eller om der er tale om pladser drevet af privat aktør med både udstyr, personale og bygninger. Sat på spidsen står det åbent i udkastet, om det vil være i orden for Sundhedsstyrelsen, at nedlagte storrumskontorer indrettes til tyvesengsstuer eller lign. Det mener vi selvfølgelig ikke og savner derfor mere præcise krav.

Set i lyset af at vi finder, at udkastet mangler mere konkret formulerede krav til indsatser, personale, udstyr, kapacitet og organisering, ser vi det som stærkt bekymrende, hvis private aktører på dette grundlag kan lede og drifte sundheds- og omsorgspladser. Også på denne baggrund vil vi opfordre til langt mere detaljerede krav til indsatser, udstyr, indretning og personalets sammensætning og normering samt organisering.

Inddragelse af patient og pårørende i tildeling og afslutning af ophold

Patient og pårørende er slet ikke nævnt som aktør i forhold til at vurdere om ophold kan tildeles eller afsluttes (side 16-17). Inddragelse og dialog - og informeret samtykke - er vigtig del af ophold på sundheds- og omsorgspladser som i al anden behandling: at patient - og evt. pårørende med patientens ønske - kan indgå i dialog om behandlingsplan og mål er en selvfølge, der ikke desto mindre bør stå tydeligt i teksten. Det skal derfor ikke kun nævnes i sammenhæng med statusmøder for indsatser (side 9) – patient- og pårørendeinddragelse bør ikke mindst også fremgå som kriterie for tildeling og afslutning af ophold (side 16-17).

Det skal være trygt og give mening for patienten selv – og de pårørende – at patienten skal på ophold uden for eget hjem og ikke på sygehus. Ligesom det skal være trygt og værdigt for patienten, at opholdet afsluttes. Ligesom det under "tildeling" er kriterie, at patientens samlede sundhedstilstand og livssituation skal indgå i vurdering, bør den samlede livssituation også tilføjes som kriterie i forhold til "afslutning".

Det skal også stå tydeligt og tilføjes under "Afslutning", at der skal være fleksibilitet for at undgå endnu en overgang for patienten. Her vil det yderligere være relevant at tilføje, at når døden er nært forestående, eller at man er erklæret terminal, skal man have mulighed for at blive på pladsen, hvis dette er patients og/eller pårørendes behov (jf. afsnit ovenfor om palliation og henvisning til betænkning).

Er pladserne til gavn for patienter og sundhedsvæsenet? Vigtigt med monitorering og kvalitetsudvikling ikke kun lokalt, men også nationalt

Vi ser positivt på, at kvalitetsstandarderne omfatter kvalitetsudvikling og monitorering. Det er dog meget uklart i udkastet til kvalitetsstandarder, hvad den

nye indsats med sundheds- og omsorgspladser i sundhedsvæsenet skal måles på (side 18), og i hvilket omfang det er lokalt eller nationalt. Den nationale måling og monitorering ser vi som vigtig, da omfanget af og kvaliteten på midlertidige ophold indtil nu har været utilstrækkeligt dokumenteret på landsplan og fremstår som lidt af en blackboks i sundhedsvæsenet.

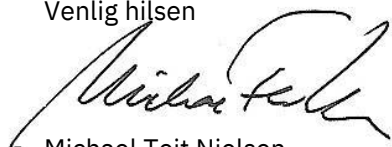
Det er vigtigt at kunne følge og udvikle kvaliteten på de kommende sundheds- og omsorgspladser både lokalt og nationalt i forhold til bl.a. patientoplevelt kvalitet, dødelighed, overlevelse, funktionsevne, skrøbelighed, udvikling i gentagne ophold, indlæggelser og genindlæggelser og øvrige kontakter og indsatser i sundhedsvæsenet og ældreplejen.

Pladserne og indsatserne er alt for vigtige og omfattende del af sundhedsvæsenet til, at det, som angivet i kvalitetsstandarderne, kun er ledelser, aktører og myndigheder lokalt, der udvikler kvaliteten. Vi opfordrer til at, det skærpes i kvalitetsstandarderne, at også Sundhedsstyrelsen eller anden national myndighed som Sundhedsdatastyrelsen har et samlet monitorerings- og kvalitetsudviklingsansvar for sundheds- og omsorgspladser. Samtidigt bør også repræsentanter for faglige selskaber fx geriatri og sygepleje og for patienter/borgere indgå i dette kvalitetsarbejde. Patientperspektivet kan opnås lokalt via patient- og pårørendeudvalg og på landsplan via organisationer, der repræsenterer bl.a. ældre patienter. Her bidrager Ældre Sagen naturligvis gerne.

Vi mener endvidere, det er oplagt, at pladserne kommer til at indgå i Danfrail kvalitetsdatabasen, der med tiden er tænkt som en tværgående kvalitetsdatabase.¹⁰ Derfor vil vi foreslå, at der som udgangspunkt vil blive anvendt CFS (clinical frailty score) for at screene patienter for skrøbelighed og behov for videre indsats (fx for ernæring, mobilisering, genoptræning, mv.). Der kan trækkes på erfaringer fra bl.a. Aalborg Kommune, hvor der allerede anvendes CFS, herunder også for borgere på deres midlertidige pladser.

Kvalitetsarbejdet er vigtigt, så det en gang for alle bliver tydeligt, om de midlertidige pladser er til gavn for såvel patienter som sundhedsvæsenet. Det har indtil nu stået hen i det uvisse. Selvsagt er kvalitetsstandarderne i sig selv også altafgørende for at opnå en mere ensartet kvalitet for patienter, typisk ældre, på midlertidige ophold. Det er derfor vigtige kvalitetsstandarder for Ældre Sagen, og vi har tilladt os at sende et længere høringssvar.

Venlig hilsen



Michael Teit Nielsen
Vicedirektør

¹⁰<https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-kvalitetsdatabase-for-aeldre-med-skrøbelighed/>

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

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

12-01-2025
BIS/RNH/412/00105

Apotekerforeningens høringssvar til kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser

Apotekerforeningen takker for muligheden for at give høringssvar til kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser.

Apotekerforeningen ser positivt på formålet med nationale kvalitetsstandards om at understøtte mere ensartet kvalitet i sundhedsindsatser på tværs af landet, og at fremtidens sundheds- og omsorgspladser skal bidrage til målet med sundhedsreformen om at få en større sammenhæng i borgernes forløb i det nære sundhedsvæsen.

Apotekerne er med de nuværende 536 apoteksenheder en del af det nære sundhedsvæsen fordelt rundt i landet. Apotekernes tilgængelighed og kompetencer er en ressource, der kan nyttiggøres i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, herunder sundheds- og omsorgspladser, for at skabe sammenhæng i patienternes medicinske behandling. Apotekerne tilbyder en række veletablerede ydelser defineret i bekendtgørelser, har erfaring med udlevering af vederlagsfri medicin og samarbejde med fx kommuner om medicin håndtering. Disse indsatser og erfaringer kan sættes i spil i forbindelse med fremtidens sundheds- og omsorgspladser. Apotekernes farmaceuter og farmakonomer er uddannet specialister i medicin og rådgiver hver dag borgere, pårørende og andre professionelle. Løbende efteruddannelse og certificeringer i apotekssektoren opretholder og udvikler deres kompetencer.

Nedenfor har vi beskrevet vores bemærkninger til kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser.

Aftaler med apoteker om medicinindsatser på sundheds- og omsorgspladser

Til afsnit 4.1. Tilgængelighed side 11-12 med fokus på *faglig bæredygtighed* og *tilgængelighed over døgn* har Apotekerforeningen følgende bemærkninger.

Apotekerforeningen mener, at det skal fremgå af kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser, at sundheds- og omsorgspladser indgår aftaler med lokale apoteker. På samme måde, som foreningen er enige i, at terapeuter bliver en integreret del af den samlede indsats og det samlede tværfaglige team omkring borgeren (beskrevet i afsnit *Tilgængelighed over døgn* side 12), er apotekets medicinkompetence også relevant og vigtig omkring borgeren. Der vil i forlængelse af afsnittet om terapeuter side 12 kunne tilføjes: "Medicinfaglige kompetencer er ligeledes nødvendige for at kunne understøtte borgernes rehabilitering og medicin håndtering på pladserne. Medicinfaglige kompetencer tilføres ved at indgå aftale med apoteket."

En aftale med apoteket om indsatser til borgere og personale kan indgås med det enkelte sted, sundhedsråd eller region. Det vil tilføre medicinkompetencer i form af forskellige samarbejdende indsatser for at øge medicinsikkerheden for borgerne på pladserne. Det er relevant, fordi medicin er en del af de fleste borgeres behandlingsforløb, og apotekets indsatser kan bidrage til mestring af medicinbrug hos borgerne, nedbringelse af medicinoverforbrug samt sikker medicin håndtering hos personalet¹. Det kan være med til at forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgerens funktioner, som står beskrevet som et formål med borgeres forløb på pladserne.

Apotekets medicinindsatser til borgere og personale på sundheds- og omsorgspladser kan fx være:

- Samtaler med borgere om at bruge medicin og få medicinen til at være en del af deres hverdagsliv med udgangspunkt i borgerens situation og behov
- Tjek på inhalation til borgere, som benytter inhalationsmedicin – både førstegangs- og flergangsbrugere
- Medicingennemgang i samarbejde med læger og personale på pladserne
- Sæsonvaccination (influenza og Covid-19) af borgere på pladserne
- Undervisning af personale om medicinsikre arbejdsgange samt sygdoms- og lægemiddelspecifikke emner
- Kvalitetssikring af medicin håndtering, fx audit af arbejdsgange, sparring på medicininstrukser, sidemandsoplæg i kvalitetssikre medicinarbejdsgange mv.

I en aftale med apoteker vil det være muligt at tilpasse indsatserne til borgernes og personalets behov løbende, fx ved et gennemsnitlig ugentlig/månedligt timeantal, som kan fordeles mellem ønskede indsatser, eller på timebasis for hver indsats, der ønskes. Apotekerne vil kunne stille med lokal medicinkompetence i form af farmaceuter og farmakonomer alt efter opgave og behov. Dermed mindskes behovet for, at sundheds- og omsorgspladserne selv skal ansætte en farmaceut og farmakonom, og de får med apoteket en fleksibilitet i adgangen til medicinkompetence.

Apotekerne ligger med de nuværende 536 apoteksenheder godt fordelt rundt i kommunerne og regionerne, hvor fremtidens sundheds- og omsorgspladser ligger – det giver en fleksibilitet ift. transport og et lokalt og regionalt kendskab. Det vil bidrage til den i afsnit 4.1. omtalte *tilgængelighed, faglige bæredygtighed og understøttelse af kontinuitet og sammenhæng for borgerne*.

Apotekerforeningen ser positivt på, at farmakonomer nævnes i afsnit 3.4. Kompetencer side 10, som relevante til at varetage indsatser på sundheds- og omsorgspladser. Foreningen mener, at "farmaceut" ligeledes bør nævnes som eksempel, da de to faggrupper supplerer hinanden i medicinindsatser for borgere og personale på sundheds- og omsorgspladser.

Yderligere bemærkninger

I forbindelse med Apotekerforeningens yderligere bemærkninger nedenfor, er der givet eksempler på, hvordan apotekets kompetencer og et udvalg af ovenstående indsatser sættes i spil i det tværfaglige samarbejde omkring borgere på sundheds- og omsorgspladser.

Samtaler om medicin fra apoteket, som en del af den rehabiliterende indsats

I afsnit 3.2. Indsatser side 9 står det beskrevet, at indsatser på sundheds- og omsorgspladser omfatter *både fysisk funktionsevne og mestring i form af fx sygdoms-specifik egenomsorg, medicin håndtering samt brug af hjælpemidler*.

¹ [Pharmaceutical care services available in Danish community pharmacies | International Journal of Clinical Pharmacy](#)

Apotekerforeningen ser positivt på, at medicin håndtering er nævnt, da vi ved fra forskning, at omkring 50 % af patienter med kronisk sygdom har udfordringer med compliance. Patienter med kronisk sygdom er på grund af langvarige og komplekse behandlinger særligt udsatte for at opleve problemer med compliance.² Fordi medicin er en del af de fleste behandlingsforløb for mennesker med kronisk sygdom, mener Apotekerforeningen, at apotekets medicinfaglige kompetencer skal nævnes i afsnit 3.4. Kompetencer side 10, som kompetencer, der skal være tilstede på sundheds- og omsorgspladser. En tilføjelse kan lyde: "Der skal være medicinfaglige kompetencer i form af apotekernes farmaceuter og farmakonomer tilstede i det omfang, borgere og personale har brug for indsatser, der omhandler livet med medicin og medicin håndtering."

Apotekernes samtaler om medicin (medicinsamtaler, compliancesamtaler og Tjek på inhalation) kan nyttiggøres til borgere her som en del af den rehabiliterende indsats.

For nogle borgere på sundheds- og omsorgspladser kan fx apotekernes samtale ved udskrivelse med ændringer i behandling være relevant, enten mens de er på pladserne, eller når de skal hjem for at fastholde den nye vane med en ændring i behandling (beskrevet i [bekendtgørelse om compliance-samtale på apotek](#)).

National og international forskning viser, at apotekets samtaler om medicin forbedrer compliance, skaber tryghed og øger viden hos borgeren^{2,3}. Der er tale om veletablerede ydelser defineret i bekendtgørelser:

- Medicinsamtale: [Bekendtgørelse om medicinsamtale på apotek](#)
- Compliancesamtale: [Bekendtgørelse om compliance-samtale på apotek](#)

Samtalerne har fokus på at understøtte den behandling, lægen har ordineret, og tager udgangspunkt i borgerens behov, så medicinen bliver en del af deres hverdagsliv.

Hvis borgeren har et specifikt behov for instruktion omkring inhalationsmedicin, er apotekets Tjek på inhalations ydelse også en veletableret ydelse med dokumenteret effekt⁴, som har været tilbudt fra apotekerne siden 2005. Den kan tilbydes til borgere på sundheds- og omsorgspladser med behov.

Apotekerne kan varetage dele af opgaverne ved medicingennemgang og af-medicinering

I afsnit 3.2. Indsatser side 9 er det beskrevet, at det i *nogle tilfælde vil være relevant, at indsatsen også inkluderer systematisk medicingennemgang*. I afsnit 3.4. Kompetencer side 10, står det beskrevet, at *der ved behov skal være rette kompetencer tilgængelige for at kunne foretage medicingennemgang for borgere med ophold på pladserne*.

Apotekerforeningen er enig i det beskrevne behov for medicingennemgang hos nogle borgere på sundheds- og omsorgspladser. Vi mener, at sætningen skal omformuleres til: "Ved behov skal der være læge- og farmaceutfaglige kompetencer tilgængelige for at kunne foretage medicingennemgang for borgere med ophold på pladserne."

² [Compliance og medicin efterlevelse: Evidens, teori og praksis på apotek](#). Pharmakon 2024

³ [Apotekets medicin- og compliancesamtaler – en litteraturgennemgang](#). Pharmakon 2020

⁴ [Litteraturgennemgang om Tjek på inhalation](#). Pharmakon 2020

Det er oplagt, at apoteksfarmaceuters kompetencer sættes i spil i denne indsats i samarbejde med de tilknyttede læger til sundheds- og omsorgspladserne eller borgernes praktiserende læger. Dette for at aflaste lægerne, at imødegå problemer med overmedicinering og sikre, at borgerne kun får den medicin, de har brug for.

Apoteksfarmaceuter kan fx lave det forberedende arbejde med forslag til ændringer i medicinen, herunder tale med borgeren, og evt. pårørende og personale. Opgaven for farmaceuten aftales med lægerne og personale på pladserne.

Apoteksfarmaceuter har i mange år tilbudt medicingennemgang til patienter i samarbejde med læger og/eller kommunalt personale på fx plejehjem og bosteder – ofte på projektbasis, og det har særligt vist sig at føre til lægers seponering af uhensigtsmæssige lægemidler.⁵ Som noget nyt i 2026 kan apoteker som en forsøgsordning tilbyde læger i lægedækningstruede områder medicingennemgange til patienter, der vurderes at have gavn af det. Ønsket blev stillet af bl.a. Danske Regioner for at aflaste læger i lægedækningstruede områder, og det er beskrevet i en [bekendtgørelse](#). Denne indsats er begrænset til lægedækningstruede områder, med forventning om, at tilbuddet vil skulle udvides for at aflaste flere læger.

For nogle borgere på sundheds- og omsorgspladser kan apotekernes samtale om udtrapning af medicin også blive relevant, både mens de er på pladserne, og når de skal hjem for at fastholde en ny vane med udtrapning af et lægemiddel. Siden januar 2025 har apoteksfarmaceuterne kunne levere en samtale om udtrapning af medicin efter aftale med læge (beskrevet i [bekendtgørelse om compliance-samtale på apotek](#)). Farmaceuten støtter i samtalen borgeren i implementeringen af udtrapningsplanen fra lægen og opfanger problemer i processen, hvor der kan henvises til kontakt til lægen, terapeut (fx ved smerter) eller andre professionelle.

Kvalitetsstandarder skal indeholde krav om regelmæssig kompetenceopbygning i medicin håndtering

I afsnit 3.4. Kompetencer side 10 står det beskrevet, *at personalet på sundheds- og omsorgspladserne skal besidde de rette kompetencer og erfaring til at varetage indsatserne, der tilbydes på pladserne, samt have mulighed for løbende at vedligeholde og udvikle kompetencer.*

I den forbindelse foreslår Apotekerforeningen, at der i kvalitetsstandarderne indføres krav om, at alle relevante medarbejdere på sundheds- og omsorgspladser deltager i kontinuerlig undervisning om sikker håndtering af medicin.

Personalet har et stort ansvar, når de skal håndtere borgernes medicin. Kompetencerne til at løfte opgaverne er imidlertid ikke altid til stede, og der kan opstå fejl og utilsigtede hændelser. Op mod 40 procent af alle indlæggelser af ældre på medicinske afdelinger er fx medicinrelaterede.⁶ De seneste erfaringsopsamlinger fra Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn i 2024 på plejeområdet viser, at mange plejeeenheder har problemer med at leve op til krav om medicin håndtering.⁷

Apotekerne kan tilbyde denne undervisning og støtte i etablering og fastholdelse af medicinsikre arbejdsgange. Samarbejde mellem apoteker og kommuner om undervisning af personale, samt indsatser om kvalitetssikring af medicineringsprocesser

⁵ [Effekt af medicingennemgang leveret af apotek](#). Pharmakon 2019

⁶ [Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan](#). Sundhedsstyrelsen.

⁷ [Tilsyn på plejeområdet viser fortsat udfordringer med medicin håndteringen | Styrelsen for Patientsikkerhed](#)

har eksisteret i flere år - det har vist sig at øge kompetencerne hos personalet, forbedre arbejdsgange omkring medicin og øge medicinsikkerheden for patienterne.^{8,9}

Personale på sundheds- og omsorgspladser kan søge medicinfaglig rådgivning fra apotek

I afsnit 4.2. om organisering af lægedækning og behandlingsansvar side 12 beskrives, at læger skal være tilgængelig for at rådgive og sparre med personale telefonisk/virtuelt. Apotekerforeningen gør opmærksom på, at personalet kan søge medicinfaglig rådgivning og sparring fra lokale apoteker. Det foregår også i dag, hvor personale får rådgivning fra apoteker om fx praktisk brug af medicin. I en [bekendtgørelse](#), som træder i kraft 1. februar 2026, skal en telefonisk rådgivningsshotline, som sundheds- og plejepersonale kan ringe til for at få svar på spørgsmål om medicin, afprøves i en forsøgsordning i 2026. Her kan personalet også ringe uden for det lokale apoteks åbningstid, fx aftener, weekender og lukkedage. Vi mener derfor, at der skal tilføjes en sætning under afsnit *Tilgængelighed over døgnet* side 12: "Apotekerne kan ligeledes være tilgængelige for personalet, når de har brug for telefonisk rådgivning og sparring om medicin." Denne sætning kan med fordel indsættes i forlængelse af den tidligere foreslåede sætning til det samme afsnit: "Medicinfaglige kompetencer er ligeledes nødvendige for at kunne understøtte borgernes rehabilitering og medicinbåndering på pladserne. Medicinfaglige kompetencer tilføres ved at indgå aftale med apoteket."

Apotekerne kan levere vederlagsfri medicin til borgere på sundheds- og omsorgspladser, hvor det giver mening

I afsnit 3.2. Indsatser side 9 står det angivet, at det forventes i et kommende lovforslag at blive foreslået, at regionerne får mulighed for at håndtere lægemidler til brug for behandling af borgere på bl.a. sundheds- og omsorgspladser, og at de offentlige sygehusapoteker kan levere lægemidler til regionerne.

Apotekerforeningen anerkender, at det er fundet mest hensigtsmæssigt, at borgere på de fremtidige regionale sundheds- og omsorgspladser ligestilles økonomisk med borgere indlagt på sygehus. Vi forstår af lovforslag om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven, som er sendt i høring med høringsfrist den 23. januar 2026, at offentlige sygehusapoteker vil kunne levere lægemidler til de regionale funktioner til brug for behandling af borgere på midlertidige døgndækkede pladser, herunder sundheds- og omsorgspladser og til behandling i eget hjem, herunder i akutsygepleje. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har svaret Folketinget Sundhedsudvalg i november 2025 i forbindelse med behandling af L42, at ministeriet i et kommende lovforslag desuden forventer at foreslå, at regionerne – udover fra sygehusapoteker/-filialer - også vil kunne rekvirere lægemidler og andre varer fra de private apoteker på samme måde som de kommunale funktioner, der er omfattet af lægemiddellovens § 39, stk. 3, nr. 13.

På den baggrund mener Apotekerforeningen, at der i det ovenfor omtalte afsnit 3.2. side 9 skal tilføjes: "Regionerne og sygehusapotekerne har mulighed for at indgå aftaler med apotekerne om levering af medicin til sundheds- og omsorgspladser." Det kan fx være i de tilfælde, hvor det kan hjælpe borgeren hurtigere, og hvor det logistik og økonomisk giver værdi. Det kan både være i form af medicinpakninger og dosispakket medicin.

⁸ [Pharmaceutical care services available in Danish community pharmacies | International Journal of Clinical Pharmacy](#)

⁹ [Mange behandlingssteder har udfordringer med medicinbåndering - Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet](#)

Levering af medicin fra apotek til fremtidens sundheds- og omsorgspladser og akut-sygepleje vil også kunne blive vederlagsfri for borgerne. Vederlagsfri udlevering foregår allerede i dag fra apotekerne gennem forskellige modeller:

- Apotekerne udleverer medicinen fra eget lager og afregner med regionen
- Medicinen pakkes fra sygehusapotekets lager og transporteres samlet til det private apotek til udlevering.

Formålet med disse ordninger er, at:

- Øge tilgængeligheden og fleksibiliteten for patienterne (eller personale, der håndterer medicin)
- Aflaste sygehusene
- Reducere medicinspild.

Apotekerne leverer i dag medicin til akutpladser og midlertidige pladser rundt i landet - fremtidens sundheds- og omsorgspladser - med egenbetaling for borgerne og nogle gange med levering flere gange om dagen. Apotekerne har således allerede etableret distributionsnettet i deres lokalområde.

Sammenhæng i borgernes forløb gennem samarbejde og kommunikation mellem aktører

Apotekerforeningen er enige i at samarbejde og kommunikation mellem regionen og kommunen er vigtigt for at skabe sammenhæng i borgernes forløb, som det står beskrevet i afsnit 4.3.

Samtidig mener vi, at der er andre aktører, hvor samarbejdet og kommunikationen skal fungere, for at overgangsproblematikker imødekommes. Medicin i overgange er en af de velkendte problematikker, som kræver en særlig indsats i samarbejdet og kommunikationen.

Apotekerforeningen foreslår, at der i afsnittet Kommunikation side 14 tilføjes "... og private velfærdsleverandører, herunder apotekerne", efter "kommunen" i sætningen *Regionen skal sørge for rettidig og relevant information til kommunen om borgeres ophold på en sundheds- og omsorgsplads samt forventede indsatser, herunder behandlingsbehov og forventet varighed*. Apoteket har fx en rolle ift. medicin, når borgerne skal ud fra pladserne og have deres medicin og/eller ydelser fra apoteket. Apoteket har derfor et behov for information om medicin fra regionerne for at kunne hjælpe borgerne bedst muligt. Både regioner og apoteker har et ansvar i samarbejdet og kommunikationen for, at det fungerer hensigtsmæssigt. Det står beskrevet, at *kommunen og private velfærdsleverandører ligeledes skal sørge for, at regionen modtager informationer om borgerne, når borgerne tildeles et ophold på sundheds- og omsorgspladserne*, men det er på nuværende tidspunkt uklart i kvalitetsstandarden, at regionerne også har ansvar for kommunikation til og samarbejde med andre aktører end kommuner.

Apotekerforeningen står til rådighed for spørgsmål eller behov for uddybning af høringsvaret.

Med venlig hilsen

Birthe Søndergaard
Sundhedsfaglig direktør
Danmarks Apotekerforening



Sundhedsstyrelsen
Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen
E-mail: fopssst@sst.dk.

Vedrørende ” Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser”

SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed - takker for muligheden for at afgive høringssvar til det fremsendte udkast til *Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser*.

Overordnede bemærkninger

Vi er glade for, at Sundhedsstyrelsen har fået opgaven med at udarbejde kvalitetsstander for den nye sundheds- og omsorgspladser. Standarderne kan sikre, at tilbuddene får en ensartet og høj kvalitet.

Vi er sideløbende bekymrede for, om nogle mennesker med psykiske udfordringer i forskellige grader kan komme i klemme i tilbuddet. Vi har følgende bekymringer.

1) Det er uklart, hvordan mennesker med psykiatriske problemstillinger sideløbende med somatiske behandlingskrævende udfordringer er stillet. Som fremgår afsnit om målgrupper vil borgere, der primært har behov for psykiatrisk behandling, ikke være omfattet af tilbuddet. Men der vil være mange tilfælde, hvor der vil være sideløbende problemstillinger, som ikke kan vægtes i primær og sekundær. Mange mennesker lever i dag med multisygdom, hvor psykiatriske problemstillinger er del af billedet.

Vi opfordrer til, at man nuancerer billedet af, hvem der er omfattet og konkretiserer, hvordan man vil sikre det tilstrækkelige samarbejde mellem region og kommune, så mennesker med multisygdom med diagnoser på tværs af psykiatri og somatik ikke bliver efterladt uden den tilstrækkelige hjælp.

2) Data og monitorering skal fastlægges efterfølgende. Vi opfordrer til, at man tænker data ind, som kan afdække kvalitetsbrist af ovenstående karakter.

På vegne af Landsforeningen SIND

Annette Wandel
Direktør

Dato: 9. januar 2026

*SIND – Landsforeningen
for psykisk sundhed*

*Blekinge Boulevard 2,
2630 Taastrup*

*Tlf.: 35 24 07 50
landsforeningen@sind.dk
CVR: 27119719*

www.sind.dk

*Protektor for SIND:
Hendes Majestæt Dronningen*

Høringssvar vedr. udkast til kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

Tak for muligheden for at afgive høringssvar til udkastet til kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser. Vi har gennemgået materialet og har følgende bemærkninger: Vi ser positivt på intentionerne i udkastet, men der er behov for at tydeliggøre ansvar, visitation, økonomi og opgavefordeling for at sikre en smidig implementering.

Postadresse:

Favrskov Kommune
Skovvej 20
8382 Hinnerup

Tlf. 89 64 10 10

favrskov@favrskov.dk
www.favrskov.dk

8. januar 2026

Sagsnr.
2024-07733

Det er helt centralt, at der fastlægges klare kriterier for, hvornår en borger skal tilbydes et ophold på en sundheds- og omsorgsplads, fx i forbindelse med genoptræning. I afsnit 2.1 (s. 5) står der bl.a. følgende om målgruppen: *"Det kan også gælde borgere med genoptræningsbehov, herunder almene genoptræningsbehov, hvor det vurderes, at indsatsen ikke kan tilrettelægges på et genoptræningscenter eller i eget hjem, fx på grund af praktiske forhold"*. Her bør det tydeliggøres, hvordan det afgøres og hvem der afgør, at almen genoptræning ikke kan varetages i genoptræningscenter eller eget hjem.

Det er ligeledes essentielt, at der fastlægges klare kriterier for, hvornår borgeren kan udskrives til eget hjem. Disse kriterier har stor betydning for kommunens mulighed for at planlægge og levere den efterfølgende indsats. Der bør udarbejdes nationale retningslinjer for helhedsvurdering af borgerens tilstand før udskrivning, og det skal fremgå tydeligt, hvem der træffer beslutningen, samt hvordan kommunen inddrages i processen. Det er vigtigt, at borgeren er tilstrækkeligt vurderet til at modtage kommunale indsatser, når udskrivningen sker.

Når det i afsnit 2.1 (s. 5) fremgår *"Ligeledes kan en borger i en ustabil og fluktuerende sundhedstilstand tilbydes et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads for at sikre hurtig adgang til personale ved behov"*, vil den nuværende praksis for udskrivelse fra hospital til midlertidige pladser blive ændret markant. Vi er bekymrede for, om det vil medføre, at flere borgere kan blive udskrevet til eget hjem tidligere end i dag og at kommunernes hjemmepleje dermed skal overtage opgaver, som tidligere blev løst på midlertidige pladser. Derfor er der behov for gennemsigthed i kapacitetsberegninger og en klar afklaring af de økonomiske og organisatoriske konsekvenser ved denne ændring, inden den indføres.

Vi ønsker også at fremhæve borgere med sociale og psykiatriske udfordringer. Borgere med fx misbrugsproblemer og behov for afrusning udgør en del af de borgere, der modtager indsatser på de midlertidige pladser i dag. Selvom denne gruppe ikke udgør flertallet, er de ofte komplekse og kræver særlig opmærksomhed – især når der er tale om borgere, der udover disse udfordringer også har behov for genoptræning. Det bør præciseres, hvordan kapacitet sikres til borgere med misbrugsproblemer, dobbeltdiagnoser eller udadreagerende adfærd. Derudover bør det fremgå, hvem der håndterer sociale problemstillinger under opholdet, og hvordan indsatsen koordineres med kommunens socialfaglige tilbud. Endelig er der behov for en økonomisk afklaring, hvis regionen henviser til specialiserede pladser.

Vi vil desuden fremhæve palliative borgere som en særlig målgruppe. Det er positivt, at palliative opgaver indgår i kvalitetsstandarderne, men der mangler en tydelig beskrivelse af, hvilke konkrete indsatser regionen skal varetage, og hvordan samarbejdet med kommunen sikres i disse forløb. Palliative forløb kræver høj grad af koordinering og klarhed om behandlingsansvar, da de ofte involverer både sundhedsfaglige og sociale indsatser.

Vi ønsker også at kommentere på formuleringen om rengøring i borgerens hjem som en forudsætning for hjemkomst (afsnit 4.3, s. 13). Rengøring kan være en kommunal opgave, hvis borgeren er visiteret til det, men kommunen kan ikke påtage sig hovedrengøring eller omfattende klargøring af hjemmet, hvis det ikke er egnet til at bo i. Teksten bør præciseres.

Derudover bemærker vi, at udkastet ikke beskriver social- og sundhedshjælpere som en del af faggrupperne på sundheds- og omsorgspladserne (afsnit 3.4, s. 12). I dag indgår social- og sundhedshjælpere i opgaveløsningen, og det er vigtigt at få afklaret, hvordan denne faggruppe sikres fremover i forhold til oplægget. Vi anbefaler, at der tilføjes en beskrivelse af social- og sundhedshjælpernes rolle og opgaver i kvalitetsstandarderne.

Overgangen fra sundheds- og omsorgsplads til kommunale indsatser skal være sammenhængende og velkoordineret. Vi anbefaler, at der etableres faste visitationsmøder mellem region og kommuner, og at der udarbejdes klare procedurer for informationsudveksling, så kommunen kan forberede hjemmepleje, træning og social indsats. Hurtig og transparent kommunikation om målsætninger og status er afgørende for et godt samarbejde.

Sammenfattende vil vi understrege behovet for klare retningslinjer for visitation, udskrivning og helhedsvurdering af borgerens tilstand før udskrivning, tydelig ansvarsplacering og økonomisk afklaring, formaliseret samarbejde og informationsdeling samt et særligt fokus på borgere med sociale og psykiatriske udfordringer, herunder dem der samtidig har behov for genoptræning, samt palliative borgere. Disse elementer er afgørende for at sikre sammenhængende forløb og undgå utilsigtede konsekvenser for kommunens opgaver.

Med venlig hilsen

Jeanette Rokbøl
Ældrechef
Favrskov Kommune

Anne-Marie Bentzen
Sundheds- og omsorgschef
Norddjurs Kommune

Wenche Nykjær Hallstrøm
Konst. sundheds- og ældrechef
Syddjurs Kommune

Høringssvar vedrørende kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

Varde Kommune 2026

Varde Kommune takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til kvalitetsstandard for sundheds- og omsorgspladser. Overordnet vurderes det positivt, at der arbejdes med en national ramme, der skal understøtte ensartet kvalitet. Kommunen har dog en række bemærkninger og forslag til præciseringer, for at sikre klarhed i implementering og drift.

Definitioner og begreber

Intensive indsatser

I høringsudkastet beskrives indsatserne som "intensive og individuelle", men det er uklart, hvad der konkret forstås ved begrebet *intensiv*. Det anbefales, at begrebet præciseres, herunder om intensitet relaterer sig til fx hyppighed af observationer, personalenormering, tværfaglighed eller særlige krav til behandlingsniveau.

Almene palliative indsatser

Der savnes en klar definition af almen palliativ indsats. Det fremgår, at disse indsatser i sig selv ikke giver ret til ophold på sundheds- og omsorgsplads, men uden en definition er det vanskeligt at vurdere afgrænsningen i forhold til øvrige indsatser.

Organisering og tilgængelighed

Samlet antal pladser nationalt og fordelingen

Det fremgår, at der samlet etableres 2.627 nationale pladser. Kommunen anbefaler, at det uddybes, hvordan pladserne fordeles mellem de enkelte sundhedsråd, samt hvilke kriterier, der ligger til grund for fordelingen, da det vil styrke gennemsigtigheden.

Specialisering af pladser

Under beskrivelsen af faglig og organisatorisk bæredygtighed nævnes muligheden for samorganisering og samarbejde på tværs af kommuner. Det fremgår dog ikke tydeligt, om der er mulighed for at specialisere pladserne til særlige målgrupper eller indsatser.

Behov for fysiske tilretninger m.v. i borgers hjem

Under afsnittet om Sammenhæng i borgerens forløb er det beskrevet, at der kan være behov for, at kommunen foretager fysiske tilretninger, rengøring mv. i den enkelte borgers hjem, som skal igangsættes under borgerens ophold som en forudsætning for, at borgeren kan komme hjem efter afsluttet ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Der mangler dog en beskrivelse af, hvem der definerer behovet for oprydning/rengøring af hjemmet inden udskrivelse. Der skal være en opmærksomhed på at det har kommunen ikke bare hjemmel til.

Mål for opholdet

Det vurderes positivt, at der fortsat skal arbejdes ud fra borgerens funktionsevne, individuelle mål samt, i et vist omfang, borgerens netværk og ressourcer. Det er dog væsentligt, at målene formuleres på en måde, der gør det muligt både at begrunde behov for fortsat ophold, at argumentere imod forlængelse samt for en efterfølgende plan efter opholdets afslutning.

Tildelings- og afslutningskriterier

Henvisningspraksis

Det er uklart, hvordan henvisningsprocessen konkret skal fungere i praksis, særligt i forhold til samarbejdet mellem region og kommune. Kommunen anbefaler, at der udarbejdes konkrete eksempler eller flowcharts, som illustrerer henvisningsforløb herunder dialog, eventuel afvisning og alternative tilbud.

Det vurderes positivt, at kommunen inddrages i dialogen om borgerens udskrivelse allerede fra indskrivning, da dette understøtter en bedre overgang for både borger og kommune. Der savnes dog afklaring af, om kommunerne pålægges betaling for færdigbehandlede borgere, der fortsat opholder sig på sundheds- og omsorgspladsen.

Det fremgår, at kommunal sygepleje og almen praksis kan henvise til ophold, men at det er regionen, der træffer afgørelse om visitation. Dette giver anledning til bekymring for, at borgere kan risikere at falde mellem sektorer. Kommunen anbefaler en tydeligere beskrivelse af, i hvilke situationer kommunale henvisninger skal imødekommes. Hvis der ikke er regional kapacitet, er regionen ansvarlig for at finde et alternativt tilbud. Hvis alternativet kan være en kommunal midlertidig plads, bør det præciseres, om regionen finansierer opholdet.

Lægefaglig opfølgning

Det ses som positivt og væsentligt, at lægefaglig opfølgning ikke er en forudsætning for tildeling af en sundheds- og omsorgsplads. Kommunen anbefaler, at dette fastholdes i den endelige kvalitetsstandard.

Finansiering

Kommunen anbefaler, at det tydeliggøres, at finansieringen af alle indsatser under ophold på sundheds- og omsorgspladser påhviler regionen. Dette bør gælde uanset, om der under opholdet ydes træning efter en almen genoptræningsplan (GOP) udarbejdet ifm. en udskrivelse fra sygehuset.

Kvalitetsstandards på sundheds- og omsorgs- pladser. Høringssvar

Overordnede bemærkninger

Dansk Selskab for Patientsikkerhed (herefter "PS!") takker for muligheden for at kommentere Sundhedsstyrelsens udkast til *Kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser*. Vi anerkender behovet for nationale standarder, der understøtter ensartet kvalitet i et nyt ansvarsområde for regionerne som led i Aftale om sundhedsreform 2024 og Forårsaftale 2025. Som en faglig interesseorganisation med fokus på patienternes sikkerhed, tryghed og kvalitet i pleje og behandling, vil vi især fremhæve patientsikkerhedsperspektivet i de standarder, som skal udgøre rammerne for midlertidige ophold uden for sygehusregi.

2. Principielle kommentarer

2.1. Fokus på patientsikkerhed som fundament

Kvalitetsstandarderne har et bredt sigte og omfatter målgruppe, indhold, kapacitet, udstyr, kompetencer og samarbejde mv. Kvalitetsstandarderne kan i højere grad læses om servicestandarder end som deciderede kvalitetsstandarder, og PS! skal foreslå, at:

- Standarderne tydeligt adresserer kvalitet og patientsikkerhed som gennemgående for de fremtidige tilbud, og at der opbygges hensigtsmæssig organisering herom. Det er velkendt at forebyggelige indlæggelser i høj grad skyldes generiske problemstillinger på tværs af diagnoser, herunder medicin, fald og ernæring, og det er derfor væsentligt at der arbejdes systematisk på pladserne med disse problemstillinger.
- I forlængelse heraf bør der være klare krav til systematisk monitorering af utilsigtede hændelser og fejlrapportering, herunder læring og forebyggelse på tværs af regioner, og på tværs af kommuner og regioner.
- Der indgår krav om anvendelse af nationale patientsikkerhedsindikatorer, baseret på evidens og bedste praksis.

Som et eksempel peger internationale erfaringer på, at tydelige og målbare kvalitetsmål kombineret med monitorering fremmer både patientsikkerhed og kvalitet i plejen. Man vil med fordel kunne inddrage erfaringer og viden fra programmet "I sikre hænder" samt "Sikker Medicinering", til sikring af kvalitet på omsorgspladser. Se hhv. <https://patientsikkerhed.dk/projekter/i-sikre-haender/> og <https://patientsikkerhed.dk/projekter/sikker-medicinering/>.

2.2. Patientsikkerhed i tildeling og afslutning

Standarderne beskriver principper for tildeling og afslutning af ophold baseret på individuel vurdering

Vi anbefaler, at:

- Den kliniske vurdering indeholder strukturerede sikkerhedsvurderinger med klare kriterier for progression, gentagen vurdering af risiko og forløbsplaner.
- Standarderne sikrer koordineret overdragelse af ansvar ved transitioner – især ved overgangen fra sygehus til plads og fra plads til hjem/kommunale tilbud.

Det er væsentligt at kvalitetsstandarder giver mulighed for klare aftaler og tydelighed omkring ansvar, da manglende sammenhæng er et udtalt kvalitets- og patientsikkerhedsproblem. PS! bemærker at tydeligheden kan være større. Det kan side 13 femte afsnit fx læses som, at kommunen skal levere sygepleje og genoptræning under ophold. Det vil være væsentligt at sikre, at der er entydigt ansvar for opgaverne, så borgeren ikke falder mellem to stole. Det kan ikke ses af den nuværende formulering.

Vedrørende basal palliation vil det være et væsentligt område generelt at behandle i den nye struktur. Formuleringen på side 5, anden halvdel af siden, forekommer at være uklar i forhold til opgaven, og der kan forudses utydelighed om opgaven for en gruppe, der er i en udsat position. Erfaringer fra "Klar til samtalen"-projekter i hele landet kan med fordel inddrages. Se <https://patientsikkerhed.dk/projekter/klar-til-samtalen/>.

2.3. Kompetencer, lægedækning og tværfaglighed

PS! vurderer det som positivt, at standarderne omtaler kompetencer, udstyr og organisering.

For at sikre et højt niveau:

- Bør det fremgå af standarderne, at bemanning og kompetencer matcher kompleksiteten i målgruppens sundhedsbehov.
- Der bør være krav om tværfaglig ledelse og forankring af patientsikkerhed i arbejds-gange samt løbende uddannelse i risikoidentifikation og sikkerhedsmetoder samt forbedringsmetoder, så implementering understøttes.
- Krav om tilgængelig lægefaglig vurdering døgnet rundt bør være eksplicit, herunder retningslinjer for eskalation ved ændringer i patienttilstand.

PS! har for nylig, i samarbejde med Odense Kommune, udarbejdet rapporten "Patientsikkerhed på plejehjem", som kan bruges som inspiration, også på sundheds- og omsorgspladser.

<https://patientsikkerhed.dk/publikationer/patientsikkerhed-paa-plejehjem-anbefalinger/>

3. Implementering og monitorering

PS! anbefaler, at standarderne:

- Indbefatter et obligatorisk evalueringselement, hvor der måles på patientsikkerhedsindikatorer hvert år.
- Der etableres en national monitoreringsmekanisme, hvor data fra regionerne kan bruges til gensidig læring, benchmarking og forbedringsarbejde.
- Standarderne sikrer tilstrækkelig dokumentation og gennemsigtighed for borgere og pårørende om kvaliteten på tilbuddene.

4. Afrunding

Dansk Selskab for Patientsikkerhed støtter principielt arbejdet med nationale kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser, da disse kan fremme kvalitet, sammenhæng og patientsikkerhed i en reorganiseret opgavevaretagelse.

Vi opfordrer dog til, at standarderne præciserer kravene til systematisk sikkerhedsarbejde, monitorering, kompetenceudvikling og tværsektorielt samarbejde, således at de bliver stærke redskaber til at sikre tryk, kvalitet og patientcentreret pleje.

Kvalitetsstandarderne bør understøttes af implementering, jf. ovenstående og af en modernisering og revitalisering af indikatorer i det nationale kvalitetsprogram.

Vi står gerne til rådighed for yderligere dialog omkring implementeringen af kvalitetsstandarderne.



DPHS
Dansk Præhospital Selskab

Silkeborg, 08-01-2026

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedrørende *Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser*
fra Dansk Præhospital Selskab

Dansk Præhospital Selskab (DPHS) takker for muligheden for at afgive høringssvar og for at være inddraget som høringsberettiget fagligt selskab i forbindelse med Sundhedsstyrelsens høringsudkast til *Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser*.

Dansk Præhospital Selskab anerkender høringsudkastets klare afgrænsning af målgruppe og formål for sundheds- og omsorgspladser samt det gennemgående fokus på entydigt behandlingsansvar og sammenhængende borgerforløb på tværs af sektorer. (**s. 12 sek. 4.2. afs. 4**)

Dansk Præhospital Selskab repræsenterer primært ansatte i de præhospitale beredskaber med ambulancefaglig uddannelse. Vi har gennemlæst høringsudkastet og noterer, at kvalitetsstandarderne overordnet har fokus på rammer, organisering og indsatser knyttet til regionale sundheds- og omsorgspladser samt samarbejdet mellem regioner, kommuner og almenmedicinske tilbud.

Vi vurderer, at vores medlemmer primært vil komme i kontakt med sundheds- og omsorgspladserne i følgende situationer:

- Ved besøg hos borgere, som ikke har behov for transport og indlæggelse i hospitalsregi, men som samtidig har behov for observation og/eller behandling ud over, hvad der kan tilbydes via eksisterende plejetilbud
- I forbindelse med transporter mellem hospitaler og sundheds- og omsorgspladser
- I forbindelse med akut forværring hos en borger på en sundheds- og omsorgsplads
- I forbindelse med større hændelser med behov for et øget antal sengepladser

Dansk Præhospital Selskab har følgende kommentarer til disse situationer:

Henvi sning til sundheds- og omsorgspladser (s. 15 afs. 5.1.)

Dansk Præhospital Selskab anbefaler, at de præhospitale organisationer i hver region tildeles mulighed for at henvise borgere direkte til sundheds- og omsorgspladser, under hensyntagen til lokale forhold, herunder organisering af den præhospitale indsats. Præhospitalt personale møder dagligt borgere med behov for observation og/eller simple behandlinger, hvor en hospitalsindlæggelse ikke er indiceret, men hvor de eksisterende tilbud ikke er tilstrækkelige. Disse borgere vil via præhospital visitering inden for regionens organisering kunne henvises til en sundheds- og omsorgsplads, hvilket vil kunne skåne borgeren for unødigt transport til akutmodtagelse. Samtidig vil dette have en samfundsøkonomisk gevinst ved at undgå indlæggelse i et mere ressourcekrævende regi. Muligheden vil desuden være relevant i situationer, hvor boligsociale forhold midlertidigt gør det uhensigtsmæssigt for borgeren at forblive i eget hjem (s. 3 sek. 1.2. afs. 4).

Transport og informationsdeling (s13+14 sek. 4.3. "Kommunikation" afs. 1)

I forbindelse med transporter mellem hospitaler og sundheds- og omsorgspladser vil Dansk Præhospital Selskab fremhæve, at det i høringsudkastet anføres, at:

"Gode overgange skal understøttes af struktureret kommunikation omkring borgerne. Der skal derfor være mulighed for at dele de nødvendige oplysninger om borgerne og borgernes forløb på tværs."

Dansk Præhospital Selskab anbefaler, at det tydeliggøres, at relevante sundhedsfaglige oplysninger om borgeren bør deles med præhospitalt sundhedsfagligt personale i forbindelse med transporter og sektorovergange til og fra sundheds- og omsorgspladser. Præhospitalt sundhedsfagligt personale, ud over det lægefaglige personale, har i dag ikke tilstrækkelig adgang til relevante oplysninger om borgeren, hvilket kan vanskeliggøre den samlede vurdering af borgerens tilstand og understøttelsen af sammenhængende forløb ved sektorovergange. Dansk Præhospital Selskab anbefaler kraftigt, at denne udfordring adresseres, da den også udgør et væsentligt problem i andre præhospitale og tværsektorielle sammenhænge.

Behandlingsniveau og håndtering af forværring (indgår ikke i høringsudkastet)

Dansk Præhospital Selskab anbefaler, at der ved ophold på sundheds- og omsorgspladser altid foreligger en lægefaglig stillingtagen til behandlingsniveau, herunder indikation for genoplivningsforsøg, samt klare planer for håndtering af akut forværring i borgerens tilstand (forværring i den aktuelle tilstand, forværring af komorbiditeter eller opståen af nye akutte tilstande).

Fælles struktur og sprog (s. 13 afs. 4.3. "Samarbjede")

Dansk Præhospital Selskab anbefaler, at arbejdet på sundheds- og omsorgspladser understøttes af strukturerede og systematiske tilgange til patientvurdering samt et fælles sprog for vurdering (fx. ABCDE) og formidling af borgerens tilstand. Erfaringer fra det præhospitale område viser, at anvendelse af et fælles sprog på tværs af faggrupper understøtter klar kommunikation og fælles forståelse ved sektorovergange. Det anbefales samtidig, at anvendelsen af sådanne strukturerede tilgange knyttes til opgaven og funktionen frem for en specifik profession.

Sundheds- og omsorgspladser i regional beredskabsplanlægning (indgår ikke i høringsudkastet)

Dansk Præhospital Selskab anbefaler, at sundheds- og omsorgspladser indtænkes i de regionale beredskabsplaner for større hændelser. Ved hændelser som terror, større ulykker, krig eller naturkatastrofer kan der opstå behov for et betydeligt antal sengepladser. Her kan sundheds- og omsorgspladser bidrage til at aflaste akuthospitalerne ved modtagelse af de lettest tilskadekomne borgere.

På den baggrund har Dansk Præhospital Selskab ikke yderligere faglige bemærkninger eller ændringsforslag til det fremsendte høringsudkast. Dansk Præhospital Selskab ser positivt på intentionen om at styrke kvalitet og sammenhæng i borgerforløb og bemærker, at der lokalt kan være mulighed for et hensigtsmæssigt samarbejde mellem præhospitale enheder og sundheds- og omsorgspladser, hvor dette vurderes relevant.

Vi takker for muligheden for at bidrage til høringen og står fortsat gerne til rådighed i relevante faglige sammenhænge.

Med venlig hilsen

På vegne af bestyrelsen i Dansk Præhospital Selskab

Arne Jensen, Formand

København, den 12. januar 2026

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgs- pladser

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) takker for muligheden for at afgive høringssvar på Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser.

Mange positive elementer

DSAM vurderer samlet set, at kvalitetsstandarderne indeholder en række væsentlige og fagligt velbegrundede elementer.

Det er positivt, at basal palliation er indtænkt som en del af indsatsen på sundheds- og omsorgspladserne og ikke alene observation, pleje og behandling.

DSAM støtter, at visitation og målgruppebeskrivelse tager udgangspunkt i borgerens behov frem for diagnose. Det er ligeledes positivt, at borgerens livssituation inddrages bredt, herunder boligsociale forhold. Dette har tidligere været et kendt problemområde, hvor det har været vanskeligt at finde hensigtsmæssige løsninger. Det gælder også borgere med rusmiddelforbrug og samtidig somatisk sygdom, som ofte falder mellem eksisterende tilbud.

DSAM bifalder, at lægemidler under opholdet er vederlagsfri og at der planlægges lokal adgang til udlevering af lægemidler på pladserne.

Det er særdeles positivt, at monitorering og datagrundlag tænkes baseret på eksisterende data frem for nye registreringskrav.

Det er desuden positivt, at standarderne eksplicit er opmærksomme på risikoen ved hyppige skift i opholdssted, særligt for borgere med demens, hvor kontinuitet er afgørende. Det er dog også relevant for andre patienter. Man bør altid være opmærksom på problemet med overflytning af patienter fra sygehus til sundheds- og omsorgsplads og videre til kommunal midlertidig plads.

Observationspunkter og bekymringer

Lægedækning: Sammenhæng med almen praksis

Det anføres, at den øgede lægedækning på pladserne skal ses i sammenhæng med udviklingen af almenmedicinske tilbud i de kommende år. Man nævner også, at almen medicinske tilbud kan bidrage med ressourcer til lægedækningen på pladserne.

Det er ikke særlig præcist beskrevet, hvordan dette skal kunne lade sig gøre i praksis.

DSAM gør opmærksom på, at ansvaret for egen patientpopulation og muligheden for at levere kontinuitet til disse patienter stemmer særdeles dårligt overens med, at lægen samtidig kan levere døgndækning til nogle helt andre patienter på sundheds- og omsorgspladserne. (Det vil ikke være lægens egne patienter der er indlagt på sundheds- og omsorgspladsen, men patienter fra hele kommunen). Der er således tale om et arbejde, der er løsrevet fra det at drive en almen praksis, og som vil skade kontinuiteten i de almen medicinske tilbud.

DSAM finder det relevant, at man (blandt andet) rekruttere speciallæger i almen medicin til stillingerne, men anbefaler følgende:

- At lægedækningen af pladserne er adskilt fra de almen medicinske tilbud. Almen praksis kan bidrage ved behov gennem konference og overlevering, men ikke som uformel bagvagt eller delvis ansvarlig.
- Behandlingsansvaret for borgere på sundheds- og omsorgspladserne bør ligge hos de fast tilknyttede læger på pladserne.
- Hvis man alligevel ønsker dækning via almen medicinske tilbud, skal der være klare rammer, kapacitet og aftalegrundlag. Vi mener dog ikke, at de almen medicinske tilbud har kapaciteten pr 1. januar 2027.

Lægedækning: Krav om døgndækning pr 1. januar 2027 er ikke realistisk

Kravet om døgndækning med fast tilknyttede læger kan principielt understøtte kontinuitet. DSAM vurderer imidlertid, at døgndækning med læger i op til 98 kommuner ikke er realistisk implementerbart pr. 1. januar 2027 på landsplan givet det forudsatte antal pladser og den samlede antal læger, det kræver at drive et vagthold 24/7.

DSAM anbefaler:

- En trinvist implementeret model, hvor kravene til lægedækning og målgruppe tilpasses opstartsfasen. Derved understøtter man også en patientsikker opbygning af kompetencer, arbejdsgange og datainfrastruktur

Målgruppe: Behov for præcis afgrænsning af "ustabile/uforudsigelige forløb"

Målgruppen er for upræcis. Det angives, at sygehusbehandling er relevant, når behandlingen er "tidskritisk". Samtidigt angives det under eksempler på målgrupper, at den kan omfatte borgere i "uforudsigelige forløb eller i en ustabil fase".

DSAM anbefaler, at standarderne præciserer afgrænsningerne bedre. Uforudsigelige og ustabile forløb bør ikke inkluderes, da de ofte kræver sygehusets diagnostik og beredskab.

DSAM anbefaler:

- At standarderne klart tydeliggør, hvilke kliniske situationer der *ikke* er egnede til ophold på sundheds- og omsorgspladserne og
- at målgruppen i opstartsfasen, af hensyn til patientsikkerheden, afgrænses til borgere, der er *klinisk stabile* i aften og nattetimerne. På sigt når der er høstet erfaringer, kan man udvide målgruppen.

Udstyr, diagnostik og laboratoriefunktion: Behov for minimumskrav

Afsnittet om udstyr er kortfattet. DSAM finder det nødvendigt, at standarderne eksplicit forholder sig til basale diagnostiske muligheder, herunder point-of-care testing (POCT).

DSAM anbefaler:

- at det fremgår, at der som minimum skal være adgang til relevante basale målinger (fx CRP og væsketal) samt en formaliseret laboratorietilknytning. Det kan overvejes at nævne bioanalytiske kompetencer eller beskrive adgang til sygehuslaboratorier.
- DSAM vil samtidig understrege, at det ikke kan forventes, at borgernes praktiserende læge varetager blodprøvetagning/diagnostik på sundheds- og omsorgspladserne.

Medicinansvar, FMK og overlevering

Det er positivt, at medicin under opholdet er vederlagsfri og at der lægges op til regional håndtering og distribution.

DSAM anbefaler, at standarderne præciserer:

- hvem, der har ansvar for ordination/seponering, dispensering og dokumentation under opholdet,
- hvordan FMK holdes opdateret og
- hvilke minimumskrav, der gælder for medicininformation ved udskrivelse/overgang til kommune og almenmedicinsk tilbud.

Visitation og risiko for flere siloer

DSAM er bekymret for, at etableringen af endnu et visiterbart tilbud kan øge risikoen for afvisninger og omdirigering af akutte forløb hos skrøbelige patienter.

DSAM anbefaler derfor, at der etableres en samlet visitationsadgang (én indgang), så henvisere ikke sendes mellem flere enheder og ordninger ved akut behov. Hvis henvisning afvises, bør der altid være mulighed for dialog samt et reelt alternativ.

Samlokation

DSAM anbefaler fortsat, som i tidligere høringssvar, samlokation af regionale og kommunale pladser, som kan forenkle overflytning af patienter uanset diagnose og give lettere adgang til vidensdeling mellem personalet.

Med venlig hilsen



Maria Krüger
Konst. formand for DSAM



Sundhedsstyrelsen

Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

Høringssvar til høring om Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

Danske Fysioterapeuter takker for høring om Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser.

Udkastet til kvalitetsstandarder giver et udmærket overblik over formål, tilgængelighed, henvisning til og tildeling af fremtidige sundheds- og omsorgspladser.

Udover "terapeutfaglige" og "sygeplejefaglige" indsatser er det ikke i udkastet nærmere defineret hvilke sundhedsfaglige indsatser, som borgerne skal modtage på sundheds- og omsorgspladserne.

Danske Fysioterapeuter er positive overfor, at man i kvalitetsstandarderne eksplicit beskriver, at der skal være terapeutfaglige kompetencer til stede på matriklen alle dage.

Vi foreslår rettelse til kap. 3.4., således at de terapeutfaglige kompetencer og indsatser tydeliggøres:

"Borgernes behov for rehabilitering og genoptræning betyder, at der skal være kontinuerlige terapeutfaglige kompetencer til stede.

Dette skal også medvirke til, at genoptræning og rehabilitering bliver en integreret del af den samlede indsats, og at terapeuterne indgår i det samlede team omkring borgeren.

De terapeutfaglige kompetencer skal være til stede i dagtimerne alle ugens dage."

Fysioterapeuter vil have fokus på kerneopgaven

Fysioterapeuter vil gerne indgå i den fælles opgaveløsning og i det tværfaglige samarbejde og støtte op om og indgå i andre opgaver, når det fagligt er relevant, i tilknytning til kerneopgaverne.

Men fysioterapeuter vil lave fysioterapi og bidrage med deres kernefaglighed; undersøgelse, diagnosticering, individuel doseret behandling, genoptræning, rehabilitering, palliation mv.

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

Derfor er foreslår vi, at Sundhedsstyrelsen tilretter afsnittet om relevante kompetencer på sundheds- og omsorgspladser, så det præciseres, at fysioterapeuter ikke indregnes i normering i forhold til pleje.

Dato:

09-01-2026

Email:

gp@fysio.dk

Tlf. direkte:

3341 4656

Lovgivning er barriere for kommunikation på tværs

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.

Det giver særligt problemer for fysioterapeuter, som er ansat i funktioner med hurtige patient/borgerforløb, herunder i skadestuer/akutmodtagelser, hvor fysioterapeuter er ansat til at udrede og behandle patienterne. En opgave, som lægerne tidligere stod med alene og, som fysioterapeuterne i stort omfang har overtaget.

Med de nye sundheds- og omsorgspladser vil der også være tale om hurtige forløb, 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 rejser nu igen denne problematik med ministeriet, hvor vi anmoder om at blive sidestillet med læger, jordemødre og sygeplejersker i sundhedslovens § 42 d, stk. 2, nr. 1.

Tekstnære forslag til rettelser

Vi foreslår, at

"forebyggelse" tilføjes i kap. 3.1.: Formålet med indsatserne på en sundheds- og omsorgsplads er at *forebygge*, forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgernes fysiske og kognitive funktionsevne.

"fælles tværfaglige" tilføjes i kap. 3.2: Der fastsættes *fælles tværfaglige* konkrete mål for rehabilitering og genoptræning (...).

Vi har ikke yderligere bemærkninger til høringsudkastet og stiller os selvfølgelig til rådighed, hvis styrelsen ønsker vores bemærkninger uddybet.

Med venlig hilsen

Niels Sandø

Afdelingschef for Politik, Profession og Kommunikation



Januar 2026

*Att. Sundhedsstyrelsen, enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen
fopssst@sst.dk med kopi til mebrs@sst.dk*

Høringssvar fra foreningen Danske Demenskoordinatorer (DKDK) over kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

Danske Demenskoordinatorer kvitterer for fremsendte høring.

Det fremgår af kvalitetsstandarderne, at borgere diagnosticeret med en demenssygdom, som ikke har behov for sundhedsfaglige indsatser af andre årsager end dem, der er relateret til deres demenssygdom, ikke er i målgruppen for en sundheds- og omsorgsplads.

Begrundelsen er, at der så vidt muligt skal undgås unødvendige skift af opholdssted.

Denne formulering rejser en række faglige og praksisnære bekymringer, som udfoldes i det følgende.

Mangelfuld fremstilling

Flere steder er beskrivelsen af målgruppen defineret som en gruppe borgere – herunder også mennesker med demens – som kan have behov for et ophold med henblik på at afdække, om adfærdsændringer eller markante kognitive funktionsfald skyldes somatiske problemstillinger. Dette afspejler en vigtig og realistisk klinisk problemstilling i kommunal praksis.

Af den årsag undrer det os, at demenssygdom udelukkende nævnes i eksemplet på borgere, som *ikke* skal tilbydes et ophold. Denne ensidige fremstilling risikerer at skabe en forståelse af, at en demensdiagnose i sig selv udelukker borgeren fra en sundhedsfaglig vurdering på en sundheds- og omsorgsplads.

I praksis er det netop ofte under disse ophold, at der identificeres skjulte somatiske problemstillinger såsom forstoppelse, smerter, infektioner eller bivirkninger som følge af polyfarmaci – problemstillinger som ikke har kunnet afdækkes i borgerens eget hjem. I flere tilfælde har sådanne ophold medført en forbedring af borgerens funktionsniveau, så borgeren igen har kunnet vende tilbage til egen bolig uden behov for sygehusindlæggelse.

Risiko for oversete sundhedsfaglige behov

Der er en reel risiko for, at væsentlige sundhedsfaglige problemstillinger hos mennesker med demenssygdom overses, hvis en demensdiagnose i sig selv bliver årsag til, at borgeren ikke kan visiteres til et døgnophold med sundhedsfaglig vurdering. Argumentet om at undgå unødvendige skift af opholdssted kan i disse tilfælde ikke stå alene, da alternativet ofte vil være en mere indgribende og belastende sygehusindlæggelse.

Det bør derfor tydeliggøres, at formålet med sundheds- og omsorgspladser netop er at foretage en kvalificeret, helhedsorienteret og sundhedsfaglig vurdering – også når symptomerne viser sig



som ændret adfærd eller kognitiv forværring hos mennesker med demenssygdom.

Krav om individuel vurdering og rehabilitering

Kvalitetsstandarderne lægger vægt på, at indsatserne baseres på en individuel vurdering af borgerens samlede sundhedstilstand og livssituation. Denne tilgang harmonerer dårligt med en generel udelukkelse af borgere med demenssygdom alene på baggrund af deres diagnose.

Materialet anvender definitioner af funktionsevne og rehabilitering, som omfatter både fysiske, psykiske, kognitive og sociale funktioner samt borgerens mulighed for aktivitet og deltagelse. I lyset af disse definitioner er det inkonsekvent at anføre, at borgere med demenssygdom ikke har behov for sundhedsfaglige indsatser, når disse er relateret til demens. Demens er en sygdom, og akut vurdering, observation og behandling af demensrelaterede problemstillinger må betragtes som sundhedsfaglige indsatser.

Det er desuden værd at bemærke, at mennesker med demens i dag i høj grad er repræsenteret på kommunernes rehabiliteringscentre, netop med henblik på sundhedsfaglig vurdering og rehabilitering – ikke aflastning. Dette bør afspejles tydeligere i kvalitetsstandarderne, eksempelvis ved også at inkludere et positivt eksempel på en borger med demenssygdom, som kan have gavn af et ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Findes de rette kompetencer og demensfaglighed i tilbuddet?

Endelig giver målgruppeafgrænsningen anledning til bekymring for, om der i tilstrækkelig grad er tænkt demensfaglige kompetencer ind i tilbuddet. Disse kompetencer bør være en integreret del af sundheds- og omsorgspladsens faglige fundament.

Det anbefales derfor, at kvalitetsstandarderne – fx i afsnittet om kompetencer – tydeliggør behovet for demensfaglige kompetencer, herunder personcentreret omsorg, relationelt samarbejde, viden om demenssygdomme samt evnen til at tilrettelægge sundhedsfaglige og rehabiliterende indsatser, som borgere med demenssygdom reelt kan deltage i.

Opsummering

En ensidig fremstilling, hvor demenssygdom primært optræder som et kriterium for udelukkelse, risikerer at føre til underbehandling, manglende somatisk fokus og mere indgribende løsninger. Det anbefales derfor, at kvalitetsstandarderne justeres, så borgere med demenssygdom ikke afvises alene på baggrund af diagnosen, og at det tydeligt fremgår, at også mennesker med demenssygdom kan have betydelig gavn af et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

På bestyrelsens vegne

Gitte Kirkegaard,
Formand for DKDK

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

E-mail: fopssst@sst.dk, cc: mebrs@sst.dk

Høringssvar vedr. nationale kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser.

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkastet til nationale kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser.

Vi ser positivt på, at der fastlægges nationale krav og anbefalinger, der kan bidrage til mere ensartet kvalitet, tydeligere rammer og bedre sammenhæng i borgernes forløb på tværs af landet. Det er centralt, at opholdet på sundheds- og omsorgspladserne understøtter patientsikkerhed, rehabilitering og trygge overgange - og at borgerens og de pårørendes perspektiv tydeligt integreres i kvalitetsbegrebet, i tråd med udkastets vægt på individuelle, intensive indsatser og løbende evaluering.

Brugerinddragelse og fokus på borgerinformation

Udkastet lægger et vigtigt spor ved at beskrive, at opholdet skal planlægges tværfagligt med konkrete mål, og at der løbende skal følges op gennem statusmøder med borgeren (og evt. pårørende) samt dialog med opholdskommunen. Tilsvarende er det en styrke, at udkastet fremhæver behovet for tydelighed om behandlingsansvar og behandlingsplaner.

Danske Patienter anbefaler, at standarderne tydeliggør borgerinddragelse som et konkret krav: Borgeren skal ved start af opholdet informeres om formål, forventet varighed og mål samt have en enkel, skriftlig behandlings-/rehabiliteringsplan, der løbende revurderes i statusmøder med borgeren.

Konkret forslår vi at det præciseres i kap. 3.2 og 4.2/4.3:

- At der ved start af ophold altid udarbejdes en fælles behandlings-/rehabiliteringsplan i et sprog, borgeren forstår, som minimum beskriver: formål, forventet varighed, konkrete mål for progression i funktionsevne (jf. kap. 3.2), indsatser, samt hvem der har behandlingsansvaret under opholdet.
- At planen revurderes systematisk i statusmøder, og at borger (og relevante pårørende) inddrages aktivt, i tråd med udkastets statusmødestruktur.

Klare kriterier for at forebygge ulighed og variation i praksis

Vi er positive over for, at udkastet tydeligt understreger, at tildelingen skal baseres på behov frem for diagnose og bero på en individuel vurdering af borgerens samlede sundhedstilstand og livssituation, herunder boligsociale forhold og netværk.

Danske Patienter er paraply for patient- og pårørendeforeninger i Danmark. Danske Patienter har 28 medlemsforeninger, der repræsenterer 108 patientforeninger og 900.000 medlemmer: Alzheimerforeningen, Amputationsforeningen, Astma-Allergi Danmark, Bedre Psykiatri, Colitis-Crohn Foreningen, Dansk Søvnrapnø Forening, Depressionsforeningen, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Fibromyalgi- & Smerteforeningen, Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskaade, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerneskaade foreningen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Lungeforeningen, Muskelsvindfonden, Nyreforeningen, Osteoporoseforeningen, Parkinsonforeningen, Patientforeningen Fertilitet og Tab, PolioForeningen, Scleroseforeningen, SIND, Sjældne Diagnoser, UlykkesPatientForeningen og Øjenforeningen.

Dato:
12. januar 2026

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
eo@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/3

Samtidig viser udkastets brede målgruppebeskrivelse og de forskellige henvisningsveje, at der er en reel risiko for forskellig praksis på tværs af landet, hvis "samlet situation" ikke operationaliseres mere ensartet.

Side 2/3

Vi anbefaler derfor, at standarderne præciserer et fælles nationalt minimum for vurderingsgrundlaget ved tildeling – uden at fjerne det individuelle faglige skøn. Et sådant minimum bør omfatte:

- Funktionsevne og rehabiliteringspotentiale
- Boligforhold og tilgængelighed
- Netværk og omsorgsressourcer
- Behov for hyppige observationer
- Behov for samtidige kommunale indsatser efter serviceloven eller ældreloven under opholdet, så snitflader håndteres proaktivt.

Formålet er at reducere risikoen for geografisk variation i praksis og styrke gennemslugtighed og ensartethed i tildelingen på tværs af landet.

Nærhed uden at gå på kompromis med kvalitet

Danske Patienter bemærker, at udkastet lægger op til en nødvendig afvejning mellem geografisk nærhed/tilgængelighed og hensynet til faglig bæredygtighed, herunder robust døgndækning og et tilstrækkeligt fagligt miljø. Det er en relevant balance, som vi overordnet kan støtte, men den bør tydeliggøres med et klart patientperspektiv.

Mange patienter kan og er villige til at rejse længere hvis det er forudsætning for at oppebære den nødvendige kvalitet. Men for meget svækkede og/eller ældre borgere kan afstand være en reel barriere for tryghed, pårørendekontakt og rehabiliteringsudbytte, og dermed for, om opholdet reelt understøtter formål og effekt.

Vi anbefaler derfor, at kap. 4.1 præciseres, så det fremgår at:

- Regionerne (evt. via sundhedsrådene) forpligtes til at beskrive klare kriterier for, hvornår faglig/organisatorisk bæredygtighed begrundes samling på færre matrikler, samt hvordan der i disse tilfælde sikres reel tilgængelighed, fx via planlagt transport.
- Planlægningen gøres gennemslugt: når man fraviger udgangspunktet om nærhed, bør det begrundes i konkrete, dokumenterbare hensyn til kvalitet, kompetencer og patientsikkerhed (i tråd med kap. 4.1's fokus på robust kompetencedækning og opgavevolumen).

Målgruppe, demens og snitflader til ældre- og servicelov

Vi kvitterer for, at udkastet slår fast, at tildelingen skal baseres på borgernes behov for sundhedsfaglig indsats frem for diagnose, medicinforbrug eller kompleksitet.

Samtidig anbefaler vi, at formuleringen om, at "en relativt lille andel" af målgruppen vil have behov for kommunale indsatser efter serviceloven (kap. 1.2 og 2.1), nuanceres. En betydelig del af målgruppen – i praksis ofte meget svækkede ældre – vil have behov for kommunale indsatser efter ældreloven og i mange tilfælde i kombination med indsatser efter serviceloven. Det bør derfor fremgå tydeligt, at relevante kommunale indsatser under opholdet kan omfatte både ældrelov og servicelov, og at disse planlægges og iværksættes tidligt i forløbet.

Vi støtter også opmærksomheden på, at borgere med demens så vidt muligt ikke skal flyttes unødigt (kap. 2.3). Det bør dog samtidig ekspliciteres, at indikationen for et ophold på en sundheds- og omsorgsplads også kan være relateret til demenssygdommen, når der er et konkret sundhedsfagligt behov – fx tæt observation og forebyggelse af delir/forværring som alternativ til indlæggelse. Vi foreslår derfor, at kap. 2.3 omformuleres, så borgere med demens ikke afskæres fra et ophold, når de har behov for sundhedsfaglige indsatser, også hvis behovet udspringer af demensrelaterede problemstillinger, samtidig med at unødige skift af opholdssted fortsat undgås.

Henvisning og tildeling: kommunal faglighed og fælles ansvar

Vi vil understrege betydningen af, at den kommunale henvisning tillægges meget stor vægt. I dag anvender kommunerne midlertidige pladser som en del af en samlet portefølje til at sikre trygge udskrivelser og håndtere situationer, hvor nødvendig støtte i hjemmet ikke kan etableres rettidigt.

Vi anbefaler derfor, at det i kap. 5.1-5.2 tydeliggøres, at den kommunale henvisning som udgangspunkt bør følges, medmindre der foreligger tungtvejende faglige grunde til det modsatte. Hvis regionen ikke kan imødekomme henvisningen, bør det samtidig fremgå tydeligere, at regionen har ansvar for at finde en egnet alternativ løsning, så borgerens forløb ikke bliver utrygt eller forsinket.

Kvalitetsudvikling, monitorering og brugeroplevede data

Danske Patienter finder det positivt, at udkastet lægger op til at etablere et datagrundlag for sundheds- og omsorgspladser, som kan understøtte drift, national monitorering, planlægning og kvalitetsudvikling, og at dette indledningsvis kan bygge på eksisterende dokumentation og data for at undgå nye dokumentations- og registreringskrav samt en unødigt forøgelse af indikatorer.

Samtidig vil vi understrege, at monitoreringen bør rumme et tydeligt borger- og patientperspektiv, idet udkastet netop åbner for, at datagrundlaget kan omfatte både kliniske, organisatoriske og brugeroplevede perspektiver.

Danske Patienter anbefaler derfor, at det i standarderne (kap. 6.2) præciseres, at patientrapporterede oplysninger om oplevelser og udbytte prioriteres, når borgeren er i stand til at bidrage – men at dataindsamlingen tilrettelægges skånsomt og proportionalt, så den ikke bliver en byrde for borgere i en sårbar situation eller forstyrrer formålet med opholdet.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør

Til: Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedrørende Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

Dansk Selskab for Fysioterapi har med interesse læst Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser. Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar og kvitterer for et overvejende solidt arbejde.

Følgende høringssvar leveres på vegne af Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) i samarbejde med Niklas Grundt Hansen, Cand. Scient. i Fysioterapi, Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri (DSFGG).

Bemærkninger til Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

De nye kvalitetsstandarder er i sin helhed vellykkede.

Vi har følgende konkrete kommentarer til arbejdet som arbejdsgruppen kan tage til efterretning i den endelige revision:

- **Overordnet:** Overordnet set anbefaler vi, at kvalitetsstandarderne suppleres med tydelige(re) præciseringer, der:
 1. Sikrer terapeuters eksisterende arbejdsvilkår i forbindelse med virksomhedsoverdragelse,
 2. Fastslår, at krav om terapeutisk dækning alle ugens dage er et organisatorisk ansvar og ikke en individuel forpligtelse, og
 3. Etablerer klare snitflader for behandlingsansvar for at undgå behandlingsmæssige kløfter.

En sådan tydelighed vil styrke både kvaliteten i borgernes forløb og bæredygtigheden i den fremtidige organisering af sundheds- og omsorgspladserne.

- **Indledning:** Vi anerkender formålet med de nationale kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser, herunder ønsket om at styrke kvalitet, sammenhæng og faglig bæredygtighed i borgernes forløb. Særligt det rehabiliterende sigte, det tværfaglige samarbejde og fokus på funktionsevne vurderes som fagligt velbegrundede elementer.

Samtidig rejser standarderne væsentlige problemstillinger i relation til terapeuters ansættelsesvilkår og afgrænsningen af behandlingsansvar i forbindelse med den forestående opgave- og medarbejderoverdragelse fra kommuner til regioner. Disse forhold vurderes at have direkte betydning for både kvalitet, patientsikkerhed samt rekruttering og fastholdelse af terapeuter.

- **Terapeuternes arbejdsvilkår og virksomhedsoverdragelse:** Det fremgår af kvalitetsstandarderne, at der skal være terapeutfaglige kompetencer til stede i dagtimerne alle ugens dage. Dette krav har betydelige implikationer for arbejdets organisering.

Vi gør opmærksom på, at:

Majoriteten af de fysioterapeuter og ergoterapeuter, der i dag er ansat på kommunale døgnpladser, arbejder i selvtilrettelæggende stillinger og/eller i ansættelser, der alene dækker mandag–fredag.

Disse vilkår udgør et væsentligt element i de nuværende ansættelsesforhold og har været afgørende for både rekruttering og fastholdelse på området.

I forbindelse med sundhedsreformen forventes en omfattende virksomhedsoverdragelse, hvor medarbejdere og opgaver overføres fra kommuner til regioner. I den sammenhæng er det afgørende at understrege, at:

Overdragelsen skal ske i fuld overensstemmelse med reglerne om virksomhedsoverdragelse, herunder princippet om, at medarbejdere overgår med uændrede løn- og ansættelsesvilkår.

Kravene i kvalitetsstandarderne til tilgængelighed og kontinuitet kan ikke i sig selv begrunde forringelser af individuelle arbejdsvilkår, herunder ændringer i arbejdstidens placering, indskrænkning af selvtilrettelæggelse eller pålæg om weekend- og turnusarbejde.

Vi finder det derfor nødvendigt at det tydeliggøres, at:

Kravet om terapeutisk dækning alle ugens dage er et organisatorisk og ledelsesmæssigt ansvar, som skal løses gennem planlægning, bemanning og eventuelle nyansættelser – ikke gennem ensidige ændringer af eksisterende ansættelsesvilkår.

Terapeuter, der virksomhedsoverdrages fra kommuner til regioner, skal sikres mod forringelser af deres arbejdsvilkår, både ved overdragelsen og i den efterfølgende implementeringsfase.

En manglende tydelighed på dette punkt indebærer risiko for utryghed blandt medarbejdere, øget personaleomsætning og vanskeligheder med at sikre den nødvendige terapeutiske kvalitet i tilbuddene.

- **Behov for klar snitflade for behandleransvar:** Det fremgår, at ca. 70 % af opgaverne på sundheds- og omsorgspladser forventes overtaget af regionerne. Dette repræsenterer en markant ændring i opgavefordelingen mellem regioner og kommuner.

Vi ser her et behov for større præcision i forhold til:

1. Hvem der har det overordnede behandlingsansvar under opholdet
2. Hvem der har ansvaret ved udskrivning og overgang til eget hjem, og
3. Hvem der har ansvar for opfølgende genoptræning og revurdering ved manglende progression.

Uden en klart defineret og operationel snitflade er der risiko for, at borgere i overgangene mellem sektorer bliver fanget i en behandlingsmæssig gråzone, hvor ansvar og opfølgning ikke er entydigt placeret. Dette kan få konsekvenser for både patientsikkerhed, kontinuitet i genoptræningen og borgernes mulighed for rettidig støtte efter udskrivning.

Vi anbefaler derfor, at:

Der fastlægges en tydelig og bindende snitflade mellem regionalt og kommunalt behandlingsansvar, ansvar ved overgangsforløb. Samt at dette særligt i forbindelse med udskrivning præciseres eksplicit.

Der bør sikres klare procedurer for overdragelse af behandlingsansvar, så ingen borgere efterlades uden aktiv faglig opfølgning.

Vi håber, at arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvarene anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af anbefalingerne.

Såfremt der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige.

Med venlig hilsen

Rasmus Gormsen Hansen
Formand Dansk Selskab for Fysioterapi

Høringssvaret er udarbejdet med input fra



Dansk Selskab
for Fysioterapi
i Gerontologi
og Geriatri



DSPaM

Dansk Selskab for Palliativ Medicin

Høringssvar: "Kvalitetsstandarder for sundheds – og omsorgspladser"

9. januar 2026

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen
Enhedschef Louise Bredal Mørk Lauridsen
fopssst@sst.dk
mebrs@sst.dk

Palliativ indsats er central for indfrielse af ambitionerne om forbedret palliation i sundhedsreformen, - men mangler i "*Kvalitetsstandarder for sundheds – og omsorgspladser*"

Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPaM) takker for invitationen til at afgive høringssvar vedr. "*Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser*".

DSPaM finder det meget positivt, at den basale palliative indsats nævnes i kvalitetsstandarden. Vi anser det som et væsentligt og nødvendigt løft, at der fastsættes forpligtende kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger, som kan understøtte en mere ensartet kvalitet på tværs af landet. Samtidig vurderer DSPaM, at palliation ikke er tilstrækkeligt tydeligt eller konsekvent indarbejdet i standarden.

Skrøbelige patienters behov kalder på indsats med palliativt sigte

Der dør ca 57.000 mennesker i Danmark om året (1). Mere end en tredjedel dør på hospitalet (2) og i de sidste måneder før døden ses en eksplosiv vækst i hospitalsindlæggelser (3). Udsigtsløse indlæggelser, i den sidste del af livet, har store konsekvenser for patienten, de pårørende og ikke mindst for presset ind mod hospitalsvæsenet.

Data fra de eksisterende kommunale midlertidige døgnpladser viser, at 7% af patienterne indlægges akut fra pladserne, at 16% dør inden for 30 dage efter udskrivelse og at 38% dør inden for det første år (4). Tallene vidner om, at en betydelig andel af patienterne på disse pladser er særdeles skrøbelige og har komplekse behov, samt et begrænset rehabiliterende potentiale. For disse patienter, som i en periode er for symptomatiske til at kunne plejes i eget hjem, men som samtidig ikke har behov for hospitalsbehandling og heller ikke har så komplekse palliative problemstillinger, at hospiceindlæggelse er indiceret, er en systematisk og kvalificeret indsats med palliativt sigte afgørende for at sikre tilstrækkelig symptomlindring, kontinuitet i plejen og forebyggelse af unødvendige akutte indlæggelser.



Styrkelse af den basale palliative indsats er helt central i forhold til indfrielse af ambitionerne i sundhedsreformen.

Der er evidens for at palliation lindrer lidelse hos syge og døende, sikrer god koordination, forebygger unødige indlæggelser og overbehandling. (5,6,7) Palliation leveres på tværs af regioner, almen praksis og kommuner og er en central del af det nære sundhedsvæsen og bør derfor det være en naturlig del af indsatsen på sundheds- og omsorgspladserne. Det er på denne baggrund afgørende at palliation bliver en tydelig og selvstændig del af kvalitetsstandarden for sundheds- og omsorgspladser.

DSPaM indstiller derfor, at kvalitetsstandarden tilpasses så patienter med behov for basal palliation fremgår eksplicit som en selvstændig målgruppe for sundheds- og omsorgspladserne.

Vores vigtigste kommentarer:

- Målgruppen bør tydeligt omfatte mennesker med livstruende sygdom, som ikke kan genoptrænes, og som i en periode ikke kan være hjemme på grund af symptomer, som kræver lindring, men uden behov specialiseret palliativ indsats under indlæggelse på hospital/hospice. Det er en meget sårbar gruppe, som i dag ofte falder mellem sektorerne. Konsekvensen er unødvendige indlæggelser, unødigt lange ophold på hospital og gentagne genindlæggelser, fordi der ikke er et reelt alternativ til hjemmet.
- Beskriv og præciser kompetencekrav inden for palliativ indsats for personalet, herunder læger og sygeplejersker.
- Sikre systematisk adgang til specialiseret palliativ rådgivning og sparring.

Konkrete forslag til ændringer til teksten:

Nuværende formuleringer	DSPaM kommentarer
Målgruppen: <i>s. 5: Borgere med behov for basale palliative indsatser vil være omfattet af målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne, hvis de samtidigt har behov for nogle af de andre sundhedsfaglige indsatser, som tilbydes på sundheds- og omsorgspladserne. Borgere, der alene har behov for basale palliative indsatser, vil ikke være omfattet af målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne.</i>	Foreslås ændret til: <i>s. 5: Borgere med behov for basale palliative indsatser vil være omfattet af målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne, hvis de samtidigt har behov for nogle af de andre sundhedsfaglige indsatser, som tilbydes på sundheds- og omsorgspladserne. Borgere, der alene har behov for basale palliative indsatser, vil også være omfattet af målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne hvis det skønnes at kunne forebygge en unødigt akut indlæggelse på hospital eller forlænget hospitalsophold.</i> Begrundelse: Borgere, som er multisyge og/eller terminalerklærede og har behov for god basal palliation uden behov for



	indlæggelse i specialiseret palliativ enhed, men som er for symptomatiske til at være i eget hjem, svigtes fortsat. Det er de multisyge borgere, som fortsat vil kunne afvises med henvisning til manglende rehabiliteringspotentiale.
Formål med opholdet <i>s. 9 Formålet med indsatserne på en sundheds- og omsorgsplads er at forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgernes fysiske og kognitive funktionsevne. Dette sker ved at give borgerne en sundhedsfaglig rehabiliterende indsats baseret på en individuel vurdering af den enkelte borgers samlede sundhedstilstand og livssituation.</i>	Foreslås ændret til: <i>s. 9 Formålet med indsatserne på en sundheds- og omsorgsplads er at forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgernes fysiske og kognitive funktionsevne. Dette sker ved at give borgerne en sundhedsfaglig rehabiliterende og/eller palliativ indsats baseret på en individuel vurdering af den enkelte borgers samlede sundhedstilstand og livssituation.</i> Begrundelse: Behovet for palliativ indsats kan være til stede gennem hele sygdomsforløbet for det enkelte menneske, uafhængigt af rehabiliteringspotentiale. Palliativ indsats har til formål at lindre symptomer, forebygge lidelse og sikre livskvalitet hos borgere med livstruende sygdom, også når rehabilitering ikke er mulig eller relevant. De skrøbeligste patienter i vores samfund er de mest syge, med symptomer der i en periode kræver mere pleje og behandling, end almindelig hjemmepleje kan tilbyde. Samtidig har denne målgruppe ofte hverken behov for hospitalsindlæggelse eller for højt specialiseret palliativ indsats, som tilbydes på hospice – en markant dyrere løsning for samfundet. Sundheds- og omsorgspladserne udgør derfor en nødvendig mellemstation, hvor palliativ indsats kan leveres systematisk og tværfagligt. Retten til palliativ indsats må ikke afhænge af, om borgeren kan præstere et rehabiliteringspotentiale, men skal tilrettelægges ud fra den enkeltes samlede behov.
Kompetencer <i>s. 10: Der skal både være social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker til stede på matriklen i dag- og aften timer. I nattetimerne kan bemanningen med sygeplejefaglige kompetencer tilrettelægges, så der er social- og sundhedsassistenter til stede på matriklen. Dette forudsat, at der samtidig via tilkald er tilgængelige sygeplejersker, som har kendskab til indsatserne og rammerne for pladserne.</i>	Foreslås ændret til: <i>Der skal både være social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker til stede på matriklen i dag- og aften timer. I nattetimerne kan bemanningen med sygeplejefaglige kompetencer tilrettelægges, så der er social- og sundhedsassistenter til stede på matriklen. Dette forudsat, at der samtidig via tilkald er tilgængelige sygeplejersker, som har kendskab til indsatserne og rammerne for pladserne. Der skal sikres døgndækkende faglige kompetencer i basal palliativ indsats, herunder døgndækkende kompetence til subkutan medicinering.</i>



	Kommentar: Der mangler beskrivelse af krav om kompetencer i palliativ indsats, herunder døgndækkende kompetencer til subkutan medicinering.
Kompetencer s. 10: Der skal være de rette lægefaglige kompetencer tilgængelige på sundheds- og omsorgspladserne, nærmere bestemt kompetencer inden for almen medicin og geriatri.	Foreslås ændret til: <i>Der skal være de rette lægefaglige kompetencer tilgængelige på sundheds- og omsorgspladserne, nærmere bestemt kompetencer inden for almen medicin og geriatri. Der skal sikres let og systematisk adgang til, sparring fra regionale palliative teams ved, telefonisk, virtuelt eller fysisk fremmøde.</i> Begrundelse: Systematisk adgang til rådgivning fra regionale palliative teams sikrer, at eksisterende lidelse bedst kan forebygges og lindres, også når lindringen midlertidigt kan være vanskelig at opnå. Let adgang til sparring med palliative specialister kan reducere behovet for senere henvisning til specialiserede palliative enheder. Samtidig fremmer det kvalificeret og målrettet indsats samt styrker samarbejde og kompetenceudvikling.
Tildeling S 16: Generelle kriterier for tildeling til sundheds- og omsorgspladser Der skal altid foretages en individuel vurdering af den enkelte borgers samlede sundhedstilstand og livssituation som grundlag for, om borgeren tildeles en sundheds- og omsorgsplads. Følgende kriterier ligger til grund for tildeling af en sundheds- og omsorgsplads: • Behov for sundhedsfaglige indsatser som ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges i eget hjem. Dette kriterium skal være opfyldt, for at borgeren kan tildeles en sundheds- og omsorgsplads. • En vurdering af funktionsevne, hvor vurderingen beror på, at der er et potentiale for, at borgerens funktionsevne eller mestring med et ophold på en sundheds- og omsorgsplads kan blive forbedret/rehabiliteret eller yderligere funktionsevnetab kan forsinkes. • Behov for lægefaglig opfølgning, men adgang til tæt lægefaglig opfølgning er ikke nødvendigvis afgørende. • Indsatsen er tidsbestemt med et rehabiliterende sigte, der altid vil bero på en konkret, individuel vurdering. • Behov for hyppige observationer og justeringer af behandlingen hen over døgnet • Om borgerens samlede sundhedstilstand og livssituation betyder, at borgeren ikke kan modtage	Foreslås ændret til: S 16: Generelle kriterier for tildeling til sundheds- og omsorgspladser Der skal altid foretages en individuel vurdering af den enkelte borgers samlede sundhedstilstand og livssituation som grundlag for, om borgeren tildeles en sundheds- og omsorgsplads. Følgende kriterier ligger til grund for tildeling af en sundheds- og omsorgsplads: • Behov for sundhedsfaglige indsatser som ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges i eget hjem. Dette kriterium skal være opfyldt, for at borgeren kan tildeles en sundheds- og omsorgsplads. • En vurdering af funktionsevne, hvor vurderingen beror på, at der er et potentiale for, at borgerens funktionsevne eller mestring med et ophold på en sundheds- og omsorgsplads kan blive forbedret/rehabiliteret eller yderligere funktionsevnetab kan forsinkes. • En vurdering af palliative behov, hvor vurderingen beror på, at et ophold på en sundheds- og omsorgsplads kan lindre lidelse, optimere den samlede situation, eller forebygge forværring af lidelse, så u hensigtsmæssige, langvarige eller akut udsigtsløse hospitalsindlæggelser kan undgås og borgeren efter endt ophold kan håndteres i eget hjem. • Behov for lægefaglig opfølgning, men adgang til tæt lægefaglig opfølgning er ikke nødvendigvis afgørende.



<i>de nødvendige sundhedsfaglige indsatser i eget hjem.</i>	• <i>Indsatsen er tidsbestemt med et rehabiliterende og eller pallierende sigte, der altid vil bero på en konkret, individuel vurdering.</i> • <i>Behov for hyppige observationer og justeringer af behandlingen hen over døgnet</i> • <i>Om borgerens samlede sundhedstilstand og livssituation betyder, at borgeren ikke kan modtage de nødvendige sundhedsfaglige indsatser i eget hjem.</i> Kommentar: Basal palliation mangler som selvstændigt kriterium. En tydelig inkludering vil kunne forebygge unødige hospitalsindlæggelser og uhensigtsmæssige hospiceindlæggelser
Begrebsafklaring s19 Bilag 1	Foreslås tilføjet: Palliativ indsats: Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art. (8,9) Basal palliativ indsats: Den basale palliative indsats er målrettet mennesker med afgrænsede palliative behov inden for få problemområder. Indsatsen kan indgå integreret i den anden pleje og behandling, der tilbydes. Basal palliativ indsats ydes af fagpersoner i de dele af sundhedsvæsenet, som ikke har palliation som deres hovedopgave. Basal palliativ indsats ydes på de fleste kliniske sygehusafdelinger, i kommunerne (fx i hjemmesygeplejen, i hjemmeplejen og i plejeboliger) samt i almen praksis og den øvrige praksissektor (fx hos psykologer og fysioterapeuter). (9) Kommentar: Der fremgår alene Funktionsevne og Rehabilitering. Der mangler begrebsafklaring af Palliation.

Med disse tilføjelser sikres patienters rettigheder til palliativ indsats på samme niveau som retten til rehabilitering på sundheds- og omsorgs- pladserne.

DSPaM ønsker at bidrage til, at kvalitetsstandarden understøtter forebyggelse af unødige indlæggelser og unødigt henvisning til specialiserede palliative enheder, samtidig med at den sikrer lige adgang til basal lindring af ensartet kvalitet for særligt skrøbelige livstruende syge patienter, som ellers risikerer at blive tabt mellem sektorerne.



DSPaM

Dansk Selskab for Palliativ Medicin

DSPaM stiller sig gerne til rådighed for uddybende dialog.

Pva Bestyrelsen for Dansk Selskab for Palliativ Medicin



Emma Helledie
Formand DSPaM

Referencer:

1. <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/doedsfald>
2. Dødsfald fordelt på dødssted og region 2014-2023:
https://sundhedsdatastyrelsen.dk/Media/638718495526418955/Doedsfald_2014_2023.xlsm
3. Healthcare utilisation trajectories in patients dying from chronic obstructive pulmonary disease, heart failure or cancer: a nationwide register-based cohort study
<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/11/e049661.full.pdf>
4. Harbi, H., Lundby, C., Jensen, P.B. et al. Characteristics and care trajectories of older patients in temporary stays in Denmark. Eur Geriatr Med (2025)
<https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-025-01209-9>
5. Quinn, K.L., et al., Association of Receipt of Palliative Care Interventions With Health Care Use, Quality of Life, and Symptom Burden Among Adults With Chronic Noncancer Illness: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA, 2020. 324(14): p. 1439-1450.
6. Sahlollbey, N., et al., The impact of palliative care on clinical and patientcentred outcomes in patients with advanced heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. Eur J Heart Fail, 2020. 22(12): p. 2340-2346
7. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8):733-42. doi: 10.1056/NEJMoa1000678. PMID: 20818875.
8. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
9. Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for den palliative indsats 2017
<https://www.sst.dk/media/4wtiqm32/anbefalinger-for-den-palliative-indsats.pdf>

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Mail: fopssst@sst.dk

København, 9. januar 2026

Høringssvar:

Høringssvar vedrørende "Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser"

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE) takker for muligheden for at afgive høringssvar til disse kvalitetsstandarder, som det er anført i høringslisten (sagsnr. 04-9999-57).

Nedenfor anføres selskabets kommentarer til det fremsendte høringsudkast.

Generelle bemærkninger til høringssvaret:

- Det glæder os, at kliniske diætister er nævnt som en faggruppe, der bør være med til at varetage opgaven på sundheds- og omsorgspladserne, men vi savner, at ernæring beskrives tydeligere som et indsatsområde.

Specifikke bemærkninger til høringssvar:

- **Afsnit 3: Indhold på sundheds- og omsorgspladser** fremgår hvilke indsatser, der skal varetages på sundheds- og omsorgspladserne, hvilket bliver beskrevet i afsnit 3.2 ift. træning, pleje og omsorg. Der bliver efterfølgende i afsnit 3.3 og 3.4 beskrevet udstyr og kompetencer. Det kan overvejes, om der under afsnit 3 (som et separat, f.eks. afsnit 3.5) skal tilføjes et afsnit om mad og måltider med henvisning til "*Anbefalinger for den danske institutionskost*". Mad og måltider bør ses som en integreret del af ernæringsbehandling, og sikre optimale muligheder for, at den enkelte kan tilbydes den kostform og ernæringsbehandling, som er nødvendig for optimal rehabilitering.
- **Afsnit 3.2: Indsatser.** Det er præciseret, at lægemidler, der udleveres på sundheds- og omsorgspladser, der skal være vederlagsfri for borgerne. Det bør indskrives, hvad der gælder for ordinerede ernæringspræparater. I afsnittet bør ernæring også beskrives som en indsats. Dette har også betydning for afsnit 3.3, hvor en række hjælpemidler er specifikke for ernæringsbehandling (sonder, sprøjte etc.) og bør være omfattet i dette afsnit (dette er dog kun, hvis ernæring nævnes som en indsats)
- **Afsnit 3.4: Kompetencer.** Det er positivt, at kliniske diætister nævnes, men de nævnes kun i parentes, og der er ikke en efterfølgende præcisering af tilstedeværelses- eller tilgængelighedskrav, som der er for øvrige faggrupper. Det bør præciseres (ligesom med de terapeutfaglige kompetencer), at der skal være de rette ernæringsfaglige kompetencer til stede på matriklen i dagtimerne alle ugens dage – eller som minimum at de er fast tilknyttet og tilgængelige. Der kan evt. hentes inspiration fra Sundhedsstyrelsens

gældende "Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder", hvori det bl.a. står: "**Det er et krav** at diætbehandling, uanset om den gennemføres individuelt eller gruppebaseret, gennemføres af sundhedsprofessionelle med kompetencer svarende til autoriseret klinisk diætist"

- Det glæder os, at egenbetaling på kost fjernes for personer, der har brug for pladserne, men idet regningen overgår fra personen til regionen, er kommunen ikke længere ind over kosten og/eller særlige diæter. Der bør derfor være et særligt fokus på overlevering af ernæringsplan eller behov for diæt ved overgang. Vi foreslår dermed, at ernæring skrives ind to steder i sektorovergangen:
 - **Afsnit 4.3 - samarbejde, afsnit 2.** Forslag er indsats med *kursiv*:
Det er væsentligt, at der tidligt i opholdet etableres kontakt til opholdskommunen med henblik på at iværksætte relevante indsatser samtidigt og/eller rettidigt efter afslutning af opholdet. Dette omfatter både fortsat sundhedsfaglige indsatser såsom sygepleje- og genoptræning *og ernæring*, og nødvendige indsatser efter ældreloven og serviceloven, herunder også sociale indsatser...
 - **Afsnit 4.3 - kommunikation, afsnit 3.** Forslag er indsats med *kursiv*:
Regionen skal sørge for rettidig og relevant information til kommunen om borgers ophold på en sundheds- og omsorgsplads samt forventede indsatser, herunder behandlingsbehov og forventet varighed *samt oplysning om der er behov for opfølgning på ernæring*. Dette med henblik på, at kommunen kan planlægge iværksættelsen af efterfølgende relevante indsatser, som kommunen er ansvarlig for. Kommunen og private velfærdsleverandører, skal ligeledes sørge for, at regionen modtager informationer om borgerne, når borgerne tildeles et ophold på sundheds- og omsorgspladserne.
 - Der kan eventuelt henvises til bilag XIII i Anbefalinger for den danske institutionskost, der er et eksempel på en skabelon på et e-brev til kommunen om ernæring.
- **Bilag 1 – Begrebsafklaring.** Det er beskrevet, hvad funktionsevne og rehabilitering betyder og indebærer. Det bør også noteres, hvad en ernæringsindsats skal bestå af, gerne med henvisning til Sundhedsstyrelsens vejledning "*Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko*".

På vegne af DSKE

Camilla Balle Bech
Bestyrelsessekretær i DSKE

Christian Lodberg Hvas
Formand i DSKE

Høringssvar – Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

Vedrørende:

Høring: Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO) takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Vi anerkender initiativet til at styrke sektorintegrerede tilbud, som kan skabe bedre overgange mellem hospital og hjem og reducere uhensigtsmæssige indlæggelser. Omsorgspladser har potentiale til at forbedre patientforløb for en bred målgruppe, herunder patienter med kræft og palliative behov.

Vi har følgende bemærkninger:

- **Bred målgruppe og komplekse behov**
Den beskrevne målgruppe spænder fra ældre med multisygdom til borgere med rusmiddelproblematikker og basal palliation. Dette stiller meget høje krav til personalets bredde i kompetencer og til tværfaglighed.
- **Stort behov og nuværende udfordringer**
Der er hårdt brug for omsorgspladser. Aflastningspladser er i dag svære at få og ofte af svingende kvalitet pga. utilstrækkelig bemanning og manglende kompetencer. Særligt lægedækningen er en udfordring, hvor sygeplejersker bruger mange ressourcer på at få fat i egen læge.
- **Kontinuerlig lægedækning og specialkompetencer**
Vi støtter fast bemanning med læger, sygeplejersker og terapeuter. Regulering af medicin er afgørende for god palliation, og vi anbefaler, at der indtænkes speciallæger med palliative kompetencer samt et tæt samarbejde med hospitalsafdelinger. Dette er vigtigt for at kunne fravælge unødige procedurer i den sidste tid og sikre patient- og pårørendeinddragelse.
- **Kommunikation og dataadgang**
Et velfungerende tilbud forudsætter effektiv kommunikation mellem hospital, almen praksis og kommune. Det er afgørende at etablere en digital platform, der giver relevant og sikker adgang til patientdata på tværs af sektorer.
- **Onkologiske patientforløb**
Omsorgspladser kan bl.a. være relevante for onkologiske patienter i langvarige stråleforløb, rehabilitering efter indlæggelse eller færdiggørelse af behandling. Dette kræver bred faglig viden hos personalet.
- **Kapacitet og implementering**
Planen om at omlægge 70 % af kommunale pladser til omsorgspladser rejser spørgsmål om tilstrækkelig kapacitet, da mange borgere potentielt opfylder kriterierne.

Vi ser omsorgspladser som et vigtigt initiativ og opfordrer til klare kompetencekrav, realistisk kapacitetsplanlægning og etablering af digitale løsninger. Vi står gerne til rådighed for dialog og I er velkomne til at række ud til os i DSKO, hvis der er brug for mere viden og detaljer om hvilke

Høringssvar – Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

onkologiske patienter og forløb, som kunne varetages på omsorgspladser - herunder hvilke kompetencer, der ville være relevante at inddrage.

Vi anerkender behovet for omsorgspladser som et tværfagligt tilbud, der kan skabe bedre overgange mellem hospital og hjem og reducere uhensigtsmæssige indlæggelser. Initiativet har stort potentiale – især for patienter, der er for gode til at være indlagt, men for dårlige til at klare sig i eget hjem. Mange indlæggelser sker i dag pga. "uholdbar hjemmesituation", hvilket kunne forebygges med et mere forudseende tilbud, særligt for kræftpatienter.

Med venlig hilsen

På vegne af DSKO bestyrelsen

Karin Nielsen
Speciallæge, Ph.d.

Mail: karin.nielsen.02@regionh.dk

Herlev og Gentofte Hospital
Afdeling for Kræftbehandling, Klinik 1
Borgmester Ib Juuls Vej 7, opg. 2, 4. etage, C4
2730 Herlev
Web: www.regionh.dk

DANSKE PSYKOMOTORISKE TERAPEUTER

Medlem af Sundhedskartellet og Fagbevægelsens Hovedorganisation

HQ: ORDRUP JAGTVEJ 44A, DK-2920 CHARLOTTENLUND
LYNFABRIKKEN: VESTERGADE 49B, DK-8000 ÅRHUS C

TLF.: +45 3379 1260
MAIL: DAP@DAP.DK
WEB: DAP.DK
CVR-NR.: 84024716



Sundhedsstyrelsen
Enhed for Forebyggelse og det primære
sundhedsvæsen

18. december 2025
Ordrup

Vedr. Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

Til Sundhedsstyrelsen

På vegne af Danske Psykomotoriske Terapeuter fremsendes hermed høringsvar på
Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser.

En utilsigtet men væsentlig virkning af forslaget ”Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser” er den uklarhed, der opstår omkring de psykomotoriske terapeuter, hvis nuværende arbejdspladser vil blive overført til de kommende sundheds- og omsorgspladser.

Psykomotorisk terapeut er en 3,25-årig sundhedsfaglig professionsbachelor. Vores medlemmer arbejder med direkte patientkontakt i mange steder i sundhedsvæsenet, men har ikke autorisation.

De psykomotoriske terapeuter bidrager på de nuværende sengepladser med at give borgere et forbedret funktionsniveau, smertelindring, og behandling i helhedsorienterede forløb, der tager hensyn til eventuel krydsmorbiditet, herunder som den eneste af de nævnte fagligheder, der er specifikt uddannet til at arbejde med krydsmorbiditet mellem somatik og psykiatri og socialt funktionsniveau. Da der desuden skal være terapeutfaglige kompetencer til stede på matriklen i dagtimerne alle ugens dage, er det ærgerligt at udelukke en vigtig terapeutfaglighed i lovteksten.

Disse væsentlige kompetencer som sundhedsvæsenet allerede i vidt omfang gør brug af i dag, mener vi ikke skal passes ind under formuleringen ”i relevant omfang”, da de spiller



en central rolle i udførelsen af den behandling, der skal tilbydes på sundheds- og omsorgspladserne. En uklar formulering vil skabe unødigt usikkerhed hos både psykomotoriske terapeuter og deres ledere, det vil føre til nye barrierer for rekruttering og i værste fald vil en konsekvens af forslaget føre til en ringere service for de borgere, der måtte have brug for en sundheds- og omsorgsplads.

Tekstnær kommentar

Kapital 3.2, side 10, tredje afsnit:

“Indsatser på sundheds- og omsorgspladserne varetages primært af autoriserede sundhedspersoner (sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter, ergoterapeuter og kliniske diætister), og kan i relevant omfang varetages af ikke-autoriserede sundhedspersoner (fx farmakonomer).”

Ændres til:

“Indsatser på sundheds- og omsorgspladserne varetages primært af autoriserede sundhedspersoner (sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter, ergoterapeuter og kliniske diætister) samt psykomotoriske terapeuter. Indsatserne kan derudover i relevant omfang understøttes af andre ikke-autoriserede sundhedspersoner (fx farmakonomer).”

Med venlig hilsen

Anne Marie Horn

Forkvinde, Danske Psykomotoriske Terapeuter (DAP)



NOTAT

09-01-2026

EMN-2024-01215

1821584

Emilie Støvring Studt

Høringssvar til kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

Danske Regioner vil gerne takke for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser. Danske Regioner har indhentet input fra regionerne til et fælles høringssvar.

Kvalitetsstandarderne for sundheds- og omsorgspladser udgør grundlaget for etablering og udvikling af sundheds- og omsorgspladser i forlængelse af, at regionen overtager myndighedsansvaret for en stor andel af de nuværende kommunale midlertidige pladser. Samtidig sætter kvalitetsstandarderne retning for udviklingen af sundheds- og omsorgspladserne de kommende år. De forberevende Sundhedsråd drøfter allerede i januar 2026 den fremadrettede opgavevaretagelse med henblik på beslutning herom inden den 1. april 2026. Kvalitetsstandarderne vil dermed indgå i en proces, der allerede er i fuld gang.

Nedenfor følger Danske Regioners generelle bemærkninger til høringsudkastet, mens Bilag 1 indeholder mere specifikke bemærkninger til de enkelte kapitler og forslag til tekstmære præciseringer.

Generelle bemærkninger

Danske Regioner vurderer, at kvalitetsstandarderne vil bidrage til at ensarte og højne kvaliteten på sundheds- og omsorgspladserne ved at beskrive krav og anbefalinger til det faglige indhold og kompetencer samt den organisatoriske tilrettelæggelse.

Danske Regioner bakker op om, at der skal sikres lægedækning af de kommende sundheds- og omsorgspladser, og at det er et regionalt ansvar at etablere denne. Den nærmere tilrettelæggelse af lægedækningen skal beskrives lokalt og drøftes i sundhedsrådene, så der tages hensyn til både lokale forhold samt faglig og organisatorisk bæredygtighed. Det forventes, at lægedækningen i de kommende år primært vil blive varetaget af sygehuslæger, men at almen

medicinske tilbud også kan varetage lægedækningen allerede fra 2027. Borgegens egen læge vil som tovholder for det samlede forløb dog fortsat have en central rolle, hvilket bør fremgå tydeligere af kvalitetsstandarderne. Se øvrige bemærkninger om lægedækning i Bilag 1.

Sundheds- og omsorgspladser skal som udgangspunkt forefindes i alle kommuner, med mindre hensyn til faglig og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet. Det forudsætter, at der sikres en balance mellem krav til kompetencer og kapacitet på den ene side og ønsket om tilgængelighed og nærhed lokalt på den anden side. Danske Regioner bakker op om, at der i kvalitetsstandarderne stilles væsentlig større krav til adgangen til sundhedsfaglige kompetencerne på pladserne, end det er tilfældet på de nuværende kommunale pladser. Danske Regioner bakker ligeledes op om, at der kan sikres tilgængelige kompetence i nattetimerne mere fleksibelt fx via tilkald.

Danske Regioner finder det uhensigtsmæssigt, at kvalitetsstandarderne indeholder krav til antallet af sundheds- og omsorgspladser fra 2027 og frem. Antallet af pladser er ikke et mål for kvalitet i sig selv, ligesom det begrænser regionernes handlemulighed ift. geografisk og lokal tilpasning. Dette kan forårsage, at regionerne er nødsagede til at opretholde sundheds- og omsorgspladser steder, hvor der ikke er behov. Derfor finder Danske Regioner det positivt, at det også fremgår, at det må forventes, at der sker en tilpasning i antallet af pladser over tid – i takt med sundhedsvæsenets udvikling.

Det forberedende arbejde med etablering af sundheds- og omsorgspladser er allerede i gang, og i løbet af foråret bliver der truffet beslutning om, hvem der skal varetage opgaven. Samtidig stiller kvalitetsstandarderne nye krav, som ikke kan efterleves i de nuværende tilbud. Det forudsætter en markant udvikling de kommende år. Det gælder fx rekruttering og kompetenceudvikling af personale, da medarbejdersammensætningen i dag ikke lever op til kvalitetsstandarderne. Samtidig skal der træffes beslutning om, hvor sundheds- og omsorgspladserne fysisk skal placeres, hvilket forudsætter at regioner får overdraget eller adgang til relevante bygninger. Endelig skal det afklares, hvordan pladserne skal dataunderstøttes. Denne proces er omfattende, og det vil tage tid. Danske Regioner vil derfor opfordre til, at der i kvalitetsstandarderne tages højde for, at krav og anbefalinger vil blive implementeret trinvist og i takt med denne udvikling de kommende år. Endelig skal det bemærkes, at lovgivningen om frit valg mellem sundheds- og omsorgspladser endnu ikke er beskrevet, hvilket også kan få betydning for tilrettelæggelsen af sundheds- og omsorgspladserne.

Bilag 1: Bemærkninger til de enkelte kapitler i kvalitetsstandarderne

1. Introduktion

Danske Regioner ønsker, at der tilføjes en tekst i afsnit 1.1 Formål (s. 1-2), hvor det præciseres, at implementeringen af kvalitetsstandarderne vil foregå trinvist de kommende år.

Forslag til tekstnære præciseringer (med rød skrift):

"Sundheds- og omsorgspladser er et nyt tilbud i sundhedsvæsenet. Kvalitetsstandarderne indeholder krav til både indhold, kompetencer og tilgængelighed, som skal opbygges og udvikles i løbet af de kommende år. Kvalitetsstandardernes vil blive implementeret trinvist i takt med dette."

2. Målgruppe

Danske Regioner bakker op om, at målgruppen for pladserne beskrives nærmere i udkastet og finder, at der på en lang række områder er tale om gode præciseringer i tråd med hhv. Forårsaftalen 2025 og lovforslag nr. L 42. Dog vurderer Danske Regioner, at målgruppen i høringsudkastet er udvidet på en uhensigtsmæssig måde, når det gælder de borgere, der beskrives som havende en ustabil og fluktuerende sundhedstilstand, og som kræver tæt overvågning. En sådan beskrivelse af behov skaber uklarhed og henviser til en målgruppe, som oftest bør tilses på sygehus, hvor relevant diagnostisk udstyr og tæt overvågning er mulig. Se forslag til tekstnær præcisering nedenfor.

Boligsociale forhold samt behov for almen genoptræning fremstår som en selvstændig begrundelse for ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Danske Regioner mener, at det skal tydeliggøres, at boligsociale forhold alene er en sekundær faktor til det primære sundhedsfagligt behov. Det bør derudover præciseres i dette afsnit, at kommunen hurtigt skal iværksætte de nødvendige foranstaltninger i hjemmet, så borgeren kan vende hjem. Hvis de praktiske forhold i hjemmet er af mere vedvarende og/eller permanent karakter, er borgeren ikke omfattet af målgruppen for sundheds- og omsorgspladser. Se forslag til tekstnær præcisering nedenfor.

Danske Regioner bemærker, at der i udkastet er beskrevet, at en relativt lille andel af målgruppen for pladserne vil tillige have behov for udvalgte kommunale indsatser efter serviceloven i forbindelse med deres ophold. Det er kommunens ansvar at levere disse indsatser på sundheds- og omsorgspladserne. Det er vigtigt at få præciseret, hvilke indsatser – både efter service- og eller ældreloven – der henvises til.

Forslag til tekstnære præciseringer (ændringer markeret med rød):

Danske Regioner ønsker, at teksten om boligsociale forhold tilpasses således:

"Tilbuddet er målrettet borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, men som ikke har behov for en sygehusindlæggelse. Sygehusbehandling vil typisk være indiceret, når problemstillingen er alvorlig og tidskritisk, idet der er brug for kontinuerlig sundhedsfaglig observation, adgang til flerfaglige lægefaglige kompetencer døgnet rundt samt adgang til udstyr, som kun er tilgængeligt på et sygehus. Samtidig kan indsatsen på sundheds- og omsorgspladserne af forskellige årsager ikke varetages i eget hjem, herunder plejebolig mv. En årsag kan fx være begrundet i hensyn til organisatorisk bæredygtighed, hvor en borger med behov for forskellige faglige kompetencer og høj intensitet i indsatsen over døgnet tilbydes et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads. ~~En anden årsag kan fx være begrundet i b~~ Boligsociale forhold kan være et sekundært forhold, hvor hjemmet ud fra en sundhedsfaglig vurdering midlertidigt er uegnet til ophold for borgeren (hygiejne, manglende niveaufri adgang, spinkelt netværk mv.). Dette sekundære forhold kan kun være adgangsgivende for et ophold på en sundheds- og omsorgsplads, hvis forholdet er af afgrænset varighed. Ansvar for at den sundhedsfaglige indsats kan leveres i borgerens hjem påhviler kommunen. I tilfælde, hvor boligsociale forhold er den primære problemstilling, bør borgeren henvises til en kommunal plads. ~~-, Hvis eller hvor den sundhedsfaglige indsats ikke kan leveres henset til arbejdsmiljømæssige forhold.~~" (s. 3).

Danske Regioner ønsker, at der tilføjes, så beskrivelsen stemmer overens med forårsaftalen 2025 samt lovforslag nr. L 42, Folketinget 2025-2026:

"Målgruppen kan desuden omfatte borgere med samtidige psykosociale problematikker eller rusmiddelrelaterede udfordringer mv., ~~hvor borgeren har et primært behov for sundhedsfaglige indsatser.~~" (s. 5).

Danske Regioner ønsker, at afsnittet om målgruppe tilpasses, så det er i overensstemmelse med forårsaftalen og lovforslag nr. L 42:

"Denne gruppe består af borgere, der har været indlagt med akut forværring eller andre akutte tilstande. Borgerne har tidligere været ~~er ofte~~ ustabile ~~og haft med behov for hyppig observation og/eller pleje, behandling og målrettet rehabilitering,~~ hvilket betyder, at der ofte er behov for løbende lægelig vurdering. ~~og Der er tale om borgere i uforudsigelige forløb, eller hvor borgerne er i en ustabil fase. Det kan medføre, at forløbene er uafklarede, og. Borgerens tilstand kan medføre behov for tæt observation og~~ løbende justering af indsatser og behandlingsplaner. Forløbene for denne del af målgruppen er ofte kendetegnet ved at være komplekse, hvor en kombination af flere faktorer kan have betydning, herunder observation, vurdering af symptomer, ~~undersøgelsesresultater,~~ instrumentelle pleje- og træningsindsatser, behandling og genoptræning. ~~samt borgerens samlede livssituation ved udskrivelse fra sygehus"~~ (s. 6).

Danske Regioner ønsker, at det præciseres, at borgere med demens, der har behov for sundhedsfaglige indsatser, primært skal tilbydes dette i hjemmet/på plejehjem:

”Det gælder også ældre borgere med demens, psykiske lidelser og/eller komplekse sygdomsbilleder, der er stabile nok til udskrivelse, men stadig kan have behov for rehabilitering og/eller behandling på sundheds- og omsorgspladserne. **Borgere med demens, der har behov for sundhedsfaglige indsatser, bør dog så vidt muligt varetages i hjemmet/på plejehjem af enten kommunal eller regional sygepleje. Dette skyldes hensynet til at undgå unødvendige skift af opholdssted.**” (s. 6).

Danske Regioner ønsker, at teksten om boligsociale forhold tilpasses således:

”Den samlede sundhedstilstand kan dog ikke stå alene i den konkrete vurdering af den enkelte borger, men skal sammenholdes med andre **sekundære** faktorer i borgerens samlede livssituation.” (s. 6).

3. Indhold på sundheds- og omsorgspladser

Danske Regioner bakker generelt op om beskrivelsen af kompetencer og er enige i, at tilstedeværelse af sundhedspersonale på sundheds- og omsorgspladserne er en vigtig forudsætning for at sikre høj kvalitet i indsatserne og bedre (patient)sikkerhed for borgerne. Det er vigtigt, at regionerne kan planlægge bemanningen på sundheds- og omsorgspladser ud fra hensyn til faglig og organisatorisk bæredygtighed samt optimal anvendelse af begrænsede personaleresourcer.

Danske Regioner bemærker, at det fremgår, at indsatserne på sundheds- og omsorgspladserne primært varetages af autoriserede sundhedspersoner. Dette adskiller sig fra den nuværende personalesammensætning på mange midlertidige pladser og dermed det personale som vil indgå i en evt. delingsaftale og overdrages til regionerne. Danske Regioner vil i den forbindelse også gøre opmærksom på, at både autoriserede og ikke-autoriserede sundhedspersoner vil være relevante i opgavevaretagelsen på pladserne, og dette bør fremgå tydeligere af kvalitetsstandarderne.

Danske Regioner er enig i den overordnede beskrivelse af tilgængelighed af udstyr på sundheds- og omsorgspladserne. Dog bør det overvejes, om der med inspiration i afsnit vedr. udstyr i foreliggende kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner kan foretages en nærmere beskrivelse af udstyr på pladserne af hensyn til regionernes planlægningsopgave.

Forslag til konkrete tekstændringer (ændringer markeret med rød):

Danske Regioner ønsker, at teksten om lægemidler tilpasses således, så teksten er i overensstemmelse med lovforslagets formål:

”Lægemidler, der udleveres på sundheds- og omsorgspladser, skal være vederlagsfri for borgerne. Det forventes endvidere i et kommende lovforslag at blive foreslået, at regionerne får mulighed for at håndtere lægemidler til brug for behandling af borgere på blandt andet sundheds- og omsorgspladser, og at de offentlige sygehusapoteker kan levere lægemidler til regionerne. ~~Regionerne får på denne måde bedre mulighed for at foretage sammenhængende indkøb og distribution af lægemidler samt registrering og monitorering af behandling med lægemidler på tværs af sygehusvæsenet og blandt andet sundheds- og omsorgspladser.~~ De offentlige sygehusapoteker kan levere lægemidler til regionerne med henblik på at understøtte, at personalet, pårørende og borger kan koncentrere sig om kerneopgaven og bruge mindre tid på at rekvirere de relevante lægemidler.” (s. 9).

Danske Regioner ønsker, at fodnoten om genoptræning tilpasses således: ”Der planlægges i 2026 at fastsætte nærmere regler i administrative forskrifter om rammerne for sundhedsfagligt rehabiliterende indsatser for borgere med ophold på sundheds- og omsorgspladser. ~~Kvalitetsstandarderne opdateres pba. af de administrative forskrifter.~~” (s. 9).

Danske Regioner ønsker, at teksten tilpasses i overensstemmelse med Forårsaftalen 2025 vedr. de lægefaglige kompetencer s. 58 således:

”Der skal være de rette lægefaglige kompetencer tilgængelige på sundheds- og omsorgspladserne, nærmere bestemt kompetencer inden for ~~f.eks.~~ almen medicin ~~og~~geriatri” (s. 10).

4. Organisering og tilrettelæggelse

Danske Regioner bakker generelt op om beskrivelsen af geografisk tilgængelighed af sundheds- og omsorgspladser. Danske Regioner finder det positivt, at det fremgår, at geografisk nærhed kan opnås på tværs af kommunegrænser i områder, hvor tætheden til omkringliggende kommuner er høj, ligesom der i kommuner med meget lavt befolkningsgrundlag beskrives mulighed for samarbejde med andre enheder. Disse beskrivelser vil bidrage til at balancere hensyn til både nærhed og faglig samt organisatorisk bæredygtighed.

Det fremgår af udkastet, at sundhedsrådene har det umiddelbare forvaltningsmæssige ansvar for planlægning af sundheds- og omsorgspladserne. Det bør præciseres, at dette sker inden for rammerne givet af regionsrådet, jf. lovgivning. Se forslag til tekstnær præcisering nedenfor.

Danske Regioner foreslår, at der tilføjes en tekst om, at den nærmere tilrettelæggelse af lægedækningen fastlægges af regionerne og beskrives lokalt. Dette

for at sikre gode forløb og patientsikre overgange for borgere mellem sygehus, sundheds- og omsorgspladser og eget hjem. Se forslag til tilføjelse nedenfor.

Det fremgår desuden af kvalitetsstandarderne, at borgerens egen læge oftest ikke vil varetage behandlingsansvaret under opholdet. Det er dog vigtigt at fremhæve, at borgerens egen læge som tovholder er helt essentiel for at sikre kontinuitet og sammenhængende forløb – både før, under og efter opholdet på en sundheds- og omsorgsplads. Se forslag til formulering i de tekstmærkninger.

Danske Regioner ønsker, at det tydeliggøres i kvalitetsstandarderne, at kommunale tilretninger i borgerens hjem – herunder rengøring og fysiske tilpasninger – skal igangsættes hurtigst muligt under opholdet. En sådan præcisering vil mindske risikoen for forsinkede udskrivelser som følge af manglende klargøring af hjemmet, hvilket også er i tråd med intentionerne i afsnittet om tildeling.

Forslag til konkrete tekstændringer (ændringer med rød):

Danske Regioner ønsker følgende tilpasning af teksten vedr. samorganisering med andre enheder i afsnittet om geografisk tilgængelighed:

”Det kan fx være den regionale akutsygepleje eller ~~ved horisontale samarbejder med~~ kommunale sundhedstilbud med sygeplejefaglig døgndækning.” (s. 11).

Danske Regioner ønsker, at teksten om sundhedsråd tilpasses således:

”Hvert sundhedsråd skal i planlægningen af kapaciteten af sundheds- og omsorgspladser ~~inden for rammerne givet af regionsrådet~~ tage udgangspunkt i lokale behov og forudsætninger.” (s. 12).

Danske Regioner ønsker, at teksten om kapacitet tilpasses således:

”Det forudsættes, at der på landsplan samlet set skal være mindst 2.627 pladser fra 2027 ~~og frem~~, hvilket svarer til forudsat opgaveflytning af 70 pct. af de midlertidige pladser fra kommunerne til regionerne i Forårsaftalen 2025.” (s. 12).

Danske Regioner ønsker, at følgende tekst indskrives i afsnit om lægedækningen (s. 12):

~~”Den nærmere tilrettelæggelse af lægedækningen fastlægges af regionerne og beskrives lokalt, herunder hvordan overdragelsen af behandlingsansvaret konkret sikres i overgangene, når borgeren tildeles og afslutter opholdet på en sundheds- og omsorgsplads.”~~

Danske Regioner ønsker, at det i afsnittet om samarbejde (s. 13) indgår et tekststykke, som beskriver borgerens egen læges rolle ifm. et ophold på en sundheds- og omsorgsplads:

”Behandlingsansvaret under borgerens ophold på en sundheds- og omsorgsplads varetages af de fasttilknyttede læger, men det er afgørende, at borgerens egen læge fortsat er tovholder i det samlede forløb. Det gælder fx opfølgning på behandling, som er iværksat under opholdet samt deltagelse i samtaler med fx sundhedspersonalet vedr. borgerens videre forløb efter endt ophold på en sundheds- og omsorgsplads.”

Danske Regioner ønsker følgende præcisering af kommunens ansvar for tilretninger i borgerens hjem:

”Derudover kan der være behov for, at kommunen foretager fysiske tilretninger, rengøring mv. i den enkelte borgers hjem, som skal igangsættes **hurtigst muligt** under borgerens ophold som en forudsætning for, at borgeren kan komme hjem efter afsluttet ophold på en sundheds- og omsorgsplads.” (s. 13).

Danske Regioner ønsker, at teksten i afsnittet om samarbejde tilpasses således:

”Dialogen skal starte i forbindelse med, at borgerne tildeles et ophold på sundheds- og omsorgspladserne. **Hvis borgeren er indlagt, bør kommunikationen mellem hospital og kommune starte allerede ved indlæggelsen med henblik på at sikre det gode sammenhængende forløb og øge muligheden for, at borgeren kan udskrives til eget hjem.**” (s. 13).

5. Tildelings- og afslutningskriterier

Danske Regioner bakker op om de generelle tildelings- og afslutningskriterier, og at regionerne har myndighedskompetencen og dermed tildelings- samt afslutningsretten.

Det fremgår af udkastet, at det er medarbejderne på sundheds- og omsorgspladserne, som vurderer, hvornår den enkelte borgers ophold kan afsluttes. Det er ikke overensstemmende med den regionale myndighedskompetence. Det bør derfor præciseres, at vurderingen af afslutningstidspunkt også falder under den regionale myndighedskompetence, og at det er op til regionen at fastlægge konkret, hvem der kan beslutte tidspunkt for afslutning af ophold, fx hvis det er en kommune, der varetager driften af pladserne. Se forslag til præcisering nedenfor.

Af hensyn til behovet for præcisering af målgruppen foreslås også, at kommunernes mulighed for fortsat at tilbyde midlertidige ophold og aflastning bør fremgå som et negativt tildelingskriterie. Danske Regioner mener, at en sund-

heds- og omsorgsplads ikke kan tildeles, hvis borgeren har behov for et midlertidigt ophold eller aflastning efter service- eller ældreloven. I forbindelse hermed bør kommunernes mulighed for at etablere midlertidigt ophold jf. service-lovens §107 nævnes.

Forslag til konkrete tekstændringer (ændringer med rød):

Danske Regioner ønsker følgende præcisering ift. myndighedsansvar:

”Det er **regionen som myndighedsindehaver der beslutter den konkrete model og placering af ansvar ift. at medarbejderne på sundheds- og omsorgspladserne, som vurderer**, hvornår den enkelte borgers ophold kan afsluttes **ud fra de gældende kriterier**. Vurderingen foretages med udgangspunkt i de fastsatte mål for opholdet og i dialog med borgerens opholdskommune.” (s. 16).

6. Kvalitetsudvikling og monitorering

Danske Regioner er enig i, at kvalitetsudvikling og monitorering er en vigtig forudsætning for at kunne følge udviklingen af sundheds- og omsorgspladser – både lokalt, regionalt og nationalt. Derfor er der også igangsat et nationalt arbejde, som skal beskrive et nationalt datagrundlag. Dog er det vigtigt at fremhæve, at det endnu ikke er afklaret, hvordan og i hvilke systemer dokumentationen skal foregå.

Endelig bør det fremgå af kvalitetsstandarderne, at en nødvendig forudsætning for at sikre sammenhængende forløb er, at der tilvejebringes det nødvendige lovmæssige grundlag for, at der kan deles data på tværs af sektorer.

Høringssvar - kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser

Dansk Selskab for Geriatri takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstyrelsens udkast til kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser. Etableringen af sundheds- og omsorgspladser som en integreret del af sundhedsvæsenet udgør et væsentligt skridt i retning af at sikre mere sammenhængende, fagligt bæredygtige og patientsikre forløb for en gruppe borgere, der i høj grad er kendetegnet ved multisygdom, skrøbelighed, funktionstab og kognitive udfordringer.

Målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne svarer i vidt omfang til den klassiske geriatriiske patientpopulation, hvor komplekse, fluktuerende og ofte reversible helbredstilstande kræver tæt lægefaglig opfølgning, tværfaglig indsats og systematisk vurdering af funktion, kognition, ernæring og behandlingsniveau. Kvaliteten af disse ophold er afgørende – både for patienternes prognose, funktionsniveau og livskvalitet og for, om unødige indlæggelser og genindlæggelser kan forebygges.

Dansk Selskab for Geriatri støtter derfor intentionen om nationale kvalitetsstandards, der kan bidrage til mere ensartet kvalitet, tydeligere ansvar og højere patientsikkerhed på tværs af landet. Samtidig finder vi det afgørende, at standarderne formuleres med en tilstrækkelig grad af faglig præcision, herunder hvad angår målgruppe, kompetencekrav, lægedækning og behandlingsansvar, så sundheds- og omsorgspladserne reelt bliver et højt specialiseret sundhedstilbud til en særligt sårbar patientgruppe, og ikke et lavintensivt alternativ til hospitalsindlæggelse.

Med dette udgangspunkt har vi nedenfor en række konkrete faglige bemærkninger og forslag til præciseringer og styrkelser af udkastet.

Overordnede bemærkninger

Dansk Selskab for Geriatri støtter intentionen om nationale kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser, herunder fokus på sammenhængende forløb, rehabilitering og styrket lægedækning. Målgruppen er i høj grad ældre med multisygdom, skrøbelighed, funktionstab og kognitive udfordringer, hvilket gør et geriatriisk perspektiv afgørende for kvalitet og patientsikkerhed.

Det vurderes dog, at standarderne flere steder kan styrkes ved tydeligere krav til:

- systematisk vurdering af skrøbelighed og funktionsevne
- håndtering af kognitiv svækkelse, delirium og demens
- polyfarmaci og medicingennemgang
- behandlingsniveau
- samt klarere krav til geriatriisk lægefaglig involvering.

Specifikke synspunkter opdelt efter kapitler

Kapitel 2 - Målgruppe

Styrke:

- Det er positivt, at målgruppen defineres ud fra behov og funktionsevne frem for diagnose.
- Det fremhæves korrekt, at målgruppen primært omfatter ældre med multisygdom og nedsat funktionsevne.

Opmærksomhedspunkter og forslag:

Det anbefales, at skrøbelighed eksplicit nævnes som et centralt karakteristikum, fx ved henvisning til systematisk vurdering (fx Clinical Frailty Scale eller tilsvarende). (side 6, afsnit 2.1)

Det foreslås præciseret, at akut funktionstab hos ældre ofte er reversibelt, men kræver tidlig, intensiv og tværfaglig indsats. (side 6, afsnit 2.2, eksempel 1)

Der bør tydeliggøres, at borgere med demens og/eller kognitiv svækkelse ikke udelukkes, hvis de har samtidige sundhedsfaglige behov – og at disse borgere ofte har øget behov for strukturerede rammer og personale med demenserfaring. (side 6, afsnit 2.2, eksempel 2)

Standarderne bør desuden tydeliggøre, at sundheds- og omsorgspladserne er målrettet borgere med komplekse somatisk prægede problemstillinger, ofte kendetegnet ved skrøbelighed, multimorbiditet og polyfarmaci. Patienter med primært psykiatriske, sociale eller rusmiddelrelaterede problemstillinger bør kun varetages, hvis der samtidig foreligger et betydeligt somatisk behandlingsbehov – og med tydeligt defineret specialiseret behandlingsansvar.

Kapitel 3 - Indhold, indsatser og kompetencer

Styrke:

- Rehabiliterende sigte og tværfaglighed er klart beskrevet.
- Der lægges op til systematisk evaluering og målfastsættelse.

Opmærksomhedspunkter og forslag:

Formalia: Side 10, afsnit 3.4; sidste sætning er uklar. "Ved behov skal der skal være rette kompetencer tilgængelige for at kunne foretage medicingennemgang for borgere med ophold på pladserne." Forslag: Ved behov skal de relevante kompetencer, ex. Almen medicinske eller geriatrike, være tilgængelige for at kunne gennemføre medicingennemgang for borgere med ophold på pladserne.

Hertil anbefales, at der stilles krav om:

- systematisk vurdering af kognitiv funktion og delirium-risiko ved indlæggelse og under ophold (side 9, punkt 3.2)
- ernæringsscreening og tidlig ernæringsindsats, da underernæring er hyppig blandt ældre i målgruppen (side 9, punkt 3.2)

Medicingennemgang nævnes relevant, men bør:

- fremhæves som standard for borgere med polyfarmaci
- kobles tydeligere til lægefagligt ansvar og geriatrisk kompetence (side 10, punkt 3.4)

Basal palliation er nævnt (side 9, afsnit 3.2), men det foreslås at præcisere:

- For borgere, der under opholdet udvikler behov for udelukkende palliativ indsats, bør der foretages en konkret lægefaglig vurdering med henblik på at undgå unødige og belastende overgange til andre ophold.
- krav om afklaring af behandlingsniveau og genoplivningsbeslutninger, hvor det er relevant
- inddragelse af borger og pårørende i disse drøftelser tidligt i forløbet

Kapitel 4 - Lægedækning og behandlingsansvar

Styrke:

- Kravet om fast tilknyttede læger og entydigt behandlingsansvar er meget positivt.
- Det er væsentligt, at lægedækning ikke varetages af skiftende vagtordninger.
- Der er et klart fokus på tværsektorielt samarbejde og tidlig kommunal involvering.

Opmærksomhedspunkter og forslag:

I geografisk udfordrede områder må digitale løsninger ikke erstatte fysisk lægefaglig tilstedeværelse i akutte eller komplekse forløb. Hvis dette ikke kan sikres, øges risikoen for unødige indlæggelser, hvilket strider mod formålet med pladserne.

Det bør præciseres, hvad der forstås ved 'tilsvarende lægefagligt personale' (side 13, kapitel 4.2). Telefonisk eller virtuel tilgængelighed alene kan ikke sidestilles med fysisk lægefaglig tilstedeværelse i komplekse og skrøbelige patientforløb.

Krav om geriatrisk lægefaglig involvering forudsætter, at regionerne sikrer oprettelse og finansiering af relevante geriatriske stillinger, herunder udgående funktioner til sundheds- og omsorgspladser.

Det anbefales at præcisere, at:

- Geriatrisk kompetence bør være systematisk tilgængelig, enten ved fast tilknyttede geriater eller formaliseret samarbejde med geriatrisk afdeling, i takt med at antallet af specialiserede geriater stiger. (side 13, afsnit 4.2)
- almenmedicinsk lægedækning bør suppleres med geriatrisk sparring i komplekse forløb (side 13, afsnit 4.2)

Der bør under afsnit 4.2 tydeliggøres krav til lægefaglig involvering ved:

- funktionsfald uden klar årsag
- gentagne forværringer
- komplekse medicinregimer

Overgange er et kendt risikopunkt for ældre; dette kan med fordel tydeliggøres yderligere i standarderne. Det foreslås, at der stilles krav om:

- inddragelse af pårørende, særligt for borgere med kognitiv svækkelse (side 13, afsnit 4.3 – samarbejde)
- struktureret udskrivningsopsummering, herunder funktionsevne, kognition, medicinændringer og behov for opfølgning (side 14. afsnit 4.3 – kommunikation)

Kapitel 6 - Kvalitetsudvikling og monitorering

Styrke:

- Fokus på eksisterende data og undgåelse af unødigt dokumentation er relevant.

Opmærksomhedspunkter:

Brugeroplevede data bør indsamles på måder, der også er egnede for ældre med kognitive udfordringer (evt. via pårørende).

Det anbefales, at den fremtidige monitorering (side 18, afsnit 6.2) også kommer til at omfatte

- ændringer i funktionsevne og skrøbelighed
- genindlæggelser
- forekomst af delirium og fald

Med venlig hilsen,

Bestyrelsen i Dansk Selskab for Geriatri

Januar, 2026

9. januar 2026

Til Sundhedsstyrelsen

Tak for invitationen til at deltage i Høring over udkast til kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser.

Vi synes det er positivt at der er udarbejdet kvalitetstandarder for de fremtidige sundheds- og omsorgspladser. Vi har følgende bemærkninger til udkastet:

Vi finder det positivt at der ikke er egenbetaling.

Det vil være hensigtsmæssigt nøje at definere, hvad der menes med høj intensitet i indsatserne og hvordan der er mulighed for at konferere med andre speciallæger end almen-medicinere eller geriatere ved behov, fx psykiatere eller neurologer.

Beskrivelsen af målgruppen gør at vi må antage at en betydelig andel af borgerne på disse pladser vil have nedsat kognitiv funktion og evt. demenssygdom. Disse borgere kan ikke altid redegøre for symptomer og sygehistorie, fx fortælle om smerter, kvalme eller andet ubehag, ligesom de har behov for at der tages særlige hensyn i kommunikation og samarbejde. Derfor vil det være ønskeligt at der under beskrivelsen af personalets kompetencer også beskrives at høj grad af demensfaglig viden og erfaring er nødvendig. Dette gælder både det lægelige og sygeplejefaglige personale.

Vi finder det positivt at der lægges vægt på medicingennemgang og udfordringer med polyfarmaci, da det er særlig problematisk for mennesker med demens.

Det kan ligeledes ønskes at krav til demensvenlig indretning og fysiske rammer beskrives og således tager hensyn til mennesker med kognitive udfordringer.

I beskrivelsen af det tværfaglige samarbejde ved statusmøder og planlægning af udskrivelse er det ønskeligt at demenskonsulent/koordinators rolle nævnes som en vigtig samarbejdspartner, hvis det drejer sig om mennesker med demens eller kognitiv svækkelse.

Vi synes det er positivt at behovet for at deling af nødvendige sundhedsfaglige oplysninger mellem sektorer er beskrevet. Det er særlig vigtigt, når det drejer sig om borgere med demens, som ikke altid kan redegøre for funktionsniveau, sygehistorie eller aftaler.

Venlig hilsen

Nationalt Videnscenter for Demens



NÆSTVED

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

**Center for Sundhed og
Ældre**

Center for Sundhed og Ældre
Rådmandshaven 20
4700 Næstved

<http://www.naestved.dk>

**Høringssvar til Kvalitetsstandard for regionale sundheds- og
omsorgspladser**

Næstved Kommune takker for muligheden for at komme med bemærkninger til høring af kvalitetsstandarderne for sundheds- og omsorgspladser.

Næstved Kommune vurderer at standarderne er retvisende i forhold til det behov vi i dag ser på vores akutpladser. Vi ser overordnet meget positivt på det aktuelle udkast med den faste lægefaglige tilknytning på sundheds- og omsorgspladserne samt kravet om det faglige kompetenceniveau hos medarbejderne. Vi ser positivt på, at vi som kommune kan henvise til pladserne. Vi ser positivt på at lægemidler og hjælpemidler udleveres på sundheds- og omsorgspladserne.

Ud fra den beskrevne målgruppe vil vi som kommune stå med en restmålgruppe, der i dag bruger vores midlertidige pladser, som ikke er indeholdt målgruppen for sundheds- og omsorgspladser. Kommunen kan derfor blive nødsaget til at oprette nye pladser til aflastning, magtanvendelsessager m.v., da vi mister 70% af de nuværende pladser, men målgruppen for sundheds- og omsorgspladser dækker reelt kun omkring 50% af de nuværende borgere på akutpladser og midlertidige pladser."

Med venlig hilsen

Helle Janni Sztuk
Kvalitetskonsulent

Dato
12. januar 2026

Sagsbehandler
Helle Janni Sztuk
24279832
heljsz@naestved.dk

Høringssvar for kvalitetsstandarder for sundheds- og Omsorgspladser

Dato: 06.01.2026
Sagsnr.: 2025-25104
Dok.-nr.: 3626200
Sagsbehandler: Thomas
Rye

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) takker for muligheden for at kunne indgive høringssvar om de kommende sundheds- og Omsorgspladser.

PLO anerkender overordnet ambitionen om at skabe mere ensartet kvalitet, tydeligere rammer og bedre sammenhæng i borgernes forløb på tværs af sektorer.

Det er positivt, at der i kvalitetsstandarderne lægges vægt på rehabiliterende indsatser, klare mål for opholdet samt behovet for lægefaglige kompetencer tæt på borgeren. PLO anerkender og bakker op om ønsket om at styrke alternativer til sygehusindlæggelse for relevante patientgrupper og ser sundheds- og omsorgspladser som et potentielt vigtigt element heri.

Endelig finder PLO anledning til at pege på en række uklarheder og udfordringer, der bør adresseres forud for udmøntningen af kvalitetsstandarderne, jf. punktopstillingen nedenfor.

1. Regional opgave – ansvar og rollefordeling

PLO anerkender og tilslutter sig, at det entydigt slås fast, at det er en regional opgave at etablere og drive sundheds- og omsorgspladserne.

Det er afgørende, at dette ansvar også afspejles konsekvent i den praktiske tilrettelæggelse, herunder finansiering, organisering og myndighedsudøvelse.

Grænsefladerne mellem region, kommune og almen praksis fremstår uklare flere steder, hvilket indebærer en risiko for opgaveglidning og uklar ansvarsplacering. Det anbefales derfor, at den entydige placering af ansvaret hos regionerne suppleres med en nærmere beskrivelse af grænseflader og værn mod ikke aftalt opgaveglidning.

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: 3544 8477
Tlf. (dir.): 28117911
E-mail: plo@DADL.DK
E-mail: trye.plo@DADL.DK
www.plo.dk

2. Behandlingsansvar

PLO finder det som nævnt foran under pkt. 1 positivt, at det i udkastet fastslås, at behandlingsansvaret skal være entydigt placeret i regionerne.

Det vurderes dog, at beskrivelsen fortsat efterlader betydelig usikkerhed om, hvornår behandlingsansvaret ligger hos fast tilknyttede læger, og hvornår borgerens egen praktiserende læge forventes at varetage dette ansvar.

PLO anbefaler derfor, at behandlingsansvaret entydigt placeres regionalt under opholdet, at dette udgangspunkt kun fraviges, når det er tvingende nødvendigt, og at evt. undtagelser klart defineres for at undgå uklarhed og patientsikkerhedsmæssige risici.

I den forbindelse bemærkes det, at det nye 96 timers behandlingsansvar efter udskrivelse fra hospital, der blev indført med sundhedsreformen, bør omtales i forbindelse med beskrivelsen af kvalitetsstandarden. Endvidere er det væsentligt, at den fast tilknyttede læge ud fra en lægefaglig vurdering, altid kan frasige sig behandlingsansvaret, hvis et specialiseret niveau vurderes nødvendigt.

Afslutningsvis bemærkes, at der skal foreligge klare rammer for, hvornår og hvordan en patient udskrives fra de regionale sundheds- og omsorgspladser og behandlingsansvaret dermed overgår til egen læge.

3. Kapacitet og tidsplan

PLO finder det ambitiøst, at der på landsplan forudsættes etableret knap 2.700–2.800 pladser allerede fra 1. januar 2027.

Set i lyset af den nuværende lægedækningssituation, rekrutteringsudfordringer og den betydelige organisatoriske omstilling, vurderer PLO, at tidsplanen næppe er realistisk. Det indebærer en risiko for, at kravene ikke kan opfyldes uden at trække ressourcer væk fra almen praksis og øvrige nære sundhedstilbud, hvilket vil være kontraproduktivt for sundhedsreformens ønske om at styrke det nære sundhedsvæsen og de almenmedicinske tilbud.

4. Krav til udstyr

PLO finder, at kravene til udstyr er for overordnede og vagt beskrevne. Manglen på mere konkrete minimumskrav giver risiko for betydelig variation i kvalitet og behandlingsmuligheder på tværs af landet.

Det anbefales derfor, at der udarbejdes en præcis angivelse af nødvendigt klinisk udstyr, herunder diagnostiske muligheder, så det sikres, at pladserne reelt kan fungere som et alternativ til indlæggelse.

5. Dokumentation og data

PLO bemærker, at dokumentationskrav og datagrundlag endnu ikke er afklaret. Det er vigtigt, at nye tilbud ikke medfører parallelle dokumentationssystemer eller øget administrativ byrde – særligt for almen praksis.

Det anbefales derfor, at der i kvalitetsstandarden beskrives klare rammer for, hvilke data der skal registreres, i hvilke systemer og hvordan information deles sikkert og rettidigt mellem aktører.

6. Visitation og adskillelse mellem regionale og kommunale pladser

PLO bemærker, at visitationskriterier og visitationsansvar skal være klare og ensartede. Det bør derfor tydeliggøres, hvordan regionale sundheds- og omsorgspladser adskiller sig fra de kommunale midlertidige pladser, mulighed for samme lokalitet samt hvordan ansvar og finansiering i givet fald adskilles.

7. Almen medicinsk tilbud som konsulentfunktion

PLO anser det for tvivlsomt, at en model, hvor almenmedicinske tilbud alene indgår som konsulenter, reelt kan sikre den ønskede kontinuitet og sammenhæng i patientforløbene. Kontinuitet forudsætter klare relationer, faste arbejdsgange og tid til opgaven – ikke alene ad hoc-rådgivning.

Afsluttende bemærkning

PLO ser et betydeligt potentiale i sundheds- og omsorgspladserne, men finder det afgørende, at rammer, ansvar, kapacitet og samarbejdsformer præciseres yderligere, før kvalitetsstandarden fastlægges endeligt.

PLO står som altid gerne til rådighed for videre dialog om, hvordan almen praksis bedst kan bidrage til en udvikling af det nære sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen

På vegne af Praktiserende Lægers Organisation
Niels Ulrich Holm
Næstformand for PLO



Høringssvar

LÆGEFORENINGEN

Høring: Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

12. januar 2025

Sagsnr.: 2026-00474

Doknr.:

Lægernes opgaver, lægedækning og behandlingsansvar skal stå soleklart

På vegne af Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) takker vi for muligheden for at afgive høringssvar til det foreliggende udkast til "Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser".

Vi har noteret

- at det er regionerne, som har ansvar for sikring af døgndækning med fast tilknyttede læger hele ugen, året rundt på de etablerede sundheds- og omsorgspladser.
- at der ved fast tilknyttede læger forstås en funktion, "som dels har behandlingsansvaret for borgerne på pladserne, og dels er tilgængelig for at rådgive og sparre med personalet telefonisk/ virtuelt og ved løbende fysisk tilstedeværelse"
- at behandlingsansvaret defineres om "den lægeordinerede behandling, der varetages på sundheds- og omsorgspladserne, herunder også borgernes behandlingsplaner og justering heraf.
- at behandlingsansvaret ved overgange til og fra sundheds- og omsorgspladserne til enhver tid skal være entydigt.

Vi har endvidere noteret

- at der kan være tilfælde, hvor det er hensigtsmæssigt, at borgerens praktiserende læge i dialog med personalet på sundheds- og omsorgspladserne fortsat varetager behandlingsansvaret, typisk ved kortere ophold (og eventuelt når egen læge selv henviser patient).
- at det i takt med øgning af kapaciteten i de almen medicinske tilbud vil de formentlig kunne få en større funktion som fast tilknyttede læger på pladserne.

Domus Medica
Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8500
Tlf.: +45 3544 8214 (direkte)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: ga@DADL.DK
www.laeger.dk



Vi kan generelt bakke op om denne tilgang, herunder at hvis alment praktiserende læger tildeles yderligere funktioner, så skal disse omfattes af den nationale opgavebeskrivelse for de alment medicinske tilbud og afspejles i den kommende honorarstrukturmodel.

Ikke nye mini- eller nærhospitaler

Det er vores udgangspunkt, at de udarbejdede kvalitetsstandarder skal være grundlag for en hensigtsmæssig overflytning af de eksisterende kommunale opgaver sv.t. midlertidige pladser, aflastningspladser og ækvivalenter heraf, der omdøbes til sundheds- og omsorgspladser i regionalt regi. Standarderne skal samtidig sikre en fremtidig varetagelse, der understøtter mere ensartet kvalitet i indsatserne på tværs af landet.

Det er vigtigt at fastslå, at der ikke er tale om etablering af nye mini- eller nærhospitaler, men at det er pladser, hvor lægedækningen giver mulighed for lettere lægelig behandling (væske, drop, antibiotika). Mere end det vil reelt skulle føre til en sygehusindlæggelse.

Udfordringer i forhold til lægedækning og lægeansvar som bør afklares

Udkastet fremhæver særligt lægefaglige kompetencer inden for almen medicin, geriatri samt kompetencer, der kan foretage medicingennemgang.

Derfor er det Lægeforeningens forventning, at de lægefaglige opgavers omfang er afgrænset af de specialistkompetencer, der forventes at deltage i lægedækningen. Den behandlingsansvarlige læge skal til enhver tid kunne stå inde for en behandling, herunder ordination af medicin. Udøvelsen af de lægefaglige opgaver, herunder iværksat behandling og observation af patienten, kan være afhængig af de nødvendige kompetencer hos plejepersonalet.

Udkastet beskriver samtidig en målgruppe med borgere med behov for forskellige faglige kompetencer og høj intensitet i indsatserne over døgnnet, borgere med multisygdom og nedsat funktionsevne, borgere af varierede sværhedsgrad og kompleksitet, borgere med forværring af kendte sygdomme og/eller tilstande med komplekse behov for pleje, behandling og medicinhåndtering samt også borgere med psykosociale problematikker og rusmiddelrelaterede udfordringer m.m.

Det er en meget bred målgruppe, der beskrives. Eksempelvis kan "borgere med behov for forskellige faglige kompetencer og høj intensitet i indsatserne over døgnnet" lige så vel kvalificere til en sundheds- og omsorgsplads, som til en hospitalsindlæggelse.

Set i sammenhæng med lægedækningen og de lægelige opgaver bliver det derfor afgørende, at visitationen til pladserne er meget præcis. Det forudsætter, at visitator har kendskab til de for området etablerede sundheds- og omsorgspladser og dermed også at der på hospitalerne etableres en fast procedure for henvisning til pladserne.



Vi forudsætter samtidig, at sygehusenes 96-timers behandlingsansvar fortsat vil være gældende for patienter, der fra hospitalets side udskrives til sundheds- og omsorgspladserne.

Endelig skal vi efterlyse beskrivelse af en egentlig procedure (eventuelt eksempler), der kan sikre det entydige behandlingsansvar ved overgange til og fra sundheds- og omsorgspladserne. Det skal være klart beskrevet, hvordan lægens tilknytning til sundheds- og omsorgspladser i praksis skal foregå, herunder også ved overgangen mellem placering af borgeren, sådan at det er helt klart for de læger, der har behandlingsansvaret, hvornår ansvaret overgår fra den ene til den anden. Det bør fremgå, at hver enkelt fysisk enhed skal have en skriftlig instruks herom og at personalet skal have kendskab til instruksen.

Øvrige opmærksomhedspunkter

Vi er enige i og ser det som helt afgørende, at det bliver muligt at "dele de nødvendige oplysninger om borgernes forløb på tværs" og at dette forudsætter relevant digital understøttelse af alle faggrupper, så de kan tilgå og dele de nødvendige oplysninger. Det skal med andre ord blive muligt at dele og tilgå tidstro og korrekte data på tværs.

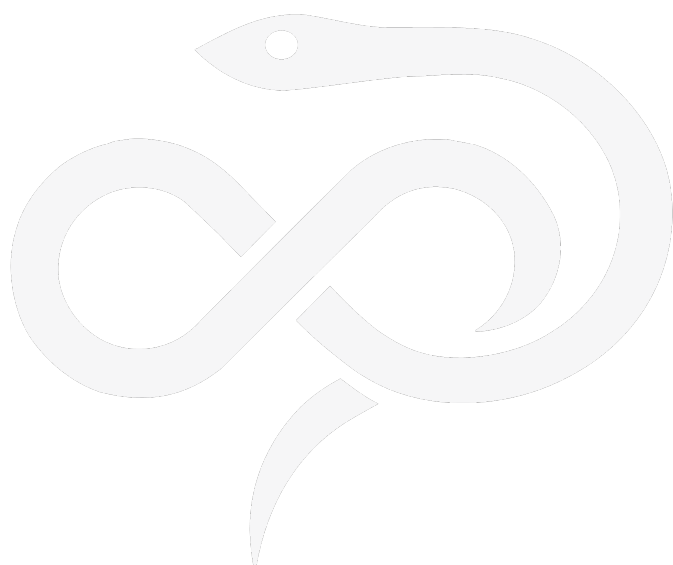
Afslutningsvist skal vi pege på, at der følger en meget stor og vigtig ledelsesopgave med overtagelse af sundheds- og omsorgspladserne i regionalt regi. Det handler både om at integrere pladser og medarbejder i det regionale system, opbygge samarbejder på tværs, opbygge kompetencer m.v.

Vi anser det for en vigtig opgave også for lægelige ledere. Det er samtidig vigtigt, at lederne får ressourcer og ledelsesrum til at finde de gode løsninger, så sundheds- og omsorgspladserne kommer til at fungere efter hensigten og kan blive en velfungerende del af det nære sundhedsvæsen som et kvalificeret mellemlid mellem hospital og eget hjem.

Med venlig hilsen

På vegne af Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og
Praktiserende Lægers Organisation

Camilla Noelle Rathcke
Formand for Lægeforeningen



Høringssvar til Sundhedsministeriet

Vedrørende: Udkast til Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

Afsender: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS), 12-01-2026

Tak for muligheden for at afgive høringssvar. Det er positivt, at Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen med initiativet søger at understøtte mere ensartet kvalitet, bedre sammenhæng og tydeligere rammer for en kompleks og sårbar borgergruppe. DSKS anerkender ambitionen om at styrke kvaliteten, sektorovergange og det tværsektorielle samarbejde. Samtidig vurderer vi, at dokumentet i sin nuværende form ikke lever op til betegnelsen nationale kvalitetsstandarder, men primært fremstår som et rammepapir for organisering, målgrupper og snitflader mellem sektorer.

Utilstrækkelig operationalisering af nationale kvalitetskrav

Dokumentet mangler centrale elementer, der kendetegner nationale kvalitetsstandarder: tydelige og forpligtende kvalitetskrav, konkrete og målbare indikatorer samt klare metoder til vurdering, opfølgning og kvalitetsudvikling. Sammenlignet med eksisterende nationale kvalitetsstandarder i det nære sundhedsvæsen, herunder kvalitetsstandarderne for kommunale akutfunktioner (2023), fremstår udkastet væsentligt mindre forpligtende, særligt i forhold til krav til sygeplejefaglige kompetencer, klinisk beslutningsstøtte, entydig placering af behandlingsansvar samt systematisk monitorering og kvalitetsudvikling. En systematisk sammenligning fremgår af bilag 1. Manglen på en fælles national forståelse af både faglig, organisatorisk og borgeroplevet kvalitet indebærer en betydelig risiko for lokal variation i fortolkning og praksis, hvilket udfordrer målet om ensartet kvalitet på tværs af landet.

DSKS anbefaler derfor, at dokumentet styrkes med forpligtende nationale kvalitetskrav, en tydelig definition af kvalitetsbegrebet samt konkrete indikatorer for både faglig, organisatorisk og borgeroplevet kvalitet.

Kvalitetsudvikling og monitorering

Afsnit 6 fremstår utilstrækkeligt operationaliseret. Sparring, supervision og undervisning er relevante elementer, men kan ikke stå alene som kvalitetsudviklingsmetoder. Der mangler krav til systematisk kvalitetsarbejde, kobling til anerkendte nationale kvalitetsmetoder samt tydelig sammenhæng mellem kvalitetsudvikling og kliniske, organisatoriske og borgeroplevede resultater. Uden dette bliver kvalitetsarbejdet vanskeligt at evaluere, sammenligne og videreudvikle på tværs af niveauer. Der bør i højere grad henvises til eksisterende nationale kvalitetsguides, for eksempel DSKS' kvalitetsguide¹.

Der mangler desuden klare krav til systematisk, forløbsbaseret evaluering af borgerforløb, som kan understøtte læring, sammenligning og kvalitetsudvikling og sikre, at indsatserne

¹ https://dsk.dk/wp-content/uploads/2022/09/DSKS_PUBLIKATION_Enkeltopslag_WEB.pdf

bidrager til sammenhæng, kontinuitet og de ønskede effekter for borgerne i overensstemmelse med Sundhedsreformens intentioner.

DSKS anbefaler, at kvalitetsudvikling og monitorering gøres til et forpligtende og systematisk element i standarderne med klare krav til evaluering, opfølgning og anvendelse af data i kvalitetsarbejdet.

Målgruppe, triagering og helhedstænkning

Selvom målgruppen er relativt detaljeret beskrevet, savnes objektive og fagligt funderede kriterier for triagering og visitation samt en systematisk vurdering af kompleksitet og rehabiliteringspotentiale. Sammenhængen mellem målgruppebeskrivelser og de stillede kvalitetskrav fremstår samtidig uklar. Der mangler endvidere en tydeligere indarbejdelse af helhedstænkning i definitionen af sundheds- og omsorgspladser, herunder hvordan borgerens samlede livssituation samt tværsektorielle og tværfaglige behov systematisk inddrages i vurdering og tilrettelæggelse af indsatsen.

DSKS anbefaler, at der fastlægges klare, fagligt funderede kriterier for visitation og triagering, samt at helhedstænkning eksplicit indarbejdes som et bærende princip i definitionen af sundheds- og omsorgspladser.

Faglige kompetencer

Det er positivt, at betydningen af tværfagligt samarbejde fremhæves, men beskrivelsen af de nødvendige faglige kompetencer er utilstrækkelig i forhold til målgruppens dokumenterede kompleksitet. Forskning i kommunale midlertidige døgnophold² viser, at borgerne ofte er ældre, multisyge og klinisk ustabile med høj forekomst af polyfarmaci, hyppige medicinændringer samt betydelig dødelighed og genindlæggelser. Dette stiller betydelige krav til sygeplejefaglig vurdering, kontinuerlig monitorering og koordination af indsatser.

Udkastet indeholder imidlertid ikke klare og forpligtende krav til sygeplejefaglig tilstedeværelse eller systematisk inddragelse af avancerede sygeplejefaglige kompetencer, herunder APN-funktioner. MIDO-rapporten dokumenterer, at manglende og uensartet sygeplejefaglig tilstedeværelse særligt uden for dagtimerne øger sårbarheden i sektorovergange og indebærer potentielle patientsikkerhedsrisici samt vanskeliggør samarbejdet med almen praksis, som er afhængig af systematisk og kvalificeret sygeplejefaglig observation.

Der savnes endvidere fælles nationale faglige referencerammer, der kan understøtte ensartet observation, prioritering og opfølgning på tværs af landet. Etablerede sygeplejefaglige standarder, herunder De 12 sygeplejefaglige problemområder, kan bidrage til at tydeliggøre forventninger til det faglige niveau. Aktuell forskning² peger på, at fravær af

² Det kommunale midlertidige døgnophold – MIDO Fund, tendenser og perspektiver fra 16 kommuner, 2025: DOI: 10.11581/b5c7afa2-f2ca-4050-b54b-de19f67f975b

klare nationale rammer indebærer betydelig risiko for variation i kvalitet, praksis og patientsikkerhed.

DSKS anbefaler derfor, at kvalitetsstandarden indeholder nationale minimumskrav til sygeplejefaglig tilstedeværelse samt krav om adgang til avancerede kliniske kompetencer, herunder APN, understøttet af fælles nationale faglige referencerammer.

Tværsektoriel og tværfaglig sammenhæng

Udkastet anerkender betydningen af tværsektorielt samarbejde, men beskrivelserne af lægefaglig sparring, behandlingsansvar og samarbejdsformer er overordnede og mangler operationel tydelighed. For en klinisk kompleks målgruppe er entydig placering af behandlingsansvar og sikker, døgndækket adgang til lægefaglig rådgivning afgørende for patientsikkerhed og kontinuitet. Disse forhold er forpligtende reguleret i eksisterende kvalitetsstandards for kommunale akutfunktioner, men tilsvarende rammer savnes i udkastet til sundheds- og omsorgspladser, hvilket overlader væsentlige patientsikkerhedsmæssige forhold til lokal fortolkning.

DSKS anbefaler derfor, at kvalitetsstandarden i højere grad operationaliserer den tværsektorielle sammenhæng ved at tydeliggøre krav til lægefaglig sparring, entydig placering af behandlingsansvar samt formaliserede samarbejdsformer på tværs af kommune, almen praksis og sygehus.

Samlet anbefaling

På baggrund af ovenstående anbefaler DSKS, at Sundhedsstyrelsen enten gennemfører en væsentlig revision af dokumentet, så det indeholder forpligtende nationale kvalitetsstandards med klare krav, indikatorer og metoder, eller tydeligere afgrænser og omdøber dokumentet, så det fremstår som et rammepapir for organisering og samarbejde.

DSKS stiller sig gerne til rådighed for dialog og bidrag til det videre arbejde med at udvikle nationale kvalitetsstandards, der kan sikre høj, ensartet og meningsfuld kvalitet for borgere, medarbejdere og samarbejdspartnere.

Bilag 1. Sammenligning med eksisterende nationale kvalitetsstandarder

Tema	Kommunale akutfunktioner (2023)	Sundheds- og omsorgspladser (udkast 2025)
Målgruppe	Subakutte og akutte patienter med komplekse og ofte uforudsigelige forløb	Multisyge, ofte ældre borgere med rehabiliteringsbehov, ustabile forløb og høj kompleksitet
Kobling mellem kompleksitet og krav	Kompleksitet anvendes aktivt til at begrunde krav til kompetencer, organisering og adgang til læge	Kompleksitet beskrives, men omsættes i begrænset omfang til konkrete kvalitetskrav
Sygeplejefaglige kompetencer	Krav om klinisk lederskab, beslutningstagning, systematisk observation og justering af indsatser	Overordnet beskrivelse af kompetencer, men uden konkrete minimumskrav
Avancerede sygeplejefaglige roller	Indirekte forudsat gennem krav om klinisk lederskab og avanceret vurdering	Ikke eksplicit adresseret
Sygeplejefaglig døgnbemanding	Krav om døgnbemanding med sygeplejefaglige kompetencer, herunder mulighed for gentagne vurderinger flere gange i døgnet	Ikke entydigt beskrevet; ingen nationale krav til sygeplejefaglig tilstedeværelse døgnet rundt
Diagnostiske og kliniske vurderingsmuligheder	Klare krav til systematisk klinisk vurdering (fx ABCDE), måling af vitale parametre samt adgang til relevante point-of-care undersøgelser	Diagnostiske muligheder kun indirekte omtalt; ingen klare krav til systematiske kliniske vurderinger eller minimumsdiagnostik
Behandlingsansvar	Entydigt placeret; krav om skriftlig og mundtlig overdragelse ved komplekse forløb	Overordnet beskrevet, men mindre operationelt og praksisnært
Adgang til lægefaglig rådgivning	Forpligtende krav om døgndækket, direkte adgang til den behandlingsansvarlige læge samt relevant lægefaglig rådgivning fra almen praksis, lægevagt/lægevagtsordninger og sygehus; rådgivningen er entydigt koblet til behandlingsansvaret	Adgang til lægefaglig rådgivning omtales overordnet, men uden nationale krav om døgndækning, direkte kontaktvej eller entydig kobling til behandlingsansvar
Patientsikker kommunikation	Krav om struktureret kommunikation (fx ISBAR)	Ikke tilsvarende konkretiseret
Monitorering og kvalitetsudvikling	Systematisk monitorering med konkrete indikatorer (kliniske, organisatoriske, brugeroplevede)	Overordnet beskrevet, men uden tydelige indikatorer
Status som kvalitetsstandard	Reelt forpligtende kvalitetsstandard med klare krav	Fremstår primært som rammepapir

Til Sundhedsstyrelsen
Enhed for Forebyggelse og
det primære sundhedsvæsen
Reference: MEBRS

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

9. januar 2026

Høringssvar fra REHPA til udkast til Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

REHPA takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstyrelsens udkastet til *Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser*, version 11.12.2025. Sagsnr. 04-9999-57.

Vi vurderer samlet set, at udkastet er relevant og væsentligt og bidrager til en fælles forståelse af formål, målgruppe og indhold i de kommende sundheds- og omsorgspladser.

Nedenfor følger vores samlede vurdering samt konkrete bemærkninger til udvalgte dele af udkastet.

Overordnet vurderer vi, at udkastet bidrager positivt til en ensartet forståelse af hvad de kommende sundheds- og omsorgspladser skal indeholde og favne. Vi finder det særligt positivt at:

- tildeling af pladser baseres på borgerens behov for sundhedsfaglige indsatser frem for diagnose, medicinforbrug eller kompleksitet
- flere sundhedsfaglige professioner, herunder terapeuter, er tydeligt tænkt ind, og tværfagligt teamsamarbejde pointeres som centralt
- samarbejde og dialog på tværs af sektorer, herunder digitalt samarbejde og inddragelse af pårørende, fremhæves
- der er fastlagt klare og generelle kriterier for både tildeling og afslutning af ophold

Generelt finder vi at skellet mellem **krav (skal)** og **anbefalinger (kan)** ikke fremstår helt entydigt i dokumentet. Vi kan foreslå, at dette tydeliggøres, fx gennem typografi eller strukturel opdeling.

Nedenfor følger vores konkrete bemærkninger.

Ad afsnit 2.1 Generelt om målgruppen s. 5, afsnit 5

Det fremgår, at borgere med behov for basale palliative indsatser alene ikke er omfattet af målgruppen for sundheds- og omsorgspladser.

Formuleringen fremstår uklar i forhold til tidligere beskrivelser af målgruppen. I Sundhedsstyrelsens dokument "*Målgruppen for sundheds- og omsorgspladser*" (marts 2025) fremgår det, at en del af målgruppen modtager palliative indsatser. Her peges på, at dele af kategorien øvrige pladstyper (5 %), herunder pladser for palliation, kan være relevante at medregne.

Nyere undersøgelser indikerer desuden, at en større andel af borgere på de nuværende midlertidige pladser har palliative behov. En undersøgelse fra 2025 viser eksempelvis, at 22 % af borgerne er døde inden for 90 dage efter udskrivelse¹. Samtidig er der et betydeligt overlap mellem rehabiliterende og palliative indsatser, idet begge tilgange i stigende grad retter sig mod samme målgruppe med varierende behov over tid. Borgere ønsker at opretholde funktionsevne op mod død, hvorfor der kan være brug for samtidige eller fluktuerende rehabiliterende og palliative indsatser²³.

Basal palliativ indsats varetages af kommune, almen praksis og sygehusafdelinger, der ikke har palliation som hovedopgave. Palliative forløb er generelt præget af betydelige og ofte uforudsigelige udsving i både fysisk, psykosocial, eksistentiel og funktionel tilstand frem mod døden. Det sker, at forløb, der ellers er planlagt til at finde sted i borgers eget hjem, bliver for svære for fx borger og/eller de pårørende, og derfor ender i akutte indlæggelser. De palliative behov ville forventeligt for en stor del kunne varetages med mere intensiv sundhedsfaglig intervention på sundheds- og omsorgspladser i de situationer. Det er uklart for os, om den målgruppe vil være omfattet, eller om det opfattes som "behov for basale palliative indsatser alene" som nævnt i kvalitetsstandard.

Det anbefales derfor, at målgruppen i relation til basale palliative indsatser præciseres yderligere, herunder:

¹ Harbi, H., Lundby, C., Bjødstrup Jensen, P., Post Larsen, S., Grouleff Rørbæk, L., Vestergaard Ravn-Nielsen, L., Ryg, J., Reilev, M., Edwards, K., Potteård, A. Characteristics and care trajectories of older patients in temporary stays in Denmark. *European Geriatric Medicine*. 2025

² Maribo, T., Ibsen, C., Thuesen, J., Nielsen, CV., Johansen, JS., Vind, AB. Hvidbog om rehabilitering, 1. udgave. Rehabiliteringsforum Danmark, Aarhus. 2022

³ Thuesen J, Elbek JA, Vind AB (Red.). Rehabilitering og palliation – sammenhæng ved livstruende sygdom, 1. udgave. REHPA og Rehabiliteringsforum Danmark, Aarhus. 2025.

- præcisering af hvilke borgere med palliative behov, der hører under eller ikke hører under målgruppen for de kommende sundheds- og omsorgspladser, gerne med konkrete eksempler
- overvejelser om der skal tages stilling til forventet andel af borgere med palliative behov og i forlængelse her af overvejelse af systematisk afdækning af palliative behov

Ad afsnit 3.4. Kompetencer (s. 10):

Det vurderes positivt, at alle faggrupper skal kunne indgå i tværfagligt samarbejde om den rehabiliterende indsats. Det kan anbefales at tydeliggøre at ledelsen har ansvar for at understøtte de organisatoriske rammer for tværfagligt samarbejde, da det erfaringsmæssigt ikke kommer af sig selv.

Det fremgår endvidere, at der skal være terapeutfaglige kompetencer til stede i dagtimerne alle ugens dage, hvilket er meget hensigtsmæssigt i forhold til at understøtte den rehabiliterende tilgang. Det anbefales at præcisere begrebet *dagtimerne* og overveje, om tilstedeværelse også bør omfatte eftermiddags- og tidlige aftentimer, fx frem til kl. 20.00, for at understøtte den rehabiliterende indsats og det tværfaglige samarbejde gennem aktiviteter hele dagen.

Ad afsnit 1.2 Definition af sundheds- og omsorgspladser (s. 3, afsnit 2) + afsnit 3.1 Formål med opholdet (s. 9):

Det foreslås kontinuerligt at bruge begrebet borgerens fysiske, psykiske, sociale og kognitive *funktionsevne* frem for fysiske og kognitive funktion, da dette dels er i overensstemmelse med kvalitetsstandardens henvisning til ICF-modellen for funktionsevne og til hvidbogens definition af rehabilitering, og dels fordi de psykiske og sociale aspekter af funktionsevne er central for målgruppens livskvalitet.

Ad afsnit 3.2. Indsatser (s. 9, afsnit 1)

Det kan anbefales at uddybe beskrivelsen af indsatser. I tillæg til det beskrevne vil der ofte være behov for fx biopsykosociale indsatser, stillingtagen til fremtidig boligsituation, hjælpemidler, en syg ægtefælle, et hverdagsliv som er destabiliseret efter en sygdomsperiode eller svækkelse over lang tid, sociale forhold, sociale netværk og aktiviteter, mad og ernæring mm. Dette kan med fordel uddybes/konkretiseres i beskrivelsen af indsatser.

Ad afsnit 3.3 Udstyr (s. 10):

Anvendelse af digitalt udstyr, herunder videokonsultationer, er angivet som en kan-opgave. Det anbefales at overveje, om dette bør være et skal-krav, da det understøtter pårørendeinddragelse på distancen og håndtering af øvrige geografiske barrierer.

Ad afsnit 4. under Kapacitet (s. 12)

I udkastet fremhæves, at kapacitetsbehovet over tid kan påvirkes positivt af teknologisk udvikling og nye behandlingsformer. Dette er relevant – men indflydelsen af den demografiske udvikling er underbetonet. Danmarks Statistik estimerer, at andelen af ældre over 65 år i Danmark stiger fra ca. 20 % i 2025 til ca. 27 % i 2070⁴. Denne udvikling kan øge behovet for sundheds- og omsorgspladser. Det kunne derfor være relevant, at demografi inddrages som en central faktor i den langsigtede kapacitetsplanlægning.

Ad afsnit 4.3 Sammenhæng i borgernes forløb, afsnit Kommunikation, s. 14

I afsnittet adresseres kommunikation **om** patient/borger, men ikke **med** patient/borger. Det foreslås, at man lægger sig tættere op ad Sundhedsstyrelsens Håndbog om rehabilitering på ældreområdet, hvor der er fokus på personcentreret rehabilitering, hvilket bl.a. betyder at borgeren ses som en ligeværdig samarbejdspartner i hele sit rehabiliteringsforløb⁵.

Ad afsnit 6. Kvalitetsudvikling og monitorering (s. 18)

Vi ser positivt på ambitionen om monitorering og muligheden for dataregistrering. Det anbefales, at monitorering også omfatter systematisk opfølgning på brug af de enkelte henvisnings- og afslutningskriterier med henblik på at synliggøre målgruppen for pladserne, og at kunne følge om den ønskede nationale ensartethed opnås. Det kan foreslås at se på muligheden for ensartet måling af funktionsevne, da dette er et af de gennemgående elementer i kvalitetsstandarden, og beskrives som mål for ophold.

REHPA håber, at ovenstående bemærkninger kan indgå i det videre arbejde med kvalitetsstandarderne og står gerne til rådighed for yderligere dialog.

⁴ Danmarks statistik, 2026 <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/befolkningsfremskrivning>

⁵ Håndbog om rehabilitering på ældreområdet - Viden, metoder og inspiration til praksis. Sundhedsstyrelsen, 2023

Med venlig hilsen

Ane Bonnerup Vind
Videncenterchef, REHPA