



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 samorganisering 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 tekstmære bemærkninger.

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 midlertidig 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.