



## PRIM

### **Høringsnotat: Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**

Sagsnr. 04-9999-247

Reference PRIM

#### Introduktion

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Kvalitetsstandarderne omfatter krav og anbefalinger for de kommunale forebyggelsestilbud på tværs af landet. En bredt sammensat arbejdsgruppe har bidraget til arbejdet.

Kvalitetsstandarderne blev sendt i offentlig høring fra den 28. august 2023 til den 20. september 2023. De blev sendt ud til følgende parter:

*98 kommuner*

*FOA*

*Fagligt selskab af kliniske diætister FaKD*

*Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger*

*Danske Fysioterapeuter*

*Danske Patienter*

*Danske Regioner på vegne af Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland*

*Region Sjælland, Region Syddanmark*

*Dansk Selskab for Almen Medicin*

*Dansk Selskab for Geriatri*

*Dansk Selskab for Folkesundhed*

*Dansk Selskab for Fysioterapi*

*Dansk Selskab for Klinisk Ernæring*

*Dansk Selskab for Patientsikkerhed*

*Dansk Sygeplejeråd*

*Dansk Sygepleje Selskab*

*Ergoterapifaglige Selskaber*

*Ergoterapeutforeningen*

*Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne*

*Indenrigs- og Sundhedsministeriet*

*Kommunernes Landsforening*

*Kost- og Ernæringsforbundet*

*Lægeforeningen*

*Lægevidenskabelige Selskaber*

*PLO*

*Rehabiliteringsforum Danmark*

*REHPA*

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
Danmark

T +45 72 22 74 00  
E sst@sst.dk  
www.sst.dk

*Rådet for Socialt Udsatte  
Styrelsen for Patientsikkerhed  
Social- og Boligstyrelsen  
Sundhedsdatastyrelsen  
VIVE  
Ældre Sagen*

I alt modtog Sundhedsstyrelsen 90 høringssvar, heraf fra 58 kommuner, Danske Regioner samlet fra de 5 regioner, og 31 øvrige høringssvar.

Sundhedsstyrelsen takker for de mange høringssvar, og interessen omkring kvalitetsstandarderne. Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at så mange interessenter har prioriteret at fremsende grundige og dybdegående høringssvar til høringssversionen for kvalitetsstandarderne.

Dette notat beskriver først nogle generelle bemærkninger fra høringssvarene og opsummerer herefter hovedbudskaberne i høringssvarene for de enkelte afsnit i kvalitetsstandarderne. Høringsnotatet rummer ikke en udtømmende beskrivelse af alle bemærkninger.

På baggrund af høringssvarene, er der foretaget flere præciseringer og tilpasninger af kvalitetsstandarderne, som også kort vil blive fremhævet i dette notat.

Høringssvar og justeringer i kvalitetsstandarderne på baggrund heraf, er efterfølgende blevet drøftet på et afsluttende arbejdsgruppemøde.

## **Generelle bemærkninger**

Hovedparten af høringssvarene indeholder positive tilkendegivelser ift., at der bliver lavet kvalitetsstandarder på området, og der er enighed om, at udarbejdelsen af kvalitetsstandarderne kan bidrage til ensartet kvalitet i forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Mange høringssvar er især positive overfor det øgede fokus på social ulighed.

Flere kommentarer går på graden af nye krav og anbefalinger i kvalitetsstandarderne. Repræsentanter fra det kommunale område nævner, at de kan spejle deres praksis i kvalitetsstandarderne og at de langt hen ad vejen allerede lever op til de beskrevne standarder. I andre kommunale høringssvar, udtrykkes der bekymring for et øget ressourceforbrug og der stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt de midler der er afsat, er tilstrækkelige.

Der er et ønske om, at palliation beskrives i kvalitetsstandarderne, da ikke alle mennesker med kronisk sygdom kan rehabiliteres. Ift. dette så afgrænser kvalitetsstandarderne sig fra at beskrive krav og anbefalinger til palliative indsatser. Anbefalinger for palliative indsatser beskrives i andre udgivelser fra Sundhedsstyrelsen.

## **Målgruppe og henvisning**

I flere høringssvar er der et ønske om en præcisering og afgrænsning af målgruppen, herunder især en definition af borgere med risiko for kronisk sygdom. Mange høringssvar mener, at denne målgruppe er en væsentlig udvidelse af målgruppen for de kommunale forebyggelsestilbud og at det vil blive for omkostningstungt ift. den afsatte økonomiske ramme. Det pointeres dog også, at der ikke er faglig uenighed om, at mennesker med risiko for kronisk sygdom kan have gavn af tilbuddene. Herudover er der i nogle høringssvar et ønske om, at målgruppen også inkluderer borgere med kræft eller følger heraf.

Sundhedsstyrelsen har i den afsluttende proces justeret på målgruppen, således at anbefalinger om indsatser for borgere med risiko for kronisk sygdom ikke længere indgår i kvalitetsstandarderne, som et krav, fraset nikotinafvænning og forebyggende samtale om alkohol.

Indsatserne fortsat relevante for borgere i risiko for at udvikle kronisk sygdom, og flere kommuner har allerede tilbud.

Der ønskes tydeligere beskrivelser af det tværsektorielle samarbejde og samspillet mellem kommunerne og almen praksis/sygehus, herunder eksempelvis en præcisering af, hvad der skal stå i henvisningen til afklarende samtale. Langt de fleste påpeger, at tilbagemeldingen til almen praksis eller sygehus er meget væsentlig.

### Tilrettelæggelse

I hørings svarene ønskes en præcisering af det tværkommunale samarbejde, og flere høringsparter er positive overfor, at dette fremhæves. Der ønskes ligeledes en tidsramme for henvisningerne, og generelt mere klarhed og kommunikation omkring, hvilke tilbud borgerne kan blive henvist til hvornår. Flere mener, at det bør fremgå, at det er et krav, at borgeren skal tilbydes en afklarende samtale, hvis de selv henvender sig, mens andre er bekymrede for, hvor mange ekstra ressourcer, det vil kræve. Der er desuden behov for præcisering af, hvilke kompetencer det kræver, at foretage den afklarende samtale, herunder er der et specifikt ønske om, at det bliver bredt defineret, således at sundhedsfaglige uden en professionsbachelor også kan foretage samtalen, såfremt det vurderes, at de har kompetencerne. I hørings svarene er der stor opbakning til opfølgning og evaluering af forløb, om end flere samtidigt giver udtryk for, at dette vil være ressourcekrævende. Der er også fokus på mere samarbejde med og brobygning til civilsamfundet, således at borgernes livsstilsændringer kan fastholdes efter endt forløb.

### Kompetencer

Det bemærkes generelt i flere hørings svar, at nogle kommuner kan have svært ved at efterleve kompetencekravene. Flere høringsparter fremhæver samtidigt, at kompetencekravene i indsatserne er et vigtigt led for at sikre ensartetheden i kvalitet og faglighed ligesom andre i den sammenhæng mener, at der bør åbnes op for, at en bredere gruppe af sundhedsfaglige bør kunne varetage indsatserne, såfremt det vurderes, at de rette kompetencer er til stede.

Sundhedsstyrelsen har i den afsluttende proces arbejdet med at formulere kompetencekravene, så de understøtter kvalitet i indsatserne, men samtidig ikke sætter unødige barrierer for en fleksibel udnyttelse af personaleressourcerne lokalt. På baggrund af ovenstående, justeres formuleringen vedr. kompetencekrav gældende for indsatsernes tilrettelæggelse (den afklarende samtale), sygdomsmestring (undervisning), fysisk aktivitet og ernæring (fraset diætbehandling), således at sundhedsprofessionelle, der ikke har en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, kan opfylde kravene om kompetencer via deres grunduddannelse, evt. suppleret med anden relevant efteruddannelse.

### Nikotinafvænning

Nogle høringsparter ønsker en begrænsning af målgruppen for denne indsats. Det beskrives, at målgruppen vil blive stor, både fordi den ikke er afgrænset til mennesker med kronisk sygdom, men også fordi den udvides til en bredere indsats rettet mod nikotinafvænning og ikke blot tobaksafvænning.

Herudover kommer det til udtryk, at brugen af kuliltemåling vil være uhensigtsmæssigt i forhold til borger historik, fx hvis de har en lungesygdom. Det kommer også til udtryk, at der skal stilles rammer for brugen af medicin til hjælp ved ryggestop, samt at brugen af STOP basen bør være en anbefaling og ikke et krav.

På baggrund af ovenstående, så er der ift. kuliltemåling tilføjet et ”evt.”, for at tydeliggøre, at det ikke altid vil være relevant. Ift. medicin til ryggestop, blev det efterfølgende præciseret, at forebyggelsestilbuddet skal vejlede om brugen af medicin, mens produktrådgivning i udgangspunktet foregår på apoteket. Ang. brug af STOP basen, så blev det ændret til en anbefaling at bruge denne.

## Fysisk aktivitet

Det nævnes i høringssvarene, at det kunne være en fordel at nævne civilsamfundet i form af frivillige foreninger, aftenskoler og private aktører. Flere finder det positivt, at der sættes fokus på at hjælpe borgerne med at fastholde fysisk aktivitet i deres hverdag. Der bliver stillet spørgsmålstejn ved, hvorfor der er krav om test ved afslutning, men at dette kun anbefales ved start.

Angående superviseret træning, er flere høringsparter bekymrede for, hvorvidt der er ressourcer nok til at dette kan tilbydes for målgruppen. Der stilles desuden spørgsmålstejn ved, om det ikke burde være praktiserende læges arbejde at følge op 1 år efter endt intervention.

Foreninger og civilsamfund var inkluderet i høringsversionen. Efterfølgende blev foreninger og civilsamfund uddybet. Det blev præciseret, at test skal indgå i starten og afslutningen af forløbet.

Sidst men ikke mindst blev anbefalingen om opfølgning efter 1 år blødt op, således at det nu fremgår, at der er erfaring for, at det er gavnligt og at det er op til den enkelte kommune at beslutte, om det skal indgå i forlængelse af forløbet.

## Ernæringsindsats

Flere høringsparter ønsker at det præciseres, hvornår borgeren skal tilbydes hhv. diætvejledning eller diætbehandling. I forlængelse heraf er der et ønske om, at det beskrives, hvilke indsatser der hører til sygehuset, og hvilke der hører til kommunen.

Høringsparterne har især kommenteret på kompetence-afsnittet vedr. ernæringsindsatsen. Der ønskes en præcisering af, hvilken uddannelse vedkommende der varetager ernæringsindsatsen skal have. Nogle høringsparter påpeger, at kravet om en klinisk diætist i indsatsen vedr. diætbehandling vil kunne belaste de budgetmæssige rammer, mens andre understreger, at det vil være vanskeligt at leve op til dette krav, set i lyset af rekrutteringsudfordringer og personalemangel. Andre høringsparter understreger, at opgaven udelukkede kan varetages af kliniske diætister.

Efterfølgende blev målgruppen for diætbehandling præciseret og afgrænset. Det er i kvalitetsstandarderne ikke beskrevet, hvilke indsatser der foregår på sygehus. Ift. diætbehandling er det fastholdt, at dette skal ske ved klinisk diætist.

## Forebyggende samtale om alkohol

Der gøres her opmærksom på, at medarbejdere under Sundhedslovens § 119 ikke har henvisningsret til behandling i kommunen. Der gøres også opmærksom på, at ansatte der varetager den afklarende samtale omkring alkohol, ikke nødvendigvis har oplysninger på, om borgeren har en psykiatrisk diagnose.

Til dette afsnit blev der ikke foretaget ændringer. Her er det ikke et krav, at der skal henvises. Det beskrives i kvalitetsstandarderne, at borgeren oplyses om behandlingsmuligheder. Ift. oplysninger om psykiatri, så forventes det ikke at kommunerne har andre oplysninger end dem borgeren selv giver, og evt. oplysninger fra en henvisning til afklarende samtale.

## Monitorering og kvalitetsudvikling

Mange høringsparter er positive overfor, at kvalitetsstandarderne ligger op til en styrkelse af datagrundlaget. Der er et ønske om præcisering i kapitlet, herunder en præcisering af hvordan effekten af indsatserne skal

evalueres. Der gøres opmærksom på, at implementering af FSIII er udskudt til ultimo 2025 pga. FSIII-forenklingen. Herudover ønskes der opmærksomhed på, at ikke alle ældre er trygge ved brugen af IT. Der gives udtryk for et ønske om at PRO platformen indskrives i kvalitetsstandarderne, da dette er ved at blive implementeret på tværs af landets kommuner. Det er foreslået, at PRO evt. erstatter FSIII i kvalitetsstandarderne.

Det bifaldes i høringssvarene, at der sættes fokus på forskning, og der fremsættes et ønske om at forskningen skal bygge på det data, der allerede er i kommunerne.

På baggrund af ovenstående er afsnittet om monitorering og kvalitetsudvikling præciseret, med fokus på at konkretisere, hvilke elementer kommunerne skal måle og evaluere på. Derudover er brugen af PRO-skemaer skrevet ind som et væsentligt element ift. kvalitetsudvikling.

## Bilag 1

Mange høringssvar kommenterer på bilag 1 og er uforstående overfor, hvorfor dette bilag som beskriver en indsats for borgere med angst, stress og depression, ikke er inkluderet i kvalitetsstandarderne. Der er blandt høringssvarerne et stort ønske om, at en indsats målrettet mental sundhed bliver et krav i de kommunale forebyggelsesindsatser. I enkelte høringssvar ønskes det, at bilaget tages ud for at undgå forvirring omkring målgruppen for kvalitetsstandarderne.

Sundhedsstyrelsen valgte at fjerne bilaget om en indsats for mental sundhed. Baggrunden herfor var, at der var tale om sygdomsspecifikke anbefalinger, hvilket ikke matcher kvalitetsstandarderne i øvrigt, idet de er generiske. For at imødekomme det store ønske om mere fokus på mental sundhed, herunder mental sundhed hos borgere med kronisk sygdom, blev flere af elementerne fra bilag 1 tilføjet i indsatsen omkring sygdomsbehandling.