



SUNDHEDSSTYRELSEN

Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Kvalitetsstandarder

Sundhed for alle ♥ + ●

Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Kvalitetsstandarder

© Sundhedsstyrelsen, 2024.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-588-6

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: 3. januar 2024
Foto: Adobe Stock

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Januar 2024

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
1. Introduktion.....	5
1.1. Baggrund.....	5
1.2. Formål.....	6
1.3. Definitioner	7
2. Målgruppe	8
2.1. Målgruppe	8
2.2. Henvi sning.....	8
3. Tilrettelæggelse.....	10
3.1. Den afklarende samtale.....	11
3.2. Sundhedspædagogik og kompetencer i forebyggelsestilbud	12
3.3. Lighed i sundhed.....	14
3.4. Differentiering og fastholdelse	14
3.5. Afslutning af forløb.....	15
4. Sygdomsmestring	16
4.1. Målgruppe	16
4.2. Indholdselementer.....	16
4.3. Format, omfang og varighed	17
4.4. Øvrige sygdomsspecifikke hensyn.....	18
4.5. Kompetencer	18
5. Nikotinafvænning	19
5.1. Målgruppe	19
5.2. Indholdselementer.....	19
5.3. Format, omfang og varighed	20
5.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn.....	21
5.5. Kompetencer	21
6. Fysisk aktivitet.....	22
6.1. Målgruppe	22
6.2. Indholdselementer	22
6.3. Format, Intensitet, frekvens og varighed.....	23
6.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn.....	24
6.5. Kompetencer	25
7. Ernæringsindsats	26
7.1. Målgruppe	26
7.2. Indholdselementer.....	27
7.3. Format, omfang og varighed	28

7.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn	28
7.5. Kompetencer	29
8. Forebyggende samtale om alkohol	30
8.1. Målgruppe	30
8.2. Indholdselementer	31
8.3. Format, omfang og varighed.....	32
8.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn.....	32
8.5. Kompetencer	33
9. Monitorering og kvalitetsudvikling	34
9.1. Monitorering og kvalitetsudvikling i de kommunale forebyggelsestilbud.....	34
9.2. Forskning.....	36
Referencer.....	37
Bilag 1: Kommissorium	43
Bilag 2: Medlemmer af arbejdsgruppen	45

1. Introduktion

1.1. Baggrund

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom indeholder kvalitetskrav og anbefalinger målrettet kommunale sundhedstilbud.

Kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom er udarbejdet som en del af opfølgningen på den politiske 'Aftale om sundhedsreform' fra maj 2022. Her fremgår det, at den nationale kvalitetsplan med kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger skal understøtte omstillingen af sundhedsvæsenet, herunder geografisk ensartet tilgængelighed og kvalitet. Kvalitetsplanen skal ligeledes bidrage til en bedre sundhed for den enkelte og dermed udskyde eller mindske brugen af sundhedsydelse senere i livet¹.

Kvalitetsstandarderne rummer krav til en afklarende samtale, sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats, forebyggende samtale om alkohol samt monitorering og evaluering af det samlede forebyggelsestilbud. Der er tale om virkningsfulde indsatser, som kommunerne allerede har oparbejdet viden om og erfaring med at tilbyde borgere med kronisk sygdom og borgere i risiko for at udvikle kronisk sygdom.

Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom er udarbejdet på baggrund af Sundhedsstyrelsens publikation 'Anbefalinger til forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' (2016) og erstatter således denne. Kvalitetsstandarderne vil bygge videre på eksisterende anbefalinger om kronisk sygdom, men er også nytænkende med henblik på at imødekomme aktuelle udfordringer og tendenser i sundhedsvæsenet.

Kvalitetsstandarderne skal ses i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens anbefalinger om sundhedsfremme og forebyggelse, forløbsprogrammer samt tværsektorielle anbefalinger, udarbejdet for en række kroniske sygdomme. De nævnte publikationer supplerer denne kvalitetsstandard.

Kvalitetsstandarderne er ikke sygdomsspecifikke, men omhandler generelle forebyggelsestilbud. Der kan dog være særlige sygdomsspecifikke forhold, der skal tages højde for i de enkelte tilbud. Dette vil fremgå i de enkelte afsnit med henvisning til relevante retningslinjer mv.

I udarbejdelsen af kvalitetsstandarderne er Sundhedsstyrelsen blevet rådgivet af en bredt sammensat eksternt arbejdsgruppe, der i processen har leveret mundtlige og skriftlige bidrag. Arbejdsgruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

Med afsæt i Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger til forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' (2016) monitorerede KL og Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet i 2017 kommunernes tilbud. Her fremgår det, at langt de fleste kommuner angiver, at deres tilbud til borgere med kronisk sygdom omfatter de anbefalede indsatser². Herudover udvikler kommuner løbende nye forebyggelsestilbud og indsatser, som de vurderer kommunens borgere kan have gavn af i en forebyggelsessammenhæng.

¹ [Aftaletekst om Sundhedsreform 2022](#).

² [Monitorering forebyggelsestilbud_2017_\(kl.dk\)](#)

Eksempelvis har en del kommuner etableret tilbud om indsatser til borgere med symptomer på stress, angst og depression.

Fremadrettet må der forventes et behov for kapacitetsopbygning i de kommunale forebyggelsestilbud. Det er den enkelte kommunes ansvar, løbende at vurdere behovet for forebyggelsestilbuddenes indsatser og justere, så de tilpasses målgruppens behov, indenfor rammerne af kvalitetstandarden, og den kapacitet, der er til rådighed.

Sundhedsstyrelsen fastsætter nationale kvalitetsstandarder med kvalitetskrav og -anbefalinger til sundhedsindsatser som varetages af kommunerne pba. en bemyndigelse fra indenrigs- og sundhedsministeren³.

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis og etablere forebyggende sundhedstilbud til borgerne. Derudover har kommunerne også forpligtelse til at etablere patientrettede forebyggelsestilbud og sundhedsfremmende indsatser i kommunen⁴.

Regionsrådet skal tilbyde patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og praksissektoren samt rådgive i forhold til kommunernes indsats⁵.

1.2. Formål

Formålet med forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom er at give borgeren indsigt, redskaber og tro på egne evner, som over tid kan føre til bedre håndtering af livet med kronisk(e) sygdom(me) fx forbedret helbredsstatus, egenomsorg og sundhedsadfærd.

Formålet med kvalitetsstandarderne er, at borgere med kronisk sygdom tilbydes indsatser af ensartet og høj kvalitet. Kvalitetsstandarderne er primært henvendt til kommunerne, men kan også anvendes af almen praksis og sygehus, i planlægningen af det tværsektorielle samarbejde.

Kvalitetsstandarderne skal give mulighed for differentierede indsatser på baggrund af borgernes funktions- evne, motivation og sundhedskompetencer, således at kommunerne kan målrette og prioritere deres indsatser bedst muligt. Digitale løsninger kan være en integreret del af forebyggelsestilbuddene, med formålet om at skabe differentierede og fleksible tilbud samt mere geografisk lighed i sundhed.

Endelig skal kvalitetsstandarderne understøtte kommunernes samarbejde med almen praksis og sygehuse, der skal henvise borgere til kommunale forebyggelsestilbud. Kvalitetsstandarderne understøtter, at personalet i almen praksis og på sygehuse kan henvise til ensartede tilbud, og det forventes, at kvalitetsstandarderne indarbejdes i de regionale forløbsprogrammer.

³ Jf. sundhedslovens §§ 118 b og 119.

⁴ Jf. Sundhedslovens § 119

⁵ Jf. Sundhedsloven §119 stk. 4

1.3. Definitioner

Kronisk sygdom

Kronisk sygdom er sygdom, der har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende. Der er stor variation i behovet for forebyggelse og rehabilitering blandt borgere med kronisk sygdom.

Forebyggelse

I Sundhedsstyrelsens 'Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed' (2005) defineres forebyggelse som sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen, udvikling og/eller forværring af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker, og dermed fremmer folkesundheden.

'Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' anvendes om de kommunale tilbud, der indgår i disse kvalitetsstandarder og i betydningen forebyggelse med et rehabiliterende sigte, baseret på funktionsevnebegrebet (se nedenfor).

Rehabilitering

Internationalt findes en række definitioner af rehabilitering. Sundhedsstyrelsen lægger sig op ad WHO's og den danske 'Hvidbog om rehabilitering's (2022) definition.

WHO anvender følgende definition: "Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der har til formål at optimere funktionsevne og reducere funktionsnedsættelse hos det enkelte menneske med helbredstilstande i samspil med omgivelserne"⁶.

I 'Hvidbog om rehabilitering' anvendes definitionen: "Rehabilitering er 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 samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter. Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation".

Funktionsevne

Funktionsevne er en betegnelse for den kunnen, der er baggrund for, at et menneske kan udføre sine daglige aktiviteter og deltage i samfundet. ICF (International Classification of Functioning) er WHO's internationalt vedtagne referenceramme for funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. Denne biopsykosociale tilgang beskriver, hvordan alle elementerne interagerer og påvirker hinanden. Funktionsevnen omfatter tre komponenter: Kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter samt deltagelse. Komponenterne påvirker hinanden gensidigt, ligesom den samlede funktionsevne påvirkes af omgivelsesfaktorer, personlige faktorer og helbredsmæssige forhold.

⁶ [Rehabilitation \(who.int\)](https://www.who.int)

2. Målgruppe

2.1. Målgruppe

Målgruppen for disse kvalitetsstandarder er borgere med kronisk sygdom, eksempelvis diabetes, hjerte-kar-sygdomme, KOL, kræft og muskel-skelet-sygdomme, såsom lænde- og rygsmerter. Borgere med kroniske sygdomme er en uhomogen gruppe med forskelligartede behov, så behovet for forebyggelsestilbud afhænger af borgerens funktionsevne.

Det er et krav, at kommunerne tilbyder afklarende samtale, sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol til borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold, kan have gavn af forebyggelsestilbud.

Det er et krav, at nikotinafvænning og forebyggende samtale om alkohol også tilbydes borgere med motivation for at ændre deres forbrug - dette, uanset om de samtidig har kronisk sygdom.

Kommunerne kan med fordel anvende indsatserne om fysisk aktivitet og ernæringsindsats til øvrige borgere, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold er i risiko for at udvikle en kronisk sygdom og derfor kan have gavn af et forebyggelsestilbud. Hvis en borger vurderes at være i risiko for en kronisk sygdom, kan borgeren have gavn af en eller flere af indsatserne beskrevet i kvalitetsstandarderne, hvor det vil være muligt, at forebygge eller udskyde opståen af sygdommen. Jo tidligere borgeren kommer i gang med eks. fysisk træning, bedre ernæring og rygestop, jo større chance er der for at udskyde sygdommen. Indsatserne kan også styrke muligheden for at leve et godt liv med høj livskvalitet i det tilfælde borgeren får kronisk sygdom. Indsatser for borgere med kronisk sygdom og borgere i risiko for kronisk sygdom kan samorganiseres, for dermed at skabe bæredygtige faglige enheder.

2.2. Henvisning

Baseret på en sundhedsfaglig vurdering, skal sygehuse, praktiserende speciallæger og almen praksis henvise borgere i målgruppen til en afklarende samtale i kommunen (se afsnit 3.1). I henvisningen skal det fremgå, på hvilken baggrund henvisningen sker. Den elektroniske henvisning skal anvendes efter gældende national standard^{7,8}.

I mange tilfælde er der ikke behov for en lægefaglig vurdering for at afgøre, om borgeren vil kunne have gavn af et forebyggelsestilbud. Borgeren bør således også selv kunne henvende sig eller henvises til en afklarende samtale fra øvrige kommunale forvaltningsområder, fx jobcenter med kontakt til målgruppen.

⁷ MedCom henvisningsstandard XREF15 og afslutningsnotat XDIS15 er målrettet kommunikation til og fra kommunale forebyggelsestilbud. Standarderne bruges af almen praksis, kommuner og regionernes sygehuse.

⁸ En egentlig aftale om henvisning indgår ikke i de praktiserende lægers overenskomst.

Kommunerne skal understøtte, at almen praksis lokalt kender til de kommunale indsatser målrettet borgere med kronisk sygdom via sundhed.dk (SOFT-portalen).

Kommunen skal kontakte borgeren hurtigst muligt efter at borgeren er blevet henvist eller selv har henvendt sig, for at afholde en afklarende samtale.

Henvisende part (almen praksis, praktiserende speciallæge eller sygehus) skal modtage en tilbagemelding fra kommunen om, hvilke indsatser den henviste borger har fået tilbudt/gennemført. For borgere, der selv har henvendt sig og som gennemfører indsatser, sendes desuden en melding til almen praksis. Tilbagemeldingen kræver samtykke fra borgeren.

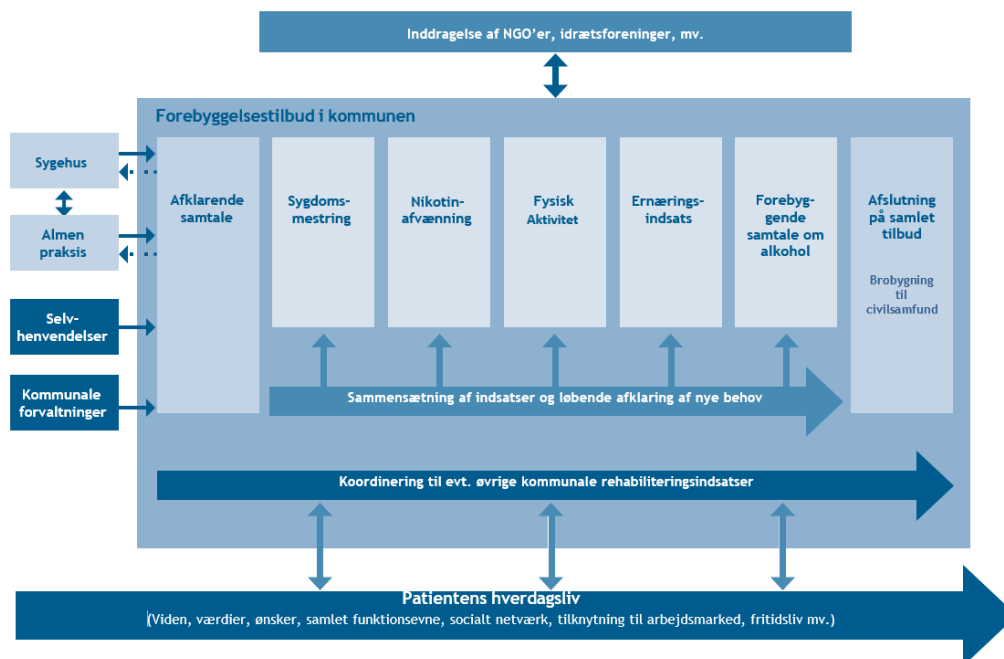
3. Tilrettelæggelse

Forebyggelsestilbuddene skal ses som selvstændige indsatser, men kan også indgå som delelementer i en bredere rehabiliteringsindsats. Det er vigtigt, at der koordineres på tværs af kommunale forvaltninger, fx mellem beskæftigelsesområdet og sundhedsområdet, i de tilfælde, hvor der er parallelle rehabiliteringsindsatser for samme borger. Der vil være borgere, der sideløbende med de kommunale indsatser har kontakter til almen praksis, praktiserende speciallæge eller sygehus. Derfor skal der være en gensidig opmærksomhed på koordinering af borgerens behov.

Forebyggelsestilbuddene er som udgangspunkt ikke sygdomsspecifikke og kan anvendes til en bred målgruppe af borgere med kronisk sygdom og borgere i risiko for at få en kronisk sygdom. Dermed har kommunerne mulighed for at oprette gruppeforløb, også når der kun er få borgere med samme sygdom, der har behov for indsatsen. Nogle indsatsområder indeholder sygdomsspecifikke elementer, og disse må derfor tilpasses borgernes individuelle sygdomme. Der hvor der er en tilstrækkelig volumen af borgere med samme sygdom, kan der oprettes sygdomsspecifikke gruppeforløb. Kommuner kan i tilfælde af lille volumen af borgere med behov for samme indsats med sygdomsspecifikke elementer indgå i tværkommunalt samarbejde om indsatserne. Derudover kan kommunerne ligeledes, enkelt eller tværkommunalt, tilkøbe forløb hos eksterne leverandører, som led i at løse potentielle kapacitetsudfordringer.

En del borgere har behov for flere parallelle indsatser jf. figur 1. Det betyder, at de forskellige indsatser til en borger skal overvejes og tilrettelægges i sammenhæng, for at tilgodese mennesker med sammensatte problemstillinger, som fx multisygdom.

Figur 1 viser et overblik over kommunale forebyggelsestilbud og primære samarbejdspartnere i relation til disse.



Figur 1: Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge

3.1. Den afklarende samtale

Det er et krav, at kommunen tilbyder en afklarende samtale til borgere med kronisk sygdom, som er henvist fra almen praksis, praktiserende speciallæger, sygehuse eller fra andre kommunale forvaltningsområder med kontakt til målgruppen.

Det anbefales, at kommunen tilbyder en afklarende samtale til borgere med kronisk sygdom, som selv henvender sig med ønske om et forebyggelsestilbud.

Såfremt en borger har behov for en forebyggende samtale om alkohol eller nikotinafvænning, skal vedkommende i udgangspunktet ikke henvises til en afklarende samtale, men henvises direkte til den forebyggende samtale om alkohol, egentlig alkoholbehandling eller nikotinafvænning.

Den afklarende samtale er udgangspunktet for planlægningen af forløbet for den enkelte borger. Formålet med den afklarende samtale er, at opnå en fælles forståelse af, hvad der er vigtigt for borgeren, målsætninger med deltagelse i indsatserne, borgerens motivation, og gennem dialog at støtte borgeren i en relevant og behovsorienteret prioritering.

Det er den sundhedsfaglige vurdering af funktionsevne, sundhedskompetence og helbredsforhold ved den afklarende samtale, der er afgørende for, hvilke indsatser borgeren tilbydes, og hvordan de tilrettelægges (se afs. 3.4).

Den afklarende samtale tilrettelægges med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens '*Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale*' (2019).

Samtalen skal balanceres således, at den er systematisk i at opnå en grundig afklaring, men samtidig tage udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker og udfordringer. Samtalens form og indhold skal tilgodese borgerens sundhedskompetencer, sociale relationer og livsvilkår samt fysiske og psykiske begrænsninger.

Den afklarende samtale skal – uanset den specifikke metode eller det valgte konkrete samtaleredskab – komme grundigt omkring fire gensidigt overlappende områder:

1. *Funktionsevne*
Afklaring af, hvilke barrierer der er særligt relevante for borgeren og hvilke ressourcer eller udfordringer den enkelte borger kan have.
2. *Hverdagsliv*
Beskrive og skabe gensidig forståelse af borgerens sundhedskompetence, hverdagsliv, arbejdssituation, sociale netværk, vaner, værdier og prioriteringer, som er relevante i relation til borgerens ønsker, sygdom og forebyggelse. Der skal allerede her tales om, hvordan borgeren fastholder forandringer i hverdagslivet efter endt forløb.
3. *Risikofaktorer*
Afdækning af risikofaktorer som rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, usund kost og dårlig mental sundhed, herunder særligt de risikofaktorer, der direkte forværrer en konkret sygdom og/eller forringer effekten af rehabilitering. Viden om samspil mellem risikofaktorer inddrages i dialogen om, hvilke

indsatser, der skal prioriteres. Der er fx mange interaktioner mellem alkohol og tobak, som gør det hensigtsmæssigt, at drøfte forandringer på begge områder ved et samtidigt forbrug.

4. Sygdomssituation

Afdækning af den enkelte sygdoms specifikke karakter, komorbiditet og psykiske følger, den forventede sygdomsudvikling samt det evt. fremtidige behandlingsforløb, herunder en dialog om borgerens egen viden og sygdomsforståelse, håndtering af sygdommen og behandlingsforløb samt om støttende relationer i forbindelse med sygdommen.

Samtalen afsluttes med, at den sundhedsprofessionelle og borgeren i samarbejde opstiller målsætninger for borgeren, en konkret realistisk plan og hvordan disse mål kan opnås, fx ved at deltage i relevante kommunale indsatser med fremmøde, digitale forløb, aktiviteter i privat- eller foreningsregi eller afslutning til egen træning. Allerede i den afklarende samtale skal det indtænkes, hvordan borgeren kan fortsætte forandringen, fx ved deltagelse i en forening, og hvilke personer i netværket, der vil være relevant at inddrage.

Den afklarende samtale kan struktureres med inspiration fra følgende:

- Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale, Sundhedsstyrelsen.
- Erfaringsopsamling: Værktøjer og metoder til behovsvurdering, Steno Diabetes Center Copenhagen.
- CHAT, et redskab til dialog om sundhedskompetence, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.
- Tilstande i Fælles Sprog III under funktionsområdet Sundhedsfremme og forebyggelse.
- PRO (patient rapporterede oplysninger) et redskab til behovsafdækning og borgerinddragelse og forberedelse, i forbindelse med den afklarende og efterfølgende samtale.

3.2. Sundhedspædagogik og kompetencer i forebyggelsestilbud

Sundhedspædagogik er central i forebyggelsestilbud, og betragtes i denne kvalitetsstandard som et tværgående element, der skal indgå i både den afklarende samtale og i de enkelte indsatser om sygdomsmanagement, nikotinafvenning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol.

En grundforudsætning i arbejdet med forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, er en forståelse af, at det er en samarbejdsproces mellem borgeren, pårørende, sundhedsprofessionelle, civilsamfund og andre relevante parter. Borgeren er ekspert i sit eget liv og forløb, og forebyggelsestilbuddene skal altid tage udgangspunkt i borgerens motivation, ønsker og mål for hverdagslivet.

Borgerne kan have meget forskellig indsigt i sygdomssituationen og kan være forskellige steder i erkendelsesprocessen i det at leve med en kronisk sygdom. Det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle

samarbejder med borgeren, med henblik på at give indsigt i betydningen af egne handlinger, muligheder for forandring og mulighed for hjælp og støtte.

At igangsætte forandringsprocesser hos borgeren, fordrer viden og kompetencer hos den sundhedsprofessionelle om følgende sundhedspædagogiske **kernebegreber**:

- Deltagelse og involvering
- Motivation
- Handlekompetence og sundhedskompetence
- Viden og indsigt
- Et bredt og positivt sundhedsbegreb
- Sundhed i et setting-perspektiv⁹.

Det er den sundhedsprofessionelles opgave, at sætte borgeren i centrum, bringe (ny) viden ind i samtalen eller i gruppedrøftelserne og gennem dialog og erfaringsudvekslinger at understøtte borgerens ønsker, handlemuligheder, motivation, prioriteringer og bevæggrunde.

At ændre adfærd er ofte en lang proces, hvor kræfterne bag borgerens adfærd konstant er i bevægelse og kan ændre karakter. Derfor er det vigtigt, kontinuerligt at undersøge og forstå borgerens prioriteringer og ønsker og have forståelse for, at borgerne har meget forskellige vilkår, og at det derfor er vigtigt, at kunne differentiere i sin tilgang til borgeren.

Det er et krav, at personer, der udfører den afklarende samtale, skal være sundhedsprofessionelle med relevante kompetencer¹⁰ samt have viden og kendskab til følgende:

- Hvad det vil sige at få en kronisk sygdom, både i forhold til det biologiske sygdomsforløb, borgerens sygdomsforståelse og håndtering af behandlingen.
- Risikofaktorerens betydning for sygdom og prognose.
- Viden om adfærdsforandring og hvorfor forandring kan være udfordrende, samt viden om hvordan forandring understøttes og fastholdes.
- Sundheds- og voksenpædagogiske kompetencer, således at samtaler og forløb kan tilrettelægges med afsæt i borgerens behov og motivation.
- Afklaring af borgerens sundhedskompetence i forhold til omfanget af det videre forløb med forebyggelsestilbud.

For at understøtte kvaliteten af indsatserne bør de sundhedsprofessionelle, som gennemfører den afklarende samtale og forløbene i de enkelte forebyggelsestilbud, have mulighed for jævnlig sparring med kolleger, der også har kompetencer, viden og erfaring med at gennemføre opgaverne. De sundhedsprofessionelle bør også have mulighed for sparring med specialister, fx specialiserede fysioterapeuter eller kliniske diætister på sygehus, ved behov.

⁹ Et setting-perspektiv vil sige, at støtten til borgeren skal ske med udgangspunkt i forståelse og hensyn til det hverdagsliv borgeren lever, de omgivelser vedkommende er en del af, og de relationer vedkommende har.

¹⁰ Som udgangspunkt kompetencer svarende til mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse. Sundhedsprofessionelle, der ikke har en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, eksempelvis social- og sundhedsassistenter, kan opfylde kravene om kompetencer via deres grunduddannelse evt. suppleret med anden relevant efteruddannelse.

3.3. Lighed i sundhed

Der er forskel på, hvem der deltager i forebyggelse og rehabilitering, og borgere med nedsat sundhedskompetence deltager sjældnere og falder oftere fra. Derfor bør kommunen, sammen med sygehus og almen praksis samarbejde om at understøtte, at alle borgere, uanset sundhedskompetence har mulighed for at deltage. Det gælder særligt borgere med nedsat sundhedskompetence.

En populationsbaseret tilgang kan gøre, at de borgere med kronisk sygdom, der har de største behov, får bedre adgang til forebyggelsestilbuddene og fastholdelse i indsatserne. Det betyder, at kommunen følger, hvilke grupper af borgere, der deltager i indsatserne og hvem der ikke deltager. Mangel på deltagelse kan have flere årsager og disse skal afdækkes, så der kan arbejdes med større tilslutning. Det kan fx dreje sig om adgang, kommunikation, fejl i overgangen mellem sektorer eller at nogle borgere ikke ser indsatsen som relevant.

Det anbefales at arbejde med organisatorisk sundhedskompetence, for at imødekomme lokale udfordringer med manglende deltagelse for nogle målgrupper¹¹.

3.4. Differentiering og fastholdelse

Det er et krav, at tilrettelæggelsen af forebyggelsestilbuddene differentieres med udgangspunkt i den enkelte borgers sundhedskompetence, præferencer, motivation, ressourcer, behov og tilgængelige data. Differentieringen skal bidrage til, at alle borgere får samme forudsætninger for at opnå en positiv effekt af indsatserne, uanset, at de tilrettelægges på forskellig vis.

Forebyggelsestilbuddene kan eksempelvis tilbydes i form af fysisk fremmøde, digitale forløb, aktiviteter i privat- eller foreningsregi eller vejledning til egen træning, alt afhængigt af borgerens behov og sundhedskompetence.

Kommunen bør anvende tilgængelige data, fx via 'Sundhedsdata på tværs' (se kap. 9.1) til at udpege målgrupper med forskellige behov og dermed understøtte en mere systematisk differentiering af indsatsen ud fra borgernes behov og sundhedskompetencer.

Indsatserne tilrettelægges med fokus på fastholdelse af borgere med de største behov. Det vil sige borgere, hvor kronisk sygdom har konsekvenser for funktionsevnen, og hvor manglende sociale netværk og nedsat sundhedskompetence, gør det sværere at leve et liv med kronisk sygdom. Fx kan det være, at kommunerne har indsatser, der er fysisk placeret tæt på borgere med de største behov.

Hvis borgere udebliver fra aftaler, kan kommunen afsøge årsagen til udeblivelsen. Borgere, som frafalder en indsats, kan kontaktes med henblik på dialog om årsager til frafald og information om muligheder for at få fornyet hjælp.

¹¹ Organisatorisk sundhedskompetence er den måde sundhedstilbud, organisationer og systemer gør information og ressourcer tilgængelige for mennesker med forskellige sundhedskompetencer. Se publikationen "Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen" (Sundhedsstyrelsen, 2023) for mere viden om arbejdet med at imødekomme ulighed i deltagelse i sundhedstilbud.

3.5. Afslutning af forløb

Det er et krav, at det enkelte forløb evalueres. Der skal sendes status til borgerens praktiserende læge med samtykke fra borgeren. Borgeren skal informeres om, at der kan rettes henvendelse til egen læge ved senere opståede behov.

Det er et krav, at der aktivt støttes op om videreførelse og vedligehold af effekt efter endt indsats. Der kan fx ved starten af forløbet være fokus på, hvordan borgeren efter endt forløb viderefører sin aktivitet i andet regi og der kan være rådgivning til deltagelse i idrætsforeninger, aftenskoler, frivillige sociale foreninger, patientforeninger, hos private aktører, socialøkonomiske virksomheder mv.

Det anbefales, at kommunerne har et tæt og løbende samarbejde med relevante lokale organisationer og foreninger i civilsamfundet, således at disse understøttes med bl.a. viden og kompetencer til at gøre deres aktiviteter attraktive for borgere, som bliver afsluttet fra kommunale forebyggelsestilbud.

4. Sygdomsmestring

Sygdomsmestring har til formål at styrke borgeres egenomsorg og dermed forbedre helbredsstatus og livskvalitet og gøre borgere i stand til på bedst mulig måde, at leve livet med kronisk(e) sygdom(me).

Sygdomsmestring refererer til en struktureret sundhedspædagogisk indsats, der skal støtte borgeren i sin forståelse af livet med kronisk sygdom, og i at tage en aktiv del i håndteringen af sygdommen. Der er tale om en kontinuerlig proces og en integreret del af den øvrige forebyggelsesindsats, som foregår i et aktivt samspil mellem borger og sundhedsprofessionelle.

Mestringsstrategier betegner de strategier og fremgangsmåder, som en person anvender til at håndtere nye, svære eller måske ubehagelige situationer, samt ændret fysisk, psykisk eller kognitiv funktion og de følelser, der kommer deraf.

4.1. Målgruppe

Det er et krav, at kommunerne tilbyder sygdomsmestring til borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af indsatsen.

4.2. Indholdselementer

I tilrettelæggelsen bør der være opmærksomhed på, at indsatsen så vidt muligt tilpasses borgerens behov, viden, erfaringer, udfordringer og ressourcer. Der søges så vidt muligt at tage højde for, at nogle grupper af borgere, kan have behov for særlige hensyn eller indsatser, som fx relateres til alder, køn, etnicitet, antal og kombination af kroniske sygdomme eller psykiske udfordringer samt muligheder for at deltage på forskellige tider af døgnet.

Der skal være fokus på inddragelse af borgeren i håndteringen af kronisk sygdom med henblik på at øge borgerens egenomsorg, samt ved at arbejde med borgernes motivation, tro på sig selv, egne ressourcer og evner til at mestre sygdommen. Herunder at give borgeren indsigt og kompetencer til selv at målsætte og vælge, hvilke resultater, de ønsker at opnå.

Derudover bør der også være en opmærksomhed på borgere med mere end én kronisk sygdom og hvordan indsatserne tilrettelægges - også i forbindelse med sygdomsmestring.

Det er et krav, at følgende elementer indgår i indsatsen:

- **Sygdomskendskab:** Gennemgang og drøftelse af sygdommen(e), dens risikofaktorer og sygdomsudviklingen i den forbindelse.
- **Sygdomsforværring:** Tegn på forværring eller udsving i sygdomsintensitet og forebyggelse og tidlig behandling heraf. Dialog om hvordan borgeren selv, og eventuelt i samarbejde med andre, er opmærksom på sin tilstand ved hjælp af symptomer/iagttagelser eller relevante målinger, og

relevante reaktioner på ændringer i tilstanden.

- **Betydningen af andre forebyggende indsatser:** Betydningen af søvn, alkohol, nikotinafhængighed, fysisk aktivitet og træning, og af et sundt kostmønster og stabil vægt, herunder forebyggelse af et uplanlagt vægttab eller vægtstigning.
- **Mental sundhed:** Håndtering af symptomer som fx nedtrykhed, irritation, træthed, uro, panik og isolation. Viden om normale psykiske reaktioner. Viden om symptomer på behandlingskrævende tilstande som angst og depression. Viden om, hvordan man kan få hjælp til behandling af psykiske tilstande, hvis man får brug for det. Træning i afspændingsteknikker, fx vejtrækning og kognitive teknikker, fx redskaber til håndtering af uhensigtsmæssige tanker. Gennemgang af mulige psykosociale støttemuligheder og de hjælpemuligheder, der kan komme på tale, herunder facilitering af kontakt til relevante netværkstilbud, også i regi af patientforeninger mv.
- **Sociale forhold:** Dialog om betydningen af at starte/fastholde uddannelse og job samt bevare/komme i gang med fritidsaktiviteter. Samarbejde med andre myndighedspersoner ved aktuelle behov i relation til familie, uddannelse og beskæftigelse. Undervisning i betydningen af sociale relationer og netværk, og hvordan man med åbenhed og dialog med sine nærmeste, bedre kan opnå støtte og forståelse.
- **Mestring af sygdommen i hverdagen:** Dialog om sygdommens indflydelse på funktionsevne og helbredsforhold og hvordan man mest hensigtsmæssigt kan håndtere de daglige fysiske og sociale aktiviteter og udfordringer. Håndtering af eventuelle smerter. Gennemgang af teknikker til at klare sig i hverdagen trods funktionsnedsættelse, herunder energibesparende metoder og vejledning om muligheder for hjælpemidler. Drøftelse af borgerens egne erfaringer og visioner for fremtiden. Herunder samliv, familieliv og seksuel sundhed og trivsel.
- **Pårørende:** Betydningen af at være pårørende med svære følelser og tanker. Nærmeste pårørende kan på borgerens præmisser medinddrages i undervisningen i støtte og mestring af hverdagen som pårørende. Deling af erfaringer med andre pårørende. Viden om, hvor man kan få hjælp, hvis pårørende udvikler angst, stress og depression.

4.3. Format, omfang og varighed

Det anbefales, at undervisningen foregår i mindre grupper, hvor man kan drage nytte af at drøfte og udveksle erfaringer om fælles problemer og løsningsforslag. Hvis muligt, må undervisningen gerne være sygdomsspecifik eller suppleres med individuel undervisning ved behov. Støtte til sygdomsmestring kan også foregå digitalt, fx som fjernundervisning, hvis det vurderes hensigtsmæssigt.

Det anbefales, at holdundervisning som minimum består af 4 lektioner af én times varighed, og at individuel undervisning som minimum består af 2-4 lektioner af cirka 30 minutters varighed, med gentagelse af nøglebudskaber og trinvis tilegnelse af viden og færdigheder.

Det anbefales, at pårørende medinddrages på borgerens præmisser i undervisningen, dels fordi den enkeltes sygdom ofte påvirker hele familien/netværket og deres indbyrdes relation, dels for at styrke mulighederne for at de kan støtte borgeren i den daglige håndtering af sygdommen, via indsigt og viden i sygdommen. Der bør samtidigt være en opmærksomhed på eventuelt negative relationer og på eventuelle psykiske konsekvenser for pårørende.

4.4. Øvrige sygdomsspecifikke hensyn

Indsatsen skal give borgeren kendskab til den specifikke sygdoms karakter og mulighederne for forebyggelse, behandling, rehabilitering og palliation.

4.5. Kompetencer

Det er et krav, at personer, der udfører undervisningen, skal være sundhedsprofessionelle med relevante kompetencer¹² samt have de nødvendige sundheds- og voksenpædagogiske forudsætninger, for at kunne undervise med udgangspunkt i deltageres behov og forudsætninger. Den sundhedsprofessionelle skal have grundlæggende viden om de pågældende sygdomme og kendskab til evt. særlige sygdomsspecifikke hensyn.

Det anbefales at inddrage undervisere, der selv har erfaring med kronisk sygdom, kender til hverdagslivet med sygdomme og har gennemført en instruktøruddannelse svarende til Lær at Tackle-uddannelserne.

¹² Som udgangspunkt kompetencer svarende til mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse. Sundhedsprofessionelle, der ikke har en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, eksempelvis social- og sundhedsassistenter, kan opfylde kravene om kompetencer via deres grunduddannelse evt. suppleret med anden relevant efteruddannelse.

5. Nikotinafvænning

Nikotin er et stærkt afhængighedsskabende stof, som påvirker hjernen og nervesystemet. Ved nikotinafhængighed er hjernen indstillet på konstant at få tilført nikotin. Forsøger man at vænne sig fra nikotin, udvikles abstinenssymptomer som rastløshed, irritabilitet, nedtrykthed, manglende koncentrationsevne mm.

Tobaksrygning er den enkeltfaktor, som har størst betydning for dødeligheden. Rygning øger risikoen for en lang række sygdomme, herunder særligt lungekræft, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), kræftsygdomme og hjerte-kar-sygdomme, og det forværrer samtidig prognosen for en lang række sygdomme.

Tobaksrygning er den risikofaktor, som har størst forebyggelsespotentialer – både før og efter at borgeren har fået en tobaksrelateret sygdom.

5.1. Målgruppe

Det er et krav, at kommunerne tilbyder nikotinafvænning til borgere, som anvender tobaks- og nikotinprodukter, herunder cigaretter, pipe, cerutter, vandpipe, opvarmet tobak, e-cigaretter og røgfrie nikotinprodukter (snus, tyggetobak, nikotinposer mv.) dagligt eller lejlighedsvist, og som ønsker at stoppe.

5.2. Indholdselementer

Det er et krav, at indsatsen for nikotinafvænning indeholder rådgivning, som inkluderer følgende elementer:

- Information om betydningen af at fastsætte et tidspunkt for stopdato.
- Information om afhængighed, abstinensers betydning og -forløb samt om nikotinafvænningsprocessen.
- Vejledning om brug af medicin til nikotinafvænning, herunder rådgivning om nedtrapning af medicinen.
- Systematisk og korrekt anvendelse af valideret test, og evt. kuliltemåling, til vurdering af grad af nikotinafhængighed.
- Viden om fastholdelse af motivation og opnået nikotinstop.
- Hjælp til håndtering af risikosituationer, tilbagefald, stress, humørsvingninger mv.
- Betydningen af hensigtsmæssig regulering af søvn, væskebalance, åndedræt, fysisk aktivitet mv.
- Generelle ernæringsmæssige udfordringer ved nikotinafvænning, herunder betydning af blodsukkerbalance og forebyggelse af vægtøgning.
- Viden om betydningen af rygning og nikotin for helbredet.

Da nikotinafhængighed følger samme abstinensmønster, uanset hvilket nikotinprodukt der anvendes, gælder indholdselementerne for afvænning af alle typer af tobaks- og nikotinprodukter.

Det er et krav, at vejledning om brug af nikotinafvænningsmedicin indgår i rådgivningen. Godkendt nikotinafvænningsmedicin er effektivt alene, men i kombination med rådgivning er virkningen størst. I Danmark omfatter godkendt nikotinafvænningsmedicin to produkttyper – nikotinafvænningsmedicin i håndkøb og receptpligtig nikotinafvænningsmedicin. Borgeren skal altid modtage grundig produktrådgivning om håndkøbsmedicin til nikotinafvænning, herunder anbefaling til dosis ud fra den enkeltes grad af afhængighed,

samt varighed af brugen og en plan for udtrapning. Produktrådgivning foregår i udgangspunkt på apoteket, men kan også foregå via fx kommunal rådgiver. Brug af receptpligtig nikotinafvænningsmedicin forudsætter rådgivning via egen læge.

5.3. Format, omfang og varighed

Nikotinafvænnning kan foregå i grupper, individuelt, eller i kombinationer af gruppe- og individuelle forløb. Mindre grupper kan være en fordel, når det drejer sig om borgere med særlige behov (fx gravide) eller særligt sårbare målgrupper (fx borgere med psykiske lidelser). Udover forløb med fysisk fremmøde, kan kommuner også tilbyde virtuelle og/eller telefoniske forløb. Hvis en kommune ikke selv har kapacitet til at oprette nikotinafvænningsforløb, kan forløb købes hos eksterne leverandører.

Både rådgivning af kort varighed og længere, mere intensive stopforløb bidrager til nikotinstop. Virkningen øges dog med intensive stopforløb, svarende til forløb efter Kræftens Bekæmpelses manualer.

Det konkrete omfang og format for nikotinafvænnning afstemmes med borgeren i en opstartssamtale, hvor rådgiveren, som udgangspunkt, bør anbefale borgeren et intensivt nikotinafvænningsforløb med de beskrevne indholdselementer.

Nikotinafvænnning bør påbegyndes hurtigst muligt efter opstartssamtalen. Hvis en borger skal vente mere end 14 dage fra opstartssamtalen til et egentligt stopforløb påbegyndes, bør der i den mellemliggende periode jævnligt ske en opfølgning, som støtter borgeren i at bevare motivationen for nikotinstop, indtil stopforløbet igangsættes. Hvilken type opfølgning, der passer borgeren bedst, afklares ifm. opstartssamtalen, men det kan fx være telefonsamtaler eller korte onlinemøder.

Det anbefales, at både gruppeforløb og individuelle forløb tilrettelægges som intensive forløb, fx efter Kræftens Bekæmpelses manualer, hhv. 'Røgfrit liv – rygestop i grupper' og 'Røgfrit liv – individuelt rygestop'.

Hvis borgeren er forhindret i at deltage i et intensivt forløb, eller hvis borgeren har behov for et mere fleksibelt forløb (fx Kom & Kvit formatet), anbefales det at gennemføre et rådgivningsforløb, hvor borgeren tilbydes flest mulige af de beskrevne indholdselementer, herunder også vejledning om nikotinafvænningsmedicin.

Undersøgelser har vist, at nedsættelse af nikotinforbrug øger chancen for senere igangsættelse af stopforsøg, og kan derfor anbefales som led i en proces mod et endeligt nikotinstop, hvis borgeren ikke er klar til at stoppe helt. Nedsættelse af forbrug kan foretages ved samtidig anvendelse af håndkøbsmedicin til nikotinafvænnning. For borgere, som nedsætter forbruget, men ikke ønsker nikotinafvænnning eller har haft tilbagefald efter et stopforsøg, anbefales det at følge op med information om og anledninger til, at få hjælp til (igen) at påbegynde nikotinafvænnning.

Det anbefales, at kommunerne anvender STOPbasens skemaer til at registrere data om borgerens stopforløb, herunder data om type af stopforløb, brug af nikotinafvænningsmedicin og hvorvidt nikotinstoppet er lykkedes, med henblik på monitorering af indsatsen.

STOPbasen bidrager til at evaluere, kvalitetssikre og synliggøre kommunernes indsatser til nikotinafvænnning. STOPbasen anvendes pt. af 95 kommuner - og data bidrager desuden til forskning.

5.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn

Ved rygestop vil omsætning af visse lægemidler kunne påvirkes, fx omsættes visse psykofarmaka markant hurtigere i kroppen, hvis man ryger, og rygestop kan derfor medføre, at koncentrationen af psykofarmaka i kroppen stiger til niveauer, der kan give kraftige bivirkninger. Derfor er det meget vigtigt, at inddrage behandlende læge, for borgere der ønsker rygestop, og som bruger psykofarmaka, med henblik på at få lægens vurdering af, om dosis af psykofarmaka evt. skal nedjusteres sideløbende med nikotinstopet¹³.

5.5. Kompetencer

Det er et krav, at rådgiverne har kendskab til gældende anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen om behandling af nikotinafhængighed og kompetencer til at kunne rådgive kvalificeret om indholdselementerne i nikotinafvænning.

Det anbefales, at rådgivere på individuelle forløb har kompetencer svarende til det, der opnås ved deltagelse i 'Grundkursus: Individuel rådgivning om rygestop', og at rådgivere på gruppeforløb har kompetencer svarende til det, der opnås ved deltagelse i 'Grundkursus: Rådgivning om rygestop i grupper'. Begge grundkurser er udviklet og udbudt af Kræftens Bekæmpelse.

Det anbefales, at rådgivere på indsatser for nikotinafvænning til borgere i udsatte positioner (herunder eksempelvis borgere med svær psykisk lidelse, borgere med misbrugsproblematikker og borgere der er udsatte som følge af hjemløshed) har en sundhedsfaglig eller pædagogisk baggrund, og at de, udover kompetencer til at undervise i standard individuelle eller -gruppeforløb, også har kompetencer svarende til det, der opnås ved deltagelse i 'Rygestop for mennesker i social udsat position', som udbydes af Kræftens Bekæmpelse.

Rådgiveren bør kunne støtte borgeren ved sygdomsmæssige spørgsmål og bør derfor have løbende adgang til sygdomsspecifik viden ved relevant sundhedsfagligt uddannet personale. Egen læge inddrages, ved ønske om anvendelse af receptpligtig nikotinafvænningsmedicin.

¹³ [Rygning og rygestop blandt borgere med psykiske lidelser, Sundhedsstyrelsen 2022](#)

6. Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er alle former for bevægelse, der øger energiomsætningen. Fysisk aktivitet har gavnlige effekter på borgernes generelle sundhed og nedsætter risikoen for udvikling af en lang række sygdomme. Fysisk aktivitet kan, alene eller i kombination med fx medicin og ernæringsindsats, bidrage med en specifik effekt og nedsætte symptomer ved en række kroniske sygdomme.

6.1. Målgruppe

Det er et krav, at kommunerne tilbyder en indsats for fysisk aktivitet (vejledning om fysisk aktivitet eller superviseret fysisk træning) til borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af indsatsen.

Superviseret fysisk træning tilbydes borgere, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering vil have gavn af dette. Det kan eksempelvis være når sværhedsgraden af sygdommen eller antallet af samtidige sygdomme tilsiger det, eller på baggrund af borgerens ressourcer, behov eller ønsker. Endelig er der for nogle sygdomme dokumentation for, at der opnås bedst effekt af træningen, hvis den er superviseret.

Øvrige borgere i målgruppen tilbydes vejledning om fysisk aktivitet.

6.2. Indholdselementer

Formålet med indsatsen er at øge borgerens funktionsniveau eller fysiske kapacitet (kondition, muskelstyrke og eller balance), afhængig af borgerens sygdomshistorie, symptomer, risikoprofil og præferencer. Formålet er også, at borgeren lærer, hvordan der skal trænes og hvordan borgeren kan fastholde motivation efter endt forløb, så der er en effekt over tid.

Forløbet tilrettelægges, så borgeren bliver støttet i, at fysisk aktivitet bliver en del af hverdagen, også efter at forløbet er afsluttet og i resten af borgerens liv.

Vejledning om fysisk aktivitet

Vejledning om fysisk aktivitet har fokus på gavnlige effekter af fysisk aktivitet, og hvordan borgeren kan være fysisk aktiv i hverdagen, herunder hvilke muligheder der er lokalt, i kommercielt- og foreningsregi, og hvordan fysisk aktivitet kan tænkes ind i den enkeltes hverdagsliv. Der skal være fokus på, hvad der kan motivere borgeren til at være fysisk aktiv, hvilke muligheder der er for at være fysisk aktiv og hvordan borgeren kan overkomme eventuelle barrierer.

Der udarbejdes en plan for, hvordan borgeren kan være fysisk aktiv i hverdagen, med mål og delmål aftalt med borgeren. Særligt for borgere med funktionsnedsættelse eller et lavt fysisk aktivitetsniveau er det vigtigt, at der udarbejdes en konkret plan med kvantificerbare fysiske aktivitetsmål, der evalueres løbende. Borgeren skal tilbydes en opfølgende samtale, hvor planen evalueres og eventuelt justeres, med henblik på fastholdelse af indsatsen.

Superviseret fysisk træning

Superviseret fysisk træning skal i denne sammenhæng forstås som individuel faglig vejledning og støtte i forbindelse med fysisk træning, der kan foregå på hold eller individuelt. Træningsforløbet skal give borgeren viden om og forståelse for fysisk aktivitet og træning til at forebygge følger og forværring af kronisk sygdom. Træningsforløbet skal, foruden at øge borgerens fysiske funktion, give borgeren en oplevelse af egen fysisk formåen og tryghed ved at være fysisk aktiv. Derfor skal borgeren i træningsforløbet have hjælp til at finde frem til en fysisk træning, hvor borgeren har motivation til at fortsætte med at træne. Dette bør foregå, ved i fællesskab at udarbejde en træningsplan med mål og delmål ved opstarten og afslutningen af træningsforløbet.

De superviserede træningsforløb skal tilrettelægges individuelt under hensyn til borgerens ressourcer, præferencer, sundhedskompetence og sygdomssituation, og med udgangspunkt i den nyeste tilgængelige viden og træningsanbefalinger for den pågældende patientgruppe. Forløbet vil have varierende fokus på at øge kondition og/eller muskelstyrke og evt. balance, afhængig af borgerens udgangspunkt.

Træningen kan kombineres af følgende elementer:

- Aerob træning (konditionstræning), fx cykling, løb/jogging, gang/intervalgang, vandtræning eller roing.
- Styrketræning, fx brug af maskiner, egen kropsvægt, vægte eller elastikker.
- Motorisk færdighedstræning, fx funktionelle øvelser eller træning af delkomponenter af en færdighed.

I mange tilfælde kan det øge træningseffekten at kombinere aerob træning og styrketræning.

Det er et krav, at der indgår test som del af et forløb med superviseret træning i starten og afslutningen af forløbet. Formålet med test er at fastsætte udgangspunktet for træningen (type, intensitet, varighed), og at afgøre, om træningen har haft den ønskede effekt. Desuden er formålet, at opsætte mål og at motivere borgeren ved at synliggøre fremgang. Hvilken type af test, der skal anvendes, vurderes ud fra borgerens sygdom, risikoprofil, forudsætninger og præferencer samt evt. faglige retningslinjer.

Ved en samtidig ernæringsindsats, er det vigtigt, at tage højde for denne ved planlægning af træningsindsatsen, da træning uden samtidigt fokus på ernæringen kan forværre symptomer. Dette er særligt vigtigt for borgere med et uplanlagt vægttab, da træning uden samtidigt fokus på ernæringen kan medføre yderligere vægttab.

6.3. Format, Intensitet, frekvens og varighed

Vejledning om fysisk aktivitet

Vejledning om fysisk aktivitet kan foregå i et gruppebaseret forløb, eller individuelt ved behov. Vejledning om fysisk aktivitet kan også foregå digitalt, fx som fjernundervisning, hvis det vurderes hensigtsmæssigt, ligesom digital eller telefonisk kontakt kan bruges som understøttende værktøj, hvis der er behov for det i relation til motivation og fastholdelse.

Superviseret fysisk træning

Træningen gennemføres som udgangspunkt i grupper, med mulighed for individuel supervision. Træning i grupper er en fordel, fordi det giver mulighed for erfaringsudveksling blandt deltagerne, og det kan styrke motivationen hos den enkelte samt være med til at skabe netværk mellem borgerne. Holdene

sammensættes primært baseret på borgernes funktionsevne frem for sygdom. Borgere med forskellige behov for superviseret individuel træning kan deltage på samme hold. Er der tilstrækkelig volumen til at oprette hold for borgere med samme sygdom, kan dette gøres. Det anbefales, at der er seks til otte deltagere pr. instruktør på et hold.

Træningsforløb kan foregå i varierede rammer, eksempelvis i naturen, og også digitalt, hvis det vurderes hensigtsmæssigt, fx via skærm med direkte supervision til træning i eget hjem eller via et program, som borgeren skal følge. Det er vigtigt, at være opmærksom på, at intensitet, frekvens og varighed skal opretholdes og at test udføres i samme omgivelser og med samme udstyr, ved start og afslutning af et forløb.

Det er et krav, at den superviserede træning er planlagt og struktureret i forhold til en passende intensitet, frekvens og varighed, for at opnå den tiltænkte effekt hos borgeren. Træningen gennemføres med moderat til høj intensitet, hvor det, ud fra en individuel og patientsikkerhedsmæssig vurdering, er muligt.

Det anbefales, at træningen foregår to til tre gange om ugen á 30-90 minutter. Forløbet bør have en varighed på 6-12 uger, eventuelt med efterfølgende selvtræning, træning i grupper eller superviseret træning.

Det er et krav, at der mod afslutningen af et træningsforløb gennemføres en opfølgning med samtale og samme test som i starten af forløbet (se foregående side). I dialog med borgeren afgøres det, om der er behov for at justere i træningen og hvad der skal til for at borgeren også træner, efter forløbet er stoppet, herunder, hvilke muligheder der er lokalt for at fortsætte træningen alene eller sammen med andre i en forening eller en selvorganiseret gruppe. Endelig kan borgeren vejledes i, hvordan de kan fortsætte træningen hjemme via online-programmer, hvis det motiverer borgeren til at træne.

Der er erfaring med, at det er gavnligt med en opfølgningsindsats, med henblik på at støtte borgeren til at fastholde den fysiske aktivitet. Opfølgningen kan ske ca. 3 måneder til 1 år efter indsatsens afslutning. Digital eller telefonisk kontakt kan bruges som understøttende værktøj, hvis der er behov for det til motivation og fastholdelse.

6.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn

Der kan være særlige sygdomsspecifikke hensyn, som den sundhedsprofessionelle skal være opmærksom på. Indsatsen skal derfor altid tage udgangspunkt i gældende retningslinjer om fysisk aktivitet og træning for en given sygdom. Der kan være forhold ved sygdommen, der gør, at der skal udvises forsigtighed ved fysisk træning. I tvivlstilfælde kontaktes den praktiserende læge eller behandlende sygehusafdeling.

Eksempler på retningslinjer om fysisk træning for specifikke sygdomme:

- Sundhedsstyrelsens håndbog om fysisk træning som behandling og rapporter om fysisk aktivitet for voksne og ældre.
- Sundhedsstyrelsens træningsguide for mennesker med demens.
- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb, fx for mennesker med hjertesygdom, KOL, type 2-diabetes og kroniske lænderygmerter.
- Kliniske retningslinjer fra faglige selskaber.
- Regionale forløbsprogrammer for kroniske sygdomme og anbefalinger for fysisk træning.

6.5. Kompetencer

Det er et krav, at indsatsen med fysisk aktivitet (vejledning om fysisk aktivitet og superviseret fysisk træning) gennemføres af sundhedsprofessionelle med relevante kompetencer¹⁴ samt med kompetencer til at:

- vejlede om fysisk aktivitet
- tilrettelægge, supervisere og evaluere træningen, herunder test
- rådgive om konkrete fysiske øvelser tilpasset den enkelte borger
- rådgive borgeren ved sygdomsspecifikke spørgsmål, der vedrører træningen, fx utryghed ved træning, ud fra en grundlæggende viden om kronisk sygdom.

¹⁴ Som udgangspunkt kompetencer svarende til mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse. Sundhedsprofessionelle, der ikke har en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, eksempelvis social- og sundhedsassistenter, kan opfylde kravene om kompetencer via deres grunduddannelse evt. suppleret med anden relevant efteruddannelse.

7. Ernæringsindsats

Uhensigtsmæssige mad- og måltidsvaner kan forværre kronisk sygdom og øge risikoen for tilstødende sygdomme. Både uplanlagt vægttab og svær overvægt kan have alvorlige konsekvenser for borgere med kroniske sygdomme. Uplanlagt vægttab¹⁵ øger risikoen for tab af funktionsevne, komplikationer til sygdomme og hospitalsindlæggelser. Svær overvægt¹⁶ øger risikoen for både forværring af den kroniske sygdom og en lang række sygdomme og tilstande, komplikationer til disse og hospitalsindlæggelser. Både uplanlagt vægttab og svær overvægt øger risikoen for tidlig død.

Sundere mad- og måltidsvaner kan have gavnlig effekt for flere kroniske sygdomme, fx ved at reducere symptomer, eventuelt i kombination med fx medicin og fysisk aktivitet.

7.1. Målgruppe

Det er et krav, at kommunerne tilbyder en ernæringsindsats (kostvejledning eller diætbehandling)¹⁷ til borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af indsatsen.

Indsatsen differentieres på baggrund af borgerens ressourcer og behov. Førstevalget er kostvejledning.

Diætbehandling bør tilbydes borgere ud fra en indledende vurdering af ernæringsrelateret risiko, borgerens ressourcer og behov (se afsnit 7.2).

Sundhedsstyrelsen anbefaler mulighed for diætbehandling til borgere fra følgende målgrupper¹⁸:

- borgere med en kronisk sygdom, hvor ernæringsindsatsen vurderes at være en væsentlig del af den forebyggende indsats, dvs. primært ved type 2-diabetes eller hjerte-kar-sygdom
- borgere med kronisk sygdom og svær overvægt
- borgere med kronisk sygdom og uplanlagt vægttab eller underernæring.

Der bør være en særlig opmærksomhed på borgere, der er nydiagnosticerede med en kronisk sygdom, hvor ernæringsindsatsen vurderes at være en væsentlig del af den forebyggende indsats, samt borgere med multisygdom, hvor diætbehandlingen kan være mere kompleks.

¹⁵ Vægttab på minimum 1,0 kg.

¹⁶ BMI \geq 30. BMI beregnes som vægten (i kg) divideret med kvadratet på højden (i m).

¹⁷ Sundhedsstyrelsen anvender begrebet 'ernæringsindsats' som en overordnet betegnelse for indsatser og tilbud på ernæringsområdet, herunder 'diætbehandling' og 'kostvejledning'. Diætbehandling er typisk målrettet borgere og patienter i ernæringsrelateret risiko, herunder med kronisk sygdom, mens kostvejledning typisk er målrettet borgere, som ikke er i ernæringsrelateret risiko.

¹⁸ Jf. Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes (2017), Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom (2018), Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL (2017), Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft (2018), Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko (2022), Vidensgrundlag for anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (2016).

7.2. Indholdselementer

Det er et krav, at ernæringsindsatsen indledes med en vurdering af ernæringsrelateret risiko. Denne skal indeholde vurdering af vægt og BMI, herunder udvikling over tid, samt afdækning af borgerens viden, færdigheder og motivation. Vurderingen er med til at sikre, at den enkelte borger får den rette indsats (kostvejledning eller diætbehandling) og støtte til at ændre mad- og måltidsvaner.

Målet med ernæringsindsatsen (kostvejledning eller diætbehandling) er:

- at styrke borgerens vidensniveau og forståelse af kostens betydning for at forebygge dels forværring af den kroniske sygdom og komplikationer til denne, dels opståen af nye livsstilssygdomme
- at afdække og styrke borgerens motivation og handlekompetence til ændringer i mad- og måltidsvaner
- at borgeren reflekterer over egne mad- og måltidsvaner i relation til sundhedsfaglige anbefalinger og borgerens egne værdier, mål og muligheder
- at hjælpe borgeren til at prioritere og sætte mål for egen indsats i forhold til ændringer i mad- og måltidsvaner
- at støtte borgeren i at vedligeholde opnåede ændringer af mad- og måltidsvaner.

Kostvejledning

Det er et krav, at kostvejledningen tager udgangspunkt i De officielle Kostråd og evt. de supplerende kostanbefalinger for ældre fra 65 år¹⁹. Dette suppleres med de gældende ernæringsanbefalinger for de pågældende patientgrupper.

Det anbefales, at kostvejledningen består af en vurdering af nuværende mad- og måltidsvaner samt råd om sunde mad- og måltidsvaner, herunder valg af fødevarer og sammensætning af måltider.

Diætbehandling

Diætbehandling følger de gældende ernæringsanbefalinger for de pågældende kroniske sygdomme og tager udgangspunkt i de gældende retningslinjer og rammeplaner for ernærings- og diætbehandling^{20, 21, 22, 23}.

Det er et krav, at diætbehandling omfatter:

- Udredning (herunder kostanamnese, vurdering af behov og ernæringsdiagnose)
- Ernæringsbehandling (herunder udarbejdelse af ernæringsplan og individuel diætvejledning)
- Opfølgning (herunder monitorering, evaluering og afslutning).

Ernæringsplanen tager udgangspunkt i den enkeltes behov og ressourcer og fastlægger en hensigtsmæssig kostsammensætning, der evt. suppleres af medicinske ernæringsdrikke og evt. sondeernæring. De enkelte elementer i behandlingen dokumenteres, og ved behov samarbejdes tværfagligt.

¹⁹ [Over 65 år - Fødevarestyrelsen \(foedevarestyrelsen.dk\)](#)

²⁰ ESPEN Guidelines & Consensus Papers, <https://www.espen.org/guidelines-home/espen-guidelines>

²¹ Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR), <https://www.sst.dk/da/viden/Sundhedsvaesen/NKR-og-NKA>

²² NICE Dietary Guidelines, <https://www.nice.org.uk/search?q=dietary+guidelines>

²³ Rammeplaner for ernærings- og diætbehandling, Fagligt Selskab af Kliniske Diætister, <https://kost.dk/fakd/rammeplaner>

Ved en samtidig indsats med fysisk aktivitet skal der tages højde for dette i ernæringsindsatsen. For borgere med et uplanlagt vægttab bør en indsats med fysisk aktivitet kombineres med en ernæringsindsats, da træning uden samtidigt fokus på ernæringen kan medføre yderligere vægttab.

'Madlavning i praksis'²⁴ i grupper kan understøtte både kostvejledning og diætbehandling.

7.3. Format, omfang og varighed

Kostvejledning

Kostvejledning kan foregå i et gruppebaseret forløb eller individuelt ved behov. Støtte til kostvejledning kan også foregå digitalt, fx som fjernundervisning, hvis det vurderes hensigtsmæssigt, ligesom digital eller telefonisk kontakt kan bruges som understøttende værktøj, hvis der er behov for det i relation til motivation og fastholdelse.

Diætbehandling

Det er et krav, at diætbehandling består af en individuelt tilpasset indsats, afhængigt af borgerens behov. Det kan foregå med individuelle og gruppebaserede elementer, fx i tilknytning til udarbejdelse af ernæringsplan og individuel diætvejledning.

Det anbefales, at forløbet med diætbehandling består af regelmæssige opfølgende samtaler med borgeren minimum hver 2.-3. måned, samt eventuelle mellemliggende telefonkontakter. Senest efter 12 måneder vurderes borgerens behov for fortsat diætbehandling.

Det anbefales, at den første samtale foregår med fysisk fremmøde, så kropssammensætning kan vurderes, og andre fysiske og mentale tegn kan opdages. Hvis borgeren har svært ved at møde op fysisk, kan indsatsen foregå digitalt. Den indledende vurdering bør være af længere varighed, og de opfølgende samtaler kan være af kortere varighed, afhængigt af borgerens behov og tilstand. Opfølgende samtaler kan foregå digitalt, hvis det vurderes hensigtsmæssigt, ligesom digital eller telefonisk kontakt kan bruges som understøttende værktøj, hvis der er behov for det i relation til motivation og fastholdelse.

7.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn

Borgere med uplanlagt vægttab og underernæring er i høj risiko for sygdom og (gen)indlæggelser af mange forskellige årsager. Der er ingen generel ernæringsanbefaling for indsatsen, og derfor er det afgørende med en individuelt tilpasset diætbehandling. Disse borgere vil også ofte have behov for, at diætbehandlingen gennemføres individuelt.

Ved multisygdom er det også nødvendigt, at der i ernæringsindsatsen tages særlige hensyn. Indsatsen tager udgangspunkt i en individuel vurdering af den enkelte borgers behov, og der bør være sundhedsprofessionelle involveret, som kan sikre, at der er tale om en tværfaglig indsats, der tilgodeser de særlige hensyn og problemstillinger.

²⁴ Jf. FSIII Indsatser (sundhedslovens § 119).

I ernæringsindsatsen (kostvejledning og diætbehandling) tages udgangspunkt i beskrivelser af ernæringshensyn for specifikke sygdomme, jf. nedenstående retningslinjer mm.:

- Lægevidenskabelige Selskabers kliniske retningslinjer
- Nationale og europæiske kliniske retningslinjer, herunder fra ESPEN
- Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer
- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb, fx for mennesker med hjertesygdom, KOL, type 2-diabetes og kroniske lænderygsmerter
- FaKDs Rammeplaner for ernærings- og diætbehandling for specifikke sygdomsgrupper
- Sundhedsstyrelsens vejledning Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko
- Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for den danske institutionskost
- Kost og Ernæringsforbundets, Fødevarestyrelsens og Sundhedsstyrelsens 'Den Nationale Kosthåndbog' med konkrete valg af mad og drikke.

7.5. Kompetencer

Det er et krav, at den indledende vurdering af, hvilken ernæringsindsats borgeren har behov for, gennemføres af sundhedsprofessionelle og/eller ernæringsfaglige med relevante kompetencer²⁵.

Det er et krav, at kostvejledning gennemføres af sundhedsprofessionelle og/eller ernæringsfaglige med relevante kompetencer²⁶.

Det er et krav at diætbehandling, uanset om den gennemføres individuelt eller gruppebaseret, gennemføres af sundhedsprofessionelle med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist.

²⁵⁻²⁶ Som udgangspunkt kompetencer svarende til mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse. Sundhedsprofessionelle, der ikke har en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, eksempelvis social- og sundhedsassistenter, kan opfylde kravene om kompetencer via deres grunduddannelse evt. suppleret med anden relevant efteruddannelse.

8. Forebyggende samtale om alkohol

Alkohol er et stof, der påvirker stort set alle kroppens organer. Et stort alkoholforbrug øger risikoen for tidlig død og mere end 200 sygdomme, blandt andet flere kræftsygdomme, leverlidelser og sygdomme i fordøjelsessystemet. Derudover påvirkes den mentale sundhed, og et stort alkoholforbrug kan føre til afhængighed og store sociale, familie- og samfundsmæssige konsekvenser.

Derfor skal kommunen tilbyde forebyggende samtale om alkohol til borgere, der henvises fra almen praksis, sygehus eller andre kommunale forvaltningsområder, hvor der foregår tidlig opsporing og samtaler om alkohol.

Tidlig opsporing og samtale med borgere med alkoholproblemer kan finde sted, der hvor der er en anledning til at tale om alkohol og i respekt for, at borgeren er åben over for at tale om det. Det er oplagt de steder, hvor kommunale medarbejdere møder borgere direkte, fx i socialforvaltningen, jobcentre, sundhedsplejen, hjemmeplejen, plejehjem og i sundhedscentre. En samtale om alkohol kan oplagt indgå som en naturlig del af de individuelle samtaler med borgere, som i forvejen opsøger kommunen for at tale om sundhedsrelaterede problemer.

Sundhedsstyrelsens rådgivnings- og implementeringsmateriale til at understøtte kommunernes tidlige opsporing og dialog om alkohol med borgere, findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [Dialog om alkohol - rådgivnings- og implementeringsmateriale - Sundhedsstyrelsen](#)

Alkoholproblemer klassificeres med følgende definitioner:

- Storforbrug af alkohol: forbruget ligger over Sundhedsstyrelsens anbefalinger om højest 10 genstande pr. uge for både kvinder og mænd
- Skadeligt alkoholforbrug: forbrug, der har medført fysisk eller psykisk skade (herunder skadet dømmekraft og adfærd), har en varighed på mindst en måned eller gentagne gange indenfor 1 år, og hvor borgeren ikke opfylder de diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed (International Classification Diagnostic System (ICD 10))
- Alkoholafhængighed: en kombination af fysiologiske, holdningsmæssige og kognitive forstyrrelser, associeret med et alkoholforbrug, hvor brugen af alkohol har opnået en dominerende plads i dagligdagen (Kriterierne for diagnosen fremgår af ICD 10).

8.1. Målgruppe

Det er et krav, at kommunerne tilbyder forebyggende samtale om alkohol til borgere, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering kan have gavn af indsatsen.

Målgruppen er borgere med storforbrug eller skadeligt forbrug af alkohol. Der kan dog også være borgere, der drikker under genstandsgrænsen, men som har et problematisk alkoholdrikkemønster og som kan have gavn af indsatsen.

Forebyggende samtale om alkohol tilbydes direkte uden en forudgående afklarende samtale til borgere med ønske om at ændre alkoholforbrug- og vaner, da det er vigtigt, hurtigt at imødekomme den motivation,

der er for adfærdsændring. I forløbet kan der tilbydes en afklarende samtale, hvis der viser sig behov for det. Forebyggede samtale om alkohol kan også tildeles på baggrund af den afklarende samtale.

8.2. Indholdselementer

Screening

Det er et krav, at den forebyggende samtale om alkohol indledes med et screeningsværktøj, i det følgende illustreret med AUDIT (Alcohol Use Disorder Test).

AUDIT-skemaet findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [Dialog om alkohol - rådgivnings- og implementeringsmateriale - Sundhedsstyrelsen](#)

Resultatet af screeningen er vejledende for, hvilken indsats borgeren tilbydes:

- Scorer borgeren 8-15 på AUDIT skemaet, tyder screeningen på, at der er tale om et storforbrug. Scorer borgeren 16-19, er der sandsynligvis tale om skadeligt alkoholforbrug. I begge tilfælde tilbydes en forebyggende samtale om alkohol.
- Scorer borgeren 20 eller derover på AUDIT, eller har borgeren en samtidig psykisk lidelse parallelt med storforbrug eller skadeligt forbrug af alkohol, henvises til alkoholbehandling. Borgeren oplyses om alkoholbehandlingsmuligheder og de grundlæggende regler for alkoholbehandling, fx regler for frit valg, vederlagsfri behandling, mulighed for anonymitet mv. Der oplyses også om lokale frivillige støtteorganisationer.

For borgere med alkoholafhængighed og samtidig psykisk lidelse, bør der være en særlig opmærksomhed på, at der med samtykke fra borgeren informeres til den behandlende læge om resultatet af screeningen, uanset om det er i hospitals- eller praksisregi og uanset om borgeren er henvist eller selv har op-søgt den forebyggende samtale om alkohol.

Screeener borgeren positiv for skadeligt forbrug eller afhængighed af alkohol, og er borgeren samtidig gravid, skal der, efter samtykke med borgeren, henvises til både regionens familieambulatorium og alkoholbehandling. Der vil desuden oftest være grundlag for en underretning til kommunens børne- og familieafdeling.

Forebyggende samtale om alkohol

Formålet med den forebyggende samtale om alkohol er rådgivning og støtte til hensigtsmæssig alkohol-adfærd, herunder at øge borgerens egenomsorg samt rådgive og støtte borgeren i, hvordan man kan opnå ændrede alkoholvaner.

En forebyggende samtale om alkohol kræver en empatisk og ikke-moraliserende samtaleform, ligesom teknikker fra 'Den Motiverende Samtale' med fordel kan anvendes.

Det anbefales, at den forebyggende samtale om alkohol indeholder flere (eller alle) af følgende elementer:

- Kort undersøgelse af alkoholproblemets karakter
- Information om alkoholforbrugets potentielle rolle i de problemer borgeren har, herunder fysisk og mentalt helbred, familieliv, børns trivsel, arbejdsliv, livskvalitet mv.

- Alkoholens påvirkning af hverdagslivet, herunder familie, netværk, arbejde mv.
- Helbredsrisici forbundet til alkoholforbrug
- Kroppens påvirkning ved indtagelse af alkohol
- Øgning af motivation for at nedsætte forbruget
- Udarbejdelse af mål for reduktion, evt. ophør
- Anbefaling af løbende monitorering af alkoholindtagelsen (dagbog), hvis reduktion vælges, snarere end ophør
- Dialog og evt. råd om specifikke strategier til brug for reduktion eller ophør
- Afsøgning af støttemuligheder ved behov
- Tilbud om opfølgning.

Har borgeren et meget højt alkoholforbrug, kan der være brug for lægelig vurdering af eventuelt behov for abstinensbehandling, inden et eventuelt alkoholophør påbegyndes. Der kan ligeledes være brug for en lægelig vurdering af, hvorvidt borgeren vil kunne have gavn af supplerende medicinsk behandling. I begge tilfælde henvises til egen læge eller til læge tilknyttet alkoholbehandlingscenter.

8.3. Format, omfang og varighed

Det anbefales, at den forebyggende samtale om alkohol tilbydes både ved fysisk fremmøde samt virtuelt og også uden for almindelig arbejdstid.

Det er et krav, at forebyggende samtale om alkohol foregår individuelt.

Det anbefales, at der er tilbud om opfølgende samtale efter den forebyggende samtale om alkohol. En enkelt samtale er ofte tilstrækkelig til, at borgeren selv reducerer sit forbrug eller henvender sig til et alkoholbehandlingscenter for at få hjælp til dette, men der kan også være behov for opfølgende samtaler.

Har samtalen ikke opnået tilstrækkelig effekt, kan der være behov for henvisning til alkoholbehandling i et alkoholbehandlingscenter. Det gælder også, hvis borgeren er ambivalent og har behov for at afklare sin motivation til ændring af alkoholbruget. I disse tilfælde kan inddragelse af pårørende desuden være gavnlig.

8.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn

Borgere med samtidig psykisk lidelse henvises til alkoholbehandling²⁷. Borgere i medicinsk behandling bør drøfte medicineringen med deres læge i forbindelse med større ændringer i alkoholforbruget, idet virkningen af noget medicin påvirkes af alkoholindtagelse.

²⁷ Se også retningslinjen [Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik - Sundhedsstyrelsen](#)

8.5. Kompetencer

Det er et krav, at medarbejdere, der gennemfører de forebyggende samtaler om alkohol, har kompetencer til at gennemføre samtalen af høj kvalitet og til at gennemføre den indledende screening og visitation. Det forudsætter, at medarbejderen har følgende kompetencer:

- Viden om og træning i metoden 'Forebyggende samtale om alkohol' og 'Den Motiverende Samtale'
- Viden om og træning i screeningsværktøjer samt tolkning af screeningsresultater
- Generel viden om alkohol og betydningen for helbredet, det sociale liv, og for pårørende, herunder børn
- Viden om regler for alkoholbehandling
- Viden om behandlingssteder samt viden om lokale frivillige støtteorganisationer i borgerens lokalområde
- Viden om alkoholbehandling, herunder familieorienteret behandling, medicinsk behandling samt abstinensbehandling
- Viden om afhængigheds- og misbrugsbegreber og de faktorer, der har betydning for, at afhængighed og misbrug opstår.

Det anbefales, at forebyggende samtale om alkohol gennemføres af professionelle med social- eller sundhedsfaglig uddannelse (mellemlang videregående uddannelse eller tilsvarende kompetencer²⁸), gerne suppleret med erfaring inden for alkoholbehandling, og/eller uddannelse i alkoholbehandling eller rusmiddelbehandling.

²⁸ Med 'tilsvarende kompetencer' menes fagpersoner, der ikke har en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, men som kan opfylde kravene om kompetencer via deres grunduddannelse, evt. suppleret med anden relevant efteruddannelse.

9. Monitorering og kvalitetsudvikling

Alle borgere med kronisk sygdom skal have adgang til kommunale forebyggelsestilbud inden for de ovenstående indsatsområder. Fælles for forebyggelsestilbuddene (på tværs af landets kommuner) er, at de skal understøtte borgere i at mestre livet med kronisk sygdom.

Systematisk og ensartet dokumentation og monitorering af forebyggelsestilbud medvirker til at skabe grundlag for løbende kvalitetsudvikling af de kommunale forebyggelsesindsatser. Derudover er formålet, at danne grundlag for den løbende tilpasning af tilbuddet, herunder tilstedeværelse af de rette kompetencer og dimensionering af kapacitet, samt at der sikres en effektiv organisering og ressourceudnyttelse i forhold til den lokale kontekst. Monitorering vil indebære opfølgning på udvalgte indikatorer og kan tilige danne grundlag for forskning i effekten af kommunale forebyggelsestilbud.

Programmet *Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen*²⁹ skal sikre bedre brug af data fra det nære sundhedsvæsen til kvalitetsudvikling og sammenhængende patientforløb gennem national indsamling og udstilling af data fra bl.a. kommuner. Det forventes, at de første data kan ses i nationale registre ultimo 2025. Sideløbende arbejdes der på at fastlægge indikatorer for opfølgning på nationalt niveau.

9.1. Monitorering og kvalitetsudvikling i de kommunale forebyggelsestilbud

Kommunerne skal være opdateret på viden om borgernes behov og indsatser samt gennemførte forløb. Kommunerne følger systematisk og dokumenterer løbende oplysninger om borgerne og indsatserne i egne forebyggelsestilbud. Dokumentationen skal skabe grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling samt forskning.

Dokumentationen af forebyggelsestilbuddene sker således i henhold til registrering i de kommunale omsorgsjournaler (EOJ) og dermed krav om indberetning fra EOJ til FK-Gateway fra ultimo 2025. Kravene for dokumentationen vil bl.a. omhandle datastandarder, eksempelvis Fælles sprog III og FællesKommunal Gateway (FK-Gateway).

Det er et krav, at kommunerne anvender tilgængelige data om deres population. Populationsdata kan sammenholdes med data om de borgere, som modtager kommunens forebyggelsestilbud.

Kommunen kan således bruge populationsdata til at følge deltagelsen i kommunens forebyggelsestilbud, blandt alle borgere med kroniske sygdomme, med henblik på at vurdere behovet for indsatser og planlægning mv. Populationsdata kan eksempelvis findes i Sundhedsdata på tværs (se boks nedenfor).

Sammenlignelige kommunale data om forskelle i tilgængelighed og kvalitet på tværs af kommuner, kan bruges som basis for læring og kvalitetsudvikling både lokalt, tværkommunalt og tværsektorielt. Monitoreringen af egne og andres indsatser kan ske ved at anvende de systemer, som stilles til rådighed af staten og regionerne, fx Sundhedsdata på tværs, nationale, regionale og kommunale sundhedsprofiler,

²⁹ Jf. afsnit om *Data på tværs af det nære sundhedsvæsen* i Aftale af 8. juni 2021 mellem regeringen og KL om kommunernes økonomi for 2022.

STOPbasen og K-PRO. I disse systemer kan kommuner også følge egne borgeres sundhedsadfærd og sundhedstilstand, som indikator for en udvikling i behovet for kommunens forebyggelsestilbud. Se boks nedenfor for beskrivelse af datakilder. Kommuner kan desuden inddrage yderligere og supplerende datakilder.

Det anbefales, at kommunerne udarbejder indikatorer ud fra det samlede datasæt, samt at følgende ud-data specifikation registreres af kommunerne:

- Hvilke borgere, der henvises til forebyggelsestilbuddene
- Hvad er henvisningsårsagen³⁰, hvis den er tilgængelig
- Hvilke indsatser der iværksættes
- Hvad er varighed af forløb, herunder frafaldsårsager
- Tilstande før og efter indsatser, evt. ved brug af test.

Kvalitetsudviklingen af egne forebyggelsestilbud kan ske ved, at kommunen løbende orienterer sig i udmeldinger fra myndigheder og er i dialog med kommunale netværk om fx viden og best practice omkring den pædagogiske praksis, kompetencer for sundhedsfagligt personale, evt. sygdomsspecifikke hensyn, samt metoder og teknikker, der understøtter praksis, fx dialog- og beslutningsstøtteværktøjer. Kommuner kan med fordel drøfte og udvikle praksis i egen lokale kvalitetsorganisation, samt tværkommunalt.

Kommuner kan anvende forskellige metoder og modeller i arbejdet med kvalitetsudvikling. Forbedringsmodellen bruges i mange kommuner som ramme for at drive kvalitetsudvikling. KL har desuden igangsat projektet Kvalitet i kommunerne (KIK)³¹, som kan være med til at understøtte arbejdet med databaseret kvalitetsudvikling lokalt i kommunerne.

Kommuner, sygehuse og almen praksis kan med fordel forankre aftaler om kvalitetsudvikling i regi af sundhedsklyngerne, med blik for det arbejde der også foregår via sundhedsaftalerne. Derudover kan fokus på henvisninger mv. også foregå i andre tværsektorielle fora, eksempelvis de Kommunalt-Lægelige Udvalg (KLU), hvor kommunen lokalt kan have en dialog med de almen praktiserende læger.

Sundhedsdata på tværs af sektorer

Programmet 'Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen' er igangsat i 2023 med det formål at indsamle nationale data fra det nære sundhedsvæsen, herunder på sigt data om den forebyggende indsats i kommunerne. Dette skal lede frem til, at der etableres et nationalt datagrundlag i form af sundhedsregistre, som vil give indsigt i aktivitet og kvalitet i almen praksis, speciallægepraksis og kommuner. Eksempelvis vil det blive muligt at koble kommunale data om fx aktiviteter på forebyggelsesområdet med øvrige data fra bl.a. sygehuse, og på den måde følge borgernes forløb i det primære og sekundære sundhedsvæsen. Programmet skal samtidigt understøtte, at data bliver anvendt og leveret på en tilgængelig måde til sundhedsvæsenets aktører, herunder sundhedsklyngerne. Dette med henblik på at understøtte datadrevet kvalitetsudvikling, sammenhængende forløb, populationsoverblik og -udvikling, planlægning mv.

Datakilderne udstilles via den digitale løsning 'Sundhedsdata på tværs' hos Sundhedsdatastyrelsen, som sundhedsvæsenets aktører kan tilgå. Eksempelvis kan data om kroniske sygdomme, forebyggelige sygehusophold, antal indlæggelser mv. sammenlignes og udstilles i den digitale løsning. Den digitale løsning udbygges med data om forebyggelsesindsatser, når data bliver tilgængelige.

³⁰ Henvisningsårsag er ikke altid med fra henvisningskilden

³¹ [KIK - Kvalitet i kommunerne \(kl.dk\)](#)

Implementering af Fælles sprog III

Implementeringen af den fælles kommunale datastandard Fælles Sprog III³² skaber forudsætning for en ensartet registrering, hvilket er nødvendigt, for at kunne få viden på tværs af de 98 kommuner. Kommunerne skal registrere informationer om de enkelte borgeres tilstande og indsatser, samt supplerende oplysninger, og indrapportere til FK-Gateway³³.

9.2. Forskning

Det anbefales, at der genereres ny viden som grundlag for evaluering og tilpasning af indsatsernes indhold, målgruppe og tilrettelæggelse. Viden om virkning/effekt forudsætter som udgangspunkt forskning og dermed at kommuner bidrager til samarbejde med universiteter, professionshøjskoler, regionale forskningsinstitutioner og sygehuse samt analyse- og forskningsinstitutioner. Det kan være en fordel, at flere kommuner bidrager sammen i større forskningsindsatser for at opnå tilstrækkelig volumen og kvalitet i projekterne.

Regioner og kommuner skal i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne, sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde mv. jf. sundhedslovens §4. Kommunerne kan i den forbindelse hensigtsmæssigt samarbejde med regionerne, som har forskningsforpligtelse og ekspertise vedrørende forskning, monitorering og evaluering, samt en forpligtelse til at yde kommunerne rådgivning om deres indsats vedr. sundhedsfremme og forebyggelse jf. sundhedslovens §119 stk. 4, og §194.

³² I 2019 udviklede kommunerne Fælles Sprog III klassifikationer til kommunernes tilbud indenfor sundhedslovens §119 om sundhedsfremme og forebyggelse samt genoptræning efter sygehusophold (sundhedslovens §140).

³³ [indberetningsvejledning-til-gatewayen-10.pdf \(kl.dk\)](#)

Referencer

Rehabiliteringsforum Danmark. Hvidbog om Rehabilitering. 2022.

Sundhedsstyrelsen. Vidensgrundlag for anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016.

World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Sundhedsstyrelsen. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. 2009.

Sundhedsstyrelsen. Kvalitetssikring af patientuddannelse. 2012.

Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering. 2013.

Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL. 2014.

Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes. 2015.

World Health Organization & The World Bank. World Report on Disability. 2011.

Aftaletekst om Sundhedsreform 2022. 2022.

Sølvhøj IN, Cloos CØ, Schneekloth Jarlstrup N, Holmberg T. Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2017:Arbejdet med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker siden 2013 og anbefalinger til borgere med kronisk sygdom Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed, 2017.

World Health Organization. Rehabilitation.

Målgruppe

Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model. 2012.

Tilrettelæggelse

Gravesen DT. Pædagogik - Introduktion til pædagogens faglighed. København: Hans Reitzels Forlag, 2015.

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale. 2019.

Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en litteraturgennemgang. 2022.

Grabowski D. Sundhedspædagogik i patientuddannelse: En litteraturbaseret gennemgang af udvalgte sundhedspædagogiske begrebers anvendelse i patientuddannelse: Region Syddanmark; Steno. 2010.

Grøn L et al. Egenomsorg og patientuddannelse i grænsefladen mellem medicin og humaniora. Dansk Sundhedsinstitut 2012.

Grøn L et al. Sociale forandringsfællesskaber: en guide til arbejdet med egenomsorg i patientuddannelser. Region Syddanmark: Dansk Sundhedsinstitut, 2012.

Jensen BB. Kernebegreber i Sundhedspædagogikken. Forebyggende sundhedsarbejde: baggrund, analyse og teori, arbejdsmetoder. 2016.

Marselisborg Centret EK. ICF baseret redskab til beskrivelse af den samlede helbredstilstand og rehabiliteringsbehov hos patienter og borgere med kronisk sygdom. 2014.

Schiøler G, Dahl T, World Health Organization, Sundhedsstyrelsen. ICF – international klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. 2003.

Sundhedsstyrelsen. Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering. Patientuddannelse: en medicinsk teknologivurdering. 2009.

Sundhedsstyrelsen. Kvalitetssikring af patientuddannelse. 2012.

West R, Brown J. A synthetic Theory of Motivation. In: Theory of addiction. 2nd. Chichester, West Sussex, U.K.:2013.

Diabetesforeningen, Region Syddanmark, Steno Diabetes Center. Guide til sundhedspædagogiske værktøjer. Undervisning af sårbare personer med kronisk sygdom. 2015.

Sygdomsmestring

Sundhedsstyrelsen. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. 2009.

Sundhedsstyrelsen. Kvalitetssikring af patientuddannelse. 2012.

Sundhedsstyrelsen. Egen behandling ved kroniske sygdomme – anbefalinger, der understøtter udbredelse. 2012.

Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje for hjerterehabilitering. 2013.

Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL. 2014.

Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje. Rehabiliterende indsatser over for patienter med type 2-diabetes. 2015.

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL. 2015.

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom. 2023.

Nikotinafvænning

Kjær NT, Evald T, Rasmussen M, Juhl HH, Mosbech H, Olsen KR. The effectiveness of nationally implemented smoking interventions in Denmark. Preventive medicine 2007;45(1):12-14.

Kræftens Bekæmpelse. Røgfrit Liv - Individuelt rygestop. 2018.

Kræftens Bekæmpelse. Røgfrit Liv - Rygestop i grupper. 2020.

Kræftens Bekæmpelse. Røgfrit Liv - Kvit røgen i seks trin. 2020.

Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews 2005(2):CD001292.

McEwen A. Standard Treatment Programme – A guide to providing behavioural support for smoking cessation. 2014.

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA).

Olsen KR, Bilde L, Juhl HH, Kjaer NT, Mosbech H, Evald T, et al. Cost-Effectiveness of the Danish Smoking Cessation Interventions: Subgroup Analysis Based on the Danish Smoking Cessation Database. The European journal of health economics 2006;7(4):255-264.

Rasmussen M, Bertel NF, Tønnesen H. Rygestopbasens årsrapport for aktiviteter afholdt i 2013 samt 2012 med opfølgning i 2013. 2014.

Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Systemic Review. 2005.

Sundhedsstyrelsen. Behandling af tobaksafhængighed: anbefalinger til en styrket klinisk praksis. 2011.

Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – tobak. version: 1.0. 2012.

Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering. 2015.

Sundhedsstyrelsen. Rygning og rygestop blandt borgere med psykiske lidelser – en guide til rygestoprådgivere. 2022.

Sundhedsstyrelsen. Danskernes rygevaner. 2022.

Sundhedsstyrelsen. Rygestopguide. 2023.

Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark – Risikofaktorer. 2023.

Thomson H. Competences required for delivering a Standard Treatment Programme – Matches to the NHS Knowledge and Skills Framework. 2012.

Vidensråd for Forebyggelse. Nikotinforbrug blandt børn og unge – konsekvenser og forebyggelse. 2022.

West Rea. NCSCT Training Standard – Learning Outcomes for Training Stop Smoking Practitioners. 2013.

Sundhedsstyrelsen. Rygning og rygestop blandt borgere med psykiske lidelser. 2022.

Fysisk Aktivitet

Beyer N, Lund H, Klinge K. Træning – i forebyggelse, behandling og rehabilitering. 2. udgave. 2011.

Højgaard B. Til anbefalinger for patientrettede forebyggelsestilbud i forhold til fysisk træning i kommunerne. 2015.

Region Hovedstaden. Anbefalinger til superviseret fysisk træning af mennesker med type 2-diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdom. 2013.

Stig Mølsted CH. Anbefalinger til superviseret fysisk træning af mennesker med type 2-diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdom. 2013.

Sund By Netværket. Motion på recept – erfaringer og anbefalinger. 1. udgave. 2007.

Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet – håndbog i forebyggelse og behandling. Version 3.1. 2011.

Sundhedsstyrelsen. Fysisk træning som behandling - 31 lidelser og risikotilstande. 2018.

Sundhedsstyrelsen. Træningsguide for mennesker med demens. 2021.

Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet for voksne (18-64år) - viden om sundhed og forebyggelse. 2023.

Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet for ældre (65+år). Viden om sundhed og forebyggelse. 2023.

Ernæringsindsats

Beck AM. Notat til anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til patienter med kroniske sygdomme i forhold til en ernæringsindsats. 2015.

Den Nationale Kosthåndbog. Link: <https://xn--kosthndbogen-xcb.dk/>.

European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Guidelines and Consensus Papers. 2022.

Fagligt Selskab af Kliniske Diætister. Rammeplaner for ernærings- og diætbehandling.

Link: <https://kost.dk/fakd/rammeplaner>.

Sundhedsstyrelsen, DTU Fødevareinstitut & Miljø- og Fødevareministeriet. Anbefalinger for den danske Institutionskost. 2015.

Sundhedsstyrelsen. Vidensgrundlag for anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016.

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes. 2017.

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. 2018.

Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL. 2017.

Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. 2018.

Sundhedsstyrelsen. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. 2022.

Fødevarestyrelsen. Over 65 ÅR: Hvad skal du spise og drikke?

ESPEN Guidelines & Consensus Papers. Link: <https://www.espen.org/guidelines-home/espen-guidelines>.

Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR).

NICE Dietary Guidelines.

Fagligt Selskab af Kliniske Diætister. Rammeplaner for ernærings- og diætbehandling.

Forebyggende samtale om alkohol

Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care: pragmatic cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal* 2013;346(7892):14.

O'DONNELL A, ANDERSON P, NEWBURY-BIRCH D, SCHULTE B, SCHMIDT C, REIMER J, et al. The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)* 2014;49(1):66-78.

Petersen GL, Kesmodel US, Strandberg-Larsen K. Fosterskadende effekter af alkoholforbrug under graviditeten. 2015 Mar 16.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. 2011.

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor . 2011.

Statens Institut for Folkesundhed. Alkoholrelaterede helbreds-konsekvenser – en systematisk litteraturnemgang af nyeste evidens. 2020.

Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke. Alkohol. 2012.

Sundhedsstyrelsen. Alkohol og helbred. 2013.

Sundhedsstyrelsen, DSAM. Spørg til alkoholvaner. 2010.

Sundhedsstyrelsen. Dialog om alkohol – Rådgivnings- og implementeringsmateriale. 2022.

World Health Organization. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. 2009.

World Health Organization. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. 2009.

World Health Organization. Global status report on alcohol and health. 2011.

World Health Organization. Global status report on alcohol and health. 2014.

Sundhedsstyrelsen. Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rus- og middelematik. 2023.

Monitorering og kvalitetsudvikling

Kommunernes Landsforening, FSIII. Fælleskommunalt indsatskatalog – sundhedsfremme og forebyggelse (SUL §119). Version 1.

Kommunernes Landsforening. Vejledning til KLGateway – indberetning af strukturerede Fælles Sprog III data.

Kommunernes Landsforening. KIK – Kvalitet i Kommunerne.

KiAP (Kvalitet i Almen Praksis). Klyngepakke: Almen Praksis' samarbejde med kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

Sundhedsdatastyrelsen. Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen. 2023.

Sundhedsdatastyrelsen. Sundhedsdata på tværs. 2023.

Sundhedsstyrelsen. Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen – en national strategi. 2022.

Kommunernes Landsforening. Indberetning til gatewayen.

Bilag 1: Kommissorium

Kommissorium for Arbejdsgruppe vedr. kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom

Baggrund

En række faktorer, herunder ændringer i sygdomsbilledet og den demografiske udvikling, betyder, at flere danskere lever med en eller flere kroniske sygdomme. Disse mennesker har ofte behov for sundhedstilbud i det primære sundhedsvæsen, hvor kvalitet, tilgængelighed, systematik og monitorering aktuelt kan være uensartet på tværs af kommuner.

Aftalen om sundhedsreformen³⁴ beskriver en omstilling til et mere sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen, som er nødvendig for at kunne styrke indsatsen for blandt andet ældre, samt mennesker med kroniske sygdomme og psykiske lidelser. Et væsentlig spor i omstillingen er at styrke kvaliteten i sundhedstilbud i det primære sundhedsvæsen gennem en national kvalitetsplan, der understøtter geografisk ensartet tilgængelighed og kvalitet.

Sundhedsstyrelsen har i den forbindelse fået til opgave at udarbejde en kvalitetsstandard med faglige kvalitetskrav og -anbefalinger for kommunale sundhedstilbud vedr. træning, kostomlægning og patientuddannelse til borgere med kronisk sygdom som eks. KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdomme og muskelskelet-lidelser.

Arbejdsgruppens opgaver

Sundhedsstyrelsen nedsætter en arbejdsgruppe, der får til opgave at rådgive Sundhedsstyrelsen om udarbejdelsen af kvalitetsstandard for forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom.

Formålet med kvalitetsstandard er at formidle viden om hvordan kommunale tilbud på væsentlige forebyggelsesområder tilrettelægges bedst muligt, og at stille minimumskrav og anbefalinger til indsatser, så borgere på tværs af landet kan få forebyggelsestilbud af en ensartet og høj kvalitet.

Arbejdet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (2016). Styrelsens øvrige udgivelser om forebyggelse og kronisk sygdom, fx Nationale kliniske retningslinjer, vil også indgå i arbejdet.

Kvalitetsstandarderne vil således til dels bygge videre på eksisterende anbefalinger og retningslinjer, men det er ligeledes et væsentligt fokus i arbejdet, at kvalitetsstandarderne bliver tidssvarende og nytænkende, med henblik på at imødekomme de nuværende udfordringer og tendenser i sundhedsvæsenet. Et centralt fokus i arbejdet vil være udbredelsen af digitale løsninger i forebyggelsestilbuddene, med formålet om at skabe et fleksibelt sundhedsvæsen, differentiere tilbud, frigive ressourcer, og skabe mere geografisk lighed i sundhed. Digitale løsninger, såsom fx hjemmemonitorering, kan bidrage til at borgerne får en bedre forståelse for deres kroniske sygdom, så det forebygges, at den udvikler sig.

³⁴ [Aftale om sundhedsreform \(sum.dk\)](#)

Medlemmer af arbejdsgruppen forventes at bidrage med viden om evidens og indsatser på området, at indgå i drøftelser på arbejdsgruppemøder, og at udarbejde mindre skriftlige bidrag og kommentering på udkast til kvalitetsstandarder udarbejdet af Sundhedsstyrelsen.

Arbejdsgruppens sammensætning³⁵

- Danske Regioner (1)
- Regioner (2)
- Kommunernes Landsforening (1)
- Kommuner (4)
- Danske Patienter (2)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (1)
- Dansk Selskab for Fysioterapi (1)
- Dansk Sygepleje Selskab (1)
- Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne (1)
- Dansk Selskab for Folkesundhed (1)
- Ergoterapifaglige Selskaber (1)
- Fagligt Selskab for Kliniske Diætister (1)
- Sundhedsdatastyrelsen (1)
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (1)

Danske Regioner og KL anmodes om at udpege henholdsvis regionale og kommunale repræsentanter. Sundhedsstyrelsen kan supplere arbejdsgruppen efter behov.

Sundhedsstyrelsen varetager formandskabet og sekretariatsfunktionen for arbejdsgruppen.

Arbejdsgruppens møder

Der forventes afholdt tre møder i arbejdsgruppen. Sundhedsstyrelsen udarbejder dagsorden og udkast til møderne, som arbejdsgruppen drøfter og kvalificerer.

Sundhedsstyrelsen tager referat fra arbejdsgruppemøderne. Referatet sendes til kommentering senest to uger efter mødets afholdelse med henblik på gruppens bemærkninger og skriftlige godkendelse inden for en fastsat tidsfrist.

Tidsplan og mødedatoer

Arbejdet igangsættes i primo 2023, og forventes afsluttet ultimo 2023.

Første møde afholdes torsdag den 13. marts 2023 kl. 11:00 til 14:00.

Andet møde afholdes onsdag den 7. juni 2023 kl. 11:00 til 14:00.

Mere information om tredje møde følger.

Møderne vil blive afholdt i Sundhedsstyrelsens eksterne mødecenter på Islands Brygge 57, 2300 København S.

³⁵ Arbejdsgruppen blev i april 2023 desuden suppleret med en repræsentant fra FOA.

Bilag 2: Medlemmer af arbejdsgruppen

Repræsentant	Organisation
Trine Klindt	Fagligt selskab af Kliniske Diætister FaKD
Christian Körner	Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Amalie Bækgaard Kristiansen	Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Line Lindahl-Jacobsen	Ergoterapifaglige Selskaber
Nana Folmann Hempler	Dansk Selskab for Folkesundhed
Lars Hermann Tang	Dansk Selskab for Fysioterapi
Merete Rudolfson	Fagligt selskab for sygeplejersker i kommune
Line Hansen	Sundhedsdatastyrelsen
Anna Boje	Danske Regioner
Søren Thorgaard Skou	Danske Regioner
Anette Brink	Danske Regioner
Malene Deelee	Danske Patienter
Signe Riis	Danske Patienter
Annette Wandel	Danske Patienter
Trine Vahlberg Holmberg	Kommunernes Landsforening
Morten Just	Kommunernes Landsforening
Louise Vestring	Kommunernes Landsforening
Birgitte Holm Andersen (stoppet 18. aug. 2023)	
Herefter Mette Odgaard Holck	Kommunernes Landsforening

Anne-Sofie Fischer Petersen	Kommunernes Landsforening
Trine Hjetting	Dansk Sygepleje Selskab
Inger Højvig (deltog ikke på møderne men modtog materiale til evt. kommentering)	Dansk Selskab for Almen Medicin
Sofie Tolstrup	FOA

Sekretariat	Organisation
Nanna Læssøe (forperson)	Sundhedsstyrelsen
Line Riddersholm	Sundhedsstyrelsen
Elsa Eriksen	Sundhedsstyrelsen
Mie Lind Berg	Sundhedsstyrelsen
Rasmus Baagland	Sundhedsstyrelsen

Sundhed for alle ♥ + ●