

Målgruppe for sundheds- og omsorgspladser

1. Introduktion

1.1. Formål

Med 'Aftale om Sundhedsreform 2024' er det besluttet, at regionerne får myndighedsansvar for nye døgndækkede sundheds- og omsorgspladser, målrettet borgere med behov for sundhedsindsatser, som hverken kræver en sygehusindlæggelse eller hensigtsmæssigt kan varetages i eget hjem. Dette indebærer, at ansvaret for en del af de nuværende midlertidige pladser i kommunerne skal flyttes til regionerne.

Sundhedsstyrelsen er af Indenrigs- og Sundhedsministeriet anmodet om at udarbejde et notat, som kan danne fagligt grundlag for at definere den lovgivningsmæssige ramme for regionernes ansvar i relation til sundheds- og omsorgspladserne.

Notatet skal nærmere bestemt indeholde:

- A. Beskrivelse af målgruppen for sundheds- og omsorgspladser i regionerne, formålet og indholdet på pladserne samt afgrænsningen med hensyn til opgaver, der varetages på henholdsvis sygehuse og i kommuner
- B. Indledende overvejelser om sundhedsfaglige kompetencer, organisering og udstyr, som særligt vil kendetegne disse pladser og hermed adskille dem fra henholdsvis indsatser på sygehuse, i plejeboliger, og borgerens eget hjem
- C. Et skøn over, hvor stor en andel af de midlertidige pladser i kommunerne, herunder akutpladser, der benyttes af borgere, som tilbydes indsatser, som er omfattet af opgaveflyttet

1.2. Ramme for Sundhedsstyrelsens besvarelse

Rammen for Sundhedsstyrelsens bidrag er 'Aftale om Sundhedsreform 2024' og intentionerne heri¹. Heri forudsættes det blandt andet, at ansvaret for de kommunale akutpladser og hovedparten af alle øvrige midlertidige kommunale pladser flyttes til regionerne. Med sundheds- og omsorgspladser etableres hermed et nyt sundhedsfagligt tilbud målrettet størstedelen af den

¹ [Historisk reform flytter sundhedsvæsenet tættere på borgerne | Indenrigs- og Sundhedsministeriet](#)

gruppe af borgere, der i dag har behov for ophold på midlertidige pladser i kommunerne, herunder akutpladser.

Flytningen af opgaveansvaret fra kommunerne til regionerne skal ifølge aftalen sikre mere sammenhæng til sygehusindsatserne samt sikre en højere grad af lægedækning ved speciallæger i almen medicin eller geriatri, så (gen)indlæggelser forebygges.

Jf. 'Aftale om Sundhedsreform 2024' fremgår det, at borgere, der har brug for en sundhedsfaglig indsats, og som af forskellige årsager ikke kan være i eget hjem, hvor der ikke er behov for indlæggelse på et sygehus, skal kunne tilbydes et midlertidigt ophold på en regional sundheds- og omsorgsplads. Sundheds- og omsorgspladserne skal findes i alle kommuner, dog under hensyntagen til faglig og organisatorisk bæredygtighed. Patienter, der er visiteret til en regional sundheds- og omsorgsplads, er omfattet af frit valg på tværs af de etablerede regionale pladser. Regionerne skal sikre lægedækningen på pladserne. Regionen får ansvaret for selve opholdet og den samlede indsats, som leveres på pladserne, dvs. behandling, pleje og omsorg. Endvidere skal pladserne omfattes af kvalitetsstandarder med krav til kapacitet, udstyr og sundhedsfagligt indhold. Disse krav til pladserne og den nærmere målgruppe beskrives i et fagligt arbejde i regi af Sundhedsstyrelsen.

Generelt skal de aftalte flytninger af ansvar fra kommuner til regioner, ifølge aftalen, også give regionerne et større og mere samlet ansvar for behandling, og flere sundhedstilbud skal leveres i sammenhæng. Flytningerne skal fremme den sundhedsfaglige kvalitet og kontinuitet for borgerne samt tidlige, nære og sammenhængende indsatser. Nogle kommuner har i dag udfordringer med at sikre tilbud af tilstrækkelig høj kvalitet. Visse opgaver kræver fx en vis specialisering og volumen, som kan være vanskelig for nogle kommuner at løfte med tilstrækkelig faglig og økonomisk bæredygtighed.

Det bemærkes, at sundheds- og omsorgspladserne i overensstemmelse med det generelle formål for flytning af sundhedsopgaver i aftalen skal tilrettelægges med henblik på at understøtte sammenhængende patient- og borgerforløb på tværs af sundhedsvæsenet i almenmedicinske tilbud, kommuner og regioner.

Sundhedsstyrelsens notat om målgruppe for sundheds- og omsorgspladser har været i høring og er drøftet med Danske Regioner og KL. Det faglige oplæg er justeret på baggrund af parternes bemærkninger.

1.3. Vidensgrundlag

Generelt mangler der forskningsbaseret data af høj kvalitet om aktiviteter i det primære sundhedsvæsen, herunder de midlertidige pladser². De seneste år er forskellige kortlægninger, spørgeskemaundersøgelser og dataindsamling om de midlertidige pladser dog udarbejdet, men der savnes fortsat fuldstændige data på området.

Dette notat baserer sig på tilgængelige undersøgelser, hvor relevante data bruges i notatet.

VIVE har i 2018-2019 lavet en kortlægning af det kommunale akutområde – herunder de midlertidige pladser – der bygger på interviews med 15 kommuner³. Formålet var at

² [Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen, Sundhedsstyrelsen 2022](#)

³ [Det kommunale akutområde – Erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner, VIVE 2021](#)

undersøge variationen mellem kommunerne samt kommunernes erfaringer, forskellige former for organisering, opgaver og samspil på området. Data bygger på interviews med kommunerne og registerdata fra Danmarks Statistik.

KL har i en analyse fra 2024⁴ undersøgt hvad der karakteriserer borgerne på de midlertidige pladser efter servicelovens § 84, før, under og efter opholdet. Undersøgelsen er baseret på registerdata fra 11 kommuner samt data fra nationale sundhedsregistre.

Implement Consulting Group har i perioden maj-juni 2023 gennemført en spørgeskemaundersøgelse om kommunernes sundhedsindsats, herunder de midlertidige pladser⁵. 51 kommuner deltog i undersøgelsen. Formålet var at skabe øget indsigt og forståelse for karakteren af de kommunale sundhedsopgaver.

Det igangværende MIDO-forskningsprojekt⁶ skal skabe overblik over anvendelse af midlertidige døgnophold (MIDO) i alle kommuner. Afdækningen foregår via to delprojekter: 1) en registerundersøgelse af 10.000+ borgerforløb koblet med data fra de danske sundhedsregistre og 2) et kvalitativt studie på udvalgte midlertidige døgnophold, som undersøger borgerforløb, patientovergange, organisationsstruktur og arbejdets organisering ifm. medicineringsprocesser. MIDO-forskningsprojektet har hidtil udgivet to forskningsartikler⁷.

Sundhedsstrukturkommissionens rapport⁸ beskriver de midlertidige pladser, herunder antal og udgifter forbundet med tilbuddet, som led i det samlede sundhedsvæsen og trækker på data fra både VIVE og KL.

Generelle begrænsninger ved data:

- Midlertidige pladser anvendes fleksibelt til forskellige formål, ofte med overlappende indhold, hvilket gør det vanskeligt at afgrænse pladser med primært sundhedsfagligt indhold. Tilrettelæggelsen af indsatser sker med udgangspunkt i borgernes skiftende helbredstilstand og funktionsevne, hvilket yderligere komplicerer en præcis opdeling. Antallet af pladser på forskellige pladstyper er derfor usikkert, da de ofte bruges på tværs af målgrupper, og borgernes behov kan ændre sig undervejs i opholdet, hvilket kræver tilpasning af indsatser og pladstyper.
- Undersøgelserne er ikke dækkende for alle landets kommuner, hvorfor der kan være usikkerheder forbundet med lokale variationer, fx demografiske og geografiske forhold
- Opdeling af antal pladser på forskellige pladstyper er behæftet med usikkerhed, idet pladserne ofte anvendes fleksibelt og til flere forskellige målgrupper, samt at borgernes behov kan ændres undervejs i et ophold, og dermed medføre behov for forskellige indsatser og dermed pladstyper.

⁴ [Borgere med midlertidige ophold på kommunale pladser, KL, 2024](#)

⁵ Den kommunale sundhedsindsats, Implement Consulting Group, 2023

⁶ <https://midlertidigtognophold.dk>

⁷ <https://midlertidigtognophold.dk>

⁸ [Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen, 2024 Sundhedsstrukturkommissionen](#)

Som led i deres forskning, har MIDO blandt andet arbejdet med karakteristika for borgerne på de midlertidige pladser, denne forskning er endnu uudgivet. Sundhedsstyrelsen har inddraget faglige opmærksomhedspunkter, som kan udtrages af anden formidling eller kommunikation fra MIDO-projektet. Datagrundlagets begrænsninger medfører øget fortolkningsmæssig variation, hvilket kan resultere i forskellige og potentielt divergerende analyser. På grund af den betydelige usikkerhed forbundet med datagrundlaget, vil en faglig afgrænsning repræsentere et spænd i vurderingen af omfanget af pladser, hvor opgaveansvaret flyttes fra kommuner til regioner.

Sundhedsstyrelsen vurderer dog, at de tilgængelige undersøgelser muliggør en beskrivelse af målgruppens karakteristika samt indholdet af og de afledte kompetencebehov for sundheds- og omsorgspladser.

Vidensgrundlaget kan anvendes til at afgrænse opgaverne mellem sygehuse, sundheds- og omsorgspladser samt midlertidige pladser efter anden lovgivning, som fortsat er under kommunalt ansvar. Endvidere kan vidensgrundlaget benyttes til at estimere kapacitetsbehov og omfanget af en eventuel flytning af opgaveansvar.

Gældende lovgrundlag

Borgere kan visiteres til en midlertidig plads efter servicelovens § 84, stk. 2 til personer, der i en periode har et særligt behov for omsorg og pleje. Kommunerne skal tilbyde afløsning eller aflastning af ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende til personer, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne efter servicelovens § 84, stk. 1. Aflastning gives udenfor hjemmet, fx på en midlertidig plads efter servicelovens § 84, stk. 1, mens afløsning gives i hjemmet.

Samtidig kan der visiteres til en akutplads i regi af de kommunale akutfunktioner efter sundhedslovens § 138, hvor det fremgår at: *'Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri sygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i kommunen'*⁹, Det er obligatorisk, at alle kommuner har etableret en kommunal akutfunktion eller har et formaliseret tværkommunalt samarbejde om en sådan.

Tilbuddet om ophold på en akutplads er ikke et krav i Sundhedsstyrelsens kvalitetstandarder men en mulighed i kommunernes organisering af den kommunale akutfunktion, jf. *'Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner'*¹⁰. Hvis akutpladsen er etableret er den omfattet af Sundhedsstyrelsens krav til de kommunale akutfunktioner^{11 12}, der beskriver krav til blandt andet indsatser, udstyr, kompetencer og organisering.

⁹ <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/1015>

¹⁰ https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Kommunale-akutfunktioner/Kvalitetsstandarder-for-kommunale-akutfunktioner_.ashx?sc_lang=da&hash=347E23176EA63F92C92B9C79E30F1E82

¹¹ Sundhedsloven § 118 b: Det fremgår heraf, at 'Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser, herunder om kvalitetskrav til og tilrettelæggelse af indsatserne i henhold til sundhedsydelse i nærværende afsnit'

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler for regionsrådenes rådgivning, sparring og vejledning i forhold til kommunernes indsatser efter stk.

¹² [Bekendtgørelse om Kvalitetsstandarder 2023](#)

Nå der visiteres til en akutplads, som er hjemlet i sundhedsloven, gælder reglerne om vederlagsfri sygepleje, således at borgeren ikke kan opkræve egenbetaling for ophold på pladsen¹³. For alle andre pladstyper, hvor opholdet visiteres med udgangspunkt i serviceloven, kan der opkræves egenbetaling for fx kost, tøj- og linnedvask under borgers ophold.

Uanset hvilken lovgivning, der ligger til grund for opholdet, tilbydes indsatser til borgeren fra forskellige lovgivninger. Det drejer sig om blandt andet sygepleje efter sundhedslovens § 138¹⁴, genoptræning efter sundhedslovens § 140, træning efter serviceloven § 86 og tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb efter serviceloven § 83a samt personlig pleje og praktisk hjælp efter serviceloven § 83. Dertil kommer, at borgere kan modtage støtte til hjælpemidler efter servicelovens § 112. Indsatserne efter de forskellige paragraffer kan være overlappende og/eller dække over samme indsats og/eller typer af indsatser, blot hjemlet forskelligt.

2. Målgruppe for sundheds- og omsorgspladser

2.1. Nuværende målgruppe for de midlertidige pladser

Målgruppen for de midlertidige pladser er kendetegnet ved, at der er tale om borgere med en gennemsnitsalder på omkring 80 år¹⁵. Det er dog også en mindre andel af borgerne, der er væsentlig yngre. Der er tale om borgere, hvor en stor del lever med kronisk sygdom, ofte multisyge¹⁶. En stor andel af borgerne, der kommer på midlertidigt ophold, behandles før opholdet med flere lægemidler (polyfarmaci). Der sker en øgning i brug af lægemidler fra patienternes start på et midlertidigt ophold, og i de følgende måneder¹⁷. Dertil kommer, at en stor andel af patienterne er i behandling med risikosituationslægemidler op til et midlertidigt ophold (70 pct. af patienterne). Denne andel stiger ved starten af det midlertidige ophold, og de kommende måneder (83 pct.)¹⁸.

En overvægt af borgerne kommer direkte på en midlertidig plads fra en indlæggelse på sygehus¹⁹. En stor del af borgerne har været indlagt akut, fx grundet knoglebrud og/eller infektioner. Der er også en stor gruppe, der bliver indlagt efter ophold på en midlertidig plads - enten direkte eller i tiden efter²⁰. En mindre andel kommer fra eget hjem²¹. Der er generelt dog stor variation mellem kommunerne²². Der er ofte tale om borgere, der i forvejen modtager kommunal hjælp fx sygepleje og personlig pleje før det midlertidige ophold som også

¹³ [https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2019/Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om hjemmesygepleje165](https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2019/Bekendtgørelse+om+ændring+af+bekendtgørelse+om+hjemmesygepleje165)

¹⁴ [Se fx også bekendtgørelse om hjemmesygepleje](#)

¹⁵ [Borgere med midlertidige ophold på kommunale pladser, KL, 2024](#)

¹⁶ <https://midlertidigtdognophold.dk>

¹⁷ <https://midlertidigtdognophold.dk>

¹⁸ <https://midlertidigtdognophold.dk>

¹⁹ <https://midlertidigtdognophold.dk>

[Borgere med midlertidige ophold på kommunale pladser, KL, 2024](#)

²⁰ [Borgere med midlertidige ophold på kommunale pladser, KL, 2024](#)

²¹ <https://midlertidigtdognophold.dk>

[Borgere med midlertidige ophold på kommunale pladser, KL, 2024](#)

²² <https://midlertidigtdognophold.dk>

efterfølgende har behov for kommunal hjælp. Der er stor variation i længden af borgernes ophold på de midlertidige pladser. Den gennemsnitlige varighed af midlertidige ophold er omkring 40 dage²³, men med ganske store udsving, hvor en andel af opholdene i den korte ende varer under en uge²⁴, mens en del af opholdene varer over 90 dage²⁵. En stor del af borgerne på midlertidige pladser, flytter på plejehjem efter opholdet. Det gælder særligt for de borgere med lange ophold, hvilket kan tyde på, at der i disse tilfælde er tale om ventepladser for en del af det enkelte opholds samlede varighed.²⁶ For de korte ophold ses en tendens til at borgerne her har flere genindlæggelser og der ses flere dødsfald i denne gruppe.

MIDO-projektet opstiller derudover følgende karakteristika for fem målgrupper på de midlertidige pladser²⁷.

- *Den ældre medicinske patient*: 38 pct.; meget syge borgere med flere kroniske sygdomme, lav overlevelseshastighed og hyppige genindlæggelser. Kræver omfattende behandling og pleje. Kommer ofte fra sygehus.
- *Medicinsk patient, svært syge yngre*: 15 pct.; Primært yngre mænd (46-69 år) med kroniske sygdomme og polyfarmaci. Har lange ophold, mange genindlæggelser og stort behandlingsbehov. Kommer ofte fra sygehus.
- *Ældre selvhjulpne fra sygehus*: 17 pct.; Primært kvinder, ofte nyopererede, der har brug for genoptræning. Generelt sunde og selvhjulpne med behov for støtte til hjemkomst.
- *Ældre selvhjulpne fra eget hjem*: 11 pct.; gennemsnitsalder 81 år. Kommer fra eget hjem fx via den kommunale akutfunktion. Får ofte meget medicin, er ikke diagnosticerede og vanskelige at behandle.
- *Yngre udsatte*: 15 pct.; Primært 'yngre' mænd (gennemsnitsalder 71 år) med afhængighed, hjerneskade eller psykose. Kræver specialiserede kompetencer hos personalet.

Ovenstående repræsenterer ikke klare kategoriseringer af borgere på midlertidige pladser. Borgere på midlertidige pladser kan i praksis godt have karakteristika fra flere af ovenstående grupperinger.

²³ [Borgere med midlertidige ophold på kommunale pladser, KL, 2024](#)

²⁴ Borgere med midlertidige ophold på kommunale pladser, KL, 2024

²⁵ <https://midlertidigtognoophold.dk>

²⁶ Borgere med midlertidige ophold på kommunale pladser, KL, 2024

²⁷ <https://sundhedsmonitor.dk/nyheder/art10132836/%C2%BBMan-kommer-igennem-medicinsk-kompendium-p%C3%A5-en-uge%C2%AB>. Studiet er fortsat ikke publiceret, men pointer er refereret i en artikel i sundhedsmonitor. Sundhedsstyrelsen har været i dialog med forskerne bag studiet.

For alle målgrupper er det gennemgående, at borgernes behov løbende ændrer karakter gennem opholdet. Årsagen til ophold på en midlertidig plads jf. MIDO er ikke nødvendigvis gældende for hele forløbet på en plads.

2.2. Indsatser på de nuværende midlertidige pladser og snitflader til andre områder og sektorer

De kommunale indsatser på midlertidige pladser adskiller sig ikke væsentligt i forhold til de indsatser, der leveres bredt i det kommunale sundhedsvæsen, fx i eget hjem. Det omfatter både service- og sundhedslovsindsatser, der supplerer og – til en vis grad – substituerer hinanden. Data viser, at borgerne på de midlertidige pladser modtager en stor del ydelser under deres ophold, særligt sygepleje, samt personlig pleje og genoptræning. Blandt andet viser data²⁸, at knap halvdelen af borgerne på de midlertidige pladser udskrives fra sygehus med en genoptræningsplan. Sundhedsindsatserne er ofte af almen karakter som fx basale sygeplejefaglige indsatser samt indsatser som almen genoptræning men der udføres også mere specialiserede indsatser, som kræver særlige kompetencer, fx specialiseret sygepleje og indsatser i regi af den kommunale akutfunktion. Sigtet for indsatserne er bredt og kan fx omfatte almen træning og rehabilitering med henblik på at afhjælpe sygdom, ulykke eller almen svækkelse, som er alderssvarende og aldersrelateret²⁹. En del af borgerne på de midlertidige pladser vil også i mindre grad have behov for indsatser inden for andre lovgivningsmæssige områder. Det kan fx dreje sig om sociale- eller beskæftigelsesrettede indsatser.

Generelt skal patienter behandles i det regi, hvor deres behov bedst mødes af kompetencer og udstyr. Sygehusbehandling vil typisk være indiceret, når problemstilling er alvorlig og tidskritisk, idet der er brug for kontinuerlig sundhedsfaglig observation, adgang til multidisciplinære lægefaglige kompetencer i døgndækning, samt adgang til udstyr, som kun er tilgængeligt på et sygehus.

Der kan ikke laves en statisk, entydig afgrænsning mellem midlertidige pladser og sygehusbehandling, fordi karakteristika ved behandling, som skal foregå på et sygehus, ændrer sig løbende. Udvikling i teknologi og behandlingsmetoder betyder, at grænsen for, hvornår og hvor længe behandlingen for en sygdom kræver indlæggelse på et sygehus flytter sig i takt med, at der indføres mere skånsomme behandlingsteknikker, nye lægemidler eller forbedrede teknologiske og organisatoriske muligheder.

2.3. Formål med ophold på de nuværende midlertidige pladser

Vægtningen af de faglige indsatser afhænger af opholdets formål, som i høj grad er knyttet op på målgrupper og pladstyper.

Der findes ikke helt entydige kategorier af pladstyper landet over, men VIVE har udviklet en typologi baseret på, om borgeren kan profitere sundhedsfagligt af et ophold eller ikke kan være i eget hjem.³⁰

²⁸ [Borgere med midlertidige ophold på kommunale pladser, KL, 2024](#)

²⁹ [Borgere med midlertidige ophold på kommunale pladser, KL, 2024](#)

³⁰ [Det kommunale akutområde – Erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner, VIVE 2021](#)

For borgere, der kan profitere af sundhedsfaglige indsatser, kan der ifølge VIVE opregnes følgende pladstyper:

- akutpladser
- observations-, vurderings- eller korttidspladser
- genoptrænings/ døgnrehabiliteringspladser³¹, hvor det handler fx om genoptræning, stabilisering eller vurdering af evt. plejeboligbehov; bruges ofte til længerevarende ophold

Når borgeren ikke kan være hjemme, skyldes det ifølge VIVE som oftest kognitive udfordringer, praktiske forhold i hjemmet eller aflastning af pårørende (aflastningspladser). Ydermere bruges 'ventepladser' til borgere, der venter på en plejebolig Disse pladser har et tæt snit til det kommunale ældreområde, hvor ældreloven fremover vil danne rammen for helhedspleje til folkepensionister med nedsat funktionsevne pga. aldring.

Kommuner anvender i varierende grad pladserne fleksibelt. I nogle kommuner vil borgeren fx være på den samme plads gennem et helt forløb, mens indholdet kan ændre karakter undervejs fra fx fokus på rehabilitering til afventning af plejebolig. I andre kommuner anvendes i højere grad definerede pladstyper, og borgerne kan fx flytte fra en rehabiliteringsplads til en venteplads, når borgerens behov ændrer sig undervejs.³²

2.4. Formål og indsatser på sundheds- og omsorgspladser i regionerne

Data viser, at de nuværende midlertidige pladser i kommunerne anvendes til forskellige formål. Jævnfør opdelingen fra VIVE gengivet i 2.3 kan målgruppen overordnet opdeles i to grupper.

Den første gruppe omfatter borgere, der har behov for en midlertidig sundhedsfaglig indsats med henblik på at genoptræne eller stabilisere deres funktionsniveau. Dette gælder fx borgere med almene genoptræningsbehov, hvor det vurderes, at indsatsen ikke kan tilbydes i eget hjem fx pga. praktiske forhold eller på et genoptræningscenter. Det kan også dreje sig om borgere med behov for en indsats fra den kommunale akutfunktion. Årsagen til, at indsatsen ikke kan tilbydes i eget hjem vil ofte være af hensyn til organisatorisk bæredygtighed af tilbuddet.

De kommende sundheds- og omsorgspladser skal derfor understøtte rehabilitering med det formål at forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgerens fysiske og kognitive funktioner. Indsatsen kan både være forebyggende for sygehusindlæggelser og opfølgende efter en indlæggelse, fx hvis borgeren har behov for genoptræning efter udskrivning jf. Sundhedslovens § 140. Indsatsen skal ikke kræve sygehuskompetencer eller specialiseret hospitalsudstyr, da sådanne tilfælde skal håndteres på sygehus. Visitationen bør baseres på borgerens behov for sundhedsfaglig indsats frem for diagnose, medicinforbrug eller kompleksitet.

Basale palliative indsatser er inde for rammen af indsatserne, som skal varetages på sundheds- og omsorgspladserne, da der er tale om en sundhedsfaglig indsats, som foregår integreret med rehabilitering.

³¹ [Det kommunale akutområde – Erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner, VIVE 2021](#)

³² [Ældreloven](#)

Det forventes, at borgerne på sundheds og omsorgspladser fortsat vil have brug for en bred vifte af indsatser, der både retter sig mod fysiske, psykiske og sociale faktorer, som det også kendes fra sygehusvæsnen. Borgeren vil også fortsat have behov for pleje og omsorg, som er en del af den samlede indsats, som borgeren skal modtage på sundheds- og omsorgspladserne. En lille andel borgere, vil tillige have behov for indsatser under andre lovgivningsmæssigt områder. Det forventes at dreje sig om en relativ lille andel, og fordrer et behov for særlig viden og kompetencer hos personalet. Det drejer sig fx om socialpædagogiske indsatser, som mest hensigtsmæssigt varetages i kommunerne.

Den anden gruppe består ifølge VIVE af borgere, der ikke kan opholde sig i eget hjem, hvor det midlertidige ophold primært har til formål at aflaste pårørende eller afvente en vurdering af varig plejeindsats i en plejebolig. Denne gruppe vil ikke være målgruppe for de kommende sundheds- og omsorgspladser, men vil have behov for et ophold på en kommunal plads. På samme vis som borgere på en sundheds- og omsorgsplads kan have behov for indsatser efter andre lovgivninger mv., vil borgere her ligeledes fortsat kunne have behov for sundhedsfaglige indsatser, fx de indsatser som de hidtil har fået leveret i eget hjem. Kommunerne er fortsat ansvarlige for at yde den nødvendige sygepleje til borgere med ophold i kommunen, herunder på en kommunal plads, jf. bekendtgørelse om hjemmesygepleje, 2007. Jf. notat om ændret for specialiseret akutsygepleje, hvor det fremgår at kommunerne fortsat vil være ansvarlig for at levere en fagligt bæredygtig sygepleje til borgere, herunder sygepleje, som varetages i den almene sygepleje og helhedsplejen.

Det er dog væsentligt at bemærke, at formålet med borgers ophold på en plads, kan ændre sig undervejs, hvor fx et ophold af længere varighed kan starte ud med at have til formål *overvejende* at tilbyde borger en sundhedsfaglig, rehabiliterende indsats, hvor opholdet på et senere tidspunkt mere *overvejende* vil have til formål at kunne tilbyde borger en mere varig plejeindsats i en plejebolig. Regioner og kommuner skal samarbejde om at sikre at borgers forløb foregår så smidigt som muligt, og uden unødigt ventetid og overgange.

2.5. Målgrupper for sundheds- og omsorgspladser i regionerne

Målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne er heterogen med varierende kompleksitet, kronisk sygdom, polyfarmaci og funktionsniveau. Multisygdom og brug af flere samtidig lægemidler, kan have stor betydning for den enkelte borgers samlede helbredstilstand og situation. MIDO-data giver et skøn over de primære målgrupper, men en direkte 1-til-1 overførsel til de regionale sundheds- og omsorgspladser er ikke mulig, da der indenfor hver målgruppe både vil være borgere, som forventes fremover at have ophold på en plads under regionalt ansvar, og borgere, som fremover skal have ophold på en plads under kommunalt ansvar (aflastning og ventepladser), hvilket skaber usikkerhed i analysen.

Data tyder på, at MIDO-målgrupperne 'Den Ældre medicinske patient' og 'Medicinsk patient, svært syge yngre' har behov for en primær sundhedsfaglig indsats, da de oplever en forbigående forværring af deres komplekse helbredstilstand. Sundhedsstyrelsen vurderer, at størstedelen fremover vil have ophold på regionale sundheds- og omsorgspladser, mens enkelte kan have behov for plejehjemsplads efter fx indlæggelse og vil derfor have en behov for en kommunal venteplads.

Målgruppen 'Ældre, selvhjulpne fra eget hjem' omfatter borgere, der har behov for et forebyggende ophold for at undgå sygehusindlæggelse. Da de ofte er medicinsk uafklarede, vil de

have gavn af sundhedsfaglig observation og lægedækning. Sundhedsstyrelsen vurderer, at de primært bør være på regionale sundheds- og omsorgspladser fremover.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at målgruppen 'Ældre, selvhjulpne fra sygehus' er enten i målgruppen for regionale eller kommunale pladser, afhængigt af behovet for indsatser. Borgere, som i forlængelse af en sygehusindlæggelse er lægeligt færdigbehandlede, men som fortsat har behov for intensiveret rehabilitering og/eller behandling, som ikke kan varetages i eget hjem er i målgruppen for en regional plads, mens borgere med primært behov for praktisk hjælp og personlig pleje (helhedspleje efter ældreloven) forbliver i målgruppen for en på kommunale pladser.

Målgruppen 'Yngre, udsatte' kan være i målgruppen for enten regionale eller kommunale pladser afhængigt af indsatsbehovet. Personer med svær psykisk lidelse, der har behov for sundhedsfaglig rehabilitering, genoptræning eller kompleks pleje efter en psykiatrisk indlæggelse, vil fremover være i målgruppen for de regionale pladser. Der kan fx være tale om patienter med somatisk sygdom og samtidig psykisk lidelse, der modtager psykosocial støtte, og hvor de psykosociale indsatser fra socialområdet iværksættes eller gives sideløbende med sundheds- og omsorgspladsernes indsatser.

Dette inkluderer også personer med nyopdaget eller kompleks somatisk sygdom, der kræver pleje og monitorering, men ikke sygehusindlæggelse. Ældre med psykiske lidelser og komplekse sygdomsbilleder kan være stabile nok til udskrivelse, men stadig have behov for behandling og genoptræning på en sundheds- og omsorgsplads.

Der skal være særlig opmærksomhed på at skabe sammenhæng for patienter, der modtager indsatser på tværs af social- og sundhedsområdet.

Borgere med primært sociale udfordringer bør fortsat modtage kommunal støtte for at sikre kontinuitet i indsatsen. Sociale problematikker kan eksempelvis omfatte borgere, der ikke kan opholde sig i egen bolig.

Der eksisterer flere kommunale pladstyper målrettet sociale problematikker, herunder:

- Afklaringspladser, der tilbyder tidsbegrænset socialfaglig støtte til borgere, fx efter en indlæggelse, samt afklaring af deres videre forløb (foreløbigt forsøg i 3 kommuner).³³
- Sociale akuttillbud, der hjælper borgere i akut psykisk krise, som ikke vurderes at have behov for psykiatrisk behandling eller indlæggelse.³⁴
- Midlertidige botilbud (§107 efter serviceloven), der støtter borgere med væsentlig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, som har behov for omfattende hjælp i hverdagen eller særlig støtte i en periode.³⁵

³³ <https://www.sbst.dk/projekter-og-initiativer/handicap/afklaringspladser>

³⁴ <https://www.sbst.dk/handicap/psykiske-vanskeligheder/metoder-og-tilgange/sociale-akuttillbud>

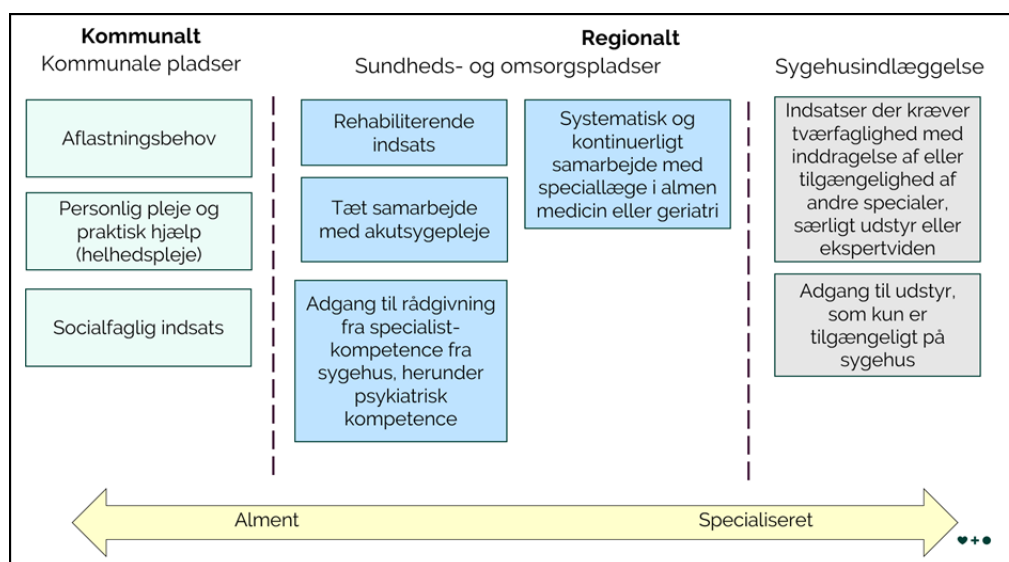
³⁵ <https://www.sm.dk/arbejdsomraader/udsatte-voksne/psykiske-vanskeligheder/servicelovens-tilbud-til-personer-med-psykiske-vanskeligheder>

Kommunale socialfaglige pladser kan både være et alternativ til sundheds- og omsorgspladser for borgere uden behov for sundhedsfaglig rehabilitering. Men kan også supplere sundheds- og omsorgspladserne, hvis en borger efter endt ophold på en sundheds- og omsorgsplads fortsat har behov for socialfaglig støtte og derfor får et ophold på et midlertidigt botilbud.

Det er vigtigt, at det ikke er et eksklusionskriterium ift. adgang til en sundheds- og omsorgsplads, at borgeren har komplekse sociale problemer/lever i social udsathed, hjemløshed mv., eller på anden vis har en kompleks livssituation.

Omfang og kapacitet ift. et ansvarsflyt af pladserne, skal ses i relation til målgruppe, indhold og organisering af både de kommende kommunale samt regionale pladser er opsummeret i figuren nedenfor.

Figur 1 Forslag til illustration af målgrupper, indhold og organisering for fremtidens kommunale pladser, regionale sundheds- og omsorgspladser og sygehusindlæggelse.



Det skal bemærkes til figuren, at der fortsat vil skulle tilbydes indsatser med et rehabiliterende sigte på kommunale pladser, som led i tilrettelæggelse og udførelse af tilbud om helhedspleje³⁶ eller som led i socialfaglige indsatser.

3. Kompetencer, organisering og udstyr

3.1. Kompetencer, organisering og udstyr på de nuværende kommunale midlertidige pladser

Der er stor variation i, hvordan kommunerne har valgt at organisere de nuværende midlertidige pladser. Det gælder både med hensyn til fysisk placering og organisatoriske forankring af pladserne, herunder for de forskellige pladstyper. Organisatorisk ses også eksempler på at pladserne er forankret forskelligt, og derved i forskellig grad kobles tæt organisatorisk med fx hjemmesygeplejen, træningsområdet mv. Nogle pladser har udelukkende en pladstype, fx ventepladser, mens andre pladser er fleksible og skifter pladstype, løbende svarende til borgernes og kommunens behov.

³⁶ [Ældreloven](#)

Da de midlertidige pladser i kommunerne er opstået som et svar på udviklingen i sundhedsvæsenet og samfundet generelt, er pladsernes organisering styret ud fra forskellige faktorer, fx hvilke andre tilbud der er i kommunen og nærområdet, driftsmæssige hensyn o. lign.

Data viser, at der er en betydelig variation på tværs af de deltagende kommuner i forhold til anvendelse af forskellige typer kompetencer på de nuværende midlertidige pladser; ikke mindst med hensyn til sygeplejersker, som udgør 19 pct. af personalegruppen på tværs af alle pladstyper, men med stor variation i andel sygeplejersker på tværs af kommuner og pladstyper. Social- og sundhedsassistenter udgør den største personalegruppe (op mod 50 pct. på tværs af pladstyper), og udgør sammen med sygeplejersker en stor andel af de udførende personalegrupper på visse pladstyper, fx akutpladser. For andre pladstyper, er social- og sundhedshjælpere en stor andel af den udførende personalegruppe, fx på aflastningspladser, hvor de udgør cirka 20 pct. Der er ligeledes terapeuter knyttet til alle pladstyper, størst på rehabiliteringspladserne med cirka 18 pct. Andre kategorier af personalegrupper, som de midlertidige pladser bemannes af, omfatter blandt andet ernæringsassistenter, logopæder, farmakonomer og husassistenter. En stor andel af kommunerne har dertil adgang til specialistkompetencer. 78 pct. af kommunerne angiver, at de har særlige aftaler om adgang til specialistkompetencer i form af fx diætist, neuropsykolog, logopæd og farmaceut.³⁷

Dertil har 26 pct. af kommunerne aftaler om lægedækning på de midlertidige pladser, der går udover dækning via borgernes egen praktiserende læge. Som eksempler herpå er samarbejde med speciallæger i geriatri på sygehus, samarbejde med akutbil i regi af akutmodtagelse, stuegangsordning varetaget af regionen samt ordning med plejehjemslæge³⁸. Aftaler om lægedækning på de nuværende midlertidige pladser er affødt af, at der har været udfordringer med manglende lægefaglig backup på de midlertidige pladser. Det gælder for så vidt manglende lægefaglig sparring og rådgivning som uklarheder med hensyn til behandlingsansvaret for den enkelte patient.

3.2. Kompetencer, organisering og udstyr på de regionale sundheds- og omsorgspladser

Regionerne er ansvarlige for at organisere sundheds- og omsorgspladserne så der sikres:

- Tilgængelighed, lokalt og i hele landet
- Faglig bæredygtighed
- Kontinuitet i kvalitet og kompetencer
- Sammenhæng med andre sundhedstilbud – herunder sygehus- og almenmedicinske – og kommunale indsatser

Den endelige organisering af de kommende sundheds- og omsorgspladser forventes at afklares via sundhedsrådene, herunder i forhold til et kommunalt leverandøransvar.

Tilgængelighed og faglig bæredygtighed

For visse opgaver i sundhedsvæsenet er det væsentligt, at opgaveløsningen foregår så tæt på borgeren som muligt – fx i vedkommendes eget hjem. Det kan være af praktiske årsager eller på grund af behov for tilgængelighed. For mange typer af tilbud gælder det, at jo længere

³⁷ Den kommunale sundhedsindsats, Implement Consulting Group, 2023

³⁸ Den kommunale sundhedsindsats, Implement Consulting Group, 2023

fysisk afstand der er mellem borgeren og tilbuddet, desto mindre bliver det anvendt. Fysisk afstand er derfor en helt afgørende forudsætning for tilgængeligheden og anvendelse af tilbuddet. Derudover spiller nærhed en væsentlig rolle for den sociale ulighed i benyttelsen af tilbuddet. Det er afgørende, at regionerne, organiserer sundheds- og omsorgspladserne, så de tilpasses lokalt og sikrer tilgængelighed i tilbuddet. Det forventes at en monitorering af pladser ift. kapacitet og indhold forudsættes med henblik på at kunne kvalitetssikre og udvikle tilgængelige og nære sundheds- og omsorgspladser og sikre, at den regionale kapacitet matcher behovet.

Ved en ændret placering af ansvaret for de nuværende midlertidige pladser er det væsentligt, at se på hvordan der sikres faglig bæredygtighed, ikke kun med hensyn til de pladstyper, der skal overgå til regionalt ansvar, men også i den del af den sundhedsfaglige indsats, som kommunerne fortsat vil have ansvaret for. Dette gælder også i sundhedsvæsenet mere bredt, da en ændret organisering eller struktur på et område, kan give bedre forudsætninger for at løse visse typer opgaver, men samtidig gøre organisationen, og dermed kommunen, dårligere i stand til at løse andre typer opgaver. Regionerne skal understøtte den kommunale opgavevaretagelse. Herunder understøtte den kommunale sygepleje samt sikre at sygehusene understøtter de kommunale tilbud.

Det fremgår af den politiske aftale om sundhedsreformen, at regionale sundheds- og omsorgspladser som udgangspunkt skal forefindes i alle kommuner, med mindre hensyn til faglig og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet. Nærhed i opgaveløsningen kan for visse opgaver være vanskelig at opretholde, hvis man samtidig vil optimere høj og ensartet faglig kvalitet på et specialiseret område eller sikre bedst mulig økonomisk bæredygtighed. For de kommende sundheds- og omsorgspladser kan det på meget små enheder med få sengepladser, være udfordrende at opnå en tilstrækkelig faglig bæredygtighed og økonomisk effektivitet. Regionen har ansvaret for at sikre faglig bæredygtighed på fx mindre enheder af sundheds- og omsorgspladser, hvor det som udgangspunkt kan være vanskeligt at sikre en tilstrækkelig faglig bæredygtighed og økonomisk effektivitet, gennem fx fælles ledelse inden for geografisk område, udgående funktioner med særlige kompetencer, digital understøttelse af specialister mv.

Ensartethed i kvalitet og kompetencer

Det forventes, at der fortsat er brug for en stor andel af de kompetencer, der er til rådighed på de nuværende midlertidige pladser.

For den andel af pladserne, der udgøres af akutpladser, er der i kvalitetstandarderne for kommunale akutfunktioner, opsat krav til hvilke kompetencer, viden og erfaring, som personalet der arbejder i den kommunale akutfunktion skal have³⁹.

Kompetencebehovet i forhold til regionale pladser, hvor der varetages genoptræning, bør være svarende til de kompetencer, der beskrives i blandt andet Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus⁴⁰.

For andre pladstyper forefindes der ikke for nuværende bekendtgørelser, vejledninger, kvalitetsstandarder mv., der beskriver kompetencebehovet i relation til de forskellige målgrupper.

³⁹ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2023/Kvalitetsstandarder-for-kommunale-akutfunktioner>

⁴⁰ <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/918>

En stor andel af målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne, kalder på et behov for at organisere sig, så der let adgang til lægefaglige kompetencer, da der er tale om borgere med stor kompleksitet (særligt sundhedsfagligt). Det kan fx være de forholdsvis komplekse borgere, som samtidig har et stort behov for behandling og pleje, og særligt hvis der hertil er tale om forløb af subakut karakter. Subakutte forløb og høj kompleksitet, kan medføre uforudsigelige og/eller uafklarede forløb, og medføre behov for tæt observation og løbende justering af indsatser og behandlingsplan. Komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov kan eksempelvis ses hos ældre borgere med medicinske problemstillinger. Det kan derfor være særligt brug for kompetencer inde for det geriatriske speciale. Det er væsentligt at der sikres let adgang til de lægefaglige kompetencer bredt, så det er borgerens behov, der afgør adgangen til specialistkompetencer. I visse tilfælde kan der være behov for let adgang til psykiatriske specialistkompetencer, hvorfor dette bør indgå som en del af tilbuddet på sundheds- og omsorgspladserne. Den eksakte udformning af adgangen til specialistkompetencer vil blive uddybet i den kommende kvalitetsstandard. Regionen er ansvarlig for at sikre tilstrækkelig lægedækning på sundheds- og omsorgspladserne, hvad end det vælges at knytte pladserne op på de almen medicinske tilbud og/eller læger fra sygehusene.

Sammenhæng

Med etableringen af sundheds- og omsorgspladser vil regionerne under borgernes ophold have ansvaret for alle sundhedsindsatser samt den nødvendige pleje, omsorg, hygiejne og øvrige praktiske foranstaltninger. Sundhedsindsatser kan eksempelvis omfatte genoptræning og sygepleje. På visse af de eksisterende midlertidige pladser sker der en tilpasning af pladstypen i overensstemmelse med borgerens aktuelle behov. Regionerne skal sikre, at borgere på sundheds- og omsorgspladser modtager de relevante indsatser i hele opholdsperioden, og at ændringer i borgerens helbredsmæssige tilstand så vidt muligt ikke medfører unødige skift mellem pladstyper.

For at understøtte en sammenhængende indsats skal regioner og kommuner samarbejde om koordinationen af de kommunale ydelser, der fortsat henhører under kommunalt ansvar. Dette omfatter blandt andet sociale indsatser, til borgere under opholdet samt planlægning af videre forløb efter endt ophold. Det kan også dreje sig om at skabe sammenhæng til de indsatser, som borgeren forventes at skulle modtage efter opholdet, herunder eksempelvis fortsat genoptræning i eget hjem via digitale løsninger eller på et kommunalt genoptræningscenter.

Det er væsentligt, at der tidligt i opholdet etableres en systematisk brobygning til den kommunale myndighed med henblik på at iværksætte relevante indsatser rettidigt. Dette omfatter både fortsat somatisk behandling, eksempelvis via hjemmesygepleje, og nødvendige sociale foranstaltninger. En sådan helhedsorienteret tilgang vil bidrage til at understøtte borgerens recovery, sikre et sammenhængende patientforløb og reducere risikoen for genindlæggelse.

4. Skøn over andel af midlertidige pladser, hvor ansvaret fremadrettet forankres regionalt

Det præcise antal midlertidige pladser i kommunerne kendes ikke. Der ses generelt stor variation i forhold til de enkelte kommuner, fra 2,2 pladser til 8,0 pladser pr. 1.000 borgere over 65 år. Tilsvarende ses en stor variation, på tværs af kommunerne, i antallet af ophold, der varierer fra 10 til 50 ophold pr 1.000 borgere over 67 år.

Ifølge Danmarks Statistiks tabel RESPO1 var der i 2020 3.250 midlertidige pladser i kommunerne, baseret på kommunernes egne indberetninger. Til dette tal knyttes dog betydelig usikkerhed og tallet vurderes at underestimere det faktiske antal⁴¹. Sundhedsstrukturkommissionen estimerer, at der er omkring 3.800 pladser, hvoraf ca. 5 pct. (200) er akutpladser⁴². Såfremt det vurderes, at akutpladserne udgør et større omfang kan der argumenteres for, at det samlede tal er højere end 3.800, men Sundhedsstyrelsen har ikke kendskab til materiale, der kan kvalificere dette yderligere med henblik på at opregne til landsplan. KL har i 2023 estimeret antallet af pladser til 3.800 – 4.000⁴³ og senest i 2025 til 3.750 i en spørgeskemaundersøgelse blandt 93 kommuner. Sundhedsstyrelsen vurderer på den baggrund, at Sundhedsstrukturkommissionens skøn på omkring 3.800 pladser er retvisende.

Det kan være vanskeligt, at opgøre kapacitet med udgangspunkt i antal borgere, fx målgrupper jf. MIDO-projektet, da der er stor variation i, hvor meget kapacitet, den enkelte borger optager. KL's data viser, at lange ophold (over en måned), optager mere end 80 procent af kapaciteten på pladserne, selvom de kun udgør halvdelen af opholdene⁴⁴.

De mange varierende måder at kategorisere og opgøre pladstyper, kan skyldes tilpasning til andre tilbud der er i nærområdet. Det gælder ikke kun kommunale tilbud, men også tilbud ift. sygehus, hvor geografiske og demografiske forhold også har betydning.

Som beskrevet tidligere har VIVE foretaget en kategorisering af pladstyperne som overordnet forholder sig til, om borgeren kan profitere sundhedsfagligt af opholdet, mens ophold på de øvrige pladstyper afspejler en mere varig funktionsevnededsættelse, hvor målgruppen er borgere der ikke kan være i eget hjem pga. fysiske og kognitive udfordringer. Som beskrevet tidligere bør afgrænsningen af sundheds- og omsorgspladserne baseres på borgers behov for en sundhedsfaglig indsats, herunder funktionsevne og rehabiliteringspotentiale. Ved opholdets start på en sundheds- og omsorgsplads kan borgerens rehabiliteringspotentiale ikke altid vurderes. Derfor kan opholdets indikation ændres, og der kan opstå behov for varig indsats, f.eks. plejebolig.

⁴¹ Nogle kommuner indberetter betydelige udsving mellem boligkategorier fra år til år og opgørelsen er derfor forbundet med en vis usikkerhed (Danmarks Statistik) Antallet 3.250 er sandsynligvis en undervurdering af antallet af midlertidige pladser/aflastningspladser på landsplan som følge af manglende registreringer af pladser i nogle kommunerne. Fx var der i 2022 ikke registreret nogen midlertidige pladser i København Kommune og kun fire pladser i Frederiksberg Kommune i DST (tabel RESP0).

⁴² Den kommunale sundhedsindsats, Implement Consulting Group, 2023

⁴³ [Ældre Sagen og KL i fælles udspil: Styrk det nære sundhedsvæsen for ældre patienter: ” Sådan styrker vi det nære sundhedsvæsens tilbud til ældre patienter”, KL](#)

⁴⁴ <https://www.kl.dk/media/qtxf1vak/borgere-paa-midlertidige-pladser-fsiii-data-fra-11-kommuner.pdf>

Implement Consulting Group har lavet en undersøgelse af kommunernes anvendelse af kapaciteten på de nuværende midlertidige pladser⁴⁵, som er opgjort på tværs af 51 kommuner og afdækker en række kategorier som i vid udstrækning har sammenfald med VIVEs pladstyper. Nedenstående oversigt sammenligner de to undersøgelser.

Pladstyper jf. VIVE	Pladstyper jf. Implement Consulting Group
<i>Overvejende rehabiliteringssigte</i>	
Akutpladser, observations-, vurderings- eller korttidspladser, genoptrænings- og døgnrehabiliteringspladser	Akutpladser 5 pct. Rehabiliteringspladser og fleksible pladser 70 pct.
<i>Ikke overvejende rehabiliteringssigte</i>	
Aflastnings og feriepladser samt ventepladser til plejebolig	Aflastningspladser 20 pct. Øvrige pladstyper (herunder pladser forbeholdt palliation og afklaringspladser) 5 pct.

Med udgangspunkt i ovenstående udgør antallet af pladser, der overgår til sundheds og omsorgspladser 75 pct., hvor regionerne er ansvarlige for samtlige sundhedsydelser. KL angiver i deres undersøgelse at en del af målgruppen får palliative indsatser og desuden har en meget kort levetid på pladserne. Det kan derfor overvejes at medregne dele af kategorien *øvrige pladstyper* (5 pct.), hvori der indgår pladser forbeholdt palliation.

På baggrund af gennemgangen af MIDO-målgrupperne i afsnit 2.5 skønner Sundhedsstyrelsen umiddelbart, at mellem 70–80 pct. af målgruppen for de nuværende midlertidige pladser (inkl. akutpladser) har behov for en sundhedsfaglig indsats og fremover vil være i målgruppen for en sundheds- og omsorgsplads. Dette skøn baserer sig på at der i fire ud af fem målgrupper - undtaget 'Ældre Selvhjulpne fra eget hjem' - er borgere i målgruppen for en kommunal aflastnings- eller venteplads, hvorfor hele gruppen ikke er i målgruppen for en sundheds- og omsorgsplads. Der er usikkerhed relateret til data i forhold til at kunne vurdere omfanget af borgere på vente- og aflastningspladser, der er en del af de enkelte MIDO-målgrupper. Skønnet baseres derfor på tilgængelige data, hvor der er indikationer på omfanget af borgere på vente- og aflastningspladser. Disse skøn af målgrupperne kan give indsigt i de forskellige målgruppers karakteristika samt deres relative størrelse i forhold til hinanden. Det er dog vigtigt at bemærke, at dette skøn ikke siger noget om, hvor stor en andel af kapaciteten de enkelte målgrupper optager, herunder fordelingen af opholdsdage.

I overvejelserne om intervallerne bør desuden indgå følgende:

⁴⁵ Den kommunale sundhedsindsats, Implement Consulting Group, 2023

- En del af borgerne, på tværs målgrupperne, skifter status undervejs på en midlertidig plads. Det indebærer, at selv borgere med meget høj sygdomsbyrde kan overgå til at afvente en plejehjemsbolig i løbet af opholdet. Heraf følger, at høj sygdomsbyrde ikke i sig selv angiver om borgeren bør tilbydes ophold på en sundheds- og omsorgsplads med et overvejende rehabiliteringssigte.
- En del af borgerne har betydeligt behov for socialpsykiatriske indsatser, der fortsat leveres af kommunen. MIDO-projektet har beskrevet en målgruppe på 15 pct. (yngre udsatte), der blandt andet lever med afhængighed, hjerneskade og psykose. Denne gruppe indgår i de grupper, som medgår til sundheds- og omsorgspladser. Vurderingen er, at gruppen kan profitere både af mulighed for adgang til rådgivning fra specialister fra psykiatrien og en helhedsorienteret tilgang fra både psykiatri og somatik. Samtidig bemærkes det, at ansvaret for de socialpsykiatriske kommunale indsatser ikke flytter med til sundheds og omsorgspladserne, hvilket taler for at en del af gruppen, hvor det overvejende formål er en socialpsykiatrisk indsats og ikke en sundhedsfaglig indsats, forbliver kommunalt ansvar⁴⁶.
- Kommunerne skal fortsat kunne levere faglig bæredygtig sygepleje til borgere på de pladser, som fortsat er under kommunalt ansvar. På baggrund af MIDO-undersøgelsen vurderes det at der fortsat er borgere på kommunale midlertidige pladser med betydelig sygdomsbyrde.

Opsummerende er det sundhedsstyrelsens skøn, at ca. 75 pct. af de nuværende midlertidige pladser, som skønnes til 3.800, bør overgå til sundheds- og omsorgspladser med regionalt ansvar, mens 25 pct. bør fortsætte som aflastnings og feriepladser samt ventepladser til plejebolig med kommunalt ansvar. Heri indgår, at mellem 70–80 pct. af målgruppen for de nuværende midlertidige pladser skønnes at være i målgruppen for en sundheds- og omsorgsplads.

Hertil skal bemærkes, at Sundhedsstyrelsen har modtaget estimater fra hhv. KL og Danske Regioner som væsentligt udvider spændet for fordeling af nuværende midlertidige pladser til sundheds- og omsorgspladser. KL vurderer, at lange ophold bør tages som udtryk for en venteplads til plejebolig og, afhængig af hvordan disse indregnes, skønner KL at 60 pct. af pladserne bør overgå til regionalt ansvar⁴⁷. Danske Regioner vurderer at der på baggrund af opholdets længde kan beregnes andele af ophold med rehabiliteringsbehov, der opjusterer skønnet således, at 96 pct. af pladserne bør overgå til regionalt ansvar⁴⁸. I dette skøn er medregnet ventepladser. Herved fremkommer et betydeligt udvidet interval for nye sundheds- og omsorgspladser svarende til 60 – 96 pct. af de nuværende midlertidige pladser. Den øvre ende vurderes dog umiddelbart højt, da der som nævnt indgår ventepladser samt en ukendt andel pladser med rehabiliteringsindhold- og sigte, som fremover vil skulle foregå på både kommunale og regionale pladser.

Hvis ansvaret for 75 pct. af de nuværende midlertidige pladser i kommunerne (jf. ovenfor) overdrages til regionerne svarer det til, at der etableres 2.850 sundheds- og omsorgspladser på

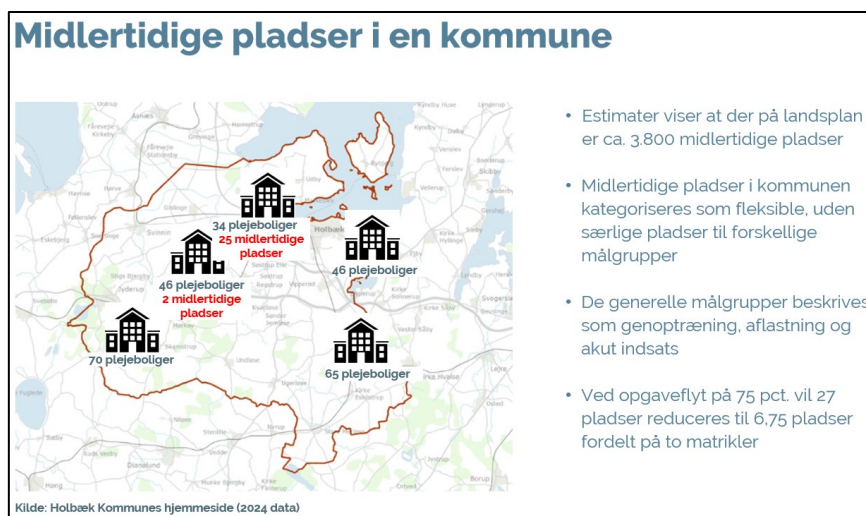
⁴⁶ Bemærk, at i forlængelse af 10-årsplanen for psykiatri er der igangsat en afprøvning af såkaldte afklaringspladser der skal udvikle og afprøve en ordning for hvordan der kan etableres afklaringspladser, som forbedrer overgangen fra den regionale psykiatri til den rette støtte i kommunen.

⁴⁷ Fordeling af kapaciteten af midlertidige pladser, februar 2025, KL, 2025

⁴⁸ Høringssvar til sundhedsstyrelsens faglige arbejde for sundheds- og omsorgspladser, Danske Regioner, 2025

landsplan. Af figur 2 fremgår et eksempel for en given kommune, hvor 27 midlertidige pladser reduceres til 6–7 pladser med fortsat kommunalt ansvar.

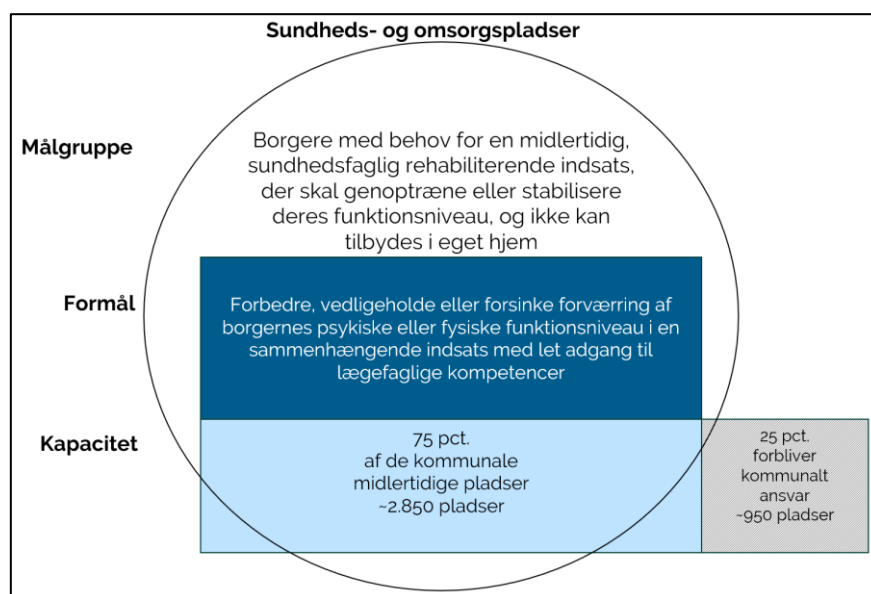
Figur 2 Eksempel på ændringer som følge af sundheds- og omsorgspladser i en kommune



Etablering af nye sundheds- og omsorgspladser kan give anledning til at løbende overvejelser om hvilke borgere, der vil profitere bedst af ophold på sundheds- og omsorgspladser og dermed mest præcist understøtte omstillingen af sundhedsvæsenet, hvor kvaliteten løftes for relevante målgrupper i det primære sundhedsvæsen samtidig med at kvaliteten i den samlede kæde af sundhedsfaglige indsatser understøttes. Dette indebærer også, at kommunerne fortsat kan skabe faglig og organisatorisk bæredygtighed i sundhedsydelser knyttet til opgaver som kommunerne er ansvarlige for. Der kan, i forbindelse med etableringen af de nye sundheds- og omsorgspladser, løbende følges op på erfaringerne.

Som opsamling på notatet illustreres Sundhedsstyrelsens vurdering af målgruppe, formål og kapacitet for de nye sundheds- og omsorgspladser i nedenstående figur.

Figur 3 Sundheds- og omsorgspladser: Målgruppe, formål og kapacitet



5. Faglige perspektiver for sundheds- og omsorgspladser

Sundhedsstyrelsen skal udarbejde en kvalitetsstandard for sundheds- og omsorgspladserne. 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.

Kvalitetstanden forventes at beskrive, jf. aftale om sundhedsreform 2024:

- Kapacitet for sundheds- og omsorgspladserne
- Udstyr
- Sundhedsfagligt indhold
- Nærmere beskrivelse af målgruppe

Sundhedsstyrelsen vurderer derudover, at den kommende kvalitetsstandard bør indeholde krav til:

- Placering af lægefagligt behandlingsansvar, herunder specificering af nødvendige lægefaglige specialer, både for behandlingsansvar og rådgivning.
- Tilgængelighed og sammenhæng med kommunale sundhedstilbud.
- Sammenhæng og afgrænsning mellem sundheds- og sociale indsatser, udformet i samarbejde med Social- og Boligstyrelsen
- Visitationskriterier, herunder hvem der foretager visitationen. Visitationskriterier bør være klare og basere sig på behovet for en særlig indsats, ikke på borgerens diagnoser.
- Afslutningskriterier
- Organisering og tilrettelæggelse af tilbuddet mv.