



HØRINGSUDKAST

Høringsudkast: Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom



Kvalitetsstandarder

Høringsudkast: Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom
Kvalitetsstandarder

© Sundhedsstyrelsen, 2023.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk
Version: Høringsudkast
Versionsdato: 28.08.2023

Indholdsfortegnelse

Introduktion	5
1.1. Baggrund	5
1.2. Formål	7
1.3. Definitioner	7
2. Målgruppe og henvisning	9
2.1. Målgruppe	9
2.2. Henvisning	9
3. Tilrettelæggelse	11
3.1. Den afklarende samtale	12
3.2. Sundhedspædagogik og kompetencer i forebyggelsestilbud	14
3.3. Lighed i sundhed	16
3.4. Differentiering og fastholdelse	16
3.5. Afslutning af forløb	17
4. Sygdomsmestring	18
4.1. Målgruppe	18
4.2. Indholdselementer	18
4.3. Format, omfang og varighed	20
4.4. Øvrige sygdomsspecifikke hensyn	20
4.5. Kompetencer	20
5. Nikotinafvænning	21
5.1. Målgruppe	21
5.2. Indholdselementer	21
5.3. Format, omfang og varighed	22
5.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn	23
5.5. Kompetencer	23
6. Fysisk aktivitet	25
6.1. Målgruppe	25
6.2. Indholdselementer	25
6.3. Format, Intensitet, frekvens og varighed	27
6.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn	28
6.5. Kompetencer	28
7. Ernæringsindsats	30
7.1. Målgruppe	30
7.2. Indholdselementer	31
7.3. Format, omfang og varighed	32

7.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn	33
7.5. Kompetencer	33
8. Forebyggende samtale om alkohol	35
8.1. Målgruppe	35
8.2. Indholdselementer	36
8.3. Format, omfang og varighed	38
8.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn	38
8.5. Kompetencer	38
9. Monitorering og kvalitetsudvikling	40
9.1. Monitorering	40
9.2. Kvalitetsudvikling	42
Referenceliste	44
Bilag 1: Mental sundhed	51
Bilag 2: Kommissorium	54
Bilag 3: Medlemmer af arbejdsgruppen	57

Introduktion

1.1. Baggrund

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom indeholder kvalitetskrav og anbefalinger målrettet kommunale sundhedstilbud. Kvalitetsstandarderne skal bidrage til ensartet kvalitet i forebyggelsestilbud til borgerne i Danmark og bidrage til at flere borgere henvises til forebyggelsestilbuddene.

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.

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 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 livet. Med afsæt i dette har Sundhedsstyrelsen fået til opgave at udarbejde kvalitetsstandarder med faglige krav og -anbefalinger for kommunale sundhedstilbud. Jf. den politiske aftale har de til formål at understøtte et godt og langt liv med kronisk sygdom såsom KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdomme og muskel-skelet-lidelser eller flere kroniske lidelser på samme tid¹.

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 rummer krav til en afklarende samtale, forebyggelsestilbud om sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk træning, ernæringsindsats, forebyggende samtale om alkohol samt monitorering og evaluering. Det er indsatser, der er virkningsfulde til at fremme gode leveår for borgere med kronisk sygdom og til borgere i risiko for at udvikle kronisk sygdom og som kommunerne allerede har oparbejdet viden om og erfaring med at tilbyde borgerne.

Kvalitetsstandarderne vil bygge videre på eksisterende anbefalinger om kronisk sygdom, men er også nytænkende med henblik på at imødekomme nuværende udfordringer og tendenser i sundhedsvæsenet. Ændringer i sygdomsmønstre og den demografiske udvikling medfører eksempelvis, at flere danskere lever med en eller flere kroniske sygdomme.

¹ [Aftaletekst om Sundhedsreform 2022.](#)

domme. Disse mennesker modtager i stigende grad indsatser i det primære sundhedsvæsen og har ofte behov for et kommunalt forebyggelsestilbud. Omstillingen til det primære sundhedsvæsen skal derfor medvirke til at løse nogle af de udfordringer som sundhedsvæsenet står overfor og udviklingen af kvalitetsstandarder har blandt andet til formål at understøtte denne omstilling.

Tilgængelighed og kvalitet i forebyggelsestilbuddene skal være ensartet på tværs af kommuner, og der skal foregå en systematisk monitorering og anvendes digitale løsninger i tilbuddene, for at understøtte denne udvikling.

Kvalitetsstandarderne skal ses i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, forløbsprogrammer samt tværsektorielle anbefalinger udarbejdet for en række kroniske sygdomme. De nævnte publikationer supplerer denne kvalitetsstandard. Det forventes, at kvalitetsstandarderne indarbejdes i de regionale forløbsprogrammer.

I udarbejdelsen af kvalitetsstandarderne er Sundhedsstyrelsen blevet rådgivet af en eksternt arbejdsgruppe, der har bidraget med ekspertiskøn og praksiserfaringer med udgangspunkt i en opdatering af de tidligere anbefalinger om forebyggelsestilbud fra 2016. Arbejdsgruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

Status på etablering af kommunale forebyggelsestilbud

Med afsæt i Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger til forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' monitorerede KL og Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet i 2017 kommunernes tilbud. 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. Eksempelvis har en del kommuner etableret tilbud om indsatser til borgere med symptomer på stress, angst og depression.

Lovgivning

Sundhedsstyrelsen fastsætter nationale kvalitetsstandarder med kvalitetskrav og -anbefalinger til sundhedsindsatser som varetages af kommunerne, jf. sundhedslovens §§ 118 b og 119.

² [Monitorering forebyggelsestilbud 2017. \(kl.dk\)](#)

Kommunalbestyrelsen har jf. sundhedslovens § 119 ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis og etablere forebyggende sundhedstilbud til borgerne. Derudover har kommunerne med ændring i sundhedslovens §119, stk. 3, også forpligtelse til at *etablere patientrettede forebyggelsestilbud og sundhedsfremmende indsatser i kommunen*³.

1.2. Formål

Formålet med kvalitetsstandarderne er, at borgere med kronisk sygdom samt visse borgere i risiko for kronisk sygdom tilbydes forebyggelse af en ensartet og høj kvalitet. Kvalitetsstandarderne er primært henvendt til kommunerne, men kan også anvendes i tilrettelæggelsen af tilbud i almen praksis og på sygehus.

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, sundhedsadfærd og navigation i sundhedsvæsenet.

Kvalitetsstandarderne skal give mulighed for at differentiere i indsatserne på baggrund af borgernes 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 sikrer, at personalet i almen praksis og på sygehuse kan henvise til ensartede tilbud.

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

³ [L 103 - 2022-23 \(2 \(oversigt\): Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. \(Rammer for en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, smidiggørelse af regler for etablering og drift af regionsklinikker, mulighed for særligt vederlag til læger i områder med lægemangel og regler om fordeling af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen\). / Folketingstidende](#)

Forebyggelse defineres 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 af WHO's og den danske 'Hvidbog om rehabilitering's definition.

WHO anvender følgende definition: "Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulig funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund".

I 'Hvidbog om rehabilitering' (2022) 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.

2. Målgruppe og henvisning

2.1. Målgruppe

Målgruppen for disse kvalitetsstandarder er borgere med kronisk sygdom. Visse af indsatserne er også målrettet borgere i risiko for at udvikle en kronisk sygdom.

Det er et krav, at kommunerne har tilbud om afklarende samtale, sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk træning, 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 i risiko for kronisk sygdom.

Det anbefales, at kommunerne anvender tilbud om fysisk træning, og ernæringsindsats til øvrige borgere, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et forebyggelsestilbud, fx borgere i risiko for at udvikle kronisk sygdom. Tilbud for borgere med kronisk sygdom og borgere i risiko for kronisk sygdom kan samorganiseres for dermed at skabe bæredygtige faglige enheder i alle kommuner.

I tillæg hertil **anbefales det** at kommunerne planlægger og udvikler tilbud, der er rettet mod populationsbehov (se kap. 9).

2.2. Henvisning

Baseret på en sundhedsfaglig vurdering henviser sygehuse og almen praksis borgere i målgruppen, der vurderes at have gavn af forebyggelsestilbud, til en afklarende samtale i kommunen (se afsnit 3.1). I henvisningen bør det fremgå, på hvilken baggrund henvisningen sker. Den elektroniske henvisning skal anvendes efter gældende national standard^{4,5}.

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 eller kommunale organisationer med kontakt til målgruppen.

⁴ MedCom henvisningsstandard XREF15 og afslutningsnotat XDIS15 er målrettet kommunikation til og fra kommunale forebyggelsestilbud. Standarderne bruges af almen praksis, kommuner og regionernes sygehuse.

⁵ En egentlig aftale om henvisning indgår ikke i de praktiserende lægers overenskomst.

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

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

Almen praksis og evt. henvisende sygehus skal modtage en tilbagemelding fra kommunen om, hvilke indsatser den henviste borger gennemfører – også for borgere, der henvises fra sygehus eller fra andre forvaltningsområder i kommunen.

HØRINGSUDKAST

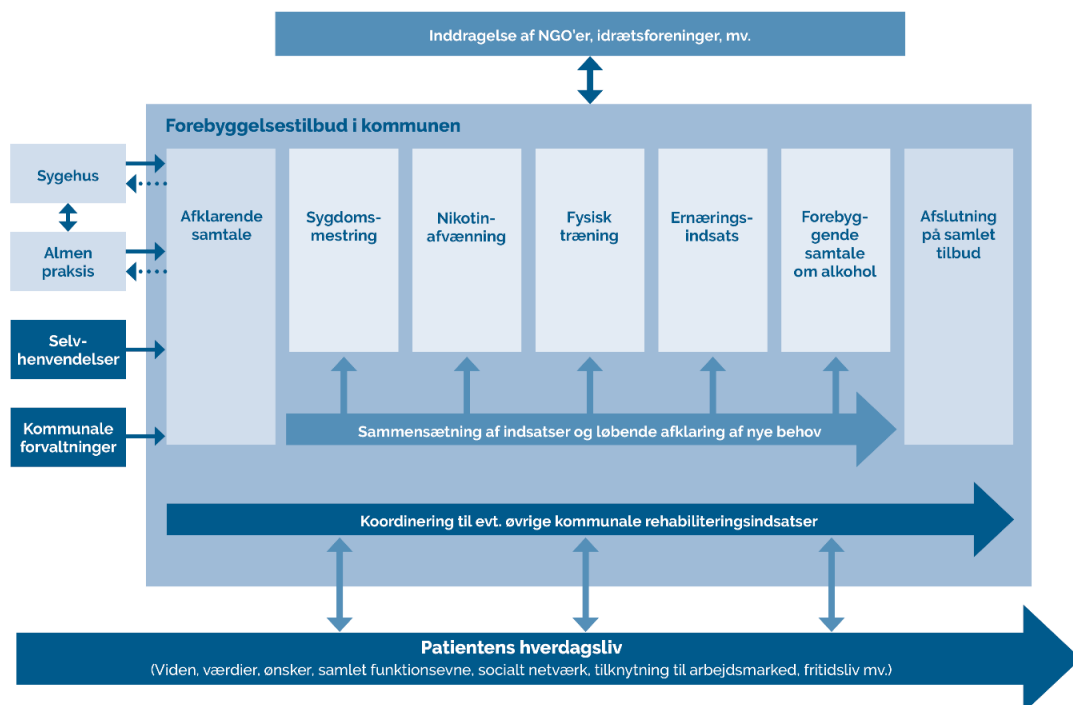
3. Tilrettelæggelse

Forebyggelsestilbuddene skal ses som selvstændige tilbud, men kan også indgå som delelementer i en bredere rehabiliteringsindsats. Det er vigtigt, at indsatsen koordineres på tværs af kommunale forvaltninger, i de tilfælde der er parallelle rehabiliteringsindsatser for samme borger. Der vil være borgere, der sideløbende med de kommunale indsatser har kontakter til almen praksis 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/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 tilbuddet. Nogle indsatsområder indeholder sygdomsspecifikke elementer, og disse må derfor tilpasses borgernes individuelle sygdomme. 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 tilbud med sygdomsspecifikke elementer indgå i tværkommunalt samarbejde om at sikre tilbud.

En del borgere har behov for flere af de beskrevne indsatser, som vist i 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, sygehuse eller fra andre kommunale forvaltningsområder, fx jobcenter eller kommunale organisationer med kontakt til målgruppen.

Det anbefales, at kommunen tilbyder en afklarende samtale til borgere i risiko for kronisk sygdom, som er henvist fra almen praksis, sygehuse eller fra andre kommunale forvaltninger, fx jobcenter eller kommunale organisationer med kontakt til målgruppen.

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

Såfremt en borger har behov for et tilbud om forebyggende samtale om alkohol eller tilbud om nikotinafvænning skal vedkommende i udgangspunktet ikke henvises til en afklarende samtale, men henvises direkte til den forebyggende samtale om alkohol, egentlig alkoholbehandling eller tilbud om 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 tilbuddene, borgerens motivation, og gennem dialog at støtte borgeren i en relevant og behovsorienteret prioritering.

Det er den sundhedsfaglige vurdering af funktionsevne og helbredsforhold ved den afklarende samtale, der er afgørende for hvilke forebyggelsestilbud borgeren med kronisk sygdom eller i risiko for kronisk sygdom tilbydes, og hvordan de differentieres (se afs. 3.4).

Den afklarende samtale tilrettelægges med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale*.

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 herunder 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 hverdagsliv, sociale netværk, væner, 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 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 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 tilbud om sygdomsmestring, nikotinafvænning, 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 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
- Viden og indsigt
- Et bredt og positivt sundhedsbegreb
- Sundhed i et setting-perspektiv⁶.

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 (minimum mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse) med 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.
- Risikofaktorenes 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 borgernes behov og motivation.
- En systematisk tilgang til afklaring af den enkeltes behov er et væsentligt element til at mindske uligheden i både adgang til og effekten af forebyggelsesindsatser.

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

⁶ 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.

3.3. Lighed i sundhed

Det er vigtigt at arbejde for lighed i sundhed i form af adgang til forebyggelsestilbudene og i fastholdelse af borgerne i tilbuddene.

Der er forskel i, hvem der deltager i forebyggelse og rehabilitering, og borgere med nedsat sundhedskompetence deltager sjældnere og falder oftere fra. Derfor skal kommunen i samarbejde med sygehus og almen praksis samarbejde om at understøtte at alle borgere uanset sundhedskompetence, men særligt borgere med nedsat sundhedskompetence, får mulighed for at deltage.

Det betyder, at kommunen skal være opmærksom på, hvilke grupper af borgere, der deltager i tilbuddene og hvem der ikke deltager. Mangel på deltagelse kan skyldes adgang, kommunikation, risiko for fejl i overgangen mellem sektorer eller at nogle borgere ikke ser tilbuddet som relevant.

Det anbefales at arbejde med organisatorisk sundhedskompetence for at imødekomme lokale udfordringer med manglende deltagelse for nogle målgrupper⁷.

3.4. Differentiering og fastholdelse

Det er et krav, at tilrettelæggelsen af forebyggelsestilbuddene differentieres med udgangspunkt i den enkelte borgers sundhedskompetence, præferencer, motivation, ressourcer og behov. Differentieringen skal bidrage til at alle borgere får det tilbud, som de har behov for. Brug af digitale ydelser og hjemmebehandling kan indgå her, som en del af indsatsen.

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

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

⁷ 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.

Tilbuddene tilrettelægges med fokus på fastholdelse af borgere med de største behov. Det kan fx være at kommunerne har tilbud der er fysisk placeret tæt på borgere med de største behov.

Ved udeblivelser fra samtaler bør kommunen afsøge årsagen til udeblivelsen. Borgere, som falder fra et tilbud, skal kontaktes med henblik på dialog om årsager til frafald og information om muligheder for at få fornyet hjælp.

3.5. Afslutning af forløb

Det er et krav, at det enkelte forløb evalueres. Der skal sendes status til borgerens praktiserende læge. Borgerne skal informeres om, at de kan henvende sig til egen læge ved senere opståede behov.

Det er et krav, at der aktivt støttes op om videreførelse og vedligehold af effekt efter endt tilbud. Det kan fx være 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 tilbud attraktive for borgere, som afsluttes fra kommunale forebyggelsestilbud.

4. Sygdomsmestring

Sygdomsmestring har til formål at give borgeren indsigt, redskaber og tro på egne evner, som over tid kan føre til bedre håndtering af livet med kronisk sygdom fx forbedret helbredsstatus, egenomsorg, sundhedsadfærd og navigation i sundhedsvæsenet.

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.

Borgerens mestringsstrategier betegner de strategier og fremgangsmåder, som vedkommende 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 tilbuddet.

4.2. Indholdselementer

I tilrettelæggelsen bør der være opmærksomhed på, at tilbuddet 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 borgerne 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 tilbuddene tilrettelægges - også i forbindelse med sygdomsmestring.

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

- **Sygdomskendskab:** Gennemgang og drøftelse af sygdommen(e), dens risikofaktorer og sygdomsudviklingen i den forbindelse. Brug af medicin til behandling af sygdommen og hvordan den virker, herunder forskellen på forebyggende og symptombehandlende medicin.
- **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, monitorerer 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, rygning, fysisk aktivitet og træning, og af en god ernæringsindsats og stabil vægt, herunder forebyggelse af et utilsigtet vægttab eller vægtstigning.
- **Mental sundhed:** Dialog om eventuelle psykiske konsekvenser som stress, angst og bekymringer ved kronisk sygdom. Håndtering af symptomer som fx nedtrykthed, irritation, træthed, uro, panik og isolation. Træning i vejtræknings-teknikker, afspændingsteknikker og kognitive teknikker, fx redskaber til håndtering af uhensigtsmæssige tanker. Gennemgang af mulige psyko-sociale 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. Inddragelse af socialrådgiver 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. Samliv og familieliv.

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. Undervisningen kan 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

Tilbuddet 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 undervisningen udføres af sundhedsprofessionelle (minimum mellem-lang videregående sundhedsfaglig uddannelse) med de nødvendige sundheds- og voksenpædagogiske forudsætninger for at kunne undervise med udgangspunkt i deltagerens 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.

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 m.m.

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 hjertekarsygdomme, og det forværrer samtidig prognosen for en lang række sygdomme.

Tobaksrygning er den risikofaktor, som har størst forebyggelsespotentiale – 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 enhver form for 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:

- Fastsættelse af tidspunkt for stopdato.
- Information om afhængighed, abstinensers betydning og -forløb samt om nikotinafvænningsprocessen.
- Vejledning om brug af nikotinafvænningsmedicin, herunder rådgivning om nedtrapning af håndkøbsmedicin til nikotinafvænning.
- Systematisk og korrekt anvendelse af valideret test og 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 afvænnning af alle typer af tobaks- og nikotinprodukter.

Det er et krav, at vejledning om 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 nikotinafvænnning, herunder anbefaling til dosis ud fra den enkeltes grad af afhængighed samt varighed af brugen og en plan for udtrapning. Produktrådgivning kan fx foregå via kommunal rådgiver eller på apoteket. Brug af receptpligtig nikotinafvænningsmedicin forudsætter rådgivning via egen læge.

5.3. Format, omfang og varighed

Nicotinafvænnning 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.

Det konkrete omfang og format for nikotinafvænnning afstemmes med borgeren i en indledende afklarende samtale. Afklaringen bør tage udgangspunkt i, at rådgiveren anbefaler borgeren et intensivt nikotinafvænningsforløb med de beskrevne indholdselementer.

Nicotinafvænnning påbegyndes hurtigst muligt efter den afklarende samtale. I den periode, hvor borgeren venter på at starte i et egentligt forløb, bør der ske en opfølgning, som støtter borgeren i at bevare motivationen for nikotinstop. fx i form af telefonisk rådgivning om, hvad borgeren kan gøre indtil stopforløb begynder. Opfølgningen kan varetages af kommunal rådgiver eller af Stoplinjen.

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 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 nikotinafvlænningsmedicin.

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 bør kun foretages ved samtidig anvendelse af håndkøbsmedicin til nikotinafvlænnning. For borgere, som nedsætter forbruget, men ikke ønsker nikotinafvlænnning 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 nikotinafvlænnning.

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

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 borgere, der ønsker rygestop, og som bruger psykofarmaka, konsulterer behandlende læge med henblik på at få lægens vurdering af om dosis af psykofarmaka evt. skal nedjusteres sideløbende med nikotinstoppet⁸.

5.5. Kompetencer

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

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.

⁸ [Rygning og rygestop blandt borgere med psykiske lidelser, Sundhedsstyrelsen 2022](#)

Det anbefales, at rådgivere på tilbud om 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.

HØRINGSUDKAST

6. Fysisk aktivitet

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 med fysisk aktivitet til borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af forebyggelsestilbuddet.

Det er et krav, at de borgere i målgruppen, der ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne, helbredsforhold og egne behov og ønsker, vil have gavn af individuelt tilrettelagt superviseret fysisk træning tilbydes dette.

Det anbefales, at kommunerne også tilbyder indsatsen til borgere i risiko for kronisk sygdom, hvor øget fysisk aktivitet kan være med til at forebygge udvikling af kronisk sygdom.

Øvrige borgere i målgruppen tilbydes vejledning om fysisk aktivitet i privat- eller foreningsregi eller vejledning til egen træning, afhængigt af borgerens behov og sundhedskompetence.

6.2. Indholdselementer

Formålet med indsatsen er dels at øge borgerens funktionsniveau eller fysiske kapacitet (kondition, muskelstyrke- og eller balance) afhængig af borgerens sygdomshistorie, symptomer, risikoprofil og præferencer og dels 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 forløbet er afsluttet, så der er mulighed for, at træningen bliver livslang.

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 og hvordan det kan tænkes ind i den enkeltes hverdagsliv – herunder hvordan fysisk aktivitet

fungerer i det enkelte øvrige liv, hvad der motiverer vedkommende og hvad der er muligt inden for borgerens økonomi. Der skal være fokus på, hvad der kan motivere borgeren til at være fysisk aktiv, muligheder for fysisk aktivitet 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 tilbud om 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 borgeren fysiske funktion, give borgeren en oplevelse af egen fysiske 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 kan finde motivation til at fortsætte med at træne. Det 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 roning.
- 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.

Der kan med fordel indgå 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 fx standardiserede test for gældende træningsanbefalinger for en pågældende patientgruppe eller gennemførelse af test der gør brug af hverdagsaktiviteter.

Ved en samtidig ernæringsindsats er det vigtigt at tage højde for dette ved planlægning af træningsindsatsen, da træning uden samtidigt fokus på ernæringen kan forværre symptomer for nogle patienter. Træning kan desuden medføre yderligere væggtab hos borgere med uplanlagt væggtab.

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 i udgangspunktet 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 det gøres. Det anbefales, at der er seks til otte deltagere pr. instruktør på et hold.

Træningsforløb kan foregå i varierende rammer, 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 test. 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 borgerne vejledes i, hvordan de kan fortsætte træningen hjemme via online-programmer, hvis det motiverer borgeren til at træne.

Det anbefales, at der senest et år efter tilbuddets afslutning sker en opfølgning, med henblik på at støtte borgeren til at fastholde den fysiske aktivitet og for at få indsigt i om og hvordan de er fortsat med at træne/være fysisk aktive. 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. Tilbuddet skal derfor altid tage udgangspunkt i den nyeste tilgængelig viden 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.

Eksempler på retningslinjer om fysisk træning for specifikke sygdomme:

- Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer
- Sundhedsstyrelsens rapport om fysisk træning som behandling og rapporter om fysisk aktivitet for voksne og ældre
- Sundhedsstyrelsens rapport anbefalinger for tværsektorielle for mennesker med hjertesygdom, type-2 diabetes, KOL, og kroniske rygsmærter
- Region Hovedstadens anbefalinger for tværsektorielle forløb, fx for mennesker med hjertesygdom, KOL, type-2 diabetes
- Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet
- Kliniske retningslinjer fra faglige selskaber

6.5. Kompetencer

Det er et krav, at indsatsen med fysisk aktivitet (vejledning om fysisk aktivitet og superviseret fysisk træning) gennemføres af sundhedsprofessionelle (minimum mellemlang vi-

deregående sundhedsfaglig uddannelse). Den sundhedsprofessionelle skal have kompetencer til at kunne vejlede om fysisk aktivitet, tilrettelægge, supervisere og evaluere træningen samt rådgive om konkrete fysiske øvelser tilpasset den enkelte borger. Den sundhedsprofessionelle skal endvidere have grundlæggende viden om kronisk sygdom og kunne rådgive borgeren ved sygdomsspecifikke spørgsmål, der vedrører træningen.

HØRINGSUDKAST

7. Ernæringsindsats

Uhensigtsmæssige mad- og måltidsvaner kan forværre kronisk sygdom og øge risikoen for opståen af tilstødende sygdomme. Både uplanlagt vægttab og svær overvægt kan have alvorlige konsekvenser for borgere med kroniske sygdomme. Uplanlagt vægttab⁹ øger risikoen for tab af funktionsevne, komplikationer til sygdomme og hospitalsindlæggelser. Svær overvægt¹⁰ 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)¹¹ til borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af tilbuddet.

Det anbefales, at kommunerne også tilbyder en ernæringsindsats til øvrige borgere, som kan have gavn af tilbuddet, herunder borgere i risiko for at udvikle kronisk sygdom på grund af svær overvægt.

Borgere i målgruppen tilbydes kostvejledning, med henblik på at forebygge forværring af den kroniske sygdom og komplikationer til denne, forebygge opståen af nye sygdomme samt forebyggelse af svær overvægt og fastholdelse af en sund vægt.

Følgende borgere i målgruppen tilbydes diætbehandling:

- borgere med en kostrelateret kronisk sygdom, fx type-2 diabetes eller hjerte-kar-sygdom
- borgere med svær overvægt
- borgere med et uplanlagt vægttab

⁹ Vægttab på minimum 1,0 kg.

¹⁰ BMI ≥ 30 , BMI beregnes som vægten (i kg) divideret med kvadratet på højden (i m).

¹¹ 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. Diætbehandling af ernæringsrelateret risiko omfatter udredning (kostanamnese og vurdering af behov) ernæringsbehandling (ernæringsplan, individuel diætvejledning), samt opfølgning, herunder monitorering, evaluering og opfølgning samt dokumentation af alle led i indsatsen. Kostvejledning omfatter vejledning om De officielle Kostråd og evt. de supplerende kostanbefalinger for ældre fra 65 år, herunder sunde mad- og måltidsvaner, der suppleres med de gældende ernæringsanbefalinger for den specifikke patientgruppe.

Der bør være en særlig opmærksomhed på borgere, der er nydiagnosticerede med en kostrelateret kronisk sygdom, og borgere med multisygdom, hvor diætbehandlingen kan være mere kompleks.

7.2. Indholdselementer

Det er et krav, at ernæringsindsatsen indledes med en vurdering af ernæringsrelateret risiko omfattende vurdering af vægt og BMI 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.

Kostvejledning

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

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

Diætbehandling

Diætbehandling skal følge de gældende ernæringsanbefalinger for de pågældende patientgrupper, og tage udgangspunkt i de gældende retningslinjer og rammeplaner for ernærings- og diætbehandling^{12, 13, 14, 15}.

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 kotsammensætning, der evt. suppleres af medicinske ernæringsdrikke. De enkelte elementer i behandlingen dokumenteres, og ved behov samarbejdes tværfagligt.

Målet med diætbehandling er:

¹² ESPEN Guidelines & Consensus Papers, <https://www.espen.org/guidelines-home/espen-guidelines>

¹³ Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR), <https://www.sst.dk/da/viden/Sundhedsvaesen/NKR-og-NKA>

¹⁴ NICE Dietary Guidelines, <https://www.nice.org.uk/search?q=dietary+guidelines>

¹⁵ Rammeplaner for ernærings- og diætbehandling, Fagligt Selskab af Kliniske Diætister, <https://kost.dk/fakd/rammeplaner>

- 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 livstilssygdomme
- 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 fakta 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.

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

'Madlavning i praksis'¹⁶ 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. Der kan indgå gruppebaserede elementer, fx til individuel diætvejledning og udarbejdelse af ernæringsplan. Diætbehandling af borgere med uplanlagt væggtab gennemføres individuelt.

Det anbefales, at forløbet med diætbehandling består af regelmæssige opfølgende samtaler med borgeren minimum hver 2.-3. måned, samt eventuelle mellemliggende telefon-kontakter. 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 ikke kan møde op fysisk, kan det foregå digitalt. Den indledende vurdering bør være af cirka 60 minutters varighed, og de opfølgende samtaler bør være af 30-60 minutters va-

¹⁶ Jf. FSIII Indsatser (sundhedslovens § 119).

rihed, 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

Ved multisygdom er det 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.

I ernæringsindsatsen tages udgangspunkt i beskrivelse 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 lænderygmerter.
- FaKDs Rammeplaner for ernærings- og diætbehandling for specifikke sygdomsgrupper
- Sundhedsstyrelsens vejledning Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko
- Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for den danske institutionskost
- Kost og Ernæringsforbundet, Fødevarestyrelsen 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 en sundhedsfaglig med en ernæringsfaglig baggrund på min. professionsbachelor niveau.

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

Ved ikke-kompliceret diætbehandling til borgere med svær overvægt uden multisygdom kan selve den individuelle diætvejledning eventuelt gennemføres af professionsbachelorer i ernæring og sundhed eller sundhedsfaglig med lignende kompetencer.

Eventuel undervisning i Madlavning i praksis gennemføres af en klinisk diætist, evt. i samarbejde med en ernæringsassistent.

Det er et krav, at kostvejledningen gennemføres af professionsbachelorer i ernæring og sundhed eller sundhedsfaglig med lignende kompetencer.

HØRINGSUDKAST

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 kan have store sociale, familie- og samfundsmæssige konsekvenser.

Tidlig opsporing og dialog med borgere med alkoholproblemer kan finde sted, der hvor der er en naturlig 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 og patienter 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 højst 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 Diagnose 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 tilbuddet.

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 tilbuddet.

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) men det kan også være CAGE-C eller lignende systematisk værktøj, der kan indikere hvilken type alkoholproblem, der er tale om.

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 8-14 på AUDIT skemaet, tyder screeningen på, at der er tale om et storforbrug. Scorer borgeren 15-19, 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, vederlagsfrit, mulighed for anonymitet, mv. Der oplyses også om lokale frivillige støtteorganisationer.

For borgere med samtidig psykisk lidelse bør der være en særlig opmærksomhed på at informere den behandlende læge, uanset om det er i hospitals- eller praksisregi og uanset om borgeren er henvist eller selv har opsøgt tilbud om 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. Det bør desuden overvejes, om der er grundlag for en underretning til kommunens børne- og familieafdeling.

Hvis borgeren har behov for og er motiveret for såvel nikotinafvænning som tilbud på alkoholområdet, vil det være relevant at koble de to tilbud.

Forebyggende samtale om alkohol

Formålet med forebyggende samtale om alkohol er rådgivning og støtte til hensigtsmæssig alkoholadfærd, herunder at øge borgernes 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, familiefungeren, børns trivsel, fungeren på arbejdsmarkedet, 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 om støttemuligheder ved behov
- Tilbud om opfølgning

Det anbefales, at forebyggende samtale om alkohol tilbydes, hvor der i øvrigt gives sundhedsindsatser målrettet patientrettet forebyggelse i kommunerne, afhængigt af organiseringen i den enkelte kommune, kan dette fx ske i sundhedscenteret.

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

Det anbefales, at der samarbejdes på tværs af kommunens forvaltninger samt tværsektorielt med almen praksis og øvrigt sundhedsvæsen, hvor dette vurderes relevant for den enkelte borger.

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 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 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 specialiseret alkoholbehandling i 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 gavnligt.

8.4. Særlige sygdomsspecifikke hensyn

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

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 og for det sociale liv, for pårørende, herunder børn
- Viden om regler for alkoholbehandling i henhold til sundhedslovens § 141.
- 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 medarbejderne har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse (minimum mellemlang videregående uddannelse), gerne suppleret med erfaring inden for alkoholbehandling, og/eller uddannelse i alkoholbehandling eller rusmiddelbehandling, men dette er ikke en forudsætning.

HØRINGSUDKAST

9. Monitorering og kvalitetsudvikling

9.1. Monitorering

Det er et krav, at kommunerne løbende følger og udvikler de enkelte forebyggelsestilbud med henblik på at skabe et grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling. Derudover er det et krav at der systematisk og løbende følges op. Dette skal ses som basis for læring og kvalitetsudvikling af mønstre, hvor det er muligt - både lokalt, tværkommunalt og tværsektorielt. Ligesom det understøtter mulighed for at drive forskning på de kommunale forebyggelsesområder.

Kvalitetsudvikling og monitorering af forebyggelsestilbuddene skal fremadrettet baseres på et nyt datagrundlag om det samlede primære sundhedsvæsen, som vil foreligge ultimo 2024, jf. afsnit nedenfor om Programmet for samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen. En afgørende forudsætning for det nye datagrundlag er det fælles arbejde med at implementere Fælles Sprog III (FSIII) i de kommunale omsorgsjournaler og indberette kommunale data til FKGateway¹⁷. Dette arbejde skal skabe ensartet og systematisk registrering, som er en forudsætning for dataunderstøttet kvalitetsarbejde internt i kommunen, på tværs af kommuner og tværsektorielt.

Data i FKGateway bliver tilgængeligt for kommuner via det fælleskommunale ledelsesinformationssystem (FLIS) og i Sundhedsdatastyrelsens dataværktøjer som fx Sundhed på tværs. Ultimo 2024 er det muligt at få viden om, hvilke borgere, der får forebyggelsestilbud, hvilke udfordringer de har samt typen af indsats.

I Sundhed på Tværs skal kommunale data ses sammen med data fra almen praksis, speciallæger og sygehuse, hvilket vil understøtte tværsektorielt kvalitetssamarbejde og medvirke til at give sundhedsklyngerne bedre forudsætninger for deres opgave omkring populationsansvar og hermed understøtte borgernes forløb på tværs af sektorer.

I arbejdet med at etablere et fælles datagrundlag frem mod ultimo 2024 skabes der forudsætning for en systematisk monitorering. Herudover udvikles kvalitetsindikatorer, der skal understøtte omstillingen i det primære sundhedsvæsen. Det giver mulighed for at få overblik over samt styrke fokus på forebyggelse, rehabilitering og behandling af høj og ensartet kvalitet i det primære sundsvæsen fremadrettet.

¹⁷ Der er stillet krav om, at FSIII på sundhedsfremme og forebyggelse § 119 er implementeret i kommunerne således, at kommunerne kan aflevere data til FKGateway ved udgangen af 2024.

Det anbefales, at kommunerne anvender tilgængelige data om deres lokale population via fx FLIS og Sundhed på tværs, som kan sammenholdes med data på de borgere, som modtager kommunens tilbud ud fra kommende tværsektorielle kvalitetsindikatorer.

Kommuner kan inddrage andre datakilder fx surveys og interviews, hvis det vurderes relevant for at monitorere og udvikle specifikke lokale mål.

Fremtidig dataunderstøttelse i programmet "samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen"

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 patientforløb, populationsoverblik og -udvikling, planlægning mv.

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

Implementering af Fælles sprog III

Det er et krav, at der for alle tilbud skal ske en løbende monitorering af Fælles Sprog III¹⁸ data, herunder tilstande og indsatser, som vil kunne tilgås via FLIS (Fælleskommunale Ledelsesinformationssystem) og Sundhed på tværs.

Implementeringen af den fælles kommunale datastandard Fælles Sprog III¹⁹ skaber forudsætning for en ensartet registrering, hvilket er nødvendigt for at kunne få viden på

¹⁸ [Fælleskommunalt indsatskatalog, SUL §119 \(kl.dk\)](#)

¹⁹ I 2019 udviklede kommunerne Fælles Sprog III klassifikationer til kommunernes tilbud indenfor sundhedslovens § 119 om sundhedsfremme og forebyggelse samt genoptræning efter sygehusophold (sundhedslovens § 140).

tværs af de 98 kommuner. Kommunerne skal registrere informationer om de enkelte borgers tilstande og indsatser, samt supplerende oplysninger, og indrapportere til FKGateway.²⁰

9.2. Kvalitetsudvikling

Det er et krav, at kommunerne arbejder med at monitorere og udvikle kvaliteten af forebyggelsestilbuddene.

Det er et krav, at kommunerne har viden om borgernes behov og indsatser, samt gennemførte forløb.

For hvert forebyggelsestilbud kan der med fordel foreligge en instruks, herunder vidensgrundlaget som indsatsen er baseret på, den pædagogiske praksis, kompetencer blandt sundhedsprofessionelle, opmærksomhedsområder ift. sygdomsområde og målgruppe, og metoder og teknikker der understøtter praksis fx dialog- og beslutningsstøtteværktøjer. Kommuner kan med fordel drøfte og udvikle praksis i egen lokale kvalitetsorganisation, så erfaringer af god praksis, resultater af evalueringer mv. systematisk udbredes i kommunen og mellem kommuner.

Kommuner kan anvende forskellige metoder og modeller i arbejdet med kvalitetsudvikling. KL har eks. igangsat projektet Kvalitet i kommunerne (KIK)²¹, som kan være med til at understøtte arbejdet med databaseret kvalitetsudvikling lokalt i kommunerne.

Tværasektorielt samarbejde om kvalitetssikring- og udvikling

Det anbefales, at kommunerne med forebyggelsestilbuddene arbejder med kvalitetssikring- og udvikling i samarbejde med almen praksis og sygehus. Kommuner, sygehus og almen praksis kan med fordel forankre aftaler om kvalitetsudvikling i regi af sundhedsklyngerne. Derudover kan fokus på henvisninger mv. også foregå i andre tværasektorielle fora som eksempelvis de Kommunalt-Lægelige Udvalg (KLU), hvor kommunen lokalt kan have en dialog med de almen praktiserende læger.

Almen praksis kan også, som del i klyngesamarbejdet, få støtte til kvalitetsudvikling via KiAP (Kvalitetsudvikling i Almen Praksis), der har udviklet en klyngepakke til almen praksis' samarbejde med kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud²².

Forskning

Det anbefales, at der generes ny viden som grundlag for evaluering og tilpasning af tilbuddenes indhold, målgruppe og tilrettelæggelse. Viden om virkning/effekt forudsætter

²⁰ [indberetningsvejledning-til-gatewayen-10.pdf \(kl.dk\)](#)

²¹ [KIK - Kvalitet i kommunerne \(kl.dk\)](#)

²² [KiAP's klyngepakker Almen praksis' samarbejde med kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud](#)

som udgangspunkt forskning og dermed at kommuner bidrager til samarbejde med universiteter, professionshøjskolerne, 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.

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.

Jf. Sundhedsstyrelsen 'Forskningsstrategi for det primære sundhedsvæsen' (2022) er rammerne for forskning i det primære sundhedsvæsen udfordret af, at der mangler en overordnet koordinering og prioritering af forskningen på tværs af det primære sundhedsvæsen. De kapacitetsmæssige rammer for og ressourcerne til forskningen i det primære sundhedsvæsen er få sammenlignet med forskningen i hospitalsvæsenet. Endelig udgør de datamæssige rammer en helt grundlæggende udfordring for mulighederne for at drive forskning.

Forskningsstrategien peger på et potentiale i at styrke rammerne for forskningen ved, at der i de etablerede samarbejdsstrukturer indarbejdes en "infrastruktur" for prioritering af forskning på tværs af det samlede sundhedsvæsen.

Referenceliste

Introduktion

Rehabiliteringsforum Danmark, 2022. Hvidbog om Rehabilitering. Rehabiliteringsforum Danmark.

Sundhedsstyrelsen, 2016. Anbefalinger for forebyggelsestilbud.

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

Sundhedsstyrelsen, 2009. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering

Sundhedsstyrelsen, 2012. Kvalitetssikring af patientuddannelse.

Sundhedsstyrelsen, 2013. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering.

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

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

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

Målgruppe og henvisning

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

Tilrettelæggelse

Gravesen, D. T. 2015. *Pædagogik - Introduktion til pædagogens faglighed*. København: Hans Reitzels Forlag.

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

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

- Grabowski D., 2010. Sundhedspædagogik i patientuddannelse: en litteraturbaseret gennemgang af udvalgte sundhedspædagogiske begrebers anvendelse i patientuddannelse: Region Syddanmark; Steno
- Grøn L et al., 2012. Egenomsorg og patientuddannelse i grænsefladen mellem medicin og humaniora: Dansk Sundhedsinstitut
- Grøn L et al., 2012. Sociale forandringsfællesskaber: en guide til arbejdet med egenomsorg i patientuddannelser. Dansk Sundhedsinstitut; Region Syddanmark
- Jensen BB, 2016. Kernebegreber i Sundhedspædagogikken. I: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S, editors. Forebyggende sundhedsarbejde: baggrund, analyse og teori, arbejdsmetoder. 6th ed.
- MarselisborgCentret, Esbjerg Kommune, 2014. ICF baseret redskab til beskrivelse af den samlede helbredstilstand og rehabiliteringsbehov hos patienter og borgere med kronisk sygdom: notat
- Schiøler G, Dahl T, World Health Organization, Sundhedsstyrelsen, 2003. ICF – international klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand
- Sundhedsstyrelsen, 2009. Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering. Patientuddannelse: en medicinsk teknologivurdering. Version: 1,0 edition
- Sundhedsstyrelsen, 2012. Kvalitetssikring af patientuddannelse
- West R, Brown J., 2013. A synthetic Theory of Motivation. In: Theory of addiction. 2nd ed. Chichester, West Sussex, U.K.: John Wiley & Sons Inc.
- Diabetesforeningen, Region Syddanmark, Steno Diabetes Center, 2015. Guide til sundhedspædagogiske værktøjer. Undervisning af sårbare personer med kronisk sygdom

Sygdomsmestring

- Sundhedsstyrelsen, 2009. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering
- Sundhedsstyrelsen, 2012. Kvalitetssikring af patientuddannelse
- Sundhedsstyrelsen 2012. Egenbehandling ved kroniske sygdomme – anbefalinger, der understøtter udbredelse
- Sundhedsstyrelsen 2013. National Klinisk Retningslinje for hjerterehabilitering

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

Sundhedsstyrelsen, 2015. National Klinisk Retningslinje. Rehabiliterende indsatser over for patienter med type2-diabetes.

Sundhedsstyrelsen 2015. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL

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

Nikotinafvænning

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

Kræftens Bekæmpelse. (2018). *Røgfrit Liv - Individuelt rygestop.*

Kræftens Bekæmpelse. (2020). *Røgfrit Liv - Rygestop i grupper.*

Kræftens Bekæmpelse (2020). *Røgfrit Liv - Kvit røgen i skes trin.*

Lancaster T & Stead LF, 2005. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* Apr 18;(2)(2):CD001292

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

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. *Eur J Health Econ* 2006; 7(4):255-264.

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

Stead LF, Lancaster T., 2005. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Systemic Review* Apr 18;(2)(2): CD001007

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

Sundhedsstyrelsen, 2012. Forebyggelsespakke – tobak. version: 1.0

Sundhedsstyrelsen, 2015. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

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

Sundhedsstyrelsen. 2022. Danskernes rygevaner.

Sundhedsstyrelsen. 2023. Rygestopguide.

Sundhedsstyrelsen. 2023. Sygdomsbyrden i Danmark – Risikofaktorer.

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

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

West R et al., 2013. NCSCT Training Standard – Learning Outcomes for Training Stop Smoking Practitioners

Fysisk Træning

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

Højgaard B., 2015, KORA. Baggrundsnotat – Til anbefalinger for patientrettede forebyggelsestilbud i forhold til fysisk træning i kommunerne

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

Stig Mølsted, C. H. (2013). Anbefalinger til superviseret fysisk træning af mennesker med type-2 diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdom. Region Hovedstaden.

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

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

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

Sundhedsstyrelsen. (2021). Træningsguide for mennesker med demens. Sundhedsstyrelsen.

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

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

Ernæringsindsats

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

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

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

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

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

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

Forebyggende samtale om alkohol

Kaner E et al., 2013. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMJ*;346:e8501

O'Donnell A. et al. 2014. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: A systematic review of reviews. *Alcohol.*; 49(1):66-78

Petersen, G L. et al., 2015. Fosterskadende effekter af alkoholforbrug under graviditeten. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet Københavns Universitet. Institute for Health Metrics and evaluation

Socialstyrelsen, 2011. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – viktenskapligt underlag – bilag

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

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

Sundhedsstyrelsen, 2012. Forebyggelsespakke. Alkohol

Sundhedsstyrelsen, 2013. Alkohol og helbred

Sundhedsstyrelsen og DSAM, 2010. Spørg til alkoholvaner

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

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

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

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

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

Monitorering og kvalitetsudvikling

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

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

Kommunernes Landsforening. KIK – Kvalitet i Kommunerne. [KIK - Kvalitet i kommunerne \(kl.dk\)](#)

KiAP (Kvalitet i Almen Praksis). Klyngepakke: Almen Praksis' samarbejde med kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. [KiAP - Min klynge - Klyngekoordinatorer - Klyngepakker - KiAP's klyngepakker](#)

Sundhedsdatastyrelsen, 2023. Samlet indsats for data i det nære sundhedsvæsen: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/det-naere-sundhedsvaesen>

Sundhedsdatastyrelsen, 2023. Sundhedsdata på tværs: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/det-naere-sundhedsvaesen>

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

Bilag 1: Mental sundhed

Holstein BE, m.fl. Mental sundhed og psykisk sygdom hos 0-9 årige børn. Vidensrådet for Forebyggelse, 2021

Jeppesen P m.fl. Mental Sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år: forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. Vidensrådet for Forebyggelse, 2020

Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Rosendahl Jensen HA og Tolstrup J, Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.: Sundhedsstyrelsen; 2022

Christensen S og Mehlsen M. Evaluering af statspuljeprojektet: Lær at tackle angst og depression - En randomiseret kontrolleret undersøgelse. Enhed for Psykoonkologi og Sundhedspsykologi (EPoS), Onkologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital og Psykologisk Institut, Aarhus Universitet. Sundhedsstyrelsen, 2016

Oxholm Kusier A, Pil Jensen M, Andersen S, Caspar Thygesen L, Øst Cloos C, Paldam Folker A, Mørk Rønbøl Lauridsen S, Dahl Nielsen MB. Evaluering af LÆR AT TACKLE angst og depression For unge i alderen 15-25 år. Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2019

HØRINGSUDKAST

Bilag 1: Mental sundhed

Dette tillæg om mental sundhed er ikke en integreret del af kvalitetsstandarden, og indeholder kun anbefalinger og ingen krav til indsatsen.

Mental sundhed er tæt koblet til det fysiske helbred, så høj grad af mental sundhed modvirker fysisk sygdom. Omvendt har langvarig lav grad af mental sundhed konsekvenser for den enkelte borgers sundhed og muligheder for at leve et godt liv. Borgere, der over længere tid har lav grad af mental sundhed, har højere risiko for at udvikle en række sygdomme herunder angst, depression og hjertekarsygdomme.

I ikke behandlingskrævende situationer, eller som supplement til behandling, kan der med fordel arbejdes forebyggende, så symptomer på eks. stress, angst og depression ikke udvikler sig til mere komplekse og behandlingskrævende lidelser. I et forebyggelsesperspektiv handler mental sundhed derfor både om håndtering af stress-symptomer, og håndtering af symptomer på psykiske lidelser såsom angst og depression, med det formål at få styrket sit mentale helbred i en grad, hvor man kan mestre dagligdagen og indgå aktivt i samfundet.

Målgruppe

Det anbefales, at kommunerne tilbyder en indsats med forebyggelse til borgere med symptomer på stress, angst og depression.

Målgruppen er borgere, der oplever symptomer på overbelastning og stress, eller som oplever symptomer på eller er diagnosticeret med angst eller depression (ved diagnose som supplement til behandlingsforløb), og som ud fra en sundhedsfaglig vurdering kan have gavn af indsatsen.

Indholdselementer

Angst og depression

Komorbiditet mellem angst- og depressionslidelser er hyppig, ligesom en del symptomer er overlappende. Derfor kan man med fordel organisere en indsats med fokus på begge lidelser. Indsatsen kan foregå individuelt eller i grupper.

Det anbefales, at følgende elementer indgår i indsatsen for borgere med symptomer på angst og depression:

- Håndtering af symptomer som fx nedtrykthed, irritation, træthed, uro, panik og isolation. Samt håndtering af de følelsesmæssige udsving, der ofte følger med lidelsen og de udfordringer, borgeren kan opleve som følge af lidelsen.

- Træning i at bruge mestringsredskaber, der understøtter, at borgeren kan håndtere symptomer og udfordringer, samt at borgeren kan omsætte undervisningen til ændringer i hverdagen. Derudover vejrtrækningsteknikker, afspændingsteknikker og kognitive teknikker fx redskaber til håndtering af uhensigtsmæssige tanker. Arbejde med gradvis eksponering, som et væsentligt element i behandling af angst, bør håndteres i behandlingsforløb med rette faglige kompetencer, og er ikke et element i mestringsforløb.
- Viden om livsstilens betydning for lidelsen i forhold til søvn, fysisk aktivitet, kost og alkohol, med fokus på at tage realistiske skridt i forhold til eksempelvis at opnå bedre søvn og være mere fysisk aktiv.
- Undervisning i hvordan man forebygger forværring/tilbagefald herunder undervisning i at genkende triggere, der udløser symptomer, samt at genkende symptomer på forværring/tilbagefald.
- Undervisning i betydningen af sociale relationer og netværk. Undervisning i hvordan man med åbenhed og dialog med sine nærmeste bedre kan opnå støtte og forståelse.
- Undervisning i samarbejde og kommunikation med egen læge/sundhedsprofessionelle. Herunder viden om hvornår man bør tage kontakt til egen læge, fx hvis symptomerne tager til. Viden om eventuel brug af medicin og samarbejdet med egen læge/psykiater om dette.
- Undervisning i håndteringen af oplevede myter og (selv)stigma i forbindelse med angst og depression.
- Undervisning i betydningen af at komme i uddannelse/job, fastholde uddannelse og job samt bevare/komme i gang med fritidsaktiviteter, herunder at arbejde med at tage små, realistiske skridt i denne retning.

Stress

Indsatser der retter sig mod *overbelastning og stress*, bør over et forløb arbejde med værktøjer og strategier, der gør det muligt at forebygge stress samt effektivt at håndtere stress i hverdagen.

Det anbefales, at følgende elementer indgår i indsatsen for borgere med symptomer på stress.

- Det primære element i forløbet bør være en systematisk træning i meditation og/eller mindfulness.

- Træning bør suppleres med en opmærksomhed på både de kropslige, de følelsesmæssige og de sociale sammenhænge i forbindelse med overbelastningsreaktioner, og handlingsstrategier til at håndtere sådanne situationer.
- Borger skal få kendskab til konkrete værktøjer der kan afhjælpe stress i hverdagen samt forebygge at stressreaktioner opstår, og som derved kan medvirke til at fremme den mentale sundhed generelt.

Format, omfang og varighed

Det anbefales, at borgeren gradvist, over en periode kan tilegne sig viden om- og færdigheder til mestring af symptomer og udfordringer i hverdagen.

Det anbefales, at forløb organiseres i mindre grupper med self-efficacy som teoretisk grundlag og pædagogisk praksis. Gruppeformatet understøtter, at deltagerne lærer af hinandens erfaringer med at mestre lidelsen eller stress-symptomerne, og oplever at kunne bidrage til at hjælpe andre. Gruppeformatet understøtter desuden netværksdannelse og kan bidrage til at reducere social isolation. Grupperne bør foregå ved fysisk fremmøde, men grupper der arbejder med *angst og depression* kan også gennemføres som online-undervisning.

Det anbefales for forløb om angst og depression, at grupperne mødes en gang om ugen i ca. 7 uger af ca. 2,5 times varighed. Onlineforløbene kan være med mødegange af 1,5 times varighed en gang om ugen i ca. 7 uger, suppleret med materiale, som borgeren arbejder med på egen hånd mellem mødegangene.

Det anbefales for forløb om stress, at grupperne mødes en gang om ugen i 8-9 uger af ca. 2,5 times varighed. Der kan med fordel være hjemmeopgaver mellem mødegangene, der eksempelvis omhandler træning af meditation / mindfulness.

Kompetencer

Det anbefales, at undervisere for angst og depression mestringsforløb har en sundhedsprofessionel baggrund. Undervisere kan også være personer med egen erfaring med at have angst og/eller depression (peers). Der er god dokumentation for, at undervisere med egne sygdoms og symptom erfaringer kan fungere som positive rollemodeller, såfremt de er uddannet i at undervise i indsatsen, samt at underviserens rolle og indsatsens forløb er beskrevet. Positive rollemodeller kan, udover at undervise i indsatsen, bidrage med at skabe håb om bedring for borgere med angst og depression.

Det anbefales, at undervisere for stressforløb har psykologisk uddannelsesbaggrund, og at de er uddannet i at facilitere forløb. Viden om hvordan forløbene faciliteres er en forudsætning for at opnå god gruppedynamik.

Bilag 2: 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 sundhedsreformen²³ 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, kostoplægning og patientuddannelse til borgere med kronisk sygdom som eks. KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdomme og muskel-skelet-lidelser.

Arbejdsgruppens opgaver

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

Formålet med kvalitetsstandarden 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.

²³ [Aftale om sundhedsreform \(sum.dk\)](#)

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.

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 sammensætning

- 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.

HØRINGSUDKAST

Bilag 3: 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 Rudolfsen	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
Mette Odgaard Holck	Kommunernes Landsforening

Anne-Sofie Fischer Petersen	Kommunernes Landsforening
Maj Fjordside	Kommunernes Landsforening
Trine Hjetting	Dansk Sygepleje Selskab
Inger Højvig	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

