



Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser



Version 11.12.2025

Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser

Version 11.12.2025

© Sundhedsstyrelsen, [2026].
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]
Den trykte versions ISBN: [xx]
ISSN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: [xx]
Versionsdato: [x.xx.xxxx]
Format: pdf
Foto: [Tekst] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	1
1. Introduktion	2
1.1. Formål.....	2
1.2. Definition af sundheds- og omsorgspladser.....	3
2. Målgruppe	5
2.1. Generelt om målgruppen.....	5
2.2. Eksempler på borgere, som er i målgruppen.....	6
2.3. Eksempler på borgere, som <i>ikke</i> er i målgruppen.....	7
3. Indhold på sundheds- og omsorgspladser	9
3.1. Formål med opholdet.....	9
3.2. Indsatser.....	9
3.3. Udstyr.....	10
3.4. Kompetencer.....	10
4. Organisering og tilrettelæggelse	11
4.1. Tilgængelighed.....	11
4.2. Organisering af lægedækning og behandlingsansvar.....	12
4.3. Sammenhæng i borgernes forløb.....	13
5. Tildelings- og afslutningskriterier	15
5.1. Henvi sning.....	15
5.2. Tildeling.....	16
5.3. Afslutning.....	16
6. Kvalitetsudvikling og monitorering	18
6.1. Kvalitetsudvikling.....	18
6.2. Monitorering og data.....	18
Bilag 1. Begrebsafklaring	19
Funktionsevne.....	19
Rehabilitering.....	19

1. Introduktion

1.1. Formål

Sundhedsstyrelsen udgiver kvalitetsstandards for regionale sundheds- og omsorgspladser som opfølgning på den politiske aftale 'Aftale om sundhedsreform' fra november 2024¹. Med reformen får regionerne myndighedsansvaret for at tilbyde midlertidige ophold på sundheds- og omsorgspladser til borgere med behov for sundhedsindsatser, som ikke kræver en sygehusindlæggelse, men ikke hensigtsmæssigt kan varetages i eget hjem.

Regionerne er ansvarlige for at etablere og drive sundheds- og omsorgspladserne fra 1. januar 2027. Det skal bidrage til at understøtte en større sammenhæng i borgernes forløb, da sygehusene med sundhedsreformen får en større rolle i behandlingen i det primære sundhedsvæsen udenfor sygehusene, ligesom det også skal bidrage til lægedækning på sundheds- og omsorgspladserne. Den øgede lægedækning på pladserne skal ses i sammenhæng med udviklingen af almenmedicinske tilbud i de kommende år, hvor antallet af læger øges og på sigt kan bidrage med ressourcer til lægedækningen på pladserne.

Nærværende kvalitetsstandards tager udgangspunkt i Aftale om sundhedsreform 2024 og Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen² (herefter Forårsaftale 2025), herunder bilag 5 til Forårsaftale 2025, der beskriver målgruppen og principper for tildelings- og afslutningskriterier for sundheds- og omsorgspladserne, samt lovforslag nr. L 42³, som er del af udmøntningen af Aftale om sundhedsreform 2024. Derudover tages der udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens faglige notat om afgrænsning af målgruppen for sundheds- og omsorgspladser fra marts 2025⁴ (herefter Sundhedsstyrelsens målgruppenotat), der yderligere beskriver målgruppen.

Der er med reformen afsat 300 mio. kr. i 2027 og 400 mio. kr. fra 2028 og frem til implementeringen af kvalitetsstandards. Derudover er der blandt andet også afsat 125 mio. kr. årligt fra 2027 til afskaffelse af egenbetaling for kost, linned, tøjvask og lignende i forbindelse med ophold på sundheds- og omsorgspladser efter sundhedsloven. Endvidere er der afsat 20 mio. kr. årligt fra 2027 til frit valg til regionale sundheds- og omsorgspladser. Regulering heraf fastlægges i et senere lovforslag.

Formålet med nationale kvalitetsstandards er, at de skal understøtte en mere ensartet kvalitet i sundhedsindsatser på tværs af landet. Derudover skal kvalitetsstandards fastsætte forpligtende kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger til indsatserne gældende for de kommunale og regionale myndigheder, som varetager indsatserne⁵.

Nærværende kvalitetsstandards beskriver nationale krav og anbefalinger til sundheds- og omsorgspladsernes målgruppe, tildelings- og afslutningskriterier⁶, indhold, herunder indsatser, udstyr og kompeten-

¹ Aftale om sundhedsreform 2024; Indenrigs- og Sundhedsministeriet

² Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen; regeringen, Danske Regioner og KL

³ Lovforslag nr. L 42, Folketinget 2025-26, Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandards, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.)

⁴ Målgruppe for sundheds- og omsorgspladser 2025; Sundhedsstyrelsen

⁵ Bekendtgørelse nr. 138 af 8. februar 2024

⁶ Med afsæt i Forårsaftale 2025, bilag 5

cer, organisering og tilrettelæggelse, blandt andet lægedækning, samt kvalitetsudvikling og monitorering.

Publikationen henvender sig til beslutningstagere, planlæggere og fagpersoner i regioner og eventuelle private leverandører og kommuner, der arbejder med at planlægge, lede og udvikle sundheds- og omsorgspladser efter aftale med regionen, samt til kommuner og almenmedicinske tilbud, der skal samarbejde med regionerne om borgernes forløb på sundheds- og omsorgspladserne og ved overgange herfra til eget hjem.

Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med udarbejdelsen af publikationen inddraget Danske Regioner, KL, kommunale og regionale repræsentanter, der alle har været bidragsydere i udformningen, samt andre myndigheder. [Den samlede publikation har desuden været i offentlig høring.]

1.2. Definition af sundheds- og omsorgspladser

Der er med indsatserne på sundheds- og omsorgspladserne tale om et ophold, hvor borgerne modtager sundhedsfaglige indsatser som observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, der tilsammen har et rehabiliterende sigte. Med en sundheds- og omsorgsplads forstås en stationær plads til et midlertidigt ophold uden for sygehusregi.

Formålet med indsatserne på en sundheds- og omsorgsplads er at forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgerens fysiske og kognitive funktioner (se kapitel 3 om indhold på sundheds- og omsorgspladser). Det midlertidige ophold på en sundheds- og opholdsplads kan både være forebyggende for og opfølgende efter en sygehusindlæggelse.

Borgernes forløb, karakteristika og behov afgør, hvorvidt det er en indsats, som mest hensigtsmæssigt løses på en sundheds- og omsorgsplads (se kapitel 2 om målgruppe). Tildelingen skal baseres på borgernes behov for sundhedsfaglig indsats frem for diagnose, medicinforbrug eller kompleksitet (se kapitel 5 om tildelings- og afslutningskriterier).

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 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.

Alle indsatser på sundheds- og omsorgspladserne får jf. lovforslag nr. L 42⁷ hjemmel i sundhedsloven § 118 e. 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 (for uddybning se kapitel 4 om organisering og tilrettelæggelse).

⁷ Lovforslag nr. L 42, Folketinget 2025-26, Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.)

2. Målgruppe

2.1. Generelt om målgruppen

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.

Fx kan en borger med behov for forskellige faglige kompetencer og høj intensitet i indsatserne over døgnet tilbydes et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads, da det ikke er hensigtsmæssigt at planlægge indsatsen i eget hjem. Det kan også gælde borgere med genoptræningsbehov, herunder almindelige genoptræningsbehov, hvor det vurderes, at indsatsen ikke kan tilrettelægges på et genoptræningscenter eller i eget hjem, fx på grund af praktiske forhold. 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.

Der er tale om en gruppe af borgere, hvis sundhedstilstand og behov spænder bredt med varierende sværhedsgrad og kompleksitet givet fx kronisk sygdom, funktionsevne og polyfarmaci. Afledt heraf har borgere i målgruppen meget forskelligartede behov for sundhedsfaglige indsatser. Målgruppen omfatter primært ældre og borgere med multisygdom med nedsat funktionsevne samt somatiske og kognitive udfordringer. Det kan eksempelvis være borgere med akut opstået sygdom, forværring af kendt sygdom og/eller tilstande med komplekse behov for pleje, behandling og medicinhåndtering. Målgruppen kan desuden omfatte borgere med samtidige psykosociale problematikker eller rusmiddelrelaterede udfordringer mv.

Målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne og dens samlede behov for sundhedsfaglige indsatser tilsiger, at der skal tilknyttes lægefaglige kompetencer med henblik på løbende vurdering samt eventuel justering af behandlingsplan og indsatser. Behovet for tilknytning af lægefaglige kompetencer vil også kunne bestå i det faste sundhedsfaglige personales behov for adgang til lægefaglig sparring og rådgivning både i forhold til enkelte borgere og til generelle forhold relateret til målgruppen.

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.

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. Der kan også være tale om borgere med en rusmiddeludfordring, som grundet et somatisk sundhedsfagligt behov tildeles en sundheds- og omsorgsplads. Begge dele kræver et tæt samarbejde med borgernes opholdskommuner og/eller den regionale psykiatri, så borgerne også modtager disse indsatser under opholdet (se kapitel 4 om organisering og tilrettelæggelse).

Nedenfor suppleres målgruppebeskrivelsen med eksempler på karakteristika ved forskellige grupper af borgere, som vil have gavn af et ophold på sundheds- og omsorgspladserne, og borgere, som vil have mere gavn af et andet tilbud. Eksemplerne tager udgangspunkt i borgernes samlede sundhedstilstand. Den samlede sundhedstilstand kan dog ikke stå alene i den konkrete vurdering af den enkelte borger, men skal sammenholdes med andre faktorer i borgerens samlede livssituation, herunder boligsociale forhold, faktorer som borgerens netværk og relationer, boligforhold, særlige livsomstændigheder og økonomi.

Eksemplerne er ikke udtømmende for den samlede målgruppe.

2.2. Eksempler på borgere, som er i målgruppen

Nedenfor følger beskrivelser af eksempler på borgere, der er i målgruppen for ophold på sundheds- og omsorgspladserne.

Eksempel: Nyudskrevne borgere efter akut forværring af allerede kendt sygdom eller akut nyopstået sygdom

Denne gruppe består af borgere, der har været indlagt med akut forværring eller andre akutte tilstande. Borgerne er ofte ustabile og med behov for hyppig observation og/eller pleje, behandling og målrettet rehabilitering, og der er ofte behov for løbende lægelig vurdering.

Der er tale om borgere i uforudsigelige forløb, eller hvor borgerne er i en ustabil fase. Det kan medføre, at forløbene er uafklarede, og 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.

Eksempel: Nyudskrevne borgere med behov for at generhverve funktionsevne

Nyudskrevne borger, som har et funktionsevnetab og behov for genoptræning kombineret med ernæringsindsats og/eller anden tæt sygeplejefaglig indsats, der ikke kan varetages hensigtsmæssigt i eget hjem. Målet er at generhverve funktionsevne. Disse borgere har ikke nødvendigvis behov for løbende lægelig opfølgning.

I gruppen er også borgere, som i forlængelse af en sygehusindlæggelse er lægeligt færdigbehandlede, men fortsat har behov for rehabilitering og/eller behandling, som ikke kan varetages i eget hjem. 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.

Eksempel: Borgere, typisk fra eget hjem, med behov for sundhedsfaglig observation

Borgere, der typisk kommer fra eget hjem, kan komme på sundheds- og omsorgspladserne med henblik på afklaring af funktionsevne og for at forebygge eller undgå eventuel indlæggelse.

Borgerne har typisk behov for sundhedsfaglig observation og lægelig opfølgning for at forebygge eller undgå sygehusindlæggelse. Det kan også være borgere med forværring af kendt sygdom eller kompleks somatisk sygdom, der kræver pleje og monitorering, men ikke sygehusindlæggelse.

2.3. Eksempler på borgere, som *ikke* er i målgruppen

Der er i nedenstående beskrivelser af eksempler på borgere, der ikke er i målgruppen for et ophold på sundheds- og omsorgspladserne, taget udgangspunkt i, at borgernes behov mere hensigtsmæssigt kan imødekommes med andre tilbud end de indsatser, der tilbydes på sundheds- og omsorgspladserne.

Eksempel: Borgere, der kan opholde sig i eget hjem, når de modtager kommunale og/eller regionale indsatser

Borgere, der kan opholde sig i eget hjem, når de modtager kommunale og/eller regionale sundhedsfaglige indsatser og tilbud, er ikke i målgruppen for et ophold på sundheds- og omsorgspladserne (se kapitel 1: introduktion).

Det må forventes, at der overvejende vil være tale om borgere, der ud fra en sundhedsfaglig vurdering er i stabile forløb, og hvor indsatserne i nogen grad er forudsigelige.

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. Dette, da der så vidt muligt, skal undgås unødvendige skift af opholdssted.

Eksempel: Borgere, der primært har behov for socialfaglige indsatser

Borgere, der primært har behov for socialfaglige indsatser, og hvor det overvejende behov dermed ikke er en sundhedsfaglig indsats, vil ikke skulle tildeles ophold på sundheds- og omsorgspladser. Denne gruppe borgere vil være et kommunalt ansvar og vil skulle modtage et kommunalt tilbud for at understøtte kontinuitet i deres indsatser. Det vil omfatte borgere, hvis udfordringer primært relaterer sig til fx hjemløshed, behov for social rehabilitering eller social misbrugsbehandling. Borgere med komplekse sociale problemer er dog ikke udelukket fra pladserne, så længe deres primære behov for indsatser er sundhedsfagligt.

Eksempel: Borgere, der primært har behov for psykiatrisk behandling

Hvis borgere, fx med svær grad af psykisk lidelse og psykiatiske komorbiditeter, efter udskrivelse udviser udpræget udadreagerende adfærd, har fremtrædende psykotiske symptomer eller på anden vis har et primært psykiatrisk behandlingsbehov i forhold til deres psykiske lidelse, vil det være vanskeligt at tilbyde de rette kompetencer og rammer til at dække deres behov på en sundheds- og omsorgsplads. Her vil der blandt andet være behov for tæt observation og indsatser, der kan iværksættes indenfor en tidskritisk ramme, og et særligt tæt samarbejde med fx den regionale psykiatri, socialpsykiatrien og/eller et eventuelt botilbud. Disse borgere kan derfor have bedre gavn af et andet tilbud i sundhedsvæsenet, herunder fortsat psykiatrisk behandling med samtidig behandling af eventuel somatisk sygdom.

Eksempel: Borgere, der udskrives fra sygehus med lægefagligt begrundet behov for rehabilitering på specialiseret niveau

Borgere, som vil blive udskrevet fra sygehuset med lægefagligt begrundet behov for rehabilitering på specialiseret niveau, vil ikke skulle tilbydes ophold på en sundheds- og omsorgsplads i de tilfælde, hvor der vil være behov for døgnophold. Dette ophold vil skulle tilbydes efter reglerne om genoptræning efter

udskrivning fra sygehus, jf. lovforslag nr. L 42 § 139 b. Den enkelte region vil have mulighed for at oprette tilbud om rehabilitering på specialiseret niveau efter lovforslag nr. L 42 § 139 b på den samme matrikel som sundheds- og omsorgspladserne, forudsat at relevante krav til genoptræningsindsatsen overholdes.

HØRINGSUDKAST

3. Indhold på sundheds- og omsorgspladser

3.1. Formål med opholdet

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.

3.2. Indsatser

På sundheds- og omsorgspladserne varetages en række sundhedsfaglige indsatser som observation, behandling, genoptræning samt basal palliation, der tilsammen har et rehabiliterende sigte. Dertil varetages den nødvendige pleje og omsorg samt de øvrige praktiske foranstaltninger, som borgerne måtte have behov for under et ophold på sundheds- og omsorgspladserne.

Indsatserne er intensive og individuelle med træning, pleje og omsorg integreret i alle aktiviteter. Der fastsættes konkrete mål for rehabilitering og genoptræning 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 borgerens funktionsevne efter afsluttet ophold. Indsatserne planlægges tværfagligt og evalueres løbende gennem statusmøder med borgeren, eventuelle pårørende og opholdskommunen.

Fokus for indsatserne er at opnå en progression i borgernes sundhedstilstand og funktionsevne. Det omfatter både fysisk funktionsevne og mestring i form af fx sygdomsspecifik egenomsorg, medicinbehandling og samt brug af hjælpemidler⁸. Målopfylnelsen evalueres og revurderes undervejs i forløbet eksempelvis efter statusmøder.

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).

Lægemidler, der udleveres på sundheds- og omsorgspladser, skal være vederlagsfri for borgerne⁹. 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.

⁸ Der planlægges i 2026 at fastsætte nærmere regler i administrative forskrifter om rammerne for sundhedsfagligt rehabiliterende indsatser for borgere med ophold på sundheds- og omsorgspladserne og genoptræningsplan fra sygehuset.

⁹ Tilkendegivelser i forbindelse med sundhedsudvalgets afgivelse af betænkning til lovforslag nr., L 42, hvoraf forholdet fremgår. Se følgende link: [L 42 Bilag 6 Tilkendegivelser i forbindelse med sundhedsudvalgets afgivelse af betænkning til L 42pdf](#)

De faglige indsatser bør følge gældende faglige retningslinjer. I tilfælde hvor der ikke foreligger sådanne, bør almindelig god praksis på området følges.

3.3. Udstyr

På sundheds- og omsorgspladserne skal relevant udstyr, hjælpemidler og træningsredskaber være til stede med henblik på at kunne udføre de indsatser, som tilbydes med udgangspunkt i den enkelte borgers sundhedstilstand og behov.

Der skal være relevante procedurer for kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse af udstyr, hjælpemidler og træningsredskaber.

Der kan desuden anvendes digitalt udstyr til understøttelse af indsatserne, fx videokonsultationer.

3.4. Kompetencer

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 deres kompetencer. Ledelsen er ansvarlig for, at personalet har adgang til kompetenceudvikling for til stadighed at kunne varetage indsatserne.

Der vil på sundheds- og omsorgspladserne være behov for forskellige faggrupper og kompetencer. For alle faggrupper gælder det, at de skal kunne indgå i et tværfagligt samarbejde om den rehabiliterende indsats.

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).

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 være terapeutfaglige kompetencer til stede på matriklen i dagtimerne alle ugens dage.

Der skal være de rette lægefaglige kompetencer tilgængelige på sundheds- og omsorgspladserne, nærmere bestemt kompetencer inden for almen medicin og geriatri.

Ved behov skal der være rette kompetencer tilgængelige for at kunne foretage medicingennemgang for borgere med ophold på pladserne.

4. Organisering og tilrettelæggelse

4.1. Tilgængelighed

Beskrivelsen af tilrettelæggelse og tilgængelighed tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens definition af faglig bæredygtighed fra notatet 'Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning' (bilag 3 i Sundhedsstrukturkommissionens bilagsrapport¹⁰). Heraf fremgår det, at i planlægningen af almene sundhedsydelser, hvilket også omfatter sundheds- og omsorgspladser, er geografisk nærhed, tilgængelighed, sammenhæng og samarbejde væsentlige hensyn.

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.

Sundheds- og omsorgspladser skal være geografisk distribuerede og spredt rundt om i landet af hensyn til nærhed og tilgængelighed, herunder af hensyn til transporttid for borgere og pårørende. Hensynet til geografisk tilgængelighed skal dog balanceres i forhold til hensyn til faglig bæredygtighed (som også omfatter organisatorisk effektivitet). Det gælder særligt i forhold til at sikre et tilstrækkeligt sygeplejefagligt miljø med en robust døgndækning, der lever op til de beskrevne kompetencekrav (se kapitel 3 om indhold på sundheds- og omsorgspladser). Dele af indsatserne kræver samtidig en vis specialiseret viden, hvor medarbejdernes viden og kompetencer i nogen grad er knyttet til opgavevolumen.

Faglig og organisatorisk bæredygtighed kan derfor isoleret set potentielt være vanskeligt at opretholde i områder og indenfor kommuner med et meget lavt befolkningsgrundlag. Generelt vil det dog indenfor sundhedsrådene være muligt at planlægge kapaciteten på tværs af kommunegrænser og derved opnå faglig bæredygtighed og samtidig nærhed. Fx kan et tilbud i en mindre kommune dække dele af populationen i en tilgrænsende større kommune.

I områder og indenfor kommuner med et meget lavt befolkningsgrundlag, hvor tætheden til omkringliggende kommuner er høj, kan der opnås geografisk nærhed og en tilstrækkelig opgavevolumen ved, at sundheds- og omsorgspladserne ikke er placeret i alle kommuner i området.

For kommuner med et meget lavt befolkningsgrundlag, og som ikke har tæthed til omkringliggende kommuner, kan mere fagligt og organisatorisk bæredygtige enheder potentielt opnås ved samorganisering af pladserne med andre enheder, som har sygeplejefaglige miljøer med døgndækning og erfaring med en lignende målgruppe. Det kan fx være den regionale akutsygepleje eller ved horisontale samarbejder med kommunale sundhedstilbud med sygeplejefaglig døgndækning.

¹⁰ Sundhedsstrukturkommissionens bilagsrapport – Analyser og ekspertbidrag, Bilag 3: Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning 2024; Udarbejdet for Sundhedsstrukturkommissionen, Sundhedsstyrelsen

Kapacitet

Hvert sundhedsråd skal i planlægningen af kapaciteten af sundheds- og omsorgspladser tage udgangspunkt i lokale behov og forudsætninger. Et centralt element heri er den forventede størrelse af de primære målgrupper for pladserne.

Derudover vil der kunne indgå overvejelser om særlige forhold vedrørende fx geografi eller andre lokale forhold, som kan have betydning for behovet for at tilbyde midlertidige ophold på sundheds- og omsorgspladser.

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. Kapaciteten kan både etableres som regionale sundheds- og omsorgspladser eller gennem aftaler med kommuner eller private leverandører.

Kapacitetsbehovet må forventes at ændre sig over tid; blandt andet som følge af teknologisk udvikling, nye behandlingsmetoder og øget brug af hjemmebehandling samt den demografiske udvikling. Kravene til kapacitet i nærværende standard må derfor forventes at skulle tilpasses fremadrettet.

Tilgængelighed over døgn

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.

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

Borgernes behov imødekommes bedst, hvis de kompetencer, der tilknyttes sundheds- og omsorgspladserne, er tilknyttet på en sådan måde, at kontinuitet og sammenhæng for borgerne understøttes. Sundhedsfaglige personer, som ikke er fast tilknyttet pladserne, skal have kendskab til indsatserne, det faste personales kompetencer og rammerne for pladserne.

4.2. Organisering af lægedækning og behandlingsansvar

Regionerne har ansvaret for, at der er døgndækning hele ugen, året rundt med fast tilknyttede læger på sundheds- og omsorgspladserne.

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. Behandlingsansvaret omfatter den lægeordnede behandling, der varetages på sundheds- og omsorgspladserne, herunder også borgernes behandlingsplaner og justeringer heraf.

Tilrettelæggelsen af lægedækningens kapacitet og kompetencer skal tage udgangspunkt i målgruppens behov og konkrete sygdomsforløb samt personalets behov for sparring og rådgivning. Lægedækningen kan ikke overgå til vagtlægeordninger eller 1813-/1818-ordninger eller tilsvarende med ikkefast personale.

Der skal være sammenhæng i borgernes forløb, også hvad angår lægefaglig behandling. Ved overgange til og fra sundheds- og omsorgspladserne skal det til enhver tid være entydigt, hvem der har behandlingsansvaret for den enkelte borger, og den behandlingsansvarlige læge skal have den nødvendige information om borgeren.

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.

I takt med udviklingen af det primære sundhedsvæsen, hvor kapaciteten i de almenmedicinske tilbud øges, vil disse formentlig kunne få en større funktion som fast tilknyttede læger på sundheds- og omsorgspladserne.

4.3. Sammenhæng i borgernes forløb

Samarbejde

Regionen og kommunen skal samarbejde om at skabe sammenhæng i borgernes forløb. Dette gælder både ved borgernes overgang til pladserne, under opholdet og ved borgernes overgang til eget hjem efter opholdet. Personalet på sundheds- og omsorgspladserne og de relevante kommunale samarbejdspartnere skal være i dialog om borgerne, når den enkelte borgers behov tilsiger dette. Dialogen skal starte i forbindelse med, at borgerne tildeles et ophold på sundheds- og omsorgspladserne.

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 nødvendige indsatser efter ældreloven og serviceloven, herunder også sociale indsatser. For nogle borgere med sociale udfordringer kan et tæt samarbejde med borgerens bostøtte (jf. serviceloven §§ 85 eller 85 a) eller botilbud, hvis borgeren er bosat på et sådant (jf. serviceloven §§ 107 eller 108) understøtte den gode overgang til eget hjem efter endt ophold. Der kan også være tale om igangsættelse eller fortsættelse af rusmiddelbehandling eller anden støtte efter serviceloven fx botilbud.

Derudover kan der 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. Hvis en borger fortsat har behov for et givent hjælpemiddel efter endt ophold på en sundheds- og omsorgsplads, vil hjælpemidlet skulle udleveres efter gældende regler på området for hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Sundhedsrådene har det umiddelbare forvaltningsmæssige ansvar for planlægning af sundheds- og omsorgspladserne og skal have fokus på at understøtte sammenhængende forløb med færrest mulige skift og gode rammer for, at borgerne kan vende tilbage til eget hjem.

Dertil kan der lokalt arbejdes med forskellige former for organisering af et tæt samarbejde mellem region og kommune om overgang fra en sundheds- og omsorgsplads til eget hjem, således at kendskab til kommunens tilbud bringes ind tidligt i forløbet med henblik på fælles forventningsafstemning. Dette med henblik på at understøtte sammenhæng i overgang fra opholdet til indsatser leveret af kommuner og private velfærdsleverandører.

Kommunikation

Gode overgange skal understøttes af struktureret kommunikation omkring borgerne¹¹. Der skal derfor være mulighed for at dele de nødvendige oplysninger om borgerne og borgernes forløb på tværs. Dette forudsætter relevant digital understøttelse af alle faggrupper, så de kan tilgå og dele de nødvendige oplysninger.

Ophold og afslutning fra sundheds- og omsorgspladser forudsætter løbende dialog med borgernes opholdskommuner. Dialogen skal starte, når den enkelte borger får ophold på en sundheds- og omsorgsplads. 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.

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. 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.

Regionen skal som udgangspunkt give kommunen besked senest 48 timer før, dog om fredagen senest 72 timer før, at en specifik borger vurderes at kunne opfylde betingelserne for ikke længere at have behov for ophold. Kommuner og regioner kan lokalt på baggrund af drøftelser i sundhedsrådene aftale at afvige fra denne regel.

Regionen er ansvarlig for, at oplysninger og information om borgernes fortsatte behandling, herunder den medicinske behandling, er til rådighed for kommunen og borgernes almenmedicinske tilbud.

⁸ Nærmere aftaler om kommunikation mellem de relevante sundhedsfaglige aktører samt hvad kommunikationen skal indeholde, bør etableres mellem regionerne og kommunerne tilsvarende de nuværende kommunikationsaftaler.

5. Tildelings- og afslutningskriterier

Sundheds- og omsorgspladserne er målrettet borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, men som ikke har behov for en sygehusindlæggelse. Samtidig kan indsatsen på sundheds- og omsorgspladserne af forskellige årsager ikke varetages i eget hjem, herunder plejebolig mv. Kriterier for hvilke borgere, der kan henvises og tildeles en sundheds- og omsorgsplads, er afgrænset af karakteristika ved målgruppen (se kapitel 2 om målgruppe) samt indsatserne på pladserne (se kapitel 3 om indhold på sundheds- og omsorgspladser) i forhold til, hvornår det er relevant at tildele og tilsvarende afslutte opholdet.

Målgruppe og principper for tildelings- og afslutningskriterier for sundheds- og omsorgspladser er beskrevet i Forårsaftale 2025, bilag 5. I aftalen er det beskrevet, at den regionale tildeling og afslutning baserer sig på følgende principper:

- Den regionale tildeling og afslutning på sundheds- og omsorgspladser skal tage højde for den specifikke borgers samlede situation¹².
- Regionen og kommunen skal samarbejde om at skabe sammenhæng i overgangen fra opholdet på en regional sundheds- og omsorgsplads til de kommunale indsatser i eget hjem.
- Kommunen kan fortsat tilbyde midlertidige ophold og aflastning efter ældreloven og service-loven til borgere, der primært har behov for helhedspleje (efter ældreloven) og/eller personlig pleje og praktisk hjælp (efter serviceloven).
- Sundheds- og omsorgspladserne er ikke tiltænkt borgere, der primært har behov for socialfaglige indsatser.

5.1. Henvisning

Foruden regionerne skal den kommunale sygepleje og almenmedicinske tilbud kunne henvise borgere til sundheds- og omsorgspladserne. Dette med henblik på, at regionen foretager en konkret vurdering af, om en specifik henvist borger skal tildeles ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Henvisning bør tage udgangspunkt i dialog og samarbejde om den specifikke borger (se kapitel 4 om organisering og tilrettelæggelse). Hvis henvisningen afvises, bør der altid være en udvidet dialog mellem den henvisende og tildelende aktør. Kan henvisningen ikke imødekommes på grund af manglende kapacitet, har regionen ansvar for at finde alternative tilbud, gerne i samarbejde med den henvisende part.

Henvisning til sundheds- og omsorgspladserne og eventuel henvisning til alternativt tilbud skal ske i samarbejde og dialog med den berørte borger og opholdskommunen, som har kendskabet til eventuelle

¹² Borgerens samlede situation er i nærværende kvalitetsstandards udfoldet på følgende måde: Borgerens samlede sundhedstilstand og livssituation.

kommunale alternativer, og viden om hvilke indsatser der kan tilrettelægges i eget hjem (se kapitel 4 om organisering og tilrettelæggelse).

5.2. Tildeling

Regionerne har myndighedsansvaret for sundheds- og omsorgspladserne og har dermed tildelingsretten. Tildelingen skal tilrettelægges således, at den kan varetages hele døgnet, og de henvisende aktører skal opleve en let adgang til tildelingen. Regionerne bør inddrage kommunerne tidligt i borgernes forløb på en sundheds- og omsorgsplads, fx ved tildeling af ophold, så parterne får de bedste forudsætninger for at sikre borgerne hensigtsmæssige overgange til eget hjem, ligesom kommunerne bør iværksætte de nødvendige tilretninger af borgernes hjem, så overgangene ikke forsinkes unødigt.

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 de nødvendige sundhedsfaglige indsatser i eget hjem.

5.3. Afslutning

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.

Generelle afslutningskriterier for sundheds- og omsorgspladser

Følgende kriterier ligger til grund for afslutning af en borgers ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Hvad angår det første og andet kriterium, behøver begge ikke at være opfyldt, da borgeren ikke nødvendigvis kan opnå målet med opholdet.

- Målet med opholdet er opnået, og borgeren kan opretholde sin funktionsevne og være i eget hjem
- Der er ikke længere progression, og borgeren har opnået en stabil funktionsevne, hvor yderligere udvikling ikke forventes
- Borgerens funktionsevne kan opretholdes på et niveau så eventuel videre behandling kan varetages hensigtsmæssigt i eget hjem
- Eventuelt fortsat plejebehov, behov for hjælpemidler og eventuel ændret boligindretning efter udskrivelse fra en sundheds- og omsorgsplads er afdækket
- Psykosocial parathed er afdækket i form af eventuelt opfølgende støttebehov efter udskrivning fra en sundheds- og omsorgsplads
- Afslutning er koordineret med borgerens opholdskommune og øvrige relevante aktører, herunder borgerens almenmedicinske tilbud (se kapitel 4 om organisering og tilrettelæggelse for en uddybning af kriterier for varsling af opholdskommune).

6. Kvalitetsudvikling og monitorering

6.1. Kvalitetsudvikling

Ledelsen på sundheds- og omsorgspladserne har et ansvar for at have en kvalitetsorganisation, hvor der systematisk arbejdes med kvalitetsudvikling og iværksættes forbedringstiltag. Dette ud fra en bred vifte af relevante metoder som fx kollegial og faglig sparring, supervision og undervisning under den lokale ledelses ansvar. I kvalitetsudviklingen skal relevante data også anvendes.

Dertil skal region, herunder almenmedicinske tilbud, og sygehuse, og kommuner evaluere og gøre status på samarbejdet om borgernes forløb.

6.2. Monitorering og data

Der etableres et datagrundlag for sundheds- og omsorgspladser, som kan understøtte fx drift, national monitorering, styring, planlægning og kvalitetsudvikling.

Datagrundlaget til monitorering på sundheds- og omsorgspladserne kan med fordel indledningsvis bygge på eksisterende dokumentation og data, jf. Forårsaftale 2025. Dette af hensyn til at undgå at stille nye dokumentations- eller registreringskrav og for at undgå en unødigt forøgelse af antal indikatorer.

Overordnet set kan der inddrages data, som rummer både det kliniske, organisatoriske og brugeroplevede perspektiv. Hvis muligt, kan det være en fordel at se på, hvilke rutineopsamlede strukturerede data man allerede modtager og tage udgangspunkt i disse, fx ved at genanvende data fra den dokumentation, som kontinuerligt finder sted på sundheds- og omsorgspladserne.

Det er afgørende, at afslutningstidspunkter og eventuelle afslutningsvurderinger registreres med henblik på en kommende afregningsordning for sundheds- og omsorgspladserne.

Det væsentlige er, at der bevares kontinuitet i dataregistrering og mulighed for monitorering henover de kommende år. Dette både af hensyn til kvalitetssikring og den fortsatte udvikling af området og til muligheden for at tilrettelægge sammenhængende borgerforløb samt borgeradgang til egne sundhedsdata.

Der er i 2025 igangsat et arbejde i regi af Sundhedsdatastyrelsen, som har til formål at fastlægge et nationalt datagrundlag for de sundhedsopgaver, der flytter fra kommuner til regioner, herunder for sundheds- og omsorgspladserne. Heri indgår blandt andet kortlægning af nuværende dokumentations- og indberetningssystemer samt drøftelse af forslag til nationale datagrundlag. Det er endnu ikke afgjort, hvilke systemer der skal anvendes, samt hvilke data der skal registres for de opgaver, som flytter.

Bilag 1. Begrebsafklaring

Funktionsevne

Funktionsevne anvendes som grundlaget for beskrivelsen af den enkelte borgers formåen og af den rehabiliterende indsats, som borgeren modtager på en sundheds- og omsorgsplads. Begrebet er desuden centralt i forbindelse med afslutningen af borgerens ophold på en sundheds- og omsorgsplads ved udskrivelse til kommunale tilbud i et videre forløb i kommunerne.

Begrebet 'funktionsevne' anvendes i nærværende publikation i overensstemmelse med WHO's model for 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF)¹³. ICF-klassifikationen er baseret på WHO's bio-psyko-sociale begrebsmodel og har til formål at give en samlet begrebsramme og systematisk terminologi om helbredsrelateret funktionsevne. ICF gør det muligt i et standardiseret sprog at beskrive helbred, funktionsevne og kontekst, og den kan benyttes blandt andet interdisciplinært og tværsektorielt.

Funktionsevne omfatter tre komponenter:

- Kroppens funktioner og anatomi (funktioner i kroppen omfatter fysiologiske og psykologiske, herunder kognitive funktioner, og anatomi omfatter kroppens forskellige organer, lemmer samt enkeltdele af disse)
- Aktiviteter (en persons udførelse af en opgave eller handling)
- Deltagelse (en persons involvering i dagliglivet).

De tre komponenter påvirker hinanden gensidigt, ligesom den samlede funktionsevne påvirkes af omgivelserfaktorer, personlige faktorer, og helbredstilstand.

Rehabilitering

Rehabilitering er en helhedsorienteret og personcentreret indsats målrettet personer, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter. Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation¹⁴.

Rehabilitering ses i lyset af borgers potentiale for udvikling af funktionsevne og er en helhedsorienteret indsats på tværs af fagligheder, hvor målet er at understøtte borgerne i at opnå den bedst mulige funktionsevne for at fremme borgernes mulighed for at leve et selvstændigt og meningsfuldt liv og med mindst muligt behov for støtte.

¹³ Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF - The International Classification of Functioning, Disability and Health 2002; WHO

¹⁴ Hvidbog om rehabilitering 2022; Rehabiliteringsforum Danmark

Gennem tværfaglige, målrettede indsatser understøttes borgerne i at identificere, anvende og udvikle egne ressourcer med det formål, at borgerne kan opnå størst mulig selvstændighed og livskvalitet. Der arbejdes bredt med fysiske, psykiske og sociale ressourcer.

HØRINGSUDKAST

Sundhed for alle ♥ + ●