

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

12. januar 2026

Ældre Sagen
Snorresgade 17-19
2300 København S

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

Høringssvar vedr. kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgs- pladser

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Behov for mere konkrete krav til indsatser, udstyr og kompetencer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Inddragelse af patient og pårørende i tildeling og afslutning af ophold

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

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

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

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

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

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

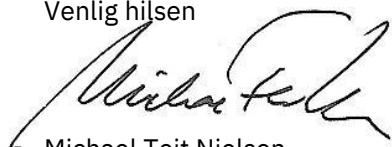
Det er vigtigt at kunne følge og udvikle kvaliteten på de kommende sundheds- og omsorgspladser både lokalt og nationalt i forhold til bl.a. patientoplevelt kvalitet, dødelighed, overlevelse, funktionsevne, skrøbelighed, udvikling i gentagne ophold, indlæggelser og genindlæggelser og øvrige kontakter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

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

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

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

Venlig hilsen



Michael Teit Nielsen
Vicedirektør

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