

Forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom eller kræft

Kvalitetsstandarder

HØRINGSUDKAST

Forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom eller kræft
Kvalitetsstandarder

© Sundhedsstyrelsen, 2026.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen Islands
Brygge 67
2300 København S

Sprog: Dansk
Version: xx
Versionsdato: x. xxx 2026
Foto: xxx

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
xxx 2026

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	3
1. Introduktion	4
1.1. Formål.....	4
1.2 Fokus i kvalitetsstandarderne	4
1.3 Rammer for patientrettet forebyggelse	5
1.4 Lovgivning	5
1.5 Snitflader og organisering	7
2. Målgruppe	9
2.1. Målgruppeafgrænsning	9
2.2 Henvi sning	9
3. Tilrettelæggelse	10
3.1. Patienten og de patientrettede forebyggelsestilbud	10
3.2. Den afklarende samtale	11
3.3. Sundhedspædagogik og kompetencer i forebyggelsestilbud	13
3.4. Lighed i sundhed.....	14
3.5. Differentiering og fastholdelse	15
3.6. Afslutning af forløb	15
4. Sygdomsmestring	16
4.1. Introduktion til indsatsen	16
4.2. Målgruppe	16
4.3. Indholdselementer	16
4.4. Format, omfang og varighed	17
4.5. Øvrige sygdomsspecifikke hensyn.....	18
4.6. Kompetencer	18
5. Nikotinafvænning	19
5.1. Introduktion til indsatsen	19
5.2. Målgruppe	19
5.3. Indholdselementer	19
5.4. Format, omfang og varighed	20
5.5. Særlige sygdomsspecifikke hensyn	21
5.6. Kompetencer	21
6. Fysisk aktivitet.....	22
6.1. Introduktion til indsatsen	22
6.2. Målgruppe	22
6.3. Indholdselementer	22
6.4. Format, Intensitet, frekvens og varighed	23
6.5. Særlige sygdomsspecifikke hensyn	24
6.6. Kompetencer	25
7. Ernæringsindsats	26
7.1. Introduktion til indsatsen	26
7.2. Målgruppe	26
7.3. Indholdselementer	26
7.4. Format, omfang og varighed	27
7.5. Særlige sygdomsspecifikke hensyn	28
7.6. Kompetencer	29
8. Forebyggende samtale om alkohol	30
8.1. Introduktion til indsatsen	30
8.2. Målgruppe	30
8.3. Indholdselementer	31
8.4. Format, omfang og varighed	32
8.5. Særlige sygdomsspecifikke hensyn	32
8.6. Kompetencer	32
9. Kvalitetsudvikling og forskning	33
9.1. Kvalitetsudvikling af patientrettede forebyggelsestilbud	33
9.2. Forskning	34
Definitioner	36
Referencer	38
Bilag 1	43

1. Introduktion

1.1. Formål

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandards for Forebyggelsestilbud til voksne patienter med kronisk sygdom eller kræft indeholder kvalitetskrav og anbefalinger for de regionale indsatser til patienter¹. Kvalitetsstandarden rummer krav til den afklarende samtale, sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats, forebyggende samtale om alkohol samt monitorering og evaluering af det samlede forebyggelsestilbud.

Formålet med kvalitetsstandarden er, at patienter med kronisk sygdom eller kræft tilbydes indsatser af ensartet og høj kvalitet. Kvalitetsstandarden er målrettet regionerne, som er ansvarlig myndighed, og de kommuner, som har en udførende funktion. Kvalitetsstandarden omhandler den patientrettede forebyggelse, men kommunerne kan bruge kvalitetsstandarden til at understøtte deres arbejde med de borgerrettede forebyggelsestilbud, som de er ansvarlig myndighed for.

Samarbejdet om patienter med kroniske sygdomme eller kræft skal styrkes på tværs af alle aktører i sundhedsvæsenet. Kvalitetsstandarden er derfor også relevante for andre aktører i sundhedsvæsenet såsom almenmedicinske tilbud i planlægningen af det tværsektorielle samarbejde og kommunerne i forbindelse med de borgerrettede forebyggelsestilbud².

Forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom eller kræft skal give patienterne indsigt, redskaber og tro på egne evner for at øge patienternes sundhedskompetence, som over tid kan føre til bedre håndtering af livet med kronisk sygdom eller kræft, fx forbedret helbredsstatus, egenomsorg, ernæringstilstand, funktionsevne og sundhedsadfærd.

1.2 Fokus i kvalitetsstandarden

Kvalitetsstandarden understøtter en differentieret tilgang til patienter, således at flere patienter med behov for patientrettede forebyggelsestilbud kan få gavn af tilbuddene. Derfor beskriver kvalitetsstandarden en differentiering med udgangspunkt i patienternes funktionsevne, ernæringstilstand, motivation, sundhedskompetence, sociale situation samt sygdomstilstand, således at indsatserne målrettes og prioriteres bedst muligt. Digitale tilbud som fx fjernundervisning eller brug af apps bør integreres i forebyggelsestilbuddene. Digitale tilbud kan øge tilgængelighed og fleksibilitet fx for patienter, der har svært ved at transportere sig til patientrettet forebyggelsestilbud eller af anden grund ikke har mulighed for fysisk fremmøde. Samtidig er det vigtigt, at patientens digitale kompetencer afdækkes, så de tilbydes de patienter, der vil have gavn af digitale tilbud.

Endelig skal kvalitetsstandarden understøtte regionernes samarbejde med de almenmedicinske tilbud, praktiserende speciallæger, sygehuse og kommuner. Kvalitetsstandarden understøtter, at de almenmedicinske tilbud, praktiserende speciallæger og sygehuse kan henvise patienter til ensartede forebyggelsestilbud bl.a. via pakkeforløb for kronisk sygdom, og det forventes, at kvalitetsstandarden er centrale i sundhedsrådenes arbejde.

Kvalitetsstandarden skal ses i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens anbefalinger om sundhedsfremme og forebyggelse samt tværsektorielle anbefalinger udarbejdet for kronisk sygdom eller kræft. De nævnte publikationer supplerer denne kvalitetsstandard.

Kvalitetsstandarden omhandler generiske forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom eller kræft. Forebyggelsestilbuddene er i udgangspunktet ikke sygdomsspecifikke. Der kan dog være særlige sygdomsspecifikke forhold, der skal tages højde for i de enkelte tilbud. Særlige sygdomsspecifikke hensyn vil fremgå i de enkelte afsnit med henvisning til relevante retningslinjer mv.

Definitioner af centrale begreber i kvalitetsstandarden og udvalgte referencer for hvert kapitel fremgår af Definitioner og af Referencer bagerst i kvalitetsstandarden.

¹ Forårsaftale 2025 om implementeringen af sundhedsreformen. Regeringen, Danske Regioner og KL.

² Kommunale indsatser for så vidt angår nikotinafvænning og forebyggende samtale om alkohol.

1.3 Rammer for patientrettet forebyggelse

Denne udgivelse er en revision af 'Kvalitetstandarder for Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' fra 2024. Følgende retningsgivende tilføjelser er indarbejdet på baggrund af politiske aftaler:

- Med **aftale om sundhedsreform 2024** har regionerne myndighedsansvar for den patientrettede forebyggelse efter sundhedsloven § 119 stk. 3. Den ændrede ansvarsplacering for den patientrettede forebyggelse skal skabe et bedre grundlag for både kvalitet, faglig og økonomisk bæredygtighed i forebyggelsestilbuddene til mennesker med kronisk sygdom eller kræft. Derudover skal ændringen skabe incitamenter til tidlige, forebyggende indsatser.
- Med **aftale om sundhedsreform 2024** udvikles pakkeforløb for mennesker med KOL, kroniske lænderygmerter, type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom og kompleks multisygdom. Pakkeforløb for mennesker med disse kroniske sygdomme forankres i de almenmedicinske tilbud. Med pakkeforløb introduceres en systematisk henvisning til patientrettet forebyggelse, og de patientrettede forebyggelsestilbud indgår som én af de sundhedsfaglige indsatser i pakkeforløb for patienter med kronisk sygdom. Patienter, der indgår i et pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom, har ret til opstart af relevante patientrettede forebyggelsestilbud inden for 21 kalenderdage³ efter henvisning fra almenmedicinsk tilbud, praktiserende speciallæge eller sygehus.
- Med **aftale om udmøntningen af Kræftplan V** fra 2025 skal livskvaliteten hos kræftpatienter øges. Det skal blandt andet ske ved, at der sikres krav til forberedende indsatser før behandling (præhabilitering), styrkede rehabiliteringstilbud og en klar rollefordeling på senfølgeområdet. Patientrettede forebyggelsestilbud kan for kræftpatienter indgå som en del af de rehabiliterende indsatser, herunder med fokus på præhabilitering og senfølger. Indsatser målrettet præhabilitering og senfølger af moderat karakter varetages i de generiske patientrettede forebyggelsestilbud⁴. For nogle patienter med kræft kan det være nødvendigt med en præhabiliterende indsats før opstart af behandling med henblik på at optimere patientens fysiske, psykiske og ernæringsmæssige tilstand. Formålet er at styrke patientens forudsætninger for at gennemføre behandling, forbedre behandlingsresultater og reducere risikoen for komplikationer. For nogle kræftpatienter kan det også være relevant at blive henvist mere end én gang til patientrettet forebyggelse i forbindelse med et kræftforløb, såfremt behovet herfor opstår igen på et senere tidspunkt. Således kan de generiske patientrettede forebyggelsestilbud være relevante før, under og efter behandling af patienter med kræft.

1.4 Lovgivning

Patientrettede forebyggelsestilbud har snitflade til de borgerrettede forebyggelsestilbud jf. sundhedsloven § 119 stk.2 og genoptræning efter § 140 i kommunerne. Nedenstående beskrivelse af snitfladen skal understøtte klare ansvarsforhold, herunder at der henvises til rette tilbud.

I boksen beskrives patientrettet forebyggelse jf. sundhedsloven § 119 stk. 3.

Patientrettet forebyggelse

Patientrettet forebyggelse efter sundhedsloven § 119 stk. 3 omfatter sundhedsindsatser rettet mod personer med kronisk sygdom eller kræft med det formål at give patienterne indsigt, redskaber og tro på egne evner, som over tid kan føre til bedre håndtering af livet med kronisk sygdom eller kræft, fx forbedret helbredsstatus, egenomsorg og sundhedsadfærd.

Patientrettet forebyggelse omhandler indsatser målrettet patientgrupper med kronisk sygdom eller kræft, der kan have behov for regelmæssig og tilbagevendende kontakt til sundhedsvæsenet. Det gælder fx patienter med en eller flere sygdomme som KOL, type 2-diabetes, kræft, hjerte-kar-sygdom samt knogleskørhed og andre muskel- og skeletlidelser.

Indsatser vedrørende patientrettet forebyggelse kan ud over den afklarende samtale eksempelvis være sygdomsmestring, nikotinafvænnning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats eller forebyggende samtale om alkohol

³ Aftale om tidsfrister for patientrettigheder i kronikerpakker. Regeringen og partier i aftalekredsen. 2026

⁴ I udmøntningsaftalen for Kræftplan V er patientrettede forebyggelsestilbud tiltænkt patienter med mildere senfølger og lettere smerter. I Sundhedsstyrelsens retningslinjer for varetagelsen af senfølgeindsatsen som følger af Kræftplan V benyttes 'moderate senfølger' som betegnelse for de patienter, der skal tilbydes patientrettede forebyggelsestilbud.

I forbindelse med patientrettede forebyggelsestilbud skal der ved henvisning tages afsæt i den diagnosticerede kroniske sygdom eller kræftsygdom. Det betyder, at forebyggelsestilbud, der ikke er direkte relateret til en given diagnose, vil blive betragtet som borgerrettet forebyggelse dog med undtagelse af kroniske lænderygs smerter. Kroniske lænderygsmerter udgør ikke i sig selv en diagnose, men patienter henvist fra almenmedicinsk tilbud som led i et pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygsmerter skal tilbydes patientrettet forebyggelse.

Patientrettede forebyggelsestilbud udmøntes efter sundhedsloven § 119 stk. 3, hvorimod genoptræningstilbud udmøntes efter sundhedsloven § 140. Formålet med de to paragraffer er forskelligt, hvilket uddybes i boksen.

Patientrettet forebyggelse efter sundhedsloven § 119, stk. 3

Patientrettet forebyggelse har til formål at understøtte funktionsevne, mestring og livskvalitet hos patienter med kronisk sygdom eller kræft eller nedsat funktionsevne. Forløbet indledes typisk med en afklarende samtale, hvor patientens situation, behov og motivation afdækkes, og relevante indsatser planlægges.

Genoptræning efter sundhedsloven § 140

Genoptræning har til formål at hjælpe patienter med at genvinde tabt funktionsevne efter sygehusbehandling. Henvisning sker via en genoptræningsplan, som udarbejdes på sygehuset som led i udskrivelsen. Kommunen har pligt til at tilbyde opstart af genoptræning inden for syv dage efter udskrivelse. Patienter kan desuden have ret til befording og tolkebistand i forbindelse med genoptræningsforløbet.

Som en del af Kræftplan V skal den præhabiliterende indsats for kræftpatienter styrkes, så der skabes en mere ensartet kvalitet og adgang til præhabiliterende tilbud. Det skal ske med afsæt i de generiske patientrettede forebyggelsestilbud. Tilbud om præhabilitering skal tilrettelægges under hensyntagen til reglerne om maksimale ventetider for behandling af kræft, jf. sundhedsloven § 88, og bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme, jf. sundhedsloven § 2. Præhabilitering til patienter med kræft beskrives i boksen.

Præhabilitering til patienter med kræft

Præhabilitering har til formål at forbedre patientens helbredstilstand i perioden forud for en planlagt kræftbehandling med henblik på at forbedre behandlingsresultatet samt styrke patienters fysiske og mentale tilstand forud for behandlingsstart og hjælpe patienten med at komme sig hurtigere.

Præhabilitering iværksættes så tidligt som muligt i forløbet og under hensyntagen til gældende lovgivning. Behovet for og tilrettelæggelsen af præhabilitering kan afhænge af kræftsygdommen og den planlagte behandling og vil derfor være nærmere beskrevet i sygdomsspecifikke retningslinjer.

Den præhabiliterende indsats kan eksempelvis være træning, der styrker musklerne, ernæringsindsatser, rygestop samt støtte til at forberede sig mentalt.

Kommunerne har med sundhedsloven fortsat ansvaret for at skabe sundhedsfremmende rammer for alle borgere, herunder at tilbyde forebyggelsesindsatser til borgere i risiko for at udvikle kronisk sygdom samt borgere med symptomer på kronisk sygdom.

Borgerrettet forebyggelse beskrives i boksen.

Borgerrettet forebyggelse

Borgerrettet forebyggelse efter sundhedsloven § 119 stk. 1 og 2 omfatter både strukturelle indsatser, der har til formål at skabe sunde rammer for borgernes liv, og individrettede indsatser til borgere, der har brug for særlig støtte til at leve sundere, fx borgere der er i risiko for eller har symptomer på kronisk sygdom eller kræft.

Borgerrettet forebyggelse omhandler strukturelle tiltag overfor alle borgere i kommunen og individuelle indsatser til borgere, der fx ønsker rygestop eller støtte til ændring af motions-, mad- og måltids-, fysisk aktivitets- og alkoholvaner eller har behov for indsatser vedrørende mental mistrivsel.

Den borgerrettede forebyggelse foregår dels ved, at man inden for alle fagområder i kommunens institutioner arbejder sundhedsfremmende, dels ved at tilbyde indsatser, der vejleder og motiverer borgerne enkeltvis eller i mindre grupper til at træffe og fastholde sunde valg i hverdagen og ved at arbejde med mental trivsel og fællesskaber. Tilbuddene kan etableres i kommunen, tværkommunalt eller i samarbejde med aktører fra civil- og lokalsamfundet.

Det er et krav, at kommunerne tilbyder nikotinafvænning og forebyggende samtale om alkohol til borgere med motivation for at ændre deres forbrug, også hvor der ikke er tale om samtidig risiko for kronisk sygdom eller kræft. I forbindelse med nikotinafvænning og forebyggende samtale om alkohol skal borgere selv kunne henvende sig eller henvises fra relevante kommunale forvaltningsområder, herunder social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet. I disse tilfælde er der ikke behov for en lægefaglig vurdering for at kunne afgøre, om borgeren kan have gavn af indsatserne.

Borgere skal selv kunne henvende sig til nikotinafvænning og forebyggende samtale om alkohol, eller de kan henvises fra relevante kommunale forvaltningsområder, herunder social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet. I disse tilfælde er der ikke behov for en lægefaglig vurdering for at kunne afgøre, om borgeren kan have gavn af indsatserne.

Det anbefales, at kommunen stiller indsatser om sygdomsmestring, fysisk aktivitet og ernæringsindsats til rådighed for borgere, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne, ernæringstilstand og helbredsforhold er i risiko for at udvikle en kronisk sygdom eller kræft, og derfor kan have gavn af et forebyggelsestilbud. Jo tidligere borgeren kommer i gang med fx fysisk aktivitet, ernæringsindsats eller nikotinafvænning, desto større chance er der for at udskyde sygdommen.

1.5 Snitflader og organisering

Typer af indsatser inden for borgerrettet og patientrettet forebyggelse kan i mange tilfælde være sammenfaldende. Forskellen ligger ikke nødvendigvis i selve indsatsen men i formålet og henvisningsgrundlaget: Patientrettet forebyggelse gives som led i behandling af kronisk sygdom eller kræft, mens borgerrettet forebyggelse har til formål at forebygge, at sygdom opstår. Kronisk sygdom forstås her som en tilstand med et langvarigt forløb, eller som er konstant tilbagevendende.

Geografisk nærhed og tilgængelighed, herunder digitale tilbud, er centralt for at mindske barrierer for deltagelse og skabe sammenhæng til lokale og civilsamfundsbasebaserede tilbud. Med mindre der er hensyn til faglig og organisatorisk bæredygtighed, der tilsiger andet, skal patientrettede forebyggelsestilbud være tilgængelige i alle kommuner⁵.

Kommunerne har over årene etableret faglige miljøer omkring forebyggelsestilbud i borgernes nærmiljø, som kommunerne skal sørge for fortsat at understøtte som en del af den borgerrettede forebyggelse. Regionerne kan med fordel understøtte og gøre brug af kommunernes opbyggede kompetencer og erfaringer med forebyggelsestilbud i planlægningen og videreførelsen af de patientrettede forebyggelsestilbud. Sundhedsrådene vil på regionsrådets vegne kunne vælge at indgå horisontale samarbejdsaftaler med kommunerne om driften af hele eller dele af den patientrettede forebyggelse. Regionen beholder myndigheds- og finansieringsansvaret. De horisontale samarbejdsaftaler skal understøtte, at der er faglig og økonomisk bæredygtighed i tilbuddene til patienterne, og understøtte de fælles målsætninger med samarbejdet ved at sikre sammenhæng og glidende overgange mellem de involverede indsatser.

⁵ Forårsaftale 2025 om implementeringen af sundhedsreformen. Regeringen, Danske Regioner og KL.

For at sikre bæredygtige og tilgængelige tilbud kan der med fordel samarbejdes med civilsamfundet om den patientrettede forebyggelse for at få patienter til at fortsætte aktiviteter i eksisterende lokalt organiserede fællesskaber. Civilsamfundet omfatter i denne sammenhæng både formelle organisationer, som foreninger, frivillige organisationer, patientforeninger og private virksomheder, og mere uformelle lokale fællesskaber og andre selvorganiserede grupper. Aktiviteterne kan fx være madlavnings- og spisefællesskaber, madlavningskurser, gå-klubber og træningsfællesskaber og aktiviteter i foreningslivet, der både tilbyder motion, støtte og samvær, samt fællesskaber med fokus på kreativitet.

HØRINGSUDKAST

2. Målgruppe

2.1. Målgruppeafgrænsning

Målgruppen for patientrettede forebyggelsestilbud er voksne patienter (18 år og derover) med kronisk sygdom eller kræft. Kronisk sygdom defineres som en tilstand, der har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende. Det betyder eksempelvis sygdomme som KOL, type 2-diabetes, kræft, hjerte-kar-sygdom samt knogleskørhed og andre muskel- og skeletlidelser.

Patienter med kronisk sygdom eller kræft er en heterogen gruppe med forskelligartede behov. Derfor målrettes forebyggelsestilbuddene patienternes individuelle behov med udgangspunkt i patienternes funktionsevne, ernæringstilstand, motivation, sundhedskompetence og sociale situation samt sygdomstilstand (se afsnit 3.5).

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

2.2 Henvisning

Henvisning til patientrettet forebyggelse kan ske fra både almenmedicinske tilbud, praktiserende speciallæger og sygehuse. Patienten kan også selv henvende sig eller henvises til en afklarende samtale fra kommunale forvaltningsområder, som fx jobcenteret, socialområdet og sundhedsområdet.

Med indførelsen af pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom indføres en systematisk henvisning fra almenmedicinske tilbud til patientrettet forebyggelse for relevante målgrupper. Henvisningen implementeres gradvist i tråd med implementeringen af pakkeforløb. For patienter, der ikke er omfattet af pakkeforløb, er patientrettet forebyggelse et selvstændigt tilbud. Det er muligt at blive henvist flere gange i løbet af sygdomsforløbet, ligesom det er muligt at blive henvist til flere forløb ad gangen.

Baseret på en sundhedsfaglig vurdering skal almenmedicinske tilbud, praktiserende speciallæger og sygehuse henvise patienter i målgruppen til en afklarende samtale (se afsnit 3.2). I henvisningen skal fremgå, på hvilken baggrund henvisningen sker. Den elektroniske henvisning skal anvendes efter gældende national standard⁶.

Regionerne skal stille information om patientrettet forebyggelsestilbud til rådighed, således at almenmedicinske tilbud lokalt kan henvise til patientrettede forebyggelsestilbud via 'Den fælles offentlige sundhedsportal', www.sundhed.dk.

Regionen skal efter modtagelse af henvisning gennemføre en afklarende samtale, og baseret på individuel vurdering opstartes passende patientrettede forebyggelsestilbud, når det er relevant. Patienter, der indgår i et pakkeforløb, har ret til opstart i relevante patientrettede forebyggelsestilbud indenfor 21 kalenderdage efter henvisning fra almenmedicinsk tilbud, praktiserende speciallæge eller sygehus. For kræftpatienter med behov for præhabilitering skal henvisning og opstart af relevante indsatser ske så tidligt som muligt og koordineres med det planlagte behandlingsforløb. Præhabiliteringen skal tilrettelægges under hensyntagen til gældende regler om maksimale ventetider for behandling af kræft.

Henvissende part (almenmedicinske tilbud, praktiserende speciallæge eller sygehus) skal modtage en tilbagemelding om, hvilke indsatser den henviste patient har fået tilbudt eller gennemført samt om effekt eller evaluering af indsatsen, herunder om indsatsen har opnået de aftalte mål (se afsnit 9.1).

Tilbagemeldingen kræver samtykke fra patienten. Patienter, der indgår i pakkeforløb for kronisk sygdom, får en elektronisk individuel behandlingsplan, hvor relevante data kan deles med patienten og mellem aktører i sundhedsvæsenet.

⁶ MedCom henvisningsstandard XREF15 og afslutningsnotat XDIS15 er målrettet kommunikation til og fra forebyggelsestilbud. Standarderne bruges af almenmedicinske tilbud, regionale forebyggelsestilbud og regionernes sygehuse.

3. Tilrettelæggelse

3.1. Patienten og de patientrettede forebyggelsestilbud

Patientrettede forebyggelsestilbud er selvstændige indsatser, der kan tilbydes patienter med kronisk sygdom samt patienter med kræft, og kan indgå i en bredere rehabiliteringsindsats (se Figur 1). For nogle patienter indgår tilbuddene som en del af et pakkeforløb. For patienter med kræft skal de generiske patientrettede forebyggelsestilbud desuden indgå i en præhabiliterende indsats forud for behandling, såfremt det er relevant. En præhabiliterende indsats kan desuden være tilgængelig på sygehuset. For nogle patienter med kræft kan det være relevant at blive henvist mere end én gang til patientrettet forebyggelse i forbindelse med et kræftforløb, såfremt behovet opstår igen på et senere tidspunkt⁷.

Et sammenhængende forløb for patienterne forudsætter koordinering på tværs af involverede aktører både i de tilfælde, hvor der er parallelle rehabiliteringsindsatser, og for patienter, der sideløbende med forebyggelsesindsatser har kontakt til det almenmedicinske tilbud, praktiserende speciallæge, sygehus eller kommune. Desuden skal relevante data deles mellem de involverede aktører. For patienter, der indgår i pakkeforløb, skal relevante data deles i den elektroniske individuelle behandlingsplan.

De patientrettede forebyggelsestilbud skal tilrettelægges, så de understøtter patienternes deltagelse og gennemførelse. Det anbefales, at der arbejdes med organisatorisk sundhedskompetence for at øge tilgængeligheden for alle patienter⁸. Patienter, der har størst behov for støtte, identificeres i den afklarende samtale ved at afdække patienternes sundhedskompetence, sygdomskompleksitet og eventuelle sårbare position.

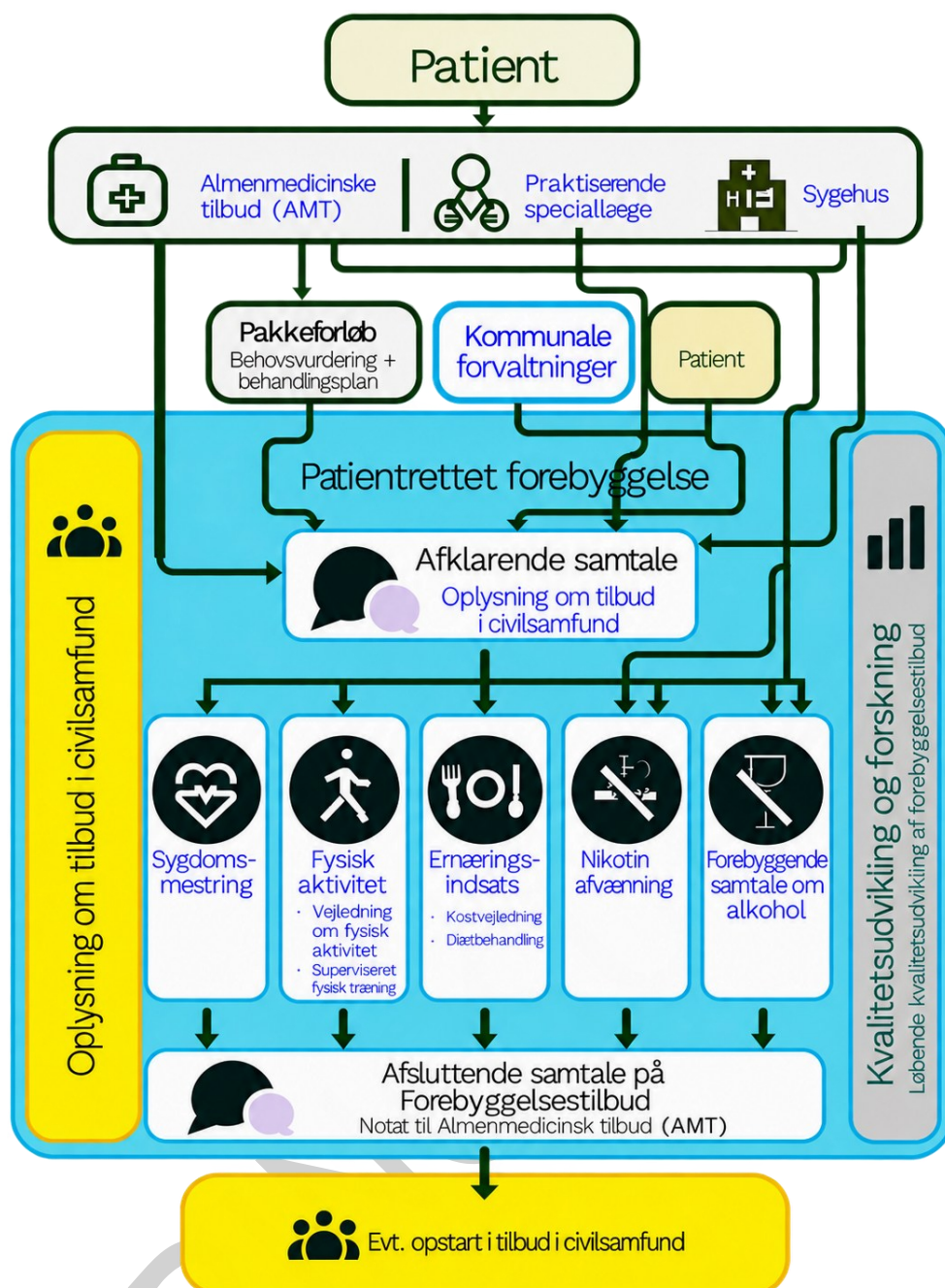
De patientrettede forebyggelsestilbud er som udgangspunkt generiske og kan anvendes til en bred målgruppe af patienter med kronisk sygdom eller kræft. Den brede målgruppe giver regionerne mulighed for at oprette gruppeforløb, når der kun er få patienter med samme sygdom, der har behov for indsatsen, da patienter med forskellige sygdomme kan deltage i den samme indsats. Nogle indsatsbeskrivelser indeholder sygdomsspecifikke elementer, og disse indsatser tilpasses derfor patienternes individuelle sygdomme. Der hvor der er tilstrækkelig volumen af patienter med samme sygdom, kan der oprettes sygdomsspecifikke gruppeforløb. For nogle målgrupper, fx særligt yngre i den erhvervsaktive alder og andre, der ikke har mulighed for fysisk fremmøde, bør tilbuddene være tilgængelige udenfor normal arbejdstid, fx digitalt som fjernundervisning. Regionerne kan desuden tilkøbe forløb hos eksterne leverandører for at løse eventuelle kapacitetsudfordringer. Regionerne har ansvaret for, at tilkøbte forløb følger kvalitetsstandarderne.

En del patienter har behov for flere parallelle indsatser (se Figur 1). Det betyder, at de forskellige indsatser til en patient skal overvejes og tilrettelægges i sammenhæng for at tilgodese patienter med sammensatte problemstillinger, som fx multisygdom. Herudover kan der være patienter med kræft, som kan have behov for patientrettede forebyggelsestilbud som præhabiliterende indsats forud for behandling, og hvor det vil være nødvendigt at koordinere den præhabiliterende indsats med det planlagte behandlingsforløb.

Figur 1 viser patienternes forløb i de patientrettede forebyggelsestilbud, herunder henvisningsveje med de primære aktører, kobling til pakkeforløb for patienter med kronisk sygdom, indsatser i forebyggelsestilbud og opmærksomhed på civilsamfundets mulige rolle.

⁷ Udmøntningsaftale for Kræftplan V (2026 og frem). 2025.

⁸ Sundhedsstyrelsen. OS - Et redskab til organisatorisk sundhedskompetence. 2025.



Figur 1 Patienternes forløb i de patientrettede forebyggelsestilbud

3.2. Den afklarende samtale

Det er et krav, at regionen tilbyder en afklarende samtale til patienter med kronisk sygdom eller kræft, som er henvist fra almenmedicinsk tilbud, praktiserende speciallæger og sygehuse. Dette gælder både for patienter i et pakkeforløb og for patienter som ikke indgår i et pakkeforløb.

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

Den afklarende samtale danner grundlaget for planlægningen af den enkelte patients forløb. Formålet er gennem dialog at skabe en fælles forståelse af, hvad der er vigtigt for patienten, hvilke mål patienten har

med deltagelse i indsatserne, og hvad der motiverer patienten, og hvorvidt patienten har behov for ekstra støtte til at deltage i indsatserne.

Det er den sundhedsfaglige vurdering af funktionsevne, sundhedskompetence og helbredstilstand i den afklarende samtale, der danner grundlag for, hvilke indsatser patienten tilbydes, og hvordan de tilrettelægges (se afsnit 3.5). Ud fra en samlet vurdering af patientens sundhedskompetence, sygdomskompleksitet og eventuelle sårbare position aftales det med patienten, hvilken mulig støtte og proaktivitet i det konkrete forebyggelsestilbud patienten kan have behov for, herunder om det eventuelt er hensigtsmæssigt med et digitalt forløb i stedet for fysisk fremmøde. Formålet er at øge andelen af patienter, der gennemfører de planlagte indsatser, ved at identificere de patienter, der har størst behov for støtte til at følge tilbuddet.

Patienter, som er tilknyttet pakkeforløb, er allerede blevet vurderet i forhold til sundhedskompetence, sygdomskompleksitet og eventuel sårbar position. Differentieringen i det almen medicinske tilbud handler om at vurdere patientens behov for støtte og proaktiv opfølgning. Den afklarende samtale i den patientrettede forebyggelse er ofte en bredere afdækning i forhold til indsatser og tilrettelæggelse. Patienterne, der henvises fra pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom, skal derfor vurderes igen i forbindelse med den afklarende samtale.

For patienter med kræft kan behovet for og rammerne for præhabilitering være fastlagt på sygehuset som led i planlægningen af kræftbehandlingen. Den afklarende samtale skal i disse tilfælde tage udgangspunkt heri og anvendes til at konkretisere og tilrettelægge indsatsen sammen med patienten. Samtalen må ikke forsinke opstart af præhabilitering.

Samtalen skal balanceres således, at den tager udgangspunkt i den enkelte patients ønsker og udfordringer samtidig med at patientens behov afdækkes. Samtalens form og indhold skal tilgodes patientens sundhedskompetence, sociale relationer og livsvilkår samt fysiske og psykiske ressourcer. Den afklarende samtale tilrettelægges med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale'. Samtalen gennemføres med en ikke-dømmende tilgang og i et ikke-stigmatiserende sprog,

Det er et krav at PRO-skema anvendes som redskab i den afklarende samtale⁹ til de målgrupper, hvor der foreligger nationale PRO-skema, der er udviklet, testet og evalueret til formålet. Anvendelsen udvides i takt med, at nationale PRO-skemaer til de øvrige relevante målgrupper udvikles, testes og evalueres. PRO-skemaer kan, udover at klæde den sundhedsprofessionelle på før mødet med patienten, give mulighed for refleksion hos patienten om egen sygdom og mestring af livet med sygdom før den afklarende samtale. Den afklarende samtale skal komme grundigt omkring fire gensidigt overlappende områder:

1. *Funktionsevne*
Afklarer af, hvilke barrierer der er særligt relevante for patienten, og hvilke ressourcer eller udfordringer den enkelte patient kan have i forhold til aktivitet og deltagelse i hverdagslivet samt sundhedskompetence.
2. *Hverdagsliv*
Beskrive og skabe gensidig forståelse af patientens sundhedskompetence, hverdagsliv, arbejdssituation, sociale netværk, vaner, værdier og prioriteringer, som er relevante i relation til patientens ønsker og sygdom. Der skal allerede her tales om, hvordan patienten fastholder forandringer i hverdagslivet efter endt forløb.
3. *Risikofaktorer*
Afdækning af risikofaktorer som rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, usunde kostvaner og psykiske helbredsproblematikker, herunder særligt de risikofaktorer, der direkte forværrer en konkret sygdom og/eller forringer effekten af behandling/rehabilitering, herunder ernæringstilstand. Viden om samspil mellem risikofaktorer inddrages i dialogen om, hvilke indsatser der skal prioriteres. Der er fx mange interaktioner mellem alkohol og nikotin, som gør det hensigtsmæssigt at drøfte forandringer på begge områder ved et samtidigt forbrug.
4. *Sygdomssituation*
Afdækning af den enkelte sygdoms specifikke karakter, komorbiditet og psykiske følger, den forventede sygdomsudvikling samt det eventuelle fremtidige behandlingsforløb og palliative indsatser, herunder en dialog om patientens egen viden og sygdomsforståelse, håndtering af sygdommen, behandlingsforløb samt støttende relationer i forbindelse med sygdommen.

⁹ I den nationale PRO-spørgeskemabank ([Spørgeskemabank - Sundhedsdatastyrelsen](#)) findes en lang række nationale PRO-skemaer målrettet mennesker med kronisk sygdom. Samtidig er der udviklet to generiske PRO-skemaer til henholdsvis Sundhedsvaner, fx KRAM faktorerne (Moduler om sundhedsvaner - MOS), og livskvalitet (Moduler om Livskvalitet - MOL).

Samtalen afsluttes med, at den sundhedsprofessionelle og patienten i fællesskab opstiller mål og udarbejder en konkret og realistisk plan for hvordan målene kan opnås. Planen kan fx omfatte deltagelse i relevante indsatser med fysisk fremmøde, digitale tilbud, fx som fjernundervisning eller brug af apps¹⁰, aktiviteter i privat- eller foreningsregi eller overgang til egen træning. Allerede i den afklarende samtale skal det indtænkes, hvordan patienten kan fortsætte forandringen, fx ved brobygning over til foreningsliv og aktiviteter i af regi af civil- og lokalsamfund, og hvilke personer i netværket, der vil være relevante at inddrage. Planen følges op ved afslutning af forløb.

Den afklarende samtale kan struktureres med inspiration fra følgende:

- Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale. Sundhedsstyrelsen, 2019.
- Erfaringsopsamling: Værktøjer og metoder til behovsvurdering. Steno Diabetes Center Copenhagen, 2018.
- CHAT, et redskab til dialog om sundhedskompetence. Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, 2019.
- Tilstande i Fælles Sprog III under funktionsområdet Sundhedsfremme og forebyggelse.
- PRO (patient rapporterede oplysninger) et redskab til behovsafdækning og borgerinddragelse og forberedelse, i forbindelse med den afklarende og efterfølgende samtale. Der er udviklet en række nationale PRO-skemaer for sygdommene diabetes, hjertesvigt, hjerterehabilitering, knæ- og hofteartrose, gigt, KOL, kronisk smerte mv. Derudover udvikles PRO-skemaet målrettet patientrettet forebyggelse til mennesker med diagnosen kræft. Skemaet forventes færdigt medio 2027.
- Erfaringsopsamling fra REHPA. REHPA. *(Forventes offentliggjort 2026)*.

3.3. Sundhedspædagogik og kompetencer i forebyggelsestilbud

Sundhedspædagogik er central i forebyggelsestilbud og er et tværgående element, der skal indgå i både den afklarende samtale og i de enkelte indsatser om sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol.

En grundforudsætning i arbejdet med forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom eller kræft er en forståelse af, at det er en samarbejdsproces mellem patienten, pårørende, sundhedsprofessionelle, civilsamfund og andre relevante parter. Patienten er ekspert i sit eget liv og forebyggelsestilbuddene skal altid tage udgangspunkt i patientens motivation, ønsker og mål for hverdagslivet.

Patienterne kan have forskellig indsigt i sygdomssituationen og kan være forskellige steder i erkendelsesprocessen i det at leve med en sygdom. Det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle i samarbejdet med patienten understøtter patientens viden om og forståelse af sygdommen med henblik på at give indsigt i betydningen af egne handlinger, muligheder for forandring og tilgængelig støtte.

At understøtte patientens forandringsprocesser forudsætter, at den sundhedsprofessionelle har viden om og kompetencer til at kunne facilitere forløb, der bygger på følgende sundhedspædagogiske **kernebegreber**:

- Deltagelse og involvering
- Motivation
- Handlekompetence og sundhedskompetence
- Viden og indsigt
- Et bredt og positivt sundhedsbegreb
- Sundhed i et setting-perspektiv¹¹.

¹⁰ Digitale løsninger skal bruges dér, hvor de kan gøre sundhedsvæsenet nemmere, mere sammenhængende og bedre for både patienter og sundhedspersonale. Fagligt oplæg til national sundhedsplan. Sundhedsstyrelsen. 2026.

¹¹ Et setting-perspektiv vil sige, at støtten til patienten skal ske med udgangspunkt i forståelse og hensyn til det hverdagsliv, patienten lever, de omgivelser vedkommende er en del af, og de relationer vedkommende har.

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

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

Det er et krav, at personer, der udfører den afklarende samtale, skal være sundhedsprofessionelle med relevante kompetencer¹² samt have viden og kendskab til følgende:

- Hvad det vil sige at få en kronisk sygdom eller kræft, både i forhold til det biologiske sygdomsforløb, patientens sygdomsforståelse, håndtering af behandlingen og eksistentielle forhold.
- Basal sygdomsfaglig viden om de hyppigst forekommende kroniske sygdomme og kræftsygdomme, så patientens sygdomssituation, forløb og behov for forebyggende indsatser kan vurderes og håndteres kvalificeret.
- 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 patientens behov og motivation.
- Afklaring af patientens sundhedskompetence i forhold til det videre forløb med forebyggelsestilbud, herunder digitale kompetencer for at afklare muligheden for at patienten kan indgå i digitale tilbud.
- Viden om præhabilitering i forbindelse med kræftbehandling.
- Viden om tilgængelige tilbud og koordineringsmuligheder med relevante sygehusafdelinger.

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

3.4. Lighed i sundhed

Der er systematiske forskelle i, hvem der deltager i patientrettet forebyggelse. Patienter med nedsat sundhedskompetence eller sårbarhed deltager sjældnere og falder oftere fra. Regioner bør derfor i samarbejde med kommuner, sygehuse og almenmedicinske tilbud understøtte, at alle patienter får mulighed for at deltage og gennemføre relevante forebyggelsestilbud uanset deres forudsætninger. Der bør være særlig opmærksomhed på patienter med nedsat sundhedskompetence.

Det anbefales derfor, at aktører involveret i den patientrettede forebyggelse arbejder med organisatorisk sundhedskompetence (se afsnit 3.2) for at øge deltagelsen i tilbud og gennemførelsen. Afsættet for at arbejde med organisatorisk sundhedskompetence kan blandt andet være en populationsbaseret tilgang, hvor forebyggelsestilbud planlægges og tilrettelægges med afsæt i behovene hos den samlede målgruppe, herunder de patienter, som ikke benytter tilbuddene. Det kan bidrage til, at patienter som kan have vanskeligt ved at benytte sig af tilbuddene, får bedre mulighed for at deltage i og gennemføre de relevante forebyggelsesindsatser.

I forlængelse heraf er det relevant, at regioner og kommuner i regi af sundhedsrådet løbende følger hvilke grupper af patienter, der deltager i tilbuddene, og hvilke grupper, der ikke gør. Dette kan synliggøre systematiske forskelle i adgang, deltagelse og fastholdelse og skabe grundlag for målrettet tilpasning af tilbuddene. Systematiske forskelle kan fx være relateret til tilgængelighed, kommunikation, sammenhæng i forløb eller oplevelse af tilbuddenes relevans.

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

3.5. Differentiering og fastholdelse

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

Forebyggelsestilbuddene kan eksempelvis tilbydes i form af fysisk fremmøde, digitale tilbud, fx som fjernundervisning eller brug af apps, aktiviteter i privat- eller foreningsregi eller som vejledning og undervisning afhængigt af patienternes behov, ressourcer og sundhedskompetencer.

For at forandre både fastholdelse samt lighed i sundhed kan regionerne i samarbejde med kommunerne med fordel sammentænke patientrettede forebyggelsestilbud med kommunale sociale indsatser. Et eksempel kunne være den boligsociale indsats, hvor fx almenyttige boligområder kan være en arena for fremskudte indsatser i samarbejde med kommunale social- og beskæftigelsesindsatser og boligforeningernes egne civilsamfundsindsatser i samarbejde med fx Landsbyggefonden.

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

Indsatserne tilrettelægges med fokus på at understøtte deltagelse og fastholdelse af patienter med størst behov, herunder patienter, hvor sygdommen påvirker funktionsevnen, eller hvor fx begrænset sociale netværk eller nedsat sundhedskompetence gør det vanskeligere at håndtere livet med kronisk sygdom eller kræft. Det kan blandt andet indebære, at tilbuddene placeres geografisk tæt på patienter med de største behov.

Hvis patienter, der er tilknyttet pakkeforløb for kronisk sygdom, udebliver fra aftaler, skal den sundhedsprofessionelle i forebyggelsestilbuddets indsats give en tilbagemelding til det almenmedicinske tilbud. Det almenmedicinske tilbud følger op blandt de patienter, der vurderes at kunne have gavn af en proaktiv opfølgning, for at afsøge årsagen til udeblivelsen. Patienter, som frafalder en indsats, kan kontaktes med henblik på dialog om årsager til frafald og information om muligheder for at få fornyet hjælp.

3.6. Afslutning af forløb

Det er et krav, at det enkelte forløb evalueres med afsæt i planen fra den afklarende samtale. Der skal sendes status til almenmedicinsk tilbud med samtykke fra patienten. Status skal på sigt inkludere relevante adfærdsmæssige ændringer opnået som følge af indsatsen, så der kan følges op på behov for fortsat motivation, understøttelse og eventuel fornyet indsats (se afsnit 9.1). Patienten skal informeres om, at der kan rettes henvendelse til almenmedicinsk tilbud ved senere opståede behov. Det betyder, at patienter kan henvises til patientrettede forebyggelsestilbud mere end én gang, hvis patienten ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af dette.

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

Det er et krav, at de patientrettede forebyggelsestilbud, eventuelt i regi af sundhedsrådene, har et tæt og løbende samarbejde med relevante civil- og lokalsamfundsorganisationer og foreninger, således at disse understøttes med blandt andet viden om og kompetencer til at gøre deres aktiviteter attraktive for patienter, som bliver afsluttet fra regionale forebyggelsestilbud.

4. Sygdomsmestring

4.1. Introduktion til indsatsen

Indsatsen omkring sygdomsmestring har til formål at styrke patienternes egenomsorg og dermed forbedre helbredsstatus og livskvalitet og gøre patienterne i stand til på bedst mulig måde, at leve livet med kronisk sygdom eller kræft.

Sygdomsmestring er en struktureret sundhedspædagogisk indsats, der skal støtte patienterne i forståelsen af livet med kronisk sygdom eller kræft, herunder egen rolle i sygdomshåndtering og/eller behandling. Der er tale om en kontinuerlig proces, der kan være integreret i den øvrige forebyggelsesindsats, som foregår i et aktivt samspil mellem patient, sundhedsprofessionelle og eventuelt med inddragelse af pårørende.

Mestringsstrategier betegner de strategier og fremgangsmåder, som en person anvender til at håndtere sygdom og de udfordringer, der opstår som følge af sygdommen. Det kan fx være nye, svære eller måske ubehagelige situationer samt ændret fysisk, psykisk eller kognitiv funktion og de følelser og mulige ændrede livsvilkår, der kommer deraf.

4.2. Målgruppe

Det er et krav, at regionerne tilbyder sygdomsmestring til patienter med kronisk sygdom eller kræft, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af motivation, sundhedskompetence, sociale situation og helbredstilstand kan have gavn af indsatsen.

4.3. Indholdselementer

I tilrettelæggelsen skal indsatsen tilpasses patientens behov, viden, erfaringer, udfordringer og ressourcer. Det forsøges så vidt muligt at tage højde for, at nogle grupper af patienter kan have behov for særlige hensyn eller indsatser, fx relateret til alder, etnicitet, sundhedskompetence, multisygdom, kræftsygdom, psykiske udfordringer eller andre barrierer, for at deltage i planlagte aktiviteter. Patienterne skal til tider opfordres flere gange til at gøre brug af et tilbud, og det er vigtigt at personalet omkring patienten har et vedvarende fokus på det, eksempelvis almenmedicinske tilbud i forbindelse med patienter knyttet til et pakkeforløb.

Patienten inddrages i håndteringen af sin sygdom med henblik på at øge patientens egenomsorg, motivation, tro på egne evner og ressourcer samt evnen til at mestre sygdommen og følger af sygdom og behandling. Herunder understøttes patienten i at opnå indsigt og kompetencer til at sætte egne mål og træffe valg om, hvilke resultater der ønskes opnået. Der udarbejdes en plan for, hvad patienten ønsker at opnå, med mål og delmål aftalt med patienten. Der bør desuden være opmærksomhed på patienter med mere end én kronisk sygdom eller kræft, og hvordan indsatserne tilrettelægges.

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

- **Sygdomskendskab:** Gennemgang og drøftelse af sygdom, dens risikofaktorer og sygdomsudviklingen samt eventuelt smerteforståelse. Der kan derfor være behov for at tage afsæt i sygdomsspecifikke elementer. Det er særlig vigtigt at sikre sig, at patienterne har en sygdomserkendelse.

Sygdomsforværring: Gennemgang af tegn på forværring, udsving i sygdomsintensitet samt forebyggelse og tidlig behandling af forværring og udsving. Dialog om, hvordan patienten selv, og eventuelt i samarbejde med andre, er opmærksom på sin tilstand ud fra symptomer, 'triggere', iagttagelser eller relevante målinger samt relevante reaktioner på ændringer i tilstanden.

- **Betydningen af andre forebyggende indsatser:** Betydningen af søvn, alkoholindtag,

nikotinafhængighed, fysisk aktivitet og træning, den rette ernæring og vægt, herunder forebyggelse af uplanlagt vægttab eller vægtstigning.

- **Mental sundhed:** Håndtering af symptomer som fx nedtrykhed, irritation, træthed, uro, panik, isolation og eksistentielle udfordringer. Viden om normale psykiske reaktioner. Viden om symptomer på behandlingskrævende tilstande som angst og depression. Viden om, hvordan man kan få hjælp til behandling af psykiske udfordringer, hvis man får brug for det. Træning i afspændingsteknikker, fx vejtrækning og kognitive teknikker, som fx redskaber til håndtering af u hensigtsmæssige tanker. Gennemgang af mulige psykosociale støttemuligheder og de hjælpemuligheder, der kan komme på tale, herunder facilitering af kontakt til relevante netværkstilbud, også i regi af patientforeninger mv. Fokus på, at patienterne ikke selv er med til at indskrænke deres handlerum og muligheder, eksempelvis fordi de er bange for at komme ud af eget hjem.
- **Sociale forhold:** Dialog om betydningen af at starte/fastholde uddannelse og job samt bevare/komme i gang med fritidsaktiviteter i civilsamfundet. Samarbejde med andre myndigheds personer 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, psykiske og sociale aktiviteter og udfordringer. Fokus på, om patienterne har fuld sygdomserkendelse. Håndtering af eventuel risiko for fald, eventuelle smerter, fatigue, åndenød og andre symptomer. Gennemgang af teknikker til at klare sig i hverdagen trods funktionsnedsættelse, herunder energibesparende metoder og vejledning om muligheder for hjælpemidler. Drøftelse af patientens egne erfaringer og visioner for fremtiden, herunder om familieliv, samliv, seksuel sundhed og trivsel.
- **Pårørende:** Betydningen af at være pårørende med svære følelser og tanker. Nærmeste pårørende kan på patientens præmisser medinddrages i undervisningen om støtte og mestring i hverdagen som pårørende. Deling af erfaringer med andre pårørende. Viden om og træning i redskaber til at passe på sig selv og forebygge stress, angst og depression, samt hvor man kan få hjælp, hvis pårørende udvikler stress, angst og depression.

4.4. Format, omfang og varighed

Det anbefales, at patienten som en del af forløbet tilbydes sygdomsspecifik støtte og vejledning. Regionen kan tilrettelægge indsatsen gennem gruppebaserede, individuelle eller digitale tilbud afhængigt af patientens behov og lokale forhold. Undervisning i mindre grupper anbefales, hvor det er relevant, da deltagerne kan have gavn af at udveksle erfaringer omkring fælles udfordringer og løsninger.

Indsatsen gennemføres ud fra en ikke-dømmende tilgang og i et ikke-stigmatiserende sprog.

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 færdigheder¹³.

Det anbefales, at pårørende medinddrages på patientens 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 pårørende kan støtte patienten i den daglige håndtering af sygdommen via indsigt og viden i sygdommen. Der bør samtidig være opmærksomhed på eventuelt svære relationer og på eventuelle psykiske konsekvenser for pårørende.

¹³ Sundhedsstyrelsen. Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering. 2009.

4.5. Øvrige sygdomsspecifikke hensyn

Indsatsen skal give patienten kendskab til den specifikke sygdoms karakter og mulighederne for forebyggelse, behandling, rehabilitering og palliation, herunder koordineret rehabilitering og palliation (KRP).

Eksempler på retningslinjer om sygdomsmestring for specifikke sygdomme:

- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb, fx for mennesker med hjertesygdom, KOL, type 2-diabetes og kroniske lænderygmerter.
- Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Sundhedsstyrelsen, 2018.
- Pakkeforløb for kræft og opfølgingsprogrammer. Sundhedsstyrelsen. (*Forventes 2026-2028*).
- Retningslinje for senfølgeindsats. Sundhedsstyrelsen. (*Forventes 2026*).
- Regionale forløbsprogrammer for kroniske sygdomme.
- Pakkeforløb for mennesker med KOL. Sundhedsstyrelsen. (*Forventes 2026*).
- Pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygmerter. Sundhedsstyrelsen. (*Forventes 2026*).

4.6. Kompetencer

Det er et krav, at personer, der gennemfører undervisningen, skal være sundhedsprofessionelle med relevante kompetencer¹⁴ samt have de nødvendige sundheds- og voksenpædagogiske forudsætninger for at kunne undervise med udgangspunkt i deltagernes behov og forudsætninger. Den sundhedsprofessionelle skal have grundlæggende viden om den pågældende sygdom og kendskab til eventuelle særlige sygdomsspecifikke hensyn.

Det anbefales, som supplement til den sygdomsspecifikke undervisning, at inddrage undervisere, der selv har erfaring med kronisk sygdom eller kræft, kender til hverdagslivet med sygdom og har gennemført en instruktøruddannelse svarende til Lær at Tackle-uddannelserne¹⁵.

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

¹⁵ Komiteen for Sundhedsoplysning. Bliv instruktør og hjælp andre, der har kronisk eller længerevarende sygdom.

5. Nikotinafvænning

5.1. Introduktion til indsatsen

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 mv.

Tobaksrygning er den enkeltfaktor, som har størst betydning for dødeligheden. Tobaksrygning øger risikoen for en lang række sygdomme, herunder særligt lungekræft, KOL, kræft og hjerte-kar-sygdom, og det forværrer samtidig prognosen for en lang række sygdomme.

Rygestop vil altid have positiv effekt på helbredet uanset borgerens alder og aktuelle helbred, da rygestop kan hjælpe til at undgå forværring og tilbagefald af sygdom og dermed opnå bedre livskvalitet samt undgå tidlig død. Ved allerede opstået sygdom kan rygestop desuden have positiv betydning for behandlingsudbytte, operationskomplikationer, sårheling, recidivrisiko og udvikling af senfølger mv.

5.2. Målgruppe

Det er et krav, at regionerne tilbyder nikotinafvænning til patienter med kronisk sygdom eller kræft, som anvender tobaks- og nikotinprodukter, herunder cigaretter, pibe, cerutter, vandpibe, opvarmet tobak, e-cigaretter og røgfrie nikotinprodukter (snus, tyggetobak, nikotinposer mv.) dagligt eller lejlighedsvist, og som ønsker at stoppe.

Det er et krav, at kommunerne tilbyder gratis nikotinafvænning til borgere, også hvor der ikke er tale om samtidig kronisk sygdom eller kræft, som anvender tobaks- og nikotinprodukter, herunder cigaretter, pibe, cerutter, vandpibe, opvarmet tobak, e-cigaretter og røgfrie nikotinprodukter (snus, tyggetobak, nikotinposer mv.) dagligt eller lejlighedsvist, og som ønsker at stoppe. Nikotinafvænning er i kvalitetsstandarderne beskrevet for den patientrettede indsats, men gennemføres med de samme krav og elementer for den borgerrettede indsats i kommunen. Se afsnit 1.2.

Regioner og kommuner bør sammentænke indsatserne omhandlende nikotinafvænning for at understøtte den faglige bæredygtighed i indsatserne på tværs af ansvarsforhold og undgå parallelle tilbud i regionalt og kommunalt regi.

5.3. Indholdselementer

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

- Information om betydningen af at fastsætte et tidspunkt for stopdato
- Information om afhængighed, abstinensers betydning og forløb samt om nikotinafvænningsprocessen
- Vejledning om brug af medicin til nikotinafvænning, herunder rådgivning om nedtrapning af medicinen
- Systematisk og korrekt anvendelse af valideret test, og eventuelt kulitemåling, til vurdering af grad af nikotin-afhængighed
- 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. for nikotinstop
- 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 hvilke nikotinprodukter der anvendes, gælder indholdselementerne for afvænning af alle typer af tobaks- og nikotinprodukter.

Det er et krav, at vejledning om brug af nikotinafvænningsmedicin indgår i rådgivningen. Godkendt nikotinafvænningsmedicin er effektivt alene, men i kombination med rådgivning er virkningen størst. I Danmark omfatter godkendt nikotinafvænningsmedicin to produkttyper: nikotinafvænningsmedicin i håndkøb og receptpligtig nikotinafvænningsmedicin. Patienten skal altid modtage grundig produktrådgivning om håndkøbsmedicin til nikotinafvænning, herunder anbefaling til dosis ud fra den enkeltes grad af afhængighed, samt varighed af brugen og en plan for udtrækning. Produktrådgivning foregår i udgangspunkt på apoteket, men kan også foregå via fx rygestoprådgivning. Brug af receptpligtig nikotinafvænningsmedicin forudsætter rådgivning via almenmedicinsk tilbud.

Nikotinafvænning tilbydes løbende til patienter, der i første omgang har afvist at tage imod tilbuddet, da de over tid kan blive parate til at tage imod det.

5.4. Format, omfang og varighed

Nikotinafvænning kan foregå i grupper, individuelt eller i kombinationer af gruppe- og individuelle forløb. Mindre grupper kan være en fordel, når det drejer sig om patienter med særlige behov eller sårbarhed (fx gravide eller patienter med psykiske lidelser). Udover forløb med fysisk fremmøde kan regionerne tilbyde digitale, fx som fjernundervisning eller brug af apps, eller telefoniske forløb, der desuden kan fungere som supplement til fysisk fremmøde. Hvis en region ikke selv har kapacitet til at oprette nikotinafvænningsforløb, kan forløb købes hos eksterne leverandører.

Både rådgivning af kort varighed og længere, mere intensive stopforløb bidrager til nikotinstop. Virkningen øges dog med intensive stopforløb, svarende til forløb efter Kræftens Bekæmpelses manualer¹⁶.

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

Indsatsen gennemføres ud fra en ikke-dømmende tilgang og i et ikke-stigmatiserende sprog.

Nikotinafvænning bør påbegyndes hurtigst muligt efter opstartssamtalen. Hvis en patient skal vente mere end 14 dage fra opstartssamtalen til et egentligt stopforløb påbegyndes, bør der i den mellemliggende periode jævnligt ske en opfølgning, som støtter patienten i at bevare motivationen for nikotinstop, indtil stopforløbet igangsættes. Hvilken type opfølgning, der passer patienten bedst, afklares i forbindelse med opstartssamtalen, og det kan fx være telefonsamtaler eller korte digitale møder.

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

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

Undersøgelser har vist, at nedsættelse af nikotinforbrug øger chancen for senere igangsættelse af stopforsøg, og nedsættelse kan derfor anbefales som led i en proces mod et endeligt nikotinstop, hvis patienten ikke er klar til at stoppe helt. Nedsættelse af forbrug kan foretages ved samtidig anvendelse af håndkøbsmedicin til nikotinafvænning. For patienter, som nedsætter forbruget men ikke ønsker nikotinafvænning 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 nikotinafvænning.

Det anbefales, at regioner og kommuner registrerer data om stopforløb, herunder data om type af stopforløb, brug af nikotinafvænningsmedicin, og hvorvidt nikotinstoppet er lykkedes, med henblik på monitorering af indsatsen. Data om patientens forløb kan registreres i STOPbasen og med datastandard Fælles Sprog III, når sidstnævnte er udviklet med disse specifikationer.

¹⁶ Materialer til 'Rygestop i grupper'. Kræftens Bekæmpelse. 2024.

5.5. Særlige sygdomsspecifikke hensyn

Ved rygestop vil omsætning af visse lægemidler kunne påvirkes, fx omsættes visse psykofarmaka markant hurtigere i kroppen, hvis man ryger, og rygestop kan derfor medføre, at koncentrationen af psykofarmaka i kroppen stiger til niveauer, der kan give kraftige bivirkninger. Derfor er det meget vigtigt at inddrage behandlende læge, uanset om patienten er henvist via almenmedicinsk tilbud, praktiserende speciallæge eller sygehus, for patienter, der ønsker rygestop, og som bruger psykofarmaka, med henblik på at få lægens vurdering af, om dosis af psykofarmaka eventuelt skal nedjusteres sideløbende med nikotinstoppet.

5.6. Kompetencer

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

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

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

Det anbefales, at rådgiveren har løbende adgang til sygdomsspecifik viden ved relevant sundhedsfagligt uddannet personale, således at rådgiveren kan støtte patienten ved sygdomsmæssige spørgsmål. Almenmedicinsk tilbud inddrages ved ønske om anvendelse af receptpligtig nikotinafvænningsmedicin.

6. Fysisk aktivitet

6.1. Introduktion til indsatsen

Fysisk aktivitet er alle former for bevægelse, der øger energiomsætningen. Fysisk aktivitet har gavnlige effekter på den 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 positive effekter på helbredsrelevante parametre ved kroniske sygdomme, som fx blodtryk og blodsukkerniveau. Fysisk træning kan reducere symptomer, som fx smerte, øge funktionsevnen, forebygge frakturer samt mindske symptomer på angst og depression. Fysisk aktivitet kan anvendes som en sygdomsspecifik indsats ved en række kroniske sygdomme, når indsatsen tilpasses i forhold til den enkeltes funktionsevne, sygdomsbillede og eventuelle kontraindikationer.

6.2. Målgruppe

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

Indsatsen differentieres på baggrund af patientens behov, ressourcer og ønsker. Nogle patienter skal ofte have specifik træning. Det gælder fx for nogle patienter med KOL, hjertesygdom, knogleskørhed, kræft og kroniske lænderygsmærter.

Superviseret fysisk træning bør tilbydes patienter, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering kan have gavn af dette. Det kan eksempelvis være, når sværhedsgraden af sygdom eller antallet af samtidige sygdomme tilsiger det, eller på baggrund af patientens ressourcer eller behov (se afsnit 6.3). Endelig er der for nogle sygdomme dokumentation for, at der opnås bedst effekt af træningen, hvis den er superviseret.

Øvrige patienter i målgruppen tilbydes vejledning om fysisk aktivitet.

6.3. Indholdselementer

Formålet med indsatsen er at øge patientens funktionsniveau eller fysiske kapacitet (kondition, muskelstyrke og/eller balance) afhængigt af patientens sygdomshistorie, symptomer, risikoprofil og præferencer. Formålet er desuden, at styrke patientens handlekompetence til at ændre fysisk aktivitetsvaner, og at patienten lærer, hvordan der skal trænes, og hvordan motivationen kan fastholdes efter endt forløb, eventuelt i civil- og lokalsamfundets foreninger og tilbud, så der er effekt over tid.

Forløbet tilrettelægges, så patienten bliver støttet i, at fysisk aktivitet bliver en del af hverdagen, også efter afsluttet forløb og i resten af livet.

Vejledning om fysisk aktivitet

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

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

Superviseret fysisk træning

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

De superviserede træningsforløb skal tilrettelægges individuelt under hensyn til patientens 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 eventuelt balance, afhængigt af patientens udgangspunkt.

Træningen kan sammensættes af følgende elementer hvor det er relevant:

- 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, mobilitets- og balancetræning eller træning af delkomponenter af en færdighed

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

Det er et krav, at der indgår test i forløb med superviseret træning, både i starten og i 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 patienten ved at synliggøre fremgang. Hvilken type af test, der skal anvendes, vurderes ud fra patientens sygdom, risikoprofil, forudsætninger og præferencer samt eventuelt de faglige retningslinjer.

Ved en samtidig ernæringsindsats skal der tages højde for det, da træning uden samtidigt fokus på ernæringen kan forværre symptomer. Dette er særlig vigtigt for borgere med et uplanlagt vægttab, da træning uden samtidigt fokus på ernæringen kan medføre yderligere vægttab.

6.4. Format, Intensitet, frekvens og varighed

Indsatsen gennemføres ud fra en ikke-dømmende tilgang og i et ikke-stigmatiserende sprog.

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 eller brug af apps, hvis det vurderes hensigtsmæssigt, ligesom digital eller telefonisk kontakt kan bruges som understøttende værktøj, hvis der er behov for det i relation til motivation og fastholdelse.

Superviseret fysisk træning

Træningen gennemføres som udgangspunkt i grupper med mulighed for individuel supervision. Træning i grupper er en fordel, fordi det giver mulighed for erfaringsudveksling blandt deltagerne, og det kan styrke motivationen hos den enkelte samt være med til at skabe netværk mellem patienterne. Holdene sammensættes primært baseret på patienternes funktionsevne frem for sygdom. Patienter med forskellige behov for superviseret individuel træning kan deltage på samme hold. Er der tilstrækkelig volumen til at oprette hold for patienter med samme sygdom, anbefales dette. Det anbefales, at der er seks til otte deltagere pr. instruktør på et hold.

Træningsforløb kan foregå i varierede rammer, eksempelvis i naturen, og også digitalt, hvis det vurderes hensigtsmæssigt, fx via skærm med direkte supervision til træning i eget hjem eller via et program, som patienten 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 passende

træningselementer, intensitet, frekvens og varighed for at opnå den tiltænkte effekt hos patienten. 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 med efterfølgende selvtræning og eventuelt træning i grupper eller superviseret træning.

Det er et krav, at der mod afslutningen af et træningsforløb gennemføres en opfølgning med samtale og samme test som i starten af forløbet (se 6.3). I dialog med patienten afgøres det, om der er behov for at justere i træningen, og hvad der skal til for at patienten også træner, efter forløbet er afsluttet, herunder hvilke muligheder der er lokalt i civilsamfundet for at fortsætte træningen alene eller sammen med andre i en forening eller en selvorganiseret gruppe. Endelig kan patienten vejledes i, hvordan træningen kan fortsættes hjemmefra via digitale-programmer, hvis det motiverer patienten til at træne.

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

6.5. Særlige sygdomsspecifikke hensyn

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

Eksempler på retningslinjer om fysisk træning for specifikke sygdomme:

- Fysisk træning som behandling - 31 lidelser og risikotilstande. Sundhedsstyrelsen, 2018.
- Sundhedsstyrelsens rapporter om fysisk aktivitet for voksne og ældre.
- Træningsguide for mennesker med demens. Sundhedsstyrelsen, 2021.
- Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb, fx for mennesker med hjertesygdom, KOL, type 2-diabetes og kroniske lænderygmerter.
- Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Sundhedsstyrelsen, 2018.
- Pakkeforløb for kræft og opfølgningsprogrammer. Sundhedsstyrelsen. (*Forventes 2026-2028*).
- Retningslinje for senfølgeindsats. Sundhedsstyrelsen. (*Forventes 2026*).
- Kliniske retningslinjer fra faglige selskaber, DMCG samt Sundhedsvæsnets kvalitetsinstitut.
- Regionale forløbsprogrammer for kroniske sygdomme.
- Regionale anbefalinger for fysisk træning.
- Pakkeforløb for mennesker med KOL. Sundhedsstyrelsen. (*Forventes 2026*).
- Pakkeforløb for mennesker med kroniske lænderygmerter. Sundhedsstyrelsen. (*Forventes 2026*).

6.6. Kompetencer

Det er et krav, at indsatsen med fysisk aktivitet (vejledning om fysisk aktivitet og superviseret fysisk træning) gennemføres af sundhedsprofessionelle med relevante kompetencer¹⁷, herunder kompetencer til at:

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

¹⁷ Som udgangspunkt kompetencer svarende til mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse. Sundhedsprofessionelle, der ikke har en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, eksempelvis social- og sundhedsassistenter, kan opfylde kravene om kompetencer via deres grunduddannelse suppleret med anden relevant efteruddannelse.

7. Ernæringsindsats

7.1. Introduktion til indsatsen

Uhensigtsmæssige mad- og måltidsvaner kan forværre kronisk sygdom eller kræft og øge risikoen for tilstødende sygdomme. Både uplanlagt vægttab og svær overvægt kan have alvorlige konsekvenser for patienter med kroniske sygdomme. Uplanlagt vægttab¹⁸ øger risikoen for tab af funktionsevne, komplikationer til sygdomme og hospitalsindlæggelser. Svær overvægt¹⁹ 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.

Hensigtsmæssige 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.

7.2. Målgruppe

Det er et krav, at regionerne tilbyder en ernæringsindsats (kostvejledning eller diætbehandling)²⁰ til patienter med kronisk sygdom eller kræft, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne, ernæringstilstand og helbredsforhold kan have gavn af indsatsen.

Indsatsen differentieres på baggrund af patientens behov, ressourcer og ønsker.

Diætbehandling bør tilbydes patienter ud fra en indledende vurdering af ernæringsrisiko, patientens ressourcer og behov (se afsnit 7.3).

Det anbefales, at patienter fra følgende målgrupper tilbydes diætbehandling:

- patienter med en kronisk sygdom eller kræft, hvor ernæringsindsatsen vurderes at være en væsentlig del af den forebyggende indsats, det vil sige primært ved type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom, KOL og kræft samt ved multisygdom
- patienter med kronisk sygdom eller kræft og svær overvægt
- patienter med kronisk sygdom eller kræft og uplanlagt vægttab eller underernæring.

Der bør være en særlig opmærksomhed på patienter, der er nydiagnosticerede med en kronisk sygdom eller kræft, hvor ernæringsindsatsen (kostvejledning eller diætbehandling) vurderes at være en væsentlig del af den forebyggende indsats, samt patienter med multisygdom, hvor diætbehandling kan være mere kompleks.

Øvrige patienter i målgruppen tilbydes kostvejledning.

7.3. Indholdselementer

Det er et krav, at ernæringsindsatsen indledes med en vurdering af ernæringsrisiko²¹. Denne skal indeholde vurdering af vægt og BMI²², herunder udvikling over tid, samt afdækning af patientens viden, færdigheder og motivation. Vurderingen er med til at sikre, at den enkelte patient får den rette indsats (kostvejledning eller diætbehandling) og støtte til at ændre mad- og måltidsvaner.

Målet med ernæringsindsatsen (kostvejledning eller diætbehandling) er:

- at styrke patientens vidensniveau og forståelse af kostens betydning for at forebygge dels forværring af den kroniske sygdom og komplikationer til denne, dels opståen af nye livsstilssygdomme

¹⁸ Vægttab på minimum 1,0 kg.

¹⁹ BMI ≥ 30 , BMI beregnes som vægten (i kg) divideret med kvadratet på højden (i m).

²⁰ Sundhedsstyrelsen anvender begrebet 'ernæringsindsats' som en overordnet betegnelse for indsatser og tilbud på ernæringsområdet, herunder 'kostvejledning' og 'diætbehandling'. Diætbehandling er typisk målrettet borgere og patienter i ernæringsrisiko, herunder med kronisk og langvarig sygdom, mens kostvejledning typisk er målrettet borgere og patienter, som ikke er i ernæringsrisiko.

²¹ Ernæringsrisiko er det samme som risiko for underernæring. Se Sundhedsstyrelsens vejledning om underernæring.

²² Vurdering af BMI afhænger af den specifikke sygdom og eventuelt alder, jf. de sygdomsspecifikke retningslinjer og hensyn.

- at afdække og styrke patientens motivation og handlekompetence til ændringer i mad- og måltidsvaner
- at patienten reflekterer over egne mad- og måltidsvaner i relation til sundhedsfaglige anbefalinger og patientens egne værdier, mål og muligheder
- at hjælpe patienten til at prioritere og sætte mål for egen indsats i forhold til ændringer i mad- og måltidsvaner
- at støtte patienten i at vedligeholde opnåede ændringer af mad- og måltidsvaner.

Forløbet tilrettelægges, så patienten bliver støttet i, at de nye vaner fastholdes efter endt forløb og i resten af livet, eventuelt understøttet af civil- og lokalsamfundets foreninger og tilbud.

Kostvejledning

Det er et krav, at kostvejledningen tager udgangspunkt i De officielle Kostråd og eventuelt de supplerende kostanbefalinger for ældre fra 70 år²³. Dette suppleres med de gældende ernæringsanbefalinger for de pågældende patientgrupper.

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

Diætbehandling

Diætbehandling følger de gældende ernæringsanbefalinger for de pågældende kroniske sygdomme og tager udgangspunkt i de gældende retningslinjer og rammeplaner for ernærings- og diætbehandling^{24, 25, 26, 27}

Det er et krav, at diætbehandling omfatter:

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

Ernæringsplanen tager udgangspunkt i den enkeltes behov og ressourcer og fastlægger en hensigtsmæssig kostsammensætning, der eventuelt suppleres af medicinske ernæringsdrikke og eventuelt sondeernæring²⁸. De enkelte elementer i behandlingen dokumenteres, og ved behov samarbejdes tværfagligt. Der udarbejdes en plan til patienten for de mål og delmål, der er aftalt med patienten. Planen evalueres løbende og justeres eventuelt med henblik på fastholdelse af indsatsen.

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

'Madlavning i praksis'²⁹ i grupper kan understøtte både kostvejledning og diætbehandling.

7.4. Format, omfang og varighed

Indsatsen gennemføres ud fra en ikke-dømmende tilgang og i et ikke-stigmatiserende sprog.

Kostvejledning

Kostvejledning kan foregå i et gruppebaseret forløb eller individuelt ved behov. Støtte til kostvejledning kan også foregå digitalt, fx som fjernundervisning eller brug af apps, 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.

²³ Fødevarestyrelsen. Over 70 år: Hvad skal du spise og drikke? <https://foedevarestyrelsen.dk/kost-og-foedevarer/alt-om-mad/de-officielle-kostraad/kostraad-til-dig/over-70-aar>

²⁴ ESPEN Guidelines and Consensus Papers, <https://www.espen.org/guidelines-home/espen-guidelines>

²⁵ Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE). DSKE kliniske retningslinjer, <https://dske.dk/kliniske-retningslinjer.html>

²⁶ NICE Dietary Guidelines, <https://www.nice.org.uk/search?q=dietary%20guidelines>

²⁷ Fagligt Selskab af Kliniske Diætister, Rammeplaner for ernærings- og diætbehandling, <https://kost.dk/fakd/rammeplaner>

²⁸ Omkring medicinske ernæringsdrikke og sondeernæring er det altid lægen, der har behandlingsansvaret. Ved behov for medicinske ernæringsdrikke vil den kliniske diætist ofte have delegeret ordinationsret efter aftale med lægen.

²⁹ Jf. FSIII Indsatser (sundhedsloven § 119).

Diætbehandling

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

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

Det anbefales, at den første samtale foregår med fysisk fremmøde, så kropssammensætning kan vurderes, og andre fysiske og psykiske tegn kan opdages. Hvis patienten har svært ved at møde op fysisk, kan indsatsen foregå digitalt. Den indledende vurdering bør være af længere varighed, og de opfølgende samtaler kan være af kortere varighed, afhængigt af patientens 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.

7.5. Særlige sygdomsspecifikke hensyn

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

Ved multisygdom er det også nødvendigt, at der i ernæringsindsatsen tages særlige hensyn. Indsatsen tager udgangspunkt i en individuel vurdering af den enkelte patients 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 (kostvejledning og diætbehandling) tages udgangspunkt i beskrivelser af ernæringshensyn for specifikke sygdomme, jf. nedenstående retningslinjer mv.:

- Lægevidenskabelige selskabers kliniske retningslinjer.
- Nationale og europæiske kliniske retningslinjer, herunder fra DSKE og ESPEN.
- Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes. Sundhedsstyrelsen, 2017.
- Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. Sundhedsstyrelsen, 2018.
- Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL. Sundhedsstyrelsen, 2017.
- Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Sundhedsstyrelsen, 2018.
- Pakkeforløb for kræft og opfølgingsprogrammer. Sundhedsstyrelsen. (Forventes 2026-2028).
- Retningslinje for senfølgeindsats. Sundhedsstyrelsen. (Forventes 2026).
- Vidensgrundlag for anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen, 2016.
- FaKDs Rammeplaner for ernærings- og diætbehandling for specifikke sygdomsgrupper.
- Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Sundhedsstyrelsen, 2022.
- Regionale forløbsprogrammer for kroniske sygdomme.
- Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen, 2025.
- Den Nationale Kosthåndbog. Kost og Ernæringsforbundet, Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen. (Opdateres 2026). Kosthåndbogen indeholder forslag til konkrete valg af mad og drikke.
- Kliniske retningslinjer fra DMCG samt Sundhedsvæsnets kvalitetsinstitut.
- Pakkeforløb for mennesker med KOL. Sundhedsstyrelsen. (Forventes 2026).

7.6. Kompetencer

Det er et krav, at den indledende vurdering af, hvilken ernæringsindsats patienten har behov for, gennemføres af sundhedsprofessionelle og/eller ernæringsfaglige med relevante kompetencer³⁰.

Det er et krav, at kostvejledning gennemføres af sundhedsprofessionelle og/eller ernæringsfaglige med relevante kompetencer³¹.

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

³⁰ Som udgangspunkt kompetencer svarende til mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse. Sundhedsprofessionelle, der ikke har en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, eksempelvis social- og sundhedsassistenter, kan opfylde kravene om kompetencer via deres grunduddannelse suppleret med anden relevant efteruddannelse.

³¹ Som udgangspunkt kompetencer svarende til mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse. Sundhedsprofessionelle, der ikke har en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, eksempelvis social- og sundhedsassistenter, kan opfylde kravene om kompetencer via deres grunduddannelse suppleret med anden relevant efteruddannelse.

8. Forebyggende samtale om alkohol

8.1. Introduktion til indsatsen

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 medfører et stort alkoholforbrug vedvarende ændringer i både hjernefunktion, kognition og psykisk helbred og kan føre til afhængighed og store sociale, familie- og samfundsmæssige konsekvenser.

Derfor skal der tilbydes forebyggende samtale om alkohol til patienter, der henvises fra almenmedicinske tilbud, praktiserende speciallæge, sygehus eller kommune, hvor der foregår tidlig opsporing og samtaler om alkohol.

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

Sundhedsstyrelsens rådgivnings- og implementeringsmateriale til at understøtte regioner og kommuner tidlige opsporing og dialog om alkohol med patienter findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

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 patienten 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).

8.2. Målgruppe

Det er et krav, at regionerne tilbyder forebyggende samtale om alkohol til patienter med kronisk sygdom eller kræft, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering kan have gavn af indsatsen.

Det er et krav, at kommunerne tilbyder forebyggende samtale om alkohol til borgere, også hvor der ikke er tale om samtidig kronisk sygdom eller kræft, og som ud fra en sundhedsfaglig vurdering kan have gavn af indsatsen. Forebyggende samtale om alkohol er i kvalitetsstandarderne beskrevet for den patientrettede indsats, men gennemføres med de samme krav og elementer for den borgerrettede indsats. Se afsnit 1.2.

Regioner og kommuner bør sammentænke indsatserne omhandlende forebyggende samtale om alkohol for at understøtte den faglige bæredygtighed i indsatserne på tværs af ansvarsforhold og undgå parallelle tilbud i regionalt og kommunalt regi.

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

Forebyggende samtale om alkohol tilbydes direkte uden en forudgående afklarende samtale til patienter 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. Forebyggende samtale om alkohol kan også tildeles på baggrund af den afklarende samtale.

8.3. Indholdselementer

Screening

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

AUDIT-skemaet findes i forbindelse med Dialog om alkohol på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

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

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

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

Forebyggende samtale om alkohol

Formålet med den forebyggende samtale om alkohol er rådgivning og støtte til hensigtsmæssig alkohol-adfærd, herunder at øge patientens egenomsorg samt rådgive og støtte patienten 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 patienten har, herunder fysisk og psykisk helbred, familieliv, børns trivsel, arbejdsliv, livskvalitet mv.
- Alkoholens påvirkning af hverdagslivet, herunder familie, netværk, arbejde mv.
- Helbredsrisici forbundet med alkoholforbrug
- Påvirkning af kroppen ved indtagelse af alkohol
- Øgning af motivation for at nedsætte forbruget
- Udarbejdelse af plan med mål for reduktion og eventuelt ophør
- Anbefaling af løbende monitorering af alkoholindtagelsen (dagbog), hvis reduktion vælges, snarere end ophør
- Dialog og råd om specifikke strategier til brug for reduktion eller ophør
- Afsøgning af støttemuligheder ved behov
- Tilbud om opfølgning

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

8.4. Format, omfang og varighed

Indsatsen gennemføres ud fra en ikke-dømmende tilgang og i et ikke-stigmatiserende sprog.

Det anbefales, at den forebyggende samtale om alkohol tilbydes både ved fysisk fremmøde og uden for almindelig arbejdstid, fx digitalt som fjernundervisning.

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 patienten selv reducerer sit forbrug eller henvender sig til et rusmiddelcenter for at få hjælp til dette, men der kan også være behov for opfølgende samtaler.

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

8.5. Særlige sygdomsspecifikke hensyn

Patienter med en alkoholproblematik og samtidig psykisk lidelse bør henvises til alkoholbehandling efter visitationsretningslinjen.

Patienter i medicinsk behandling, herunder med psykofarmaka, bør drøfte medicineringen i forbindelse med større ændringer i alkoholforbruget, idet virkningen af noget medicin påvirkes af alkoholindtagelse. Medicineringen drøftes med behandlende læge, uanset om patienten er henvist via almenmedicinsk tilbud, praktiserende speciallæge eller sygehus.

8.6. Kompetencer

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

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

Det anbefales, at forebyggende samtale om alkohol gennemføres af professionelle med social- eller sundhedsfaglig uddannelse (mellemlang videregående uddannelse eller tilsvarende kompetencer³²), gerne suppleret med erfaring inden for alkoholbehandling og/eller uddannelse i alkoholbehandling eller rusmiddelbehandling.

³² Med 'tilsvarende kompetencer' menes fagpersoner, der ikke har en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, men som kan opfylde kravene om kompetencer via deres grunduddannelse, eventuelt suppleret med anden relevant efteruddannelse.

9. Kvalitetsudvikling og forskning

9.1. Kvalitetsudvikling af patientrettede forebyggelsestilbud

[Dette kapitel konkretiseres yderligere, når den politiske implementeringsaftale er indgået]

De patientrettede forebyggelsestilbud skal bidrage til at fremme patienternes sundhed og understøtte deres evne til at håndtere livet med kronisk sygdom eller kræft. Som beskrevet i kapitel 1 skal forebyggelsestilbuddene give patienterne indsigt, redskaber og tro på egne evner og dermed øge deres sundhedskompetence. Systematisk kvalitetsudvikling skal fremme kvaliteten, så den løbende videreudvikles og tilpasses behovet og rammerne. Kvaliteten forventes at være høj set fra et patient-, fagligt og organisatorisk perspektiv, samt at være ensartet landet over. Kvalitetsudvikling er et centralt element i arbejdet med løbende forbedring, læring og implementering af ny og bedre praksis i de patientrettede forebyggelsestilbud. Det kan ske gennem initiativer først og fremmest lokalt, samt støttet regionalt og nationalt.

Regionerne skal arbejde systematisk med kvalitetsudvikling, fx. i forhold til patienternes gennemførelse af tilbuddene. På regionalt niveau bør kvalitetsudvikling tage udgangspunkt i viden om den population, der henvises til og deltager i forebyggelsestilbud. Det kan blandt andet omfatte viden om henvisning, deltagelse og fremmøde samt anvendelse af og udvikling i patientrapporterede oplysninger (PRO)³³. Derudover kan patienternes oplevelse af inddragelse og sammenhæng i indsatserne være væsentlige parametre. Data kan anvendes til at følge kvaliteten og identificere områder med potentiale for forbedring. Regionerne skal desuden anvende data til at identificere forskelle, i deltagelse og på sigt effekt mellem forskellige grupper i befolkningen, med henblik på at understøtte lighed i sundhed. Populationsdata kan anvendes til at følge deltagelsen i tilbuddene, og til at vurdere behovet for indsatser og kapacitet. Sammenligning med andre regioner kan desuden danne grundlag for læring og udvikling af tilbuddene. Patientrettighederne monitoreres på nationalt niveau i stil med andre patientrettigheder.

På lokalt niveau bør data anvendes aktivt i det løbende forbedringsarbejde tæt på den konkrete praksis. Opfølgning på den enkelte patients plan og på den lokale patientpopulation kan bidrage til at identificere områder, hvor tilbuddene eller arbejdsgangene med fordel kan justeres. Data kan fx give indblik i kvaliteten af egen indsats sammenlignet med kvaliteten hos andre aktører.

Regionerne skal løbende dokumentere og følge op på de patientrettede forebyggelsestilbud og på sigt have opdateret viden om patienternes behov, indsatser og gennemførte forløb. Data til kvalitetsudvikling og monitorering skal så vidt muligt baseres på data, der allerede registreres som led i patientforløbet, og genereres så tæt på kilden som muligt uden at skabe unødvendige administrative byrder. Krav til registrering og indberetning vil fremgå af bekendtgørelse og indberetningsvejledninger fra Digital Sundhed Danmark. Systematisk dataindsamling kan samtidig danne grundlag for analyse, forskning og udvikling af nye tiltag, der kan højne kvaliteten og sammenhængen i patientforløbene. Kvalitetsudvikling og forbedringsarbejde skal ske tæt på praksis, så tilbud, arbejdsgange og samarbejde løbende udvikles på baggrund af den bedst mulige viden.

Dokumentationen skal skabe grundlag for:

- Planlægning og prioritering af indsatser
- Monitorering af patientrettigheder for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom³⁴
- Opfølgning på aktivitet og forløb (deltagelse, gennemførelse og frafald)
- Løbende kvalitetsudvikling
- Identifikation af variationer i tilbud og resultater
- Sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer

Monitoreringen kan understøttes af nationale og regionale løsninger, som stiller data til rådighed, herunder løsninger til visning af data på tværs af sektorer.

Der pågår et arbejde med at udvikle et fælles nationalt datagrundlag for de opgaver, der flytter fra kommuner til regioner som del af aftalen om sundhedsreformen 2024. Formålet er at skabe et ensartet grundlag for

³³ Med PRO kræftrehabilitering kan skemaet både sendes ud til afklarende samtale og afsluttende samtale med henblik på at se udvikling i borgerens forløb både på individuelt og aggregeret niveau.

³⁴ Aftale om tidsfrister for patienterrettigheder i kronikerpakker, 2026

monitorering, kvalitetsudvikling og styring på tværs af sektorer. I forlængelse heraf kan der på baggrund af det aftalte datamateriale udarbejdes indikatorer, der kan følge aktiviteten i det patientrettede forebyggelsestilbud til brug for kvalitetsudvikling.

Regioner og kommuner er forpligtede til at arbejde systematisk med kvalitetsudvikling, fx. i forhold til patienternes gennemførelse af tilbuddet. Til brug for kvalitetsudviklingen vil det blandt andet være relevant at kunne følge en række indikatorer i forhold til henvisning, deltagelse, tid mellem henvisning, afklarende samtale og tilbud mv.

Der skal desuden monitoreres ift. patientrettigheder samt de data, der besluttet i det fælles nationale datagrundlag.

Det planlægges, at der på sigt udvikles effektindikatorer³⁵ med henblik på at kunne måle på effekten af tilbuddene. Dette arbejde udestår aktuelt.

Hvilke konkrete data og indberetningsløsninger der vil indgå i det fremtidige nationale datagrundlag, er endnu ikke afklaret. Udviklingen forventes at ske trinvis, og der vil i første omgang være fokus på centrale procesdata, mens data om kvalitet og resultater udvikles over tid. Regionerne skal sikre, at de data, der fastlægges som en del af det fælles nationale datagrundlag, indberettes via de aftalte indberetningsløsninger, så der kan følges op på nationalt niveau. Det forventes, at datagrundlaget på sigt vil kunne kobles med eksisterende nationale registre og dermed understøtte sammenhængende data på tværs af sektorer.

Regionerne kan anvende eksisterende datakilder og systemer til dokumentation og planlægning af indsatser samt monitorering, mens udviklingen og implementeringen af det fælles nationale datagrundlag pågår. Relevante eksisterende datakilder forventes samtidig at kunne indgå som en del af det fælles datagrundlag, efterhånden som dette udvikles.

Data bør omfatte:

- registrering i kommunale omsorgsjournaler og/eller regionale patientjournaler
- informationer fra journaler og systemer hos leverandører af forebyggelsestilbud
- nationale datakilder, herunder 'Sundhedsdata på tværs' i forhold til blandt andet populationsansvaret³⁶
- øvrige relevante registre og databaser fx den nationale sundhedsprofil og PRO-data.

Systematiske data med patientrapporterede oplysninger (PRO-data) vil på sigt være tilgængelige for monitorering, kvalitetsopfølgning og forskning. Systematiske PRO-data skal genereres når nationale, standardiserede PRO-spørgeskemaer anvendes i patientforløb fx for diabetes, KOL, iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt, kroniske smerter og kræft³⁷. Oplysningerne omhandler bl.a. sundhedsvaner fx fysisk aktivitet, rygning, alkohol samt livskvalitet, herunder afdækning af sundhedskompetence i forbindelse med pakkeforløb for kronisk sygdom. Spørgeskemaerne er målrettet den afklarende samtale, løbende statussamtaler og den afsluttende samtale. Alle spørgeskemaer ligger i den nationale PRO-spørgeskemabank³⁸, hvor de relevante, lokale IT-systemer kan hente dem.

9.2. Forskning

Det anbefales, at der løbende genereres ny viden, som kan danne grundlag for evaluering og videreudvikling af forebyggelsestilbuddenes indhold, målgrupper og tilrettelæggelse.

Som led i implementeringen af sundhedsreformen er der et øget fokus på at styrke forskningen i det primære sundhedsvæsen, herunder den patientrettede forebyggelse. Forskningen skal understøtte udviklingen af sammenhængende forløb og et styrket populationsansvar samt bidrage til viden om, hvilke indsatser der har effekt for forskellige patientgrupper, herunder patienter med komplekse behov og multisygdom

³⁵ PRO indeholder også disse emner, som er selvrapporteret. Det skal vurderes om det kan anvendes som basis for indikatorer her.

³⁶ Jf. kommende implementeringsaftale.

³⁷ De anvendte sygdomsbetegnelser svarer til dem, der anvendes i PRO.

³⁸ Spørgeskemabank. Sundhedsdatastyrelsen.

Regionerne skal derfor i samarbejde med kommuner og eventuelle andre leverandører bidrage til at understøtte og udvikle forskning omkring det primære sundhedsvæsen, herunder gennem samarbejde med universiteter, professionshøjskoler, regionale forskningsinstitutioner, sygehuse samt relevante analyse- og forskningsmiljøer.

Forskningen bør endvidere understøtte udviklingen af datagrundlag og indikatorer, der kan anvendes til monitorering og kvalitetsudvikling på tværs af sektorer.

Regioner og kommuner skal i samspil med statslige myndigheder og i dialog med borgere, patienter og andre leverandører arbejde for en løbende udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde mv., jf. sundhedslovens § 4.

HØRINGSUDKAST

Definitioner

Forebyggelse

'Forebyggelse' bruges om en sundhedsrelateret aktivitet, der sigter mod at forhindre opståen, udvikling og/eller forværring af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker, og dermed fremmer folkesundheden.

Forebyggelse inddeles i 'Primær forebyggelse': At forhindre sygdomme og skader i at opstå, 'Sekundær forebyggelse': At opdage sygdomme tidligt eller forhindre, at eksisterende sygdom udvikler sig, og 'Tertiær forebyggelse': At begrænse følgerne af en opstået sygdom eller forhindre tilbagefald.

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.

Genoptræning

'Genoptræning' er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale. Formålet med genoptræning er, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne - bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt. Plan for genoptræning beskrives i en genoptræningsplan (GOP), der udføres under sundhedsloven § 140. Lovrammen for nærværende kvalitetstandarder er sundhedsloven § 119 stk. 3.

Kronisk sygdom

'Kronisk sygdom' er sygdom, som i modsætning til akut sygdom, har et langvarigt forløb i mere end 3-6 måneder, eller er konstant tilbagevendende, og som kan være progredierende. Begrebet dækker over en bred vifte af både fysiske og psykiske tilstande. Der er stor variation i behovet for forebyggelse og rehabilitering blandt patienter med kronisk sygdom.

Palliation

WHO's definition af palliativ indsats og rehabilitering for voksne har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og eksistentiel art.

Præhabilitering i forbindelse med kræftbehandling

'Præhabilitering' defineres som tidsafgrænset, målrettet indsats før behandling mhp. at optimere patientens fysiske, psykiske og ernæringsmæssige tilstand for at forbedre behandlingsresultater og reducere komplikationer.

Rehabilitering

Internationalt findes en række definitioner af 'rehabilitering'. Sundhedsstyrelsen lægger sig op ad definitionerne fra WHO og den danske 'Hvidbog om rehabilitering'.

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

I Hvidbog om rehabilitering' anvendes definitionen: 'Rehabilitering er målrettet personer, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering, er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter. Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation'.

Senfølger efter kræft

'Senfølger efter kræft' defineres som helbredsproblemer, som enten opstår under kræftbehandling og kan blive kroniske, eller som opstår og manifesterer sig måneder eller år efter afsluttet behandling. Senfølgerne kan omfatte både fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle forandringer, der er en følge af

kræftsygdommen og/eller behandlingen af denne. Overordnet kan senfølger inddeles i tre hovedtyper: Tværgående senfølger, Organspecifikke senfølger og Behandlingsspecifikke senfølger.

Sundhedskompetence

'Sundhedskompetence' er den kombination af viden, kompetencer og ressourcer i en given kontekst, som gør det muligt for borgere og patienter at træffe beslutninger om deres sundhed. Sundhedskompetence vedrører ligeledes evnen til at fastholde, kommunikere og handle på disse beslutninger.

Sundhedskompetence har betydning for sundhedsadfærd og indebærer evnen til at:

- Finde, forstå, vurdere og anvende sundhedsinformation fra myndigheder, sundhedsprofessionelle og digitale medier
- Opnå adgang til og navigere i sundhedsvæsenets tilbud og forløb
- Gå i dialog med sundhedsprofessionelle
- Træffe og fastholde beslutninger om sundhed.

Sundhedskompetence, organisatorisk

'Organisatorisk sundhedskompetence' er den måde, hvorpå sundhedstilbud, -organisationer og -systemer gør information og ressourcer tilgængelige for borgere og patienter med forskellige sundhedskompetencer.

Sundhedsvæsenet har stor betydning for, hvor let eller svært det er for borgere og patienter at navigere i og forstå et behandlings- eller udredningsforløb samt træffe beslutninger om deres sundhed. Derfor er det vigtigt, at sundhedsvæsenet tager ansvar for at gøre information og forløb mere forståelige og tilgængelige, så alle - uanset sundhedskompetenceniveau - kan deltage aktivt i deres egen behandling og sundhed.

Referencer

1. Introduktion

Regeringen og partier i aftalekredsen. Aftaletekst om Sundhedsreform 2022. 2022.

Rehabiliteringsforum Danmark. Hvidbog om Rehabilitering. 2022.

Sundhedsstyrelsen. Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering. 2009.

Sundhedsstyrelsen. Kvalitetssikring af patientuddannelse. 2012.

Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering. 2013.

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

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

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

Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til Kræftplan V. 2025.

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

World Health Organization. Rehabilitation.

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

2. Målgruppe

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

3. Tilrettelæggelse

Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed. CHAT - Et redskab til dialog om sundhedskompetence. 2019

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sundhedsstyrelsen. Kvalitetssikring af patientuddannelse. 2012.

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

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

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

4. Sygdomsmestring

Komiteen for Sundhedsoplysning. Bliv instruktør og hjælp andre, der har kronisk eller længerevarende sygdom.

Sundhedsstyrelsen. Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering. 2009.

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

Sundhedsstyrelsen. Kvalitetssikring af patientuddannelse. 2012.

Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje for hjerterehabilitering. 2013.

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

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

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

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

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

5. Nikotinafvænning

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

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

Kræftens Bekæmpelse. Fri for røg og nikotin - Individuelt ryge- og nikotinstop. 2025. Link: [Manual-Individuel-rygestop.pdf](#)

Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews 2017(3):CD001292.

McEwen A. Standard Treatment Programme - A guide to providing behavioural support for smoking cessation. 2019.

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The Health Consequences of Smoking — 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA). 2014.

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

Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Review). Cochrane Database Systemic Review. 2017(3):CD001007.

Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering. 2015.

Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Tobak. 2018.

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

Sundhedsstyrelsen. Rygestopguide. 2023.

Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark - Risikofaktorer. 2023.

Sundhedsstyrelsen. Behandling af nikotinafhængighed: Krav, anbefalinger og metoder. 2024.

Sundhedsstyrelsen. Danskernes rygevaner. 2024.

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

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

Walker KC, Grønbaek AS, Tønnesen H. Stopbasens årsrapport for aktiviteter afholdt i 2024 med opfølgning i 2025. 2025.

West R, McEwen A, Lorencatto F, Michie S, Churchill S, Willis N. NCSCT Training Standard - Learning Outcomes for Training Stop Smoking Practitioners. 2018.

6. Fysisk Aktivitet

Beyer N, Lund H, Klinge K (Red.). Træning - i forebyggelse, behandling og rehabilitering. 2. udgave. 2011.

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

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

Region Hovedstaden, Mølsted S, Dall CH, Hansen H, Beyer N. Anbefalinger til superviseret fysisk træning af mennesker med type 2-diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdom. 2013.

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

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

Sundhedsstyrelsen. Træningsguide for mennesker med demens. 2021.

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

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

7. Ernæringsindsats

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

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE). DSKE kliniske retningslinjer. <https://dske.dk/kliniske-retningslinjer.html>

ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism). Guidelines and Consensus Papers. Link: <https://www.espen.org/guidelines-home/espen-guidelines>

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

Fødevarestyrelsen. Over 70 år: Hvad skal du spise og drikke? <https://foedevarestyrelsen.dk/kost-og-foedeverer/alt-om-mad/de-officielle-kostraad/kostraad-til-dig/over-70-aar>

Fødevarestyrelsen, Kost og Ernæringsforbundet og Sundhedsstyrelsen. Den Nationale Kosthåndbog. www.kosthaendbogen.dk (Opdateres i 2026)

Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den danske institutionskost. 2025.

NICE Dietary Guidelines. <https://www.nice.org.uk/search?q=dietary%20guidelines>

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

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

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

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

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

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

8. Forebyggende samtale om alkohol

Becker U, Andersen K, Christiansen R, Mellentin AI, Mistarz N, Nielsen B, Olsen CD, Skøt L, Volke KH, Nielsen AS. Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling. Enheden for klinisk alkoholforskning. 2023.

Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, Daeppen JB, Saunders JB, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018(2): CD004148.

Miller, WR, Rollnick S. Den motiverende samtale. Støtte til forandring. Hans Reitzels Forlag. 2013.

Petersen GL, Kesmodel US, Strandberg-Larsen K. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen. Fosterskadende effekter af alkoholforbrug under graviditeten. 2015.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption - II. Addiction. 1993;88(6):791-804. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x

Statens Institut for Folkesundhed. Alkoholrelaterede helbredssekvenser - en systematisk litteraturnemgang af nyeste evidens. 2020.

Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Alkohol. 2018.

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

Sundhedsstyrelsen. Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. 2023.

Sundhedsstyrelsen. Er dine alkoholvaner 10-4? 2024.

World Health Organization. The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. 2019.

World Health Organization. Global alcohol action plan 2022-2030. 2024.

World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. 2024.

9. Monitorering og kvalitetsudvikling

KiAP (Kvalitet i Almen Praksis). Klyngepakke: Almen praksis' samarbejde med kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, 2021.

Kommunernes Landsforening. FSIII. Fælleskommunalt indsatskatalog - sundhedsfremme og forebyggelse (SUL § 119). Version 1, 2023.

Kommunernes Landsforening. Vejledning til Fælleskommunal Gateway Indberetning af strukturerede Fælles Sprog III data, 2023.

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

Sundhedsdatastyrelsen. Sundhedsdata på tværs. 2023.

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

Definitioner

Sundhedsstyrelsen. Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. 2005.

World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Sundheds- og Ældreministeriet. VEJ nr. 9538 af 02/07/2018. Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner. 2018. www.retsinformation.dk

Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. 2005.

World Health Organization. Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til Kræftplan V. 2025.

World Health Organization. Rehabilitation. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Maribo T, Ibsen C, Thuesen J, Nielsen CV, Johansen JS, Vind AB (Red.). Hvidbog om rehabilitering (1. udg.). Rehabiliteringsforum Danmark. 2022.

Sundhedsstyrelsen. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. 2017. <https://www.sst.dk/media/y1totcvi/vidensopsamling-paa-senfoelger-efter-kraeft-hos-voksne.pdf>

Danske Multidisciplinære Cancer Grupper, DMCG. Introduktion til kliniske retningslinjer for generelle, tværgående senfølger efter kræft og kræftbehandling. 2005. https://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer/opdelt-paa-dmcg/tvargaende-retningslinjer/senfolger/introduktion-til-kliniske-retningslinjer-for-generelle-senfolger-29-08-2025_v.1.1..pdf

Sundhedsstyrelsen. OS - Et redskab til organisatorisk sundhedskompetence. 2025.

Bilag 1

Proces for inddragelse af arbejdsgruppen

Den oprindelige proces, der var fastlagt i arbejdsgruppens kommissorium for inddragelse af Arbejdsgruppe vedr. revision af kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, blev ændret. Som følge af valgudskrivelse, folketingsvalg og den efterfølgende regeringsdannelse har Sundhedsstyrelsen i arbejdet med kvalitetsstandarderne haft begrænsede muligheder for ekstern mødeaktivitet i forbindelse med revisionen af kvalitetsstandarderne.

I stedet for de tre planlagte arbejdsgruppemøder er der afholdt ét kort orienteringsmøde. Den oprindeligt udpegede arbejdsgruppe har desuden haft mulighed for at fremsende skriftlige bemærkninger til udkastet i forbindelse med en præhøring.

Derudover har der både forud for valgudskrivelsen og efter regeringsdannelsen været afholdt bilaterale møder med centrale arbejdsgruppemedlemmer, som beskrevet i det oprindelige kommissorium.