

# Høring vedrørende "Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom"

Samlet finder Allerød Kommune, at høringssvaret giver anledning til følgende bemærkninger:

## Anbefalingernes brugbarhed

Anbefalingerne kan i høj grad indgå i prioriteringen af den forebyggende indsats i Allerød Kommune, da det strategisk og indholdsmæssigt understøtter det allerede igangsatte arbejde. Samtidig kan anbefalingerne bidrage til at forstærke systematik og kvalitetsudvikling af kronikerindsatsen i kommunen.

## Anbefalingernes relevans og udformning

Anbefalingerne synes relevante. Allerød Kommune har dog følgende kommentarer:

### 5.1.2 Indholdselementer, s. 12

I tilrettelæggelsen af indholdet i forebyggelsestilbuddene er listet en række elementer op, som bør indgå i tilbuddene. De findes alle relevante og vigtige, men vi undrer os over, at fysisk aktivitet og en god ernæringstilstand ikke har fået et selvstændigt punkt, da disse findes lige så væsentlige som eksempelvis medicin.

### 5.1.3 Format, omfang og varighed, s 13 + 7.1 Monitorering, s. 36

Det anbefales, at der bør ske en opfølgning efter gennemført kommunal rehabilitering efter 3, 6 og 12 måneder. Erfaringer fra flere kommuner i optageområde Nord viser, at det er særdeles vanskeligt at få deltagerne til at møde op til de planlagte opfølgingsdage, hvorfor opfølgningen nedprioriteres. I stedet bør man overveje, at opfølgningen forankres hos Almen Praksis i forbindelse med årskontrollen eller alternativt i et samarbejde med patientforeninger.

### 5.2.3 Format, omfang og varighed, s. 16

Det vil være svært at imødekomme et tilbud om tobaksafvænning få uger efter borgeren har rettet henvendelse. Allerød kommune har i forvejen svært ved at rekruttere borgere til rygeafvænning, hvilket kan bevirke ventetid for at få nok borgere til et hold.

### 6.3 Afklarende samtale, s. 33

Det findes relevant med en afklarende samtale, hvis indholdet og målgruppen defineres klart. Herved sikres det, at de henviste parter ikke anvender samtalen som en hurtig udslusningsvej, hvor borgerne stilles nogle tilbud i udsigt som ikke kan opfyldes fra kommunens side.

### 6.5 Proaktiv fastholdelse

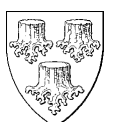
Skal den proaktive indsats af brobygning til idræts- og foreningslivet optimeres, stiller det krav til et tættere samarbejde med både hospital og almen praksis i forhold til motivationsarbejdet. Hvis emnet gøres til en integreret del af samtalen med borgeren, kan det være med til at styrke deres motivation.

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

Bjarkevej 2  
3450 Allerød  
Tlf: 48 100 263  
E-mail: djay@alleroed.dk

Dato: 16. februar 2016



## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** SST Plan  
**Sendt:** 16. februar 2016 15:22  
**Til:** Janni Stauersbøll Kramer  
**Emne:** VS: Favrskov Kommune - Høring: Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom - Frist d. 29/2-16

---

**Fra:** Tina Bak-Møller (Favrskov Kommune) [mailto:tibm@favrskov.dk]

**Sendt:** 16. februar 2016 15:19

**Til:** SST Plan

**Emne:** Favrskov Kommune - Høring: Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom - Frist d. 29/2-16

Til Sundhedsstyrelsen.

Da Favrskov Kommune har deltaget i udarbejdelsen af anbefalingerne, indgiver vi ikke bemærkninger til dem, men afventer de øvrige høringssvar.

Med venlig hilsen

**Tina Bak-Møller**

AC-fuldmægtig  
Programkoordinator, Sundhedsstrategisk Ledelse  
Social og Sundhed, sekretariatet  
Direkte: 8964 2107 - Mobil: 40241549

Hovednummer: 8964 1010  
Postadresse: Skovvej 20, 8382 Hinnerup, DK  
Besøgsadresse: Torvegade 7, 8450 Hammel



---

**Fra:** Social og Sundheds fællespostkasse

**Sendt:** 1. februar 2016 10:41

**Til:** Birgitte Holm Andersen (Favrskov Kommune) <[biha@favrskov.dk](mailto:biha@favrskov.dk)>

**Cc:** Tina Bak-Møller (Favrskov Kommune) <[tibm@favrskov.dk](mailto:tibm@favrskov.dk)>

**Emne:** VS: Høring: Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom - Frist d. 29/2-16

Venlig hilsen

**Else Maria Jensen**

Sekretariatet Social og Sundhed  
Direkte: 8964 2108  
Besøgsadresse: Torvegade 7, 8450 Hammel



Postadresse:  
Afdeling  
Frederiksgade 9 - 4690  
Haslev

Kontoradresse:  
Præstøvej 78 - 4640  
Faxe

Direkte telefon  
56 20 33 85  
[viba@faxekommune.dk](mailto:viba@faxekommune.dk)

Dato 18.02-2016

## Høring: Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Overordnet synes vi i Faxe Kommune, at det giver rigtig god mening at SST udarbejder anbefalinger, der giver kommuner mulighed for at opnå en større ensartet høj kvalitet på tværs af landet.

Vi synes, det er godt, at anbefalingerne sidestiller prioritering af livsstilsændringer og mestring af sygdom, som netop er afgørende elementer for borgere i en kommunal kontekst.

I afsnit 4 - Henvisning til kommunale tilbud, lægges der i anbefalingerne op til at almen praksis fremadrettet henviser til indledende og afklarende samtale i stedet for et prædefineret forløb. Set ud fra borgerens kontekst giver det god mening, at kommunale fagprofessionelle, der kender kommunens tilbud, sammen med borger lægger en individuel plan for forløbet. Vi kan fra et kommunalt perspektiv dog frygte, at det kan skabe forvirring for henvisende part når de ikke selv kan bestemme, hvilket forløb de henviser borgeren til, og for sundhedsprofessionelle, når de modtager en borger til en samtale og fx ikke har fået oplyst om der er fx restriktioner ved fysisk aktivitet eller andre sikkerhedsmæssige foranstaltninger mv. Yderligere forventer vi, at konsekvensen ved ikke at kunne henvise til et prædefineret forløb bliver at kommunerne vil modtage færre henvisninger.

Vi anbefaler på det kraftigste, at samarbejdspartnerne på hospital og almen praksis ikke **kun** bør have kendskab til anbefalingerne (som der lægges op til i høringsudkastet), men at der arbejdes målrettet med at understøtte effektiv henvisning og korrekt patientinformation fra sygehus og almen praksis.

I afsnit 5.4 - Ernæringsindsats anbefales, at kommunerne tilbyder en ernæringsindsats til udvalgte målgrupper. Vi undrer os over at der står at diætbehandling er målrettet *borgere*, mens kostvejledning typisk er målrettet *raske*. I kommuner betegnes patienter som borgere, så hvad mener i med begreberne *raske og borgere*, hvordan skal det forstås?

Hvis vi går ud fra, i anbefaler, at det kun er kliniske diætister, der kan varetage diagnosespecifik kostvejledning, så undrer det os, idet professionsbachelorer i ernæring og sundhed med akademisk



overbygning også burde kunne løfte opgaven i en kommunal setting, hvor målgruppen er borgere med stabil kronisk sygdom.

I afsnit 7.1 – monitorering anbefales, at der sker en løbende monitorering i hver kommune evt. suppleret med andre metoder. Det kunne være ønskeligt, at der fra national side blev udstukket nationale retningslinjer for dette.

I afsnit 7.2 – kvalitetssikring anbefales, at tilbud dokumenteres og monitoreres systematisk (ensartet på tværs af kommuner) med henblik på forbedringer. Det kunne være ønskelig med en fælles national klinisk database så sammenligninger muliggøres.

For netop at sikre en høj ensartet kvalitet for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, vil vi foreslå, at afsnittene monitorering og kvalitetssikring blev uddybet og gjort mere konkrete i forhold til benchmarking og forskning.

Med venlig hilsen

**Vibeke Bastrup**  
Sundhedskonsulent  
Faxe Kommune

**Tina Norking**  
Centerchef  
Faxe Kommune





## Høringssvar

16. februar 2016

Sagsbeh.:GT

J.nr.: 00.01.00-A01-117-16

**Sundheds- og  
Omsorgsafdelingen**

### for ”Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom”

Frederiksberg Kommune er som udgangspunkt positive over for, at der angives generelle anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom. Der findes anledning til at kommentere på følgende;

#### **Generelt**

Fordi anbefalingerne generelt er givet i forhold til kommunalt regi, fremgår det ikke tydeligt hvordan ansvarsfordeling mellem almen praksis, hospitalet og kommunen fordeler sig i forhold til indsatser og forløb. Der ønskes en mere klar beskrivelse af, hvem der bærer ansvaret, og hvad forpligtelsen består i. Det kan desuden overvejes, om almen praksis skal have en tilbagemelding på forløbet i kommunalt regi, så der kan følges op på forløbet. Dette vil sikre sammenhæng og fastholdelse for borgeren. Der savnes en definition på, hvem der indbefattes i gruppen ”kronisk syge”. Det anbefales, at gruppen defineres i baggrundsafsnittet.

#### **Baggrund**

I afsnittet beskrives det, at der skal udarbejdes individuelle forløbsplaner for den enkelte borger. Frederiksberg Kommune ønsker en uddybning af, hvad denne skal indeholde, samt hvad forpligtelsen består i for kommunen.

#### **Indhold i forebyggelsestilbud**

Det tilrådes, at tilbuddene ikke alene relateres til borgerens symptomer, men også til borgerens hverdag og ressourcer, hvis det skal være vedkommende.

Det beskrives, at opfølgning bør foretages hver 3. - 6. måned. Frederiksberg Kommune ønsker en uddybning af, hvem der skal foretage denne opfølgning, og over hvor lang en tidsperiode denne opfølgning skal foretages. Det er urealistisk, at kommunerne skal kunne følge op over en længere tidsperiode, og det anbefales, at almen praksis står for opfølgningen.

#### **Tobaksafvænnning**

Det findes relevant, at der ydes økonomisk støtte til rygeafvænningsmedicin, da det vil være med til at øge stopraten. Dog er det ikke en udgift, det er realistisk for kommunerne at finansiere.

I forhold til at antallet af gruppedeltagere på et hold ikke bør overstige 12 deltagere, viser erfaringer fra kommunen, at der er et frafald på 2-7 personer, hvorfor der bookes op til 15 personer pr. hold. Dette gøres for at sikre gruppedynamik, og for at ressourcerne bruges bedst muligt.

## **Ernæringsindsats**

Det tilrådes, at anbefalingerne for ernæringsindsats for uplanlagt vægttab og overvægt ballanceres mere ligeligt, da størstedelen af borgerne, der ses i forløbsprogrammerne for kronisk syge, oftest er overvægtige og i mindre grad har et uplanlagt vægttab.

Det beskrives, at borgere med progredieret kronisk sygdom vil have behov for livslang opfølgning, hvilket ikke er realistisk at imødekomme i en kommunal kontekst. Det findes relevant, at definere hvem der skal stå for denne opfølgning.

## **Forebyggende samtale om alkohol**

I målgruppebeskrivelsen nævnes en række undtagelser, der ikke skal tilbydes en forebyggende samtale. Frederiksberg Kommune stiller sig uforstående overfor undtagelserne, da det ikke fremgår hvem, der i stedet har ansvaret for at tilbyde disse borgere en indsats. Desuden må ressourcestærke borgere, der selv har redskaber til at gennemføre den ønskede adfærdændring, netop være i målgruppen for en forebyggende samtale om alkohol, så de får den rette motivation til at ændre vaner, inden et for stort alkoholforbrug udvikles.

Det findes ikke foreneligt, at den forebyggende samtale skal indledes med information om helbredsrisiko og Sundhedsstyrelsens anbefalinger om alkohol, hvis samtalen skal køres efter den motiverende samtale, da den motiverende samtale foreskriver at have fokus på borgerens egne grunde til at ændre vaner.

Det bør tages op til overvejelse, om der skal laves en dansk model for den forebyggende samtale om alkohol, hvis medarbejderen, der skal udføre samtalen, skal have viden og træning i metoden "forebyggende samtale om alkohol". Ellers bør det uddybes, hvordan medarbejderen kan sikre sig denne viden.

## **Monitorering og kvalitetssikring**

Mht. monitorering er vigtigt at påpege, at kommunerne ikke har systemer/databaser, der understøtter monitorering og dermed benchmarking på tværs af kommunegrænser. Det er desuden en udfordring at vores system, som det er nu, ikke understøtter, at vi kan se hvor mange tilbud borgeren får i alt.

Det skal bemærkes, at der i dag ikke er opfølgning 6 og 12 måneder efter endt forløb, da dette kræver yderligere ressourcer samt et effektivt system til dataopfølgning.

Der savnes generelle definitioner for hvornår et forløb er gennemført, så det kan dokumenteres og være sammenligneligt med andre kommuner.

I forhold til at indsamle data for hvor mange borgere der får tilbuddet, i forhold til den samlede population, der kunne have gavn af tilbuddet, ses en problematik i, at nogle af disse borgere følges i almen praksis og på hospitalerne, som kommunerne ikke har tal på. Derudover er det også vigtigt at tage højde for det sociale index i kommunerne, hvis der skal være et sammenligningsgrundlag kommunerne imellem.

Det anbefales, at PROM uddybes som model, da den ikke er kendt i kommunerne. Det vil i den henseende være godt med en ensretning, så resultater herfra er sammenlignelige imellem kommunerne.

Venlig hilsen

Frederiksberg Kommune

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Julie Begtorp <jub@sim.dk>  
**Sendt:** 19. februar 2016 11:30  
**Til:** SST Plan  
**Cc:** Inge Trads Kjeldsen; Signe Maria Christensen  
**Emne:** Sv: Høring: Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom - Frist d. 29/2-16 (SIM Id nr.: 324066)

Til Sundhedsstyrelsen

Att. Janni Stauersbøll Kramer

Social- og Indenrigsministeriet har tre konkrete kommentarer til materialet:

1) Øverst på side 25 står der: "Alkoholrelateret indsats til gravide med alkoholproblemer sker i regionernes familieambulatorium."

Det foreslås, at dette ændres til: "Alkoholrelateret indsats til gravide med alkoholproblemer sker i samarbejde mellem regionernes familieambulatorium og kommunen."

2) Høringslisten kan med fordel suppleres af Socialpædagogernes Landsforbund, Dansk Socialrådgiverforening og Danske Handicaporganisationer.

3) Målgruppen kan med fordel præciseres i forhold til, om kronisk sygdom udelukkende omfatter somatiske sygdomme, eller om målgruppen også inkluderer borgere med længerevarende sygdomsforløb grundet psykiske lidelser.

Med venlig hilsen

**Julie Begtorp**  
Specialkonsulent, Handicap



Holmens Kanal 22  
1060 København K  
Telefon: +45 33 92 93 00  
E-mail: [sim@sim.dk](mailto:sim@sim.dk)  
Direkte telefon: +45 41851131  
Direkte e-mail: [jub@sim.dk](mailto:jub@sim.dk)  
[www.sim.dk](http://www.sim.dk)

---

**Til:** Ballerup Kommune ([balkom@balk.dk](mailto:balkom@balk.dk)), Solrød Kommune ([kommune@solrod.dk](mailto:kommune@solrod.dk)), Ærø Kommune ([post@aeroekommune.dk](mailto:post@aeroekommune.dk)), Gentofte Kommune ([gentofte@gentofte.dk](mailto:gentofte@gentofte.dk)), Vejle Kommune ([post@vejle.dk](mailto:post@vejle.dk)), Vesthimmerlands Kommune ([post@vesthimmerland.dk](mailto:post@vesthimmerland.dk)), Viborg Kommune ([viborg@viborg.dk](mailto:viborg@viborg.dk)), Læsø Kommune ([kommunen@laesoe.dk](mailto:kommunen@laesoe.dk)), Bornholms Regionskommune ([post@brk.dk](mailto:post@brk.dk)), Samsø Kommune ([kommune@samsoe.dk](mailto:kommune@samsoe.dk)), Gladsaxe Kommune ([kommunen@gladsaxe.dk](mailto:kommunen@gladsaxe.dk)), Rødovre Kommune ([rk@rk.dk](mailto:rk@rk.dk)), Odder Kommune ([odder.kommune@odder.dk](mailto:odder.kommune@odder.dk)), Tårnby Kommune ([kommunen@taarnby.dk](mailto:kommunen@taarnby.dk)), Fanø Kommune ([raadhuset@fanoe.dk](mailto:raadhuset@fanoe.dk)), Faaborg-Midtfyn Kommune ([fmk@faaborgmidtfn.dk](mailto:fmk@faaborgmidtfn.dk)), Hillerød Kommune ([hillerod@hillerod.dk](mailto:hillerod@hillerod.dk)), Vordingborg Kommune ([post@vordingborg.dk](mailto:post@vordingborg.dk)), Guldborgsund Kommune ([kommunen@guldborgsund.dk](mailto:kommunen@guldborgsund.dk)), Ikast-Brande Kommune ([post@ikast-brande.dk](mailto:post@ikast-brande.dk)), Holstebro Kommune ([kommunen@holstebro.dk](mailto:kommunen@holstebro.dk)), Horsens Kommune ([horsens.kommune@horsens.dk](mailto:horsens.kommune@horsens.dk)), Halsnæs Kommune ([mail@halsnaes.dk](mailto:mail@halsnaes.dk)), Aabenraa Kommune ([post@aabenraa.dk](mailto:post@aabenraa.dk)), Thisted Kommune ([thistedkommune@thisted.dk](mailto:thistedkommune@thisted.dk)), Tønder Kommune ([toender@toender.dk](mailto:toender@toender.dk)), Varde Kommune ([vardekommune@varde.dk](mailto:vardekommune@varde.dk)), Furesø Kommune ([furesoe@furesoe.dk](mailto:furesoe@furesoe.dk)), Haderslev Kommune ([post@haderslev.dk](mailto:post@haderslev.dk)), Aalborg Kommune ([aalborg@aalborg.dk](mailto:aalborg@aalborg.dk)), Herning Kommune



Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Dato: 22-02-2016  
Sagsnr.: 29.09.00-K04-1-16  
Henv. til: Ellen Greve  
Sundhedsstrategi  
Direkte tlf.: 9611 4111  
Afdeling tlf.: 9611 7585  
Kultur.Sundhed@Holstebro.dk  
www.holstebro.dk

## **Høringssvar fra Holstebro kommune, vedr. anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.**

Nærværende høringsmateriale, er som det fremgår af høringsbrevet, et af mange sæt anbefalinger, som retter sig til målgruppen for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med Kronisk Sygdom.

De mange udgaver stiller krav til interessenterne, om at samordne og udvælge blandt mange sæt anbefalinger. Det vil være en stor hjælp med en enkel oversigt over gældende retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen overfor målgruppen.

Generelt er det et flot og gennemarbejdet materiale, hvor tilbuddene er fokuseret på det hele menneske, og på de områder der påvirker mennesker, uanset hvilken situation de befinder sig i.

Materialet falder overvejende i god tråd med praksis i Holstebro kommune, undtagelserne er påpeget nedenfor.

### Afsnit 4. Henvisning kommunale tilbud.

Det anses som en styrke at almen praksis henviser til en afklarende samtale, frem for et specifikt forløb. Det øger muligheden for at opfange flere aspekter, og det gør det overskueligt for borgeren at overse den afklarende samtale som et indledende tilbud.

### Afsnit 5.1. Sygdomsmestring.

Ok

### Afsnit 5.2. Tobaksafvænning

Målet bør være elektronisk henvisningsform fra hospitalsvæsen og almen praksis, til kommunernes tilbud – Der henvises til igangværende erfaringsopsamlinger i Storrygerprojektet i Vestklyngen i Region Midt.

På s.16 i fodnote, anbefales at der først og fremmest anvendes standardiserede rygestopforløb, i det disse er velafprøvede og velevnerede. Opmærksomheden henledes på KOM og Kvit forløb – Holstebro kommune har siden 2011 oplevet en højere effekt af Kom og Kvit end de standardiserede forløb, ikke mindst p.g.a. borgernes mulighed for fleksibelt at påvirke forløbene – opleves det at gennemførelse og stoprate øges.

### 5.3. Fysisk træning

Ok – særligt fremhæves afsnittet på s.18 om overkommeligheden af træningen - herunder at indtænke borgerens træning i NÆRMILJØET





#### 5.4. Ernæringsindsats

Afsnittet lægger op til en betydelig udvidelse af den eksisterende opgave i kommunerne.

Ernæringsindsatsen er en udvidelse af det nuværende niveau, som er angivet under sundhedslovens § 119, indsatsen har tidligere været rettet mod at skabe rammer for en Sund levevis og etablere sundhedsfremmende og forbyggende tilbud til borgerne (KRAM-indsatser)

Implementeres anbefalingen på ernæringsindsatsdelen, vil det betyde at der for borgeren ikke vil være forskel på om ernæringsindsatsen gives i sygehus- eller kommunalregi.

Den praksis kan give god mening, blot kræver en ændret praksis - en regulering af aftalerne imellem parterne. (undgå opgaveglidning)

#### 5.5. Forebyggende samtale om alkohol

Anbefalingerne støttes

#### 6. Samarbejde med borgerne

Afsnittet er velskrevet, og velunderbygget, klargør betydningen af den sundhedspædagogiske indsats hvor borgeren ses som den centrale part, der indgår som ekspert i eget liv.

Det er en styrke at krav til kompetencer er velbeskrevet.

Med venlig hilsen

Ellen Greve  
Seniorkonsulent

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

*Sundhedsområdet*  
*Sundhedssamarbejde og Kvalitet*  
Kontakt: Arne Gårn  
arne.gaarn@rsyd.dk  
Direkte tlf. 29201281

Den 21. februar 2016  
Side 1/3

## **Hørings svar vedrørende Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom"**

Sundhedsstyrelsen har den 29. januar 2016 fremsendt høringsudkast til "Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom". Region Syddanmark fremsender hermed sit hørings svar.

### **Generelle bemærkninger**

Region Syddanmark anser det for positivt, at Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalingerne, og at der er fokus på en professionalisering og kvalitetssikring af området. Vi anser det samtidig for vigtigt, at publikationen særligt adresserer både det sundhedspædagogiske element og motivationsbegrebet, også selvom det i publikationen erkendes, at det er komplekse områder at arbejde med.

Intentionen om at øge graden af ensartethed i forebyggelsestilbuddene er god set i et regionalt perspektiv. Således efterspørger sygehuse og særligt almen praksis i høj grad ensartethed i forebyggelsestilbud på tværs af kommunerne, herunder tilbud til borgere med kronisk sygdom, således at henvisning til kommunale tilbud fremmes og borgerne sikres relevante tilbud i sammenhængende forløb.

Der er et vist naturligt overlap mellem anbefalingerne i forebyggelsespakkerne og denne publikation. Region Syddanmark anser det imidlertid for positivt, at Sundhedsstyrelsens samlede anbefalinger om kommunale forebyggelsestilbud dermed både har et risikofaktorperspektiv (forebyggelsespakkerne) og et målgruppeperspektiv (nærværende publikation). Begge tilgange er relevante i det daglige samarbejde om forebyggelsesforløb mellem almen praksis/sygehuse og kommunerne, da opsporing af forebyggelsesbehov både kan ske ifm. samtaler om/screening af livsstil og ifm. håndtering af kronisk sygdom.

Det nævnes i publikationen, at evidensgrundlaget bag anbefalingerne er varierende, og at anbefalingerne derfor blandt andet bygger på erfarings- og praksisbaseret viden. Der er en risiko for, at anbefalinger udarbejdet på denne baggrund i nogen grad er retrospektive ved at beskrive en allerede eksisterende praksis frem for at "gå foran" og sætte nye standarder for kommunal praksis. Dette reducerer i nogen grad relevansen og den potentielle effekt af at udsende anbefalinger. Der er derfor i høj grad behov for, at Sundhedsstyrelsen og/eller andre nationale myndigheder også understøtter forskning og udviklingsarbejde, hvor evidensgrundlaget på forebyggelsesområdet er spinkelt.

Region Syddanmark savner, at regionernes rådgivningsfunktion jævnfør Sundhedslovens § 119, stk. 3 nævnes, og at regionernes ekspertise vedrørende kvalitet, forskning, monitorering og evaluering anbefales at blive bragt i spil. Det er således oplagt, at kommunerne med henvisning til rådgivningsfunktionen – og Sundhedsstyrelsens vejledning til denne – inddrager regionerne i arbejdet med monitorering, kvalitetssikring og generering af ny viden (jævnfør afsnit 7). Således kan regionerne tage en aktiv rolle i at facilitere tværkommunale samarbejder og samarbejde med forskningsinstitutioner på dette område.

### Specifikke bemærkninger

*Ad afsnit 4.* Region Syddanmark ser positivt på, at anbefalingerne lægger op til en ændring fra prædefinerede forløb til enkeltstående tilbud, der sammensættes individuelt efter behov. En tilsvarende tankegang om en *rehabiliterende tilgang* forsøges implementeret qua Sundhedsaftalen 2015-18 i Region Syddanmark.

*Ad afsnit 4.* Det tværsektorielle samarbejde om henvisning til kommunale forebyggelsestilbud berøres kun kortfattet. Gode henvisningsprocedurer og stor henvisningsaktivitet er en forudsætning for, at forebyggelsestilbuddene anvendes af de relevante målgrupper – og af en stor andel af målgrupperne. Publikationen kan derfor anbefale, at der gøres en særlig indsats for dette i det lokale, tværsektorielle samarbejde, eksempelvis med udgangspunkt i de kommunalt-lægelige udvalg.

*Ad afsnit 5.1.2.* Hensigtsmæssige livsstilsændringer nævnes som mål for indsatsen "sygdomsstring". Det bør rimeligvis præciseres, at der typisk er en række andre mål med indsatsen også end livsstil alene, hvilket også antydes med de indholdselementer, indsatsen i øvrigt anbefales at indeholde.

*Ad afsnit 5.1.3.* I afsnittet antydes, at borgere med kronisk sygdom som udgangspunkt er udsat for social isolation. Dette synes at være en noget fordomsfuld og ensidig tilgang.

*Ad afsnit 5.1.3.* Det kan overvejes at nævne muligheden for at inkludere digitale metoder som et supplement til de mere traditionelle tilbud med fysisk fremmøde i kommunale sundhedscentre mv.

*Ad afsnit 5.3.* Det kan eventuelt præciseres, at effekterne af fysisk aktivitet dels kan være af klinisk karakter ved at påvirke sygdomspatogenesen og diagnoserelaterede symptomer, dels øge bl.a. kondition og muskelstyrke generelt og borgerens livskvalitet.

*Ad afsnit 5.3.2 og 5.3.3.* Afsnittene nævner et par gange målet om livslang træning, fastholdelse af nye træningsvaner efter det kommunale træningsforløb mv. Udfordringen med fastholdelse undervurderes dog markant i anbefalingerne. Det er vores påstand, at talrige erfaringer peger på udfordringer med "udslusning" fra offentlige tilbud til træning i frivilligt/privat regi eller på egen hånd. Dette er bl.a. dokumenteret i Sundhedsstyrelsens "Resultatopsamling af motion på recept i Danmark" fra 2010. Vi anerkender, at det er vanskeligt at lave effektfulde, evidensbaserede anbefalinger om organisering af træningsindsatsen, men må samtidig bemærke, at det er problematisk at anbefale en traditionel organisering, som synes at have en lav succesrate hvad angår fremme af livslang træning. Der er behov for udviklingsarbejde, der afprøver nye organiseringsformer, f.eks. et langt tættere samarbejde mellem kommuner og frivillige/private aktører, som det antydes i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om fysisk aktivitet (dog ikke specifikt for borgere med kronisk sygdom).

*Ad afsnit 5.5.1.* I beskrivelsen af målgruppen for forebyggende samtaler om alkohol undtages borgere med gode ressourcer. En tilsvarende opdeling af behov blandt borgere med henholdsvis gode og mindre gode ressourcer kan overvejes for flere af de øvrige tilbud, f.eks. tobaksafvænning og fysisk træning.

*Ad afsnit 6.3.* Region Syddanmark ser positivt på anbefalingen om, at borgere henvises til en afklarende samtale i kommunen. Dette reducerer behovet for et indgående kendskab til de enkelte kommunale forebyggelsestilbud hos almen praksis og på sygehusene, og det ligger i tråd med målet om "én indgang" til kommunale forebyggelsestilbud, som indgår i sundhedsaftalen 2015-18 i Region Syddanmark.

*Afsnit 7.1.* Afsnittet om monitorering fremstår meget overordnet og bidrager ikke i nogen videre grad til en styrket kommunal praksis på området. Der kunne med fordel indføres et afsnit om monitorering for hver af de fem typer af forebyggelsestilbud med eksempler på relevante data at monitorere i tilbudene.

Venlig hilsen



Kurt Æbelø  
Konstitueret afdelingschef



---

Landsforeningen Lænken

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

23. februar 2016

### **Høringsvar fra Landsforeningen Lænken vedrørende:**

#### **Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere, der har en kronisk sygdom.**

Landsforeningen Lænken hilser overordnet anbefalingerne velkommen. Vi har følgende kommentarer i forhold til forebyggelsestilbud om alkohol:

Anbefalingerne gør opmærksom på, at alkohol har en negativ betydning for mere end 200 sygdomme, herunder kræft-, lever-/mave-/tarm-, og hjerte-karsygdomme, forhøjet blodtryk og depression, og at alkohol er en af de enkeltfaktorer, som har størst negativ betydning for sygdomsbyrden.

Vi mener derfor i Landsforeningen Lænken, at alle borgere med kronisk sygdom bør tilbydes en samtale om alkohol, der som et minimum indeholder generel viden om alkohol og betydningen for helbredet. Der kan i den forbindelse også foretages den første screening i forhold til borgerens alkoholforbrug ved brug af AUDIT skemaet. Dette kan understøtte borgerens beslutning i forhold til evt. at vælge det rette videre tilbud om forebyggende samtaler eller behandling.

### **5.5 Forebyggende samtale om alkohol**

#### **5.5.1 Målgruppe**

Beskrivelsen af målgruppen er uklar.

#### **5.5.2 Indholdselementer**

##### ***Forebyggende samtale om alkohol***

I Landsforeningen Lænken mener vi, at den rette information er en forudsætning for, at borgeren kan *behandles som ekspert på sit eget liv i forhold til behandlingsvalg og forebyggelsestilbud og i øvrigt egne ønsker og behov (se anbefalingerne side 30)*. Derfor mener vi, at en forebyggende samtale, ud over at indeholde tilbud om opfølgende samtaler, også skal indeholde informationer om lokale gratis alkoholbehandlingstilbud og lokale frivillige organisationer, som kan støtte den enkelte til et godt liv uden alkohol.

Derfor mener vi, at følgende punkter skal tilføjes:

9. Information om lokale behandlingstilbud
10. informationer om lokale frivillige støtteorganisationer

### 5.5.5 Kompetencer

I Landsforeningen Lænken mener vi, at *sociale fællesskaber kan være en positiv faktor for deltagelse og fastholdelse (sociale forandringsfællesskaber)* (se anbefalingerne side 32). Derfor er det vigtigt, at de medarbejdere, der gennemfører forebyggende samtaler om alkohol, ikke blot har generel viden om alkohol, men også har viden om de konkrete lokale behandlings- og støttetilbud, som findes i borgerens bopælskommune.

Derfor mener vi, at følgende punkt skal tilføjes:

- Viden om lokale behandlingstilbud i borgerens bopælskommune
- Viden om og lokale frivillige støtteorganisationer i borgerens bopælskommune

### 6.5 Proaktiv fastholdelse

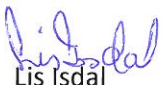
I Landsforeningen Lænken er vi klar over, at inddragelse af sociale netværk kan have en stor betydning for fastholdelse af adfærdsændringer. De frivillige i Lænken's lokalforeninger i kommunerne ønsker at blive inddraget aktivt som supplement til alkoholbehandlingstilbud undervejs, så borgeren får direkte kontakt og opnår tryghed ved Lænken's frivillige tilbud om socialt samvær. Dette antager vi også gælder for andre frivillige sociale/livsstils- foreninger i lokalområderne.

Derfor vil vi gerne tilføje det markerede i sætningen på side 35, som starter:

"Viden om borgerens hverdagsliv og mulighed for støtte efter endt tilbud bør så vidt muligt indgå i tilrettelæggelsen og indhold af tilbud. Der bør således arbejdes aktivt med at støtte borgeren med at få overblik, kontakt og tryghed ved muligheder for fortsat aktivitet, efter endt tilbud fx i idrætsforeninger, **frivillige sociale foreninger**, aftenskoler, hos private aktører, socialøkonomiske virksomheder mv. Det kan blandt andet ske gennem en aktiv inddragelse af personlige netværk eller eksterne aktører i tilbuddene undervejs."

Vi ser frem til, at Sundhedsstyrelsen overvejer at tage høringssvaret til efterretning i de endelige anbefalinger.

Venlig hilsen



Lis Isdal

Formand

**Høring:** Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

**Til:** Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for fysioterapi (DSF) har med interesse læst Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom og takker for muligheden for at afgive høringssvar.

DSF har i nærværende brev samlet et høringssvar med input fra Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri (DSFGG). Der henvises til selskabets konkrete høringssvar, der er vedhæftet sidst i dette dokument.

Vi håber arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvaret anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af anbefalingerne. Såfremt der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige.

### **Overordnede bemærkninger**

Dansk Selskab for Fysioterapi kvitterer for et sæt anbefalinger, der anerkender at arbejdet med forebyggelse og rehabilitering blandt borgere med kronisk sygdom er et yderst komplekst område. Særligt at der er behov for en individuel tilpasning af den enkelte borgers forløb samt vigtigheden af de sundhedsprofessionelles kompetencer, mener vi er yderst vigtige budskaber.

Dansk Selskab for Fysioterapi ser meget positivt på den centrale rolle sundhedspædagogik og motivation får i disse anbefalinger i afsnit 6 "Samarbejdet med borgeren".

Også arbejdet med og den anerkendelse af at disse kompetencer er altafgørende hos personale, der skal arbejde med livsstilsændring, vaner og fastholdelse inden for de fem nævnte indsatsområder. Der kunne med fordel tilknyttes en psykolog både til at arbejde med borgernes motivation og barrierer og til at supervisere de øvrige sundhedsprofessionelle.

Mht. fysisk træning, mener vi det er for uspecifikt at skrive, at "hvis det er en fordel for borgeren, kan der inkluderes en test" (side 18). Vi mener, der som udgangspunkt bør indgå test og effektevaluering i alle forløb.

Det pointeres flere steder, at fysisk træning skal planlægges individuelt og at man i forløbet skal hjælpe med at identificere den enkelte borgers præferencer for træningstype og -sted. Endvidere nævnes at træningen skal kunne planlægges, så der tages hensyn til eventuelle andre sygdomme og skader. Dansk Selskab for Fysioterapi er enig i dette og mener, at denne træningsplanlægning bør varetages af en fysioterapeut.

Dansk Selskab for Fysioterapi savner mere fokus på hvordan fastholdelse og opfølgning fx gode vaner for at være fysisk aktiv efter et end kommunalt genoptræningsforløb kan sikres. Et samarbejde med andre lokale aktører fx idrætsforeninger, arbejdspladser og kommunens jobcenter er også en oplagt mulighed for træning af denne gruppe kroniske borgere. Vi ønsker således, at henlede opmærksomhed på en opprioritering af dette område.

Endelig kunne anbefalingerne om almindelig fysisk aktivitet i hverdagen ud over egentlig træning med fordel få plads i dette afsnit.

### **Vedrørende monitorering og kvalitetssikring**

Dokumentation og effektmonitorering af fysioterapeutisk og rehabiliterende praksis står højt på selskabets dagsorden. Dansk Selskab for Fysioterapi mener det er godt at stille krav om systematisk anvendelse af relevante resultatindikatorer og måleredskaber. Dog mener vi dette afsnit fremstår for vagt og ukonkret. Et mere specifikt forslag til fælles indsamling af data i central database samt hvilke måleredskaber, der kan anbefales i daglig praksis ville være ønskeligt.

P.v.a. Dansk Selskab for Fysioterapi

Med venlig hilsen

Annette Fisker

Faglig konsulent

Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 70

2300 København S

Tel: +45 33414612

E-mail: [kontakt@dsfys.dk](mailto:kontakt@dsfys.dk)

[www.danskselskabforfysioterapi.dk](http://www.danskselskabforfysioterapi.dk)





**Høring:** National klinisk retningslinje for kommunale forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom.

Høringssvar fra Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri

### **Overordnede bemærkninger**

Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri mener overordnet at høringsudkastet ser gennemarbejdet ud og er ret detaljeret.

Det er godt at forsøge at sætte ind i en sammenhæng med forløbsprogrammer, forløbspakker og forløbsplaner, på sigt kan det være noget bliver overflødigt og så igen skal afskaffes.

Det er godt med fokus på den sundhedspædagogiske del og at den sundhedsprofessionelle skal have sundheds og voksenpædagogiske forudsætninger, samt at kompetencerne skal vedligeholdes.

Det er godt at tilbuddet til den enkelte borger skal tilpasses netop de specifikke behov og ressourcer den pågældende borger har.

Det er godt at være forberedt på at forandrings processer således er en lang proces (6.2.).

Det er godt at der tages udgangspunkt i et bredt og positivt sundhedsbegreb (1.4.).

Det er godt med en afklarende samtale i starten i stedet for at borgeren får et forløb, som ikke nødvendigvis passer.

Det er gode overvejelser omkring borgere med flere udfordringer.

Det er godt og relevant at medinddrage pårørende i tilbud sammen med borgeren, det skal evt. præciseres, hvornår det kan være relevant. Det kunne være i forbindelse med livsstilsændringer, ryge/alkohol forbrug, kostomlægning, hvor det er vigtigt med familiens forståelse og opbakning.

Det er godt at der i kostvejledningen også er fokus på et ikke planlagt vægttab.

Der er gode overvejelser og intentioner. Vi skal huske borgeren.

### **Specifikke bemærkninger**

Det er vigtigt at henvisningen sker i samråd med borgeren.

Det er vigtigt at retningslinien holdes ajourført, når der kommer ny viden. Det står ikke tydeligt hvordan det skal foregå.

Der kunne være mere specifikt retningslinier i forhold til hvornår region/praktiserende læge skal henvise.

Det kan diskuteres i hvor stort omfang i den individuelle tobaksafvænning, det har effekt at ringe op pr. telefon.

Det kan med fordel specificeres, at borgerene med fordel kan præsenteres for flere forskellige træningsformer. Så de borgere der ikke er træningsvante kan finde en motionsform, de kan lide og som kan være motiverende for dem at integrere i deres hverdag (s.18).

Det kan med fordel være et aktiv, at have vedligeholdende træningshold i kommunen, som borgerne kan fortsætte på efter endt pakkeforløb.

Det kan i forhold til fysisk træning, med fordel anbefales, når det er muligt, at lave brobygning til lokale aktører. Så som idrætsforeninger, ældresagen, aftenskoler og andet. Ved derigennem at bane vejen for, at det er lettere for borgerne at fortsætte den fysiske træning lokalområdet.

De Sundhedsprofessionelles kompetencer til tilrettelæggelse af træning og rådgivning bør være en mellemlang videregående uddannelse, for at de kan klare det fyldestgørende.

Det er vigtigt at diætbehandlingen bør foregå ved en person med en mellemlang videregående uddannelse.

I forhold til kap. 6 kan der med fordel tilknyttes en psykolog, der specifik kan varetage emner som motivation og self-efficacy og som kan supervisere kolleger i svære situationer.

Det kræver viden, beslutning og energi og engagement fra borgerne og omgivelserne i en længere periode, men så sandelig også i fremtiden(s.29).

De sundhedsprofessionelle medarbejdere kan måske have kendskab til forskellige apps, der for nogle vil kunne være en hjælp både i forhold til motivation og fastholdelse af f.eks. kostændringer og fysisk aktivitet.

Der kunne være et samarbejde med kommunens jobcenter, så de kommunale forebyggelsestilbud officielt kunne accepteres som en del af et rehabiliteringsforløb, som borgeren skal have ret til at gennemfører, uden at bliver sendt ud i jobprøvning og andet undervejs.

## **Vedrørende monitorering**

Det er godt at stille krav/forslag til monitorering og kvalitetssikring.

Det kunne være en hjælp, hvis SST havde en database/et program, der kunne stilles til rådighed til dette arbejde.

Med venlig hilsen

Annette Storm

Fysioterapeut

Cand. Scient. San.

p.v.a. Bestyrelsen i Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri

Web: <http://www.gerontofys.dk>



---

**Hørings svar fra Kolding Kommune ang. høringsudkast til anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.**

---

Kolding Kommune har med stor interesse gennemgået høringsudkastet til anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, og har nedenstående kommentarer.

Settings – side 7 - Setting perspektivet anbefales som et overordnet pædagogisk præmis. Det anbefales kommuner at samarbejde med boligsociale aktiviteter i nærområdet. Derudover savner anbefalingerne mere konkret inspiration til operationalisering af 'det gode læringsrum' og alternativet til lektionsundervisning.

Medicin – side 12 - hvordan kan kommunale sygeplejersker holdes ajour omkring udviklingen på medicinområdet?

Alkohol – side 23 - I målgruppen må også være dem, der drikker under højrisikogrænsen, men der er specielt følsomme pga. sygdom og i risiko for forværring af deres sygdom. Herunder også, hvor alkoholforbruget hæmmer bedring af sygdom.

En bemærkning til alkohol og tobak: Der er evidens for, at der er en større succesrate med alkoholbehandling og rygeafvænning, når det gøres samtidig, og dette kunne med fordel tænkes ind her, så det ikke nødvendigvis tænkes som to selvstændige indsatser, men også som en integreret behandling.

Tobak – side 14 - Målgruppen bør også inkludere borgere afhængige af NRT produkter eller e-cigaretter. Rådgivning bør også ud over tilbagefaldhåndtering indeholde fastholde. Rådgivning bør ikke afsluttes før borgeren har en plan for nedtrapning af anvendelse af rygestopmedicin.

MODELLEN side 29 - Pilen med patientens (borgerens) hverdagsliv kan med fordel ligge hen over hele modellen.

Den stiplede boble vedr. inddragelse af tilbud i lokalsamfundet, kan med fordel placeres nederst, i nær relation til den forløbskoordinerende-pile-illustration.

---

Forløbskoordination - herunder stratificering af borgeres behov for indhentning af sundhedskompetencer/patientudd. - Forløbskoordinerende opgaver bør fremhæves væsentligt i anbefalingerne (jvf. anbefalingerne s. 32 og referering til sårbare øgede behov for støtte til at kunne handle). Gerne tildeles et særskilt afsnit. Og bør for sårbare være en del af modellen side 29.

### **Generelt**

Generelt er det gode og relevante anbefalinger. Men med afklarende samtaler og gentagne opfølgninger sammen med de rehabiliteringsopgaver, der løbende flyttes til kommunalt regi, vil det kræve flere ressourcer i kommunerne til opgaven.

Anbefalinger synes at afspejle indbyrdes modstridende værdiafsæt: Indførelsen af de 5 overordnede indholdsområder signalerer en holistisk tilgang til individer. Omvendt signalerer ordvalg som - *tilbuddet bør relateres til borgerens symptomer, gennemgang, gentagelse af nøglebegreber, risikofaktorer og skadelig virkning* - en biomekanisk tilgang til individer samt mere passive læringsbegreber (s.11-12). Trods god vilje præges anbefalingerne altså af en naturvidenskabelig diskurs og patientuddannelseskonceptets oprindelse i den sekundære sektor.

Samme tendens afspejles gennem valget af et afsæt i 'best practise' og sparsom evidens. Idet evidensstyrke overvejende måles ud fra naturvidenskabens parametre oplevelses rigiditet, forenkling og mangel på fremsynethed i anbefalingerne. Et forslag kunne være, at anbefalingerne inkluderede undersøgelser/studier, der adresserer samtidens helbredsmæssige udfordring: SAMSYGDOM (tendensen med at sygdom udvikles i forbindelse med problematikker omkring samarbejde, samliv og samfund og som resultat af øget universel kompleksitet).

På samme måde kunne anbefalingerne med fordel inkludere flere af de studier, som tydeligt påpeger, at kronikernes egne meningsperspektiver - og drivkraft for læring - handler om meget andet end sygdom samt behovet for kunne identificere sig som mere end det. Mange undersøgelser af 'patient'perspektiver sandsynliggør således et behov for at gøre forebyggelsestilbuddene mere lystbetonede. Et forslag til styrkelse af anbefaling på ernæringsområdet kunne således være, at kommuner tilbyder fælles praktisk madlavning (erfaringsmæssigt både udviklende for ændring af adfærd, relationer og håb/energi/trivsel + mulighed for at indtænke setting perspektivet).

Med ovennævnte in mente kan det virke uforeneligt med anbefalingernes 'lektions'-struktur på en times varighed.

På samme måde virker det usandsynligt, at sundhedsprofessionelle kan operationalisere begreberne empowerment og tiltro til egen formåen via en tematiseret gennemgang af mestringsstrategier på en time.

Det er uklart, hvordan mental sundhed og trivsel tænkes ind. Dette bør styrkes. Derudover er der sparsom fokus på netværksdannelse, som ellers er noget af det vigtigste, borgerene får på holdtilbuddene.

Der savnes inspiration til hvilke forskningsinstitutioner, sundhedsudøvere skal skele til. Anbefalinger kunne med fordel rumme forslag til hvilke faggrupper, der tænkes at kunne levere de efterspurgte kompetencer. Anbefalingerne synes ikke at forholde sig til dilemmaet mellem borgeres behov for viden på specialistniveau og hverdagsniveau.

24. februar 2016

## Høringsvar vedr. "Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" Afgivet af Finn Kamper-Jørgensen

Initiativet og tematiseringen er god – der er stort behov for indsats og vejledning netop på dette område. Og der har siddet en meget kompetent arbejdsgruppe bag initiativet. Dette høringssvar handler derfor ikke om alt det positive, der kan siges om det fremlagte høringforslag, men om de forbedringer, der bør finde sted.

Mine kitiske kommentarer samler sig om følgende punkter.

- Kommuner skal operere på et lovgrundlag, og lovgrundlaget fremstilles sædvanligvis, når kommunalbestyrelser sagsbehandler og træffer beslutninger. **Lovgrundlaget er utilstrækkeligt fremstillet** i det foreliggende papir. Sociallovgivningen og nuancering vedr. sundhedsloven mangler.
- Med kommunalreformen gennemførtes ny sundhedslov og en opdeling af den forebyggende indsats i den befolkningsrettede indsats og den patientrettede forebyggelse, jf Sundhedslovens § 119 som også nævnes under 1.3 baggrund. Når man s. 5 begynder at beskrive de centrale begreber anvendes et rehabiliteringsbegreb som et centralt begreb. Et af de centrale begreber i § 119, som forpligter både regioner og kommuner er **patientrettet forebyggelse**. Begrebet præsenteret ikke ordentligt, defineres ikke. Adskillige kommuner har netop opbygget strategier og indsats om netop dette – blandt andet i relation til kronisk sygdom. Hvorfor fravælger Sundhedsstyrelsen dette? Det er ikke acceptabelt.
- For at kommunalbestyrelser skal tage et tema og en indsats alvorligt bør der være en forståelig fremstilling af betydningen af det adresserede problem. Det mangler. Den **sygdomsårsagsmæssige betydning** af de forhold, der fokuseres på, - kunne være klarere rent pædagogisk, og det er en voldsom mangel, at der end ikke findes en **forekomstbeskrivelse af kronisk sygdom**. Derfor mit forslag om at medtage en simpel ætiologisk orienteret figur samt en enkel tabel fra en Sundhedsprofil 2013 om kronisk sygdom i et baggrundsafsnit tidligt i publikationen.
- I en trængt økonomisk situation – hvad der fremover vil være mange kommuners realitet – spørges ofte til: Hvad er evidensen for at indsatsen virker og nytter – og hvad er de økonomiske konsekvenser. Spredte bemærkninger overalt om **evidens** – især når der findes veldokumenteret forskning – er en mangel. I Sundhedsstyrelsens arbejde med NKR (Nationale Kliniske Retningslinier) er oparbejdet en solid tradition med vurdering og formidling af evidens. Publikationen slipper alt for nemt over det ved kapitel 3 s. 8-9. Det kan forbedres ved punktvis evidens-anvisning i tilslutning til gennemgang af de enkelte livsstilsfaktorer mv.
- **Ideer til udvikling og organisering af indsatsen** kunne godt eksemplificeres uden at træde det kommunale selvstyre under føde. Antydning præsenteres.

I det følgende præsenteres – undertiden meget ordrigt – mine uddybende betragtninger.

## 1. Bedre beskrivelse af lovgrundlaget

I den kommunale praksis er det sædvanen at beskrive det lovgrundlag, som ligger til grund for sagsbehandling og en foreslået indsats, - ikke mindst når der træffes beslutninger.

Jeg ser to muligheder for at forbedre det foreliggende, der alene på s. 5 kort nævner Sundhedsloven – og end ikke fuldt ud citerer § 119.

- man kan kort nævne at såvel sundhedsloven som den sociale servicelov indeholder relevante paragraffer bag forebyggelse, træning, genoptræning, rehabilitering mv – og så fx i bilag henviser til eller måske direkte citere sundhedslovens paragraffer (afsnit IX om kommunalbestyrelsens ansvar, genoptræning, hjemmesygepleje mv), den sociale servicelovs formålsparagraf og paragraffer om træning, rehabilitering mv.

- man kan alternativt i baggrundsafsnittet citere de aller vigtigste paragraffer fra Sundhedsloven resp. den sociale servicelov fx § 119 og formåls paragraffen i serviceloven.

Kommunalbestyrelser vedtager årligt såkaldte kvalitetsstandarder fx efter den sociale servicelovs træningsparagraffer og efter sundhedslovens genoptræningsparagraf.

Publikationen bør efter min opfattelse give udtryk for sådanne mulige tiltag

## 2. Begrebsanvendelse i publikationen

I rapporten "Patientrettet forebyggelse i kommunerne", som bla. har Astrid Blom som forfatter hedder det:

Patientrettet forebyggelse omhandler indsatsen for kronisk syge og defineres af Sundhedsstyrelsen således:

*En indsats, der forebygger, at sygdom udvikler sig yderligere og søger at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer. Den patientrettede forebyggelse tager sigte på at optimere behandlingen og sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv, dvs. få kompetencer, den nødvendige viden og de nødvendige færdigheder til at udøve en god egenomsorg, fx ved rehabilitering, patientundervisning og genoptræning (5).*

Hvorfor skrotter publikationen reelt begrebet "patientrettet forebyggelse" – det findes i Sundhedslovens § 119 ?

Historien bag § 119 og begreberne "befolkningsrettet forebyggelse" resp. "patientrettet forebyggelse" er i korthed Sundhedministeriets ønske om at forenkle WHO's terminologi primær, sekundær og tertiær prævention (forebyggelse). Det var i praksis for svært at forstå og håndtere. Derfor introducerede man med kommunalreformen de to nye begreber, der siden har vundet fodfæste i megen kommunal praksis. I min egen kommune er jeg formand for det af kommunalbestyrelsen nedsatte "Forebyggelsesrådet for ældrebefolkningen" med et kommissorium, der omfatter både den befolkningsrettede og patientrettede forebyggelse. Flere andre kommuner har udviklet patientrettede strategier og indsats – men skal nu under helt andre begreber forholde sig til det, de allerede laver. Forvirringen er stor ved jeg – også andre steder. Man klynger sig i højere grad til traditionen fra socialpolitikken med at anvende rehabiliteringsbegrebet – og definerer det så som WHO har gjort det i publikationen.

Jeg er ikke fanatisk med terminologi, men at publikationen end ikke i sit begrebsafsnit definerer begreber som er direkte nævnt i sundhedslovens § 119 stk 3, er ikke acceptabelt. Hvis man vil foretrække et bestemt begreb – fx rehabilitering skylder man læseren at fortælle at patientrettet forebyggelse er defineret

således.... og at det er stort set det samme som rehabiliteringsbegrebet, men i denne publikation anvendes kun det ene begreb konsekvent....osv.

Det er heller ikke acceptabelt, at begrebet borgerrettet forebyggelse ikke præsenteres og defineres. Mange tilbud fx indenfor træningsområdet, iværksættes for alle i en befolkning og kan være nyttige også for mennesker med kronisk sygdom – selvom sundhedspædagogikken og sygdomsmestring kan og skal omfatte meget mere.

Alt i alt foreslår jeg en kritisk nyvurdering af afsnit 1.4 i publikationen

### 3. Sygdommes årsagsnet og forekomst af kroniske sygdomme

Jeg savner nogle enkle redskaber til bedre at motivere kommunerne til at tage opgaven op fx i afsnit 1.3

- en forståelsesfigur for betydningen af livsstilsfaktorerne mv

- en rimelig tilgængelig opregning af forekomst af kronisk sygdom

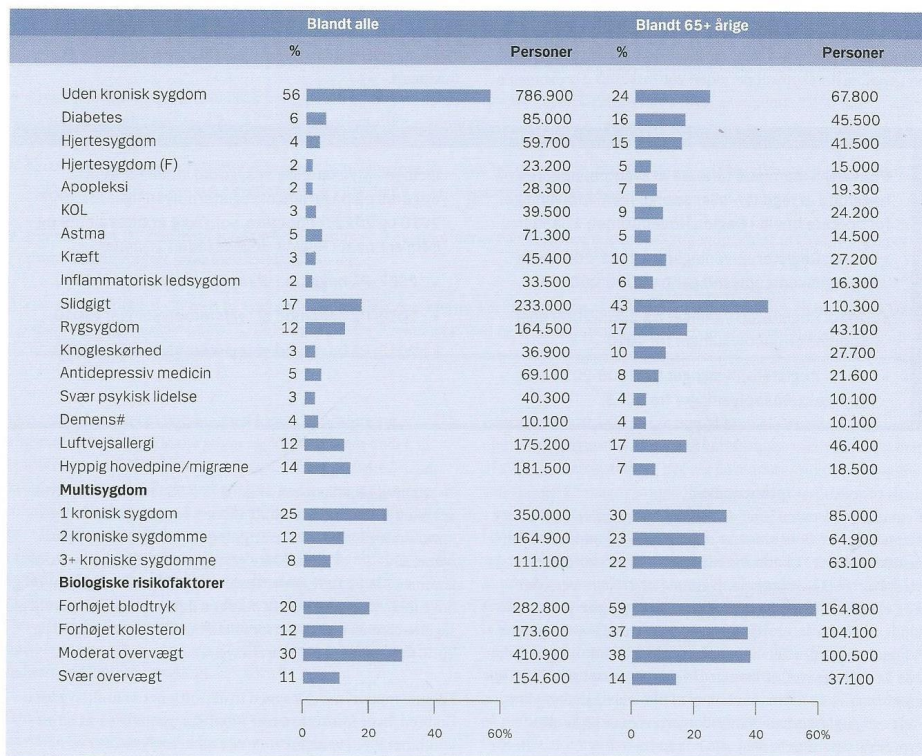
Jeg har i bilag vedlagt et scan af en side fra "Forebyggende sundhedsarbejde", der har taget udgangspunkt i en slags sygdoms-årsagsfaktor sammenkædningsfigur,- anvendt i Regeringens Sund hele Livet strategi.

Jeg har anvendt den talrige gange for politikere, administratorer og lægfolk – og den forstås umiddelbart.

Jeg anbefaler, at en eller anden lignende figur medtages i publikationen.

Jeg foreslår, at medtage nedennævnte tabel. Den viser forekomst af kroniske sygdomme – baseret på Region Hs sundhedsprofil 2013. Her har man koblet profildata med registerdata – det eneste sted man vist har gjort dette. Jeg bruger denne tabel hyppigt til at motivere politikere, administratorer og fagfolk til at forstå hvor stor en rolle patientrettet forebyggelse kan have, ikke mindst i ældrebefolkningen, hvor jo 75 % af ældre lever dagligdagen med en kronisk sygdom.

Tabel 3.1 Borgere med kronisk sygdom i 2013



Resultaterne for slidgigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på oplysninger fra spørgeskema. Øvrige resultater for de enkelte sygdomme er baseret på oplysninger fra registre. Resultaterne for multisygdom er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.  
#Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.



## 4. Evidens

Jeg er klar over, at der ligger et meget stort arbejde til grund for den evidensmodel, som Sundhedsstyrelsen anvender, når der udsendes Nationale Kliniske Retningslinier.

Noget mindre ambitiøst måtte gerne finde vej til denne publikation spredt i de afsnit, der omhandler den enkelte livsstilsfaktor, indsats mv.

Sundhedsstyrelsen har jo allerede med sine forebyggelsespakker hist og her direkte nævnt evidens i teksten – og bag fx forebyggelsepakken om fysisk aktivitet ligger en håndbog, der solidt gennemgår den foreliggende evidens. I de til denne publikation medfølgende sammenskrivninger af litteraturen er der uden tvivl gode eksempler på evidens.

Jeg foreslår at der plukkes nogle sætninger ind om god evidens i publikationen, så det virker troværdigt at gå ind på den anbefalede aktivitet

Et eksempel: I ældrebefolkningen lever omkring 40 % af ældre dagliglivet med slidgigt. Det er veldokumenteret at fx det såkaldte GLAD-projekt (Gode Leveår med Atrose i Danmark) virker – dagliglivet fungerer bedre, færre smerter osv – og operativ indsættelse af kunstige led kan i en række tilfælde udskydes eller helt undgås. Der foreligger endog cost-effectiveness analyser bag. Ewa Roos, SDU ved alt om dette

Hvorfor ikke illustrere og motivere med et par eksempler på evidens?

## 5. Udvikling og organisering af indsatsen

Jeg er godt klar over, at Sundhedsstyrelsen skal være forsigtig med at anvise organisatoriske løsninger til kommunerne. Men man kunne godt gå den vej at skrive et afsluttende afsnit om "Idee til udvikling og organisering af indsatsen", hvor man skrev, at man udmærket ved, at der er kommunal selvbestemmelse over organisation og udvikling – men her er nogle eksempler på udvikling og organisation, som eventuelt kan illustrere hvilke veje der er forsøgt ved siden af de helt traditionelle

- særlig udviklingsgruppe i kommunen
- udvikle og vedtage en særlig kommunal kvalitetsstandard for "patientorienteret forebyggelse ved kronisk sygdom"
- led i udmøntning af sundhedsaftaler mellem region/kommuner
- tværkommunal aktivitet – især for mindre kommuner
- udvikle APP i relation til den enkelte kroniske sygdom og patientorienteret forebyggelse, individuelt
- et kommunalt forebyggelsesråd (jf fx vedlagte kommissorium for Forebyggelsesrådet for Ældrebeholdningen i Fredensborg Kommune)

Og der er givet flere andre inspirationsmuligheder.

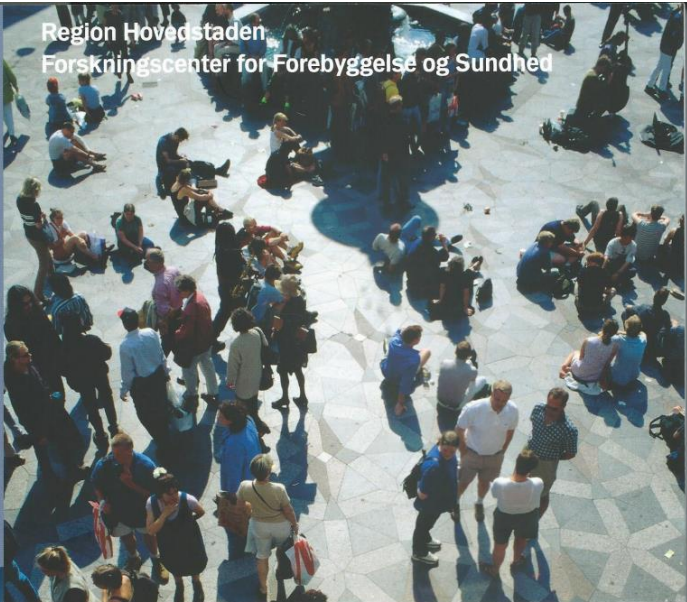
## Alt i alt

Et godt initiativ – men en række kritikpunkter, som I bør forholde jer til før den endelige udmelding. Hellere en publikation efter sommerferien end en publikation nsart, der skaber for lidt motivation og for megen forvirring.

For at illustrere mit eget dilemma: Alle ældreråd i Danmark samles primo maj til landskonference med fokus på sundhed. Jeg skal forestå temaet "Sammenhængende patientforløb og patientorienteret forebyggelse". En så vigtig rådgivningsgruppe for politikerne i landets kommuner skulle nødtigt vende totalt forvirrede hjem, fordi de snart kan se frem til at skulle arbejde med noget helt nyt, som de måske alligevel allerede arbejder med – eller som går under et andet navn. Vi bør kunne tale et fælles sprog og forstå hinanden – det bør publikationen medvirke til.

Bilag vedlagt

Region Hovedstaden  
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

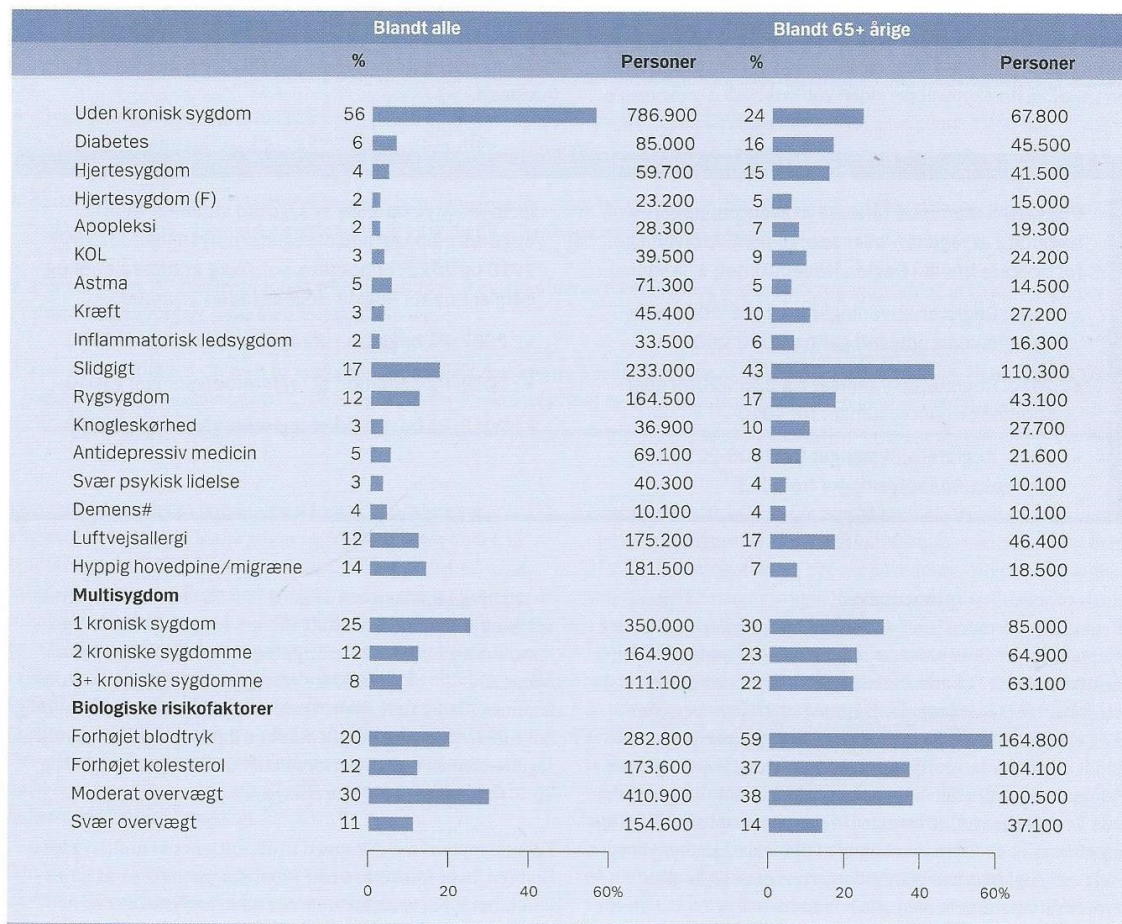


**REGION**

# Sundhedsprofil 2013 – Kronisk Sygdom



Tabel 3.1 Borgere med kronisk sygdom i 2013



Resultaterne for slidgigt, rygsygdom, hovedpine, moderat og svær overvægt er baseret på oplysninger fra spørgeskema. Øvrige resultater for de enkelte sygdomme er baseret på oplysninger fra registre. Resultaterne for multisygdom er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.  
 #Demens er kun opgjort blandt de 65+ årige.

Indsæt fx i baggrundsafsnittet en forklarende figur som nedenfor for at illustrere sammenhængende mellem årsagsfaktorer og specifikke kroniske sygdomme

Stammer fra bogen Forebyggende sundhedsarbejde 5. udgave s 59. (Kamper-Jørgensen, Almind Bruun jensen)

### Det forebyggende sundhedsarbejde – internationale og nationale udviklinger

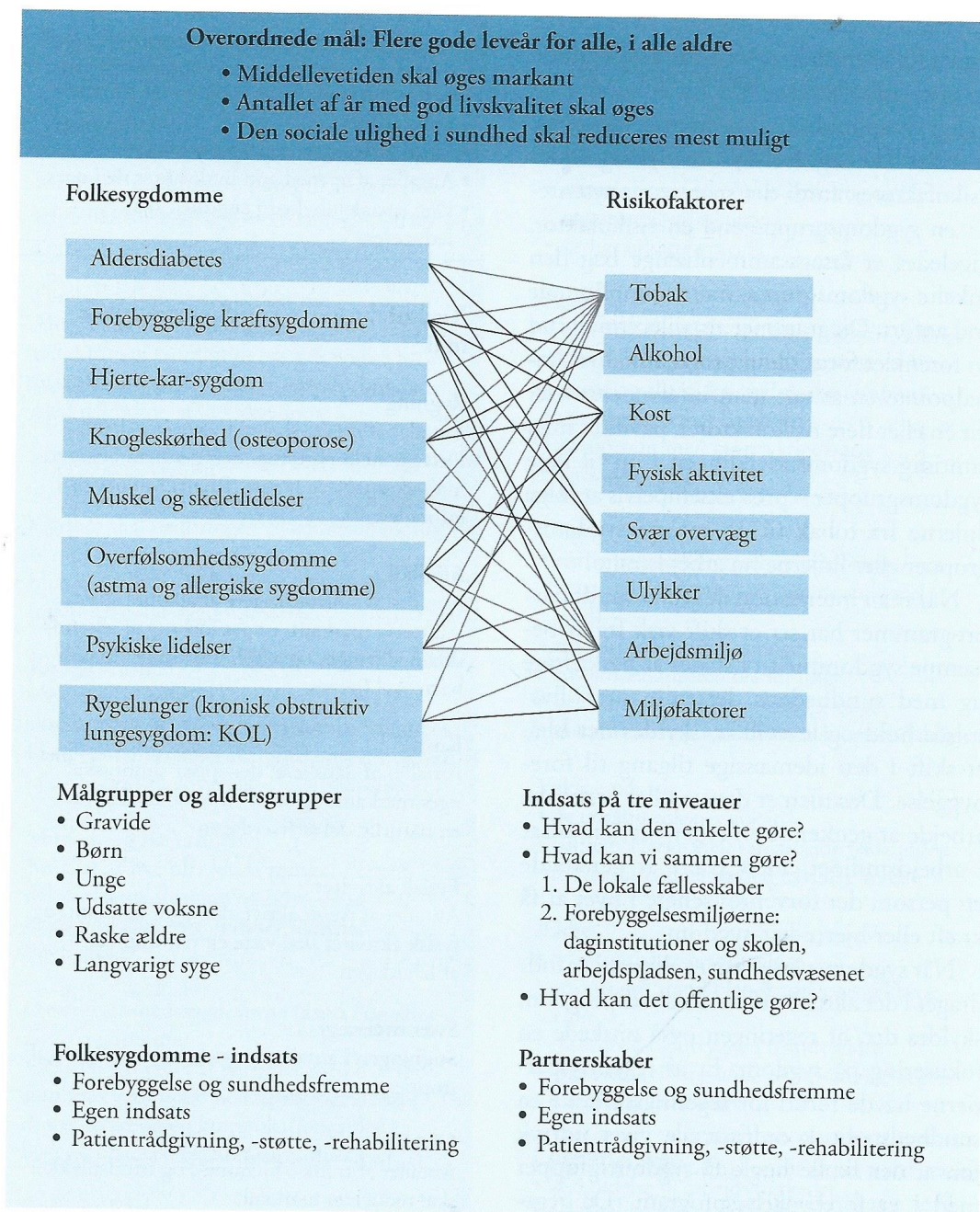


Fig. 2.3. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. Oversigt over programmets fokuseringer.

## Forebyggelsesråd

Kommissorium

## NOTAT

Center for Ældre og Handicap /  
Center for Kultur, Idræt og Sundhed

Fra: Hans Bækvang / Marianne  
Ingeholm Larsen  
24. februar 2014

### Baggrund

I forbindelse med budget 2014-2017 har Byrådet vedtaget at etablere et Forebyggelsesråd.

Forebyggelsesrådets primære fokus er ældreområdet. Overordnet ønsker Byrådet at hjælpe de ældre til længst muligt at kunne klare sig selv. Det giver den største livskvalitet.

### Formål

Forebyggelsesrådet skal rådgive Byrådet i forebyggelsesspørgsmål. Forebyggelsesrådets arbejdsområde omfatter både den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse.

Forebyggelsesrådet skal ud fra den regionale sundhedsprofil for Fredensborg Kommune, befolkningsprognoser og kommunens Sundheds-, Ældre- og Handicappolitikker

- fremkomme med forslag til Byrådet om forebyggelsesindsatser. Indsatserne bør i vid udstrækning bygge på nationale standarder og vejledninger.
- bidrage til at øge borgernes kendskab til den kommunale forebyggelsesindsats.
- stille forslag om puljeansøgninger til forebyggende forsøgsvirksomhed.

### Arbejdsform

Det forventes, at Forebyggelsesrådet afholder fire årlige halvdagsmøder og Rådet selv fastlægger sin dagsorden.

Oplæg til møderne udarbejdes af sekretariatet i samarbejde med Forebyggelsesrådets formand.

Det forventes ligeledes, at Forebyggelsesrådet afholder et temamøde om forebyggelse for Byrådet og andre interessenter mindst hvert andet år.

Forebyggelsesrådet kan indbyde særligt sagkyndige til rådets møder, f.eks. tilgængeligheds-koordinator, den kommunale praksiskonsulent m. fl.

Der udarbejdes referat fra Rådets møder og én gang årligt forelægges Social- og Seniorudvalget en status for Forebyggelsesrådets arbejde.

### Reference

Rådet indstiller til og refererer til Social og Seniorudvalget, men kan sende forespørgsler og forslag til kommentering i andre stående udvalg, som en del af arbejdet.

Det kan fx være Fritids – og Idrætsudvalget, som jf. styrelsesvedtægten har den borgerrettede forebyggelse som ressortområde.

Social – og Seniorudvalget kan pålægge Forebyggelsesrådet at tage særlige emner op.

### **Høringsret**

Forebyggelsesrådet er ikke selvstændig høringspart. Denne ret tilkommer Seniorrådet og Handicaprådet, jf. den sociale retssikkerhedslov.

Byrådet kan dog anmode Forebyggelsesrådet om en udtalelse i en konkret sag.

### **Medlemmer**

Rådet består af 7 medlemmer.

1. To medlemmer udpeget af Seniorrådet
2. To medlemmer udpeget af Ældresagen
3. Et medlem fra Danske Handicaporganisationer
4. En medarbejder fra kommunens Dagcenter
5. Et medlem fra Center for Kultur, Idræt og Sundhed (borgerrettet forebyggelse)
6. Et medlem fra Center for Ældre og Handicap (patientrettet forebyggelse)
7. Centerchef/souschef fra Center for Ældre og Handicap

Forebyggelsesrådet vælger selv sin formand blandt de fire medlemmer fra Seniorråd og Ældresagen.

Formanden vælges for en to årig periode.

### **Sekretariatsbetjening**

Betjeningen af Rådet varetages af Center for Kultur, Idræt og Sundhed, men er ledelsesmæssigt forankret i Center for Ældre og Handicap.

### **Økonomi**

Der er afsat 200.000 kr. årligt i perioden 2014-2017, hvoraf kr. 150.000 anvendes til sekretariatsbetjening af Forebyggelsesrådet.

De øvige midler disponerer Forebyggelsesrådet selv over til afholdelse af temamøder, honorar til særligt sagkyndige, diæter, forplejning o.lign.

### **Funktionsperiode**

Rådet nedsættes umiddelbart efter Byrådets godkendelse af dette kommissorium og efterfølgende udpegning af medlemmer.

Rådet ophører, når Byrådet træffer beslutning herom.

Vedtaget på Fredensborg Byråds møde den.....

**Social & Sundhed**

Jorden Rundt 1  
7200 Grindsted

Tlf. 7972 7200  
www.billund.dk

Sagsbehandler:  
Margit Stycke  
Tlf. 7972 7294  
mas@billund.dk  
Dato: 24. februar 2016

**Svar på høringsudkast fra sundhedsstyrelsen Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**

Det er et meget flot og gennemarbejdet materiale.

Formålet, at der på landsplan sikres en ensartet høj kvalitet i tilbuddene til borger med en kronisk sygdom, hilses meget velkommen. At der peges på sundhedspædagogik som centralt for den patientrettede forebyggelse sikrer kvalitet i tilbuddene.

I forhold til individuelt at ramme de udfordringer borgerne har, er en vigtig pointe at der tilknyttes sundhedsprofessionelle med forskellige kompetencer til at kunne tilrettelægge undervisningen, rådgive og supervisere. Eksempelvis diætister. Det tværfaglige samarbejde har stor betydning for kvaliteten i forebyggelsestilbuddene.

For at sikre et større vidensgrundlag og evidens for den langsigtede virkning af tilbuddene, har det stor betydning at der i anbefalingerne indgår forslag om opfølgning, evaluering og systematisk kvalitetssikring.

At der er lagt op til at tilbuddene tager udgangspunkt i borgerens situation, kan få betydning for om borgeren fortsætter med ændringerne efter det kommunale tilbud slutter.

Holdtræning, hvor der kan skabes sociale relationer og kommunen under tilbuddene, her

især fysiske tiltag, introducerer til forskellige former for muligheder efterfølgende, kan styrke borgerne i at de i fællesskab fortsætter efter det kommunale tilbud. Sociale forandringsfællesskaber. Ved holdtræning føler borgeren sig mere forpligtiget til at deltage og ikke bare blive hjemme. "De andre forventer jeg kommer" En motivations faktor.

Fokus på tilbud målrettet specifikke diagnoser, ses som en styrke, da borgerne kan drage nytte af fælles udfordringer og løsninger.

Opfølgning efter ½ år kan være med til at fastholde borgeren i ændringer. Det kunne med fordel følges løbende op over en årrække (tandlæge effekten)

Med venlig hilsen

Margit Stycke  
Sundhedskoordinator  
Forebyggelse  
Direkte tlf. +45 79 72 72 94







### **Esbjerg Kommunes hørings svar til "Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom"**

**Esbjerg Kommune smiler over høringsudkastet, der spinder en fin rød tråd igennem helhedsperspektivet på borgeren og borgerens ressourcer og behov i forbindelse med forebyggelsesindsatser inden for rehabilitering.**

Illustrationen s. 29 viser meget fint, hvor forebyggelsesindsatserne hører hjemme i indsatsen til borgere med kronisk sygdom i det større billede.

**Illustrationen kan med fordel rykkes frem** og indlede afsnit 2 på s. 7, da den giver et godt overblik. Den er et godt skridt på vejen.

Illustrationen s. 29 bruger begrebet sammensætning af **indsatser**, hvor skrevet ellers konsekvent bruger begrebet **tilbud**. I Esbjerg Kommune anvender vi primært begrebet indsats, da et rehabiliteringsforløb består af flere indsatser/delelementer/midler, der tilsammen har til formål at understøtte borgerens handlekompetence og evne til at mestre sin hverdag og livssituation. Det er i samspil med borgeren, at vi skaber **bæredygtighed af vores indsatser**. Et tilbud signalerer ikke nødvendigvis samspil.

Flere steder i skrevet er der en udløber til det socialfagelige felt og der bliver også nævnt flere gange, at der er brug for forskning på området, hvor der er flere discipliner og indsatser på tværs. Næste skridt må være, at vi **integrerer det socialfaglige endnu mere i sundhedsindsatsen**, end vi gør i dag:

Esbjerg Kommune har i dag stor erfaring omkring netværksdannelse. En erfaring, der fortæller, at netværksdannelse - at understøtte at borgeren etablerer sig i et varigt fællesskab efter forløbet - er af allerstørste betydning for fastholdelse af livsstilsændringer. Høringsudkastet anbefaler, at man som sundhedsprofessionel forholder sig til dette i forbindelse med afslutning af forløbet, men ikke hvordan og hvilken betydning det har.

Det er ikke altid helbredstilstanden, der skal være omdrejningspunktet for netværket, men i stedet fælles interesser. Særligt i indsatsen over for

de særligt såbare (her også psykisk sårbarhed), er der brug for at blive klogere på dette område.

Under tobaksafvænning 5.2.2 bliver **Rådgivning** defineret, som et paraplybegreb refereret til alle praksisser. Det er lidt vovet, da kommunernes forståelse af rådgivning primært er funderet i regionernes rådgivningsforpligtelse over for kommunerne - og altså igen - en envejskommunikation. **Kan der komme en lille pasus** med omkring hvorfor netop dette begreb er valgt? Kan det evt. hedde noget andet?

Under 5.3 Fysisk træning er der gode forslag til andre arenaer. Anbefalingerne går dog primært på nogen specifikke typer af træning, hvor vi i Esbjerg Kommune arbejder med at understøtte borgerne i at erhverve sig handlekompetence til at kunne træne selv. Hvis borgerne aldrig har været vant til at træne før og ikke kender til positive kropsoplevelser understøtter vi igennem den fysiske træning også, at borgeren erhverver sig øget kropsbevidsthed igennem **bevægeoplevelser** og **vejrtrækningsøvelser**. Ærgerligt, at der kun er fokus på specifikke træningstyper.

Ved primært at detektere risikofaktorer i form af KRAM i vores afdækninger af behov hos borgere med kronisk sygdom, begrænser vi vores muligheder for at understøtte vores borgere på andre områder. Fx afdækker vi via Samtalehjulet systematisk for **vandladningsfunktioner/symptomer på inkontinens** og har derigennem detekteret et stort behov for forebyggelse på dette område. Har siden slutningen af 2013 haft ca. 300 borgere på bækkenbundsforløb for henholdsvis mænd og kvinder. Ifølge Nøgletal 2015 for Esbjerg Kommune fra SCA/Tena er kurven siden opstart i 2013 knækket i forhold til antal af blebevillinger set i relation til den demografiske udvikling.

I forhold til intensitet, omfang og timing af tilbuddene skal vi være gode til at **afdække borgerens parathed** i forhold til iværksættelse af en indsats. Ikke parathed i forhold til fx at kunne stoppe med at ryge (så ville indsatsen jo ikke være nødvendig), men parathed i forhold til at have ressourcer til at arbejde med sig selv i forhold til forandring.

Borgere med kronisk sygdom er som oftest tvunget ud i at forandre livsstil for ikke at helbredstilstanden skal forværres. Andre, der forandrer livsstil af kærlighed til dem selv har en helt anden forudsætning og motivation. **Det skal vi være opmærksomme på** i vores indsatser. (6.2 Motivation)

I øvrigt - Tak for referencen øverst på s. 43 :0)))

Med venlig hilsen  
**Esbjerg Kommune**



Sundhedsstyrelsen

Att. [plan@sst.dk](mailto:plan@sst.dk)

**24. februar 2016**

**Høringssvar fra Ikast-Brande Kommune på anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**

I indledningen bør det præciseres, hvordan de regionale forløbsprogrammer hænger sammen med denne anbefaling. Der ønskes også en henvisning til mere materiale om koncept for forløbsplaner.

På side 7 sidste afsnit bør geografisk spredning af befolkningen også indgå som en forskellighed. Det kan gøre det svært i geografisk store kommuner at samle tilbud med nabokommuner. Det er mere i tætte byområder, det er smart at flere kommuner samler tilbud i en kommune. I de geografisk store kommuner kan der være behov for tilbud på flere lokale steder.

På side 23 midt. Kommunerne skal ikke modtage henvisning til individuel diætbehandling. Diætbehandling er ofte en specialistopgave og her ligger ekspertisen hos de regionale diætister, det kræver en del at være helt opdateret på feltet. Kommunerne har pt. kun meget få diætister ansat og de er mere generalister, da de skal dække et stort område.

Kommunen skal modtage borger med kronisk sygdom, der har behov for vejledning om kost og livsstil. Det vil typisk foregå på gruppeforløb, hvor der undervises i generel sund ernæring og livsstil samt kostvejledning i forhold til aktuel kronisk sygdom.

Figur 2, side 29 mangler at borgeren også selv kan henvende sig, men også andre samarbejdspartnere henviser, der kommer f.eks. mange borgere fra samarbejdspartnere i jobcenter.

På side 34 øverst er anbefalet samtalehjulet fra Esbjerg Kommune, som er et godt redskab. Det undrer meget at der lig er valgt et eksempel. Det undere os at læring og mestringskonceptet ikke er nævnt her eller under sundhedspædagogik, det er nævnt i forebyggelsespakkerne og er et godt og virkningfuldt redskab, hvor fagpersoner og erfarne patienter underviser sammen, se mere på region Midtjyllands hjemmeside: <http://www.cfk.rm.dk/aktuelt/nyheder/nyhedsarkiv/nyheder-2012/ny-handbog-om-laring-og-mestring/PrintPage>

Sundheds- og Omsorgs-  
område  
Sundhedscenter  
Frisenborgparken 26  
7430 Ikast  
Tlf.: 9960 4000  
E-mail:  
[maand@ikast-brande.dk](mailto:maand@ikast-brande.dk)

Sagsbehandler:  
Margit Andersen  
Direkte telefon:  
99603103  
Sags ID:  
2016/04697



I forhold til monitorering ønsker vi, at Sundhedsstyrelsen står i spisen for at sikre at der monitoreres så data kan samles nationalt. Der bør være en fælles landdækkende database, der er koblet sammen med de kommunale systemer. Dermed kan nogle hovedtal blive national tilgængelig. Der findes i dag kun rygestopbasen, der er landsdækkende og den fungerer ikke sammen med kommunernes egne systemer, så der skal indtastes data i to systemer.

Generelt giver materialet et fint overblik, men oplysningerne findes også i de regionale forløbsprogrammer.

Med venlig hilsen

Margit Andersen  
Leder i Sundhedscenter



## Hørings svar fra Dansk Selskab for Folkesundhed Vedrørende anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

### Generelt:

Dansk Selskab for Folkesundhed vil indledningsvis fremhæve, at selskabet finder det positivt, at der nu er udarbejdet anbefalinger, der skal fremme kvalitet og ensartethed af forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme. Det er en styrke, at anbefalingerne bygger videre på Sundhedsstyrelsens forebyggelsestilkøb og supplerer de øvrige publikationer omhandlende forebyggelse og sundhedsfremme samt forløbsprogrammer for udvalgte kroniske sygdomme. Selskabet er meget tilfreds med det perspektiv, der omhandler sygdomsmestring og den sundhedspædagogiske tilgang. Dette signalerer, at anbefalingerne tager udgangspunkt i et bredt og positivt sundhedsbegreb med et helhedssyn på borgerens livssituation. Dette har en afgørende indflydelse på de muligheder, borgeren har for at håndtere et liv med kronisk sygdom. Det er ligeledes meget positivt, at der bl.a. lægges vægt på deltagelse og dialog og på den setting, borgeren befinder sig i. Derved finder selskabet, at anbefalingerne i høj grad giver mulighed for at fokusere på den sociale ulighed i sundhed, som er meget udtalt i forekomsten af kroniske sygdomme.

### Konkrete bemærkninger:

- Selskabet finder i udgangspunktet, at anbefalingerne er meget "KRAM" traditionelle. Spørgsmålet er, om det er det, kommunerne (og borgerne) har allermost brug for lige nu. KRAM-strategien og den individuelle tilgang har været en del af forebyggelsesstrategien i efterhånden mange år. Man kunne pege på andre områder, der enten ligger ud over eller går på tværs af de berørte temaer, fx stress, mental sundhed, isolation & ensomhed, navigation i sundhedssystemet, smerter (fx lænde/ryg) m.m., som alle er relevante - også for mennesker med kronisk sygdom.
- Anbefalingerne omhandler kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – men det præciseres ikke indledningsvis i et målgruppeafsnit, at alle borgere med kroniske sygdomme er omfattet. Et indledende målgruppeafsnit kunne styrke dette. I afsnit 1.3 fremhæves 3 specifikke diagnosegrupper, hvilket kan give anledning til en opfattelse af, at anbefalingerne retter sig mod disse grupper. Det bemærkes endvidere, at der ikke eksplicit adresseres et fokus på borgere med psykiske sygdomme.
- Generelt er det meget vanskeligt at vurdere, hvorvidt kommunerne vil indarbejde de fremlagte anbefalinger. Det ses som en svaghed, at sygehuse og almen praksis "kun" kan henvise til en afklarende samtale i kommunalt regi og ikke et konkret tilbud. Det betyder, at borgeren som sådan ikke har et krav på et forebyggelsestilbud.
- Borgere med kroniske sygdomme bevæger sig mellem sygehus, almen praksis og kommuner, alt efter graden af deres sygdomstilstand. Ansvaret for borgeren er således delt mellem sektorerne. Anbefalingerne kunne således med fordel rette sig mod **det sammenhængende sundhedsvæsen**. Sygehus og almen praksis har en stor opgave med at identificere og motivere patienter, der kan have gavn af et forebyggelsestilbud. Dette indgår som element i sundhedsaftalerne, hvor det i nogle regioner er aftalt, at sygehuse og almen praksis kan henvise **direkte** til et konkret rehabiliteringstilbud, hvor forebyggelse indgår som et element.
- Selskabet finder det meget positivt, at der gennem anbefalingerne fokuseres på, at bestemte kompetencer skal forefindes i kommunerne – eksempelvis diætister til sygdomsspecifik diætvejledning. Det ville være en styrke, at der kunne stilles krav om, at denne kompetence





*skal* være til stede i kommunalt regi, hvilket vil styrke det lokale niveaus muligheder for at kunne indgå aftale om dette i regi af Sundhedsaftalen / lokale forløbsprogrammer.

Selskabet bemærker, at kompetencebegrebet beskrives en smule snævert og mangelfuldt, bl.a. anvendes der tautologiske argumentationer, når det fx på s. 13 anføres, at sundhedsprofessionelles specialviden bør "erhverves ved kompetenceudvikling". Inden for samme begreb er det frugtbart, at anbefalingerne skelner mellem viden om den pågældende kroniske sygdom og egentlige sundhedspædagogiske forudsætninger (fx s. 13). Det ses flere steder under de konkrete temaer, at den sundhedsfaglige viden beskrives snævert som medicinsk, symptom-orienteret viden. For eksempel er de fleste kompetencer under temaet alkohol rettet mod sygdomme, symptomer, konsekvenser for pårørende, behandlingsmetoder o.l. Denne viden bør derfor suppleres med dimensioner som for eksempel viden om sociale og kulturelle risikofaktorer, viden om individuelle og kollektive forandringsstrategier m.m. inden for den pågældende kroniske sygdom.

Med andre ord bør vidensbegrebet generelt udvides fra et traditionelt medicinsk og symptom-orienteret til et mere multidisciplinært og handlingsorienteret vidensbegreb, der må erhverves og besiddes, hvis den professionelle skal opfylde målet om at bidrage til at udvikle egenomsorg, handlekompetence og selvmanagement hos personer med kronisk sygdom. Dette bredere vidensbegreb beskrives til en vis grad i kapitel 6 (s. 31), men kunne med fordel foldes ud under de enkelte temaområder.

- Anbefalingerne lægger vægt på, at de kommunale forebyggelsestilbud skal bygge på dokumentation for, hvad der virker bedst, men kravet om at bygge på den bedst mulige evidens udvandes, når der flere steder skrives, at de kommunale tilbud kan bygge på det, der er dokumentation for virker bedst "eller vurderes som god praksis" (s. 3, 4). Hvis "god praksis" defineres som praksis, der er effektiv, er det overflødigt at anvende, idet det er inkluderet i dokumentationen for, "hvad der virker bedst". Hvis "god praksis" henfører til andre kriterier som for eksempel tilfredshed hos brugeren, håndterbarhed af den professionelle, etiske udgangspunkter m.v., må disse kriterier specificeres. Som formuleringerne står nu, risikeres det at udvande kravet om at bygge de kommunale tilbud på den bedste evidens.
- Som indledningsvis nævnt er det prisværdigt, at man anbefaler en sundhedspædagogisk tilgang, hvor borgeren eller patientens egne behov og forståelser står centralt. På samme måde er det et vigtigt kernebudskab, at tilbuddene ikke alene bør bygge på et mekanistisk perspektiv på læring (s. 29). Disse vigtige og overordnede målsætninger står indimellem i modsætning til de lange lister af områder, der skal behandles under de enkelte temaer. Disse på forhånd bestemte indholdskategorier kommer ofte til at stå i modsætning til, at udgangspunktet skal tages i borgernes egne holdninger og forståelser. Endvidere handler en sundhedspædagogisk tilgang ikke nødvendigvis altid om at "støtte og anerkende borgerens ønsker og valg" (fx under tobak s. 49), men også om at udfordre og kvalificere borgerens ønsker og valg med udgangspunkt i den situation og de holdninger borgeren har.
- Selskabet ser med tilfredshed, at der sættes fokus på monitorering som forudsætning for at kunne følge egen kommunal indsats, benchmark og forskning. Det ses som en nødvendighed, at vidensbaseret følges af monitorering. Selskabet anbefaler derfor, at Sundhedsstyrelsen ikke blot anfører, at monitorering **bør** iværksættes – men at der **stilles krav** om monitorering.
- I forhold til henvisning til kommunale forebyggelsestilbud fremgår det, at man anbefaler anvendelse af elektronisk henvisning efter gældende national standard. Det er ikke selskabet bekendt, at der findes en sådan national standard, der kan anvendes ensartet i hele landet. Som det er i dag, henviser praktiserende læger eksempelvis både via en korrespondancemeddelelse eller via den dynamiske sygehushenvisning. Der bør arbejdes på en fælles forpligtende løsning. Dette vil desuden øge mulighederne for en bedre monitorering





af indsatsen. Når det handler om henvisning til forebyggelse i forbindelse med en kronisk sygdom, bør der desuden være bestemte oplysninger, som den henvisende part skal forpligte sig til - med patientens samtykke - at videregive til kommunerne.

- Generelt finder selskabet, at anbefalingerne med fordel kunne fokusere mere på det tværsektorielle samarbejde. Sundhedslovens § 119.3 præciserer netop, at regionerne har en rådgivningsforpligtigelse i forhold til både den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse. Denne rådgivningsforpligtigelse er netop konkretiseret i alle 5 regioners sundhedsaftaler. Der lægges her vægt på at den tværsektorielle kompetenceudvikling skal bidrage til, at forebyggelsesindsatsen i alle sektorer bygger på samme viden og evidens.
- Sundhedsstyrelsen påpeger i afsnittet om Vidensgrundlag, at anbefalingerne bygger på den aktuelt bedste viden, der findes. Det påpeges endvidere, at evidensgrundlaget er af varierende omfang og soliditet. Selskabet finder, at man med fordel kunne komme med en **tværsektoriel anbefaling** på dette område. Regionerne har via Sundhedslovens § 194 en udviklings- og forskningsforpligtigelse, der skal sikre, at sundhedsydelse varetages på et højt fagligt niveau, og kommunerne har pligt til at medvirke til, at dette sker. En anbefaling kunne derfor netop gå på, at man lokalt indgår forsknings samarbejder for at styrke evidensen på området.
- Brugen af begrebet 'Self Management', der anvendes flere steder i teksten som beskrivelse af en bestemt tilgang, er uklar og forvirrende. Sundhedsstyrelsen pegede selv i 2005 på samme problem: "Generelt viser litteraturen ikke klart, hvordan self-management undervisning adskiller sig fra traditionel patientundervisning" (SST 2005: Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning, s. 8). 'Self management' bør beskrives som et målbegreb på linje med begreber som handlekompetence, egenomsorg og empowerment. Derimod er sundhedspædagogik, som det også beskrives i anbefalingerne, en egentlig tilgang, metode eller arbejds måde, der kan føre til udvikling af selfmanagement, handlekompetence m.m. Derfor bør de to begrebskategorier – tilgang og målkategori – ikke blandes sammen. En mere konsistent anvendelse af bl.a. disse begreber vil styrke anbefalingerne.
- Distinktionen på s. 20 om, at kostvejledning er for raske, mens diætbehandling er for borgere, giver – på flere måder – ikke mening. Hvordan harmonerer begreberne kost og diæt i øvrigt med det positive og brede sundhedsbegreb, man gerne vil have i spil under den sundhedspædagogiske tilgang - hvorfor ikke mad og måltider?
- Den nævnte MTV på s. 29 var om Patientuddannelse – ikke Borgeruddannelse
- Referencen til sundhedspædagogiske kernebegreber under "samarbejde med borgeren" findes i en nyere udgave: Jensen B.B. (2016). Kernebegreber i sundhedspædagogik. I: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S (red.) Forebyggende Sundhedsarbejde. København: Munksgaard: 127-152.
- Afslutningsvis finder selskabet, at de konkrete anbefalinger holder sig i meget generelle og overordnede vendinger, og derved bliver de netop, meget ukonkrete. Det betyder, at der er en meget stor afstand i anbefalingerne mellem de mere overordnede og spændende begrebsmæssige og teoretiske overvejelser og praksisniveauet. Flere eksempler, understøttet eller perspektiveret af meget konkrete metodemæssige forslag, vil styrke dokumentet. Som anbefalingerne ligger nu, er der en fare for, at kommunerne fortsat vil stå med en stor og kompleks udfordring uden konkrete håndtag.

Torben Jørgensen  
Formand

Marit Nielsen-Man  
Næstformand



## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Kirsten Hansen  
**Sendt:** 25. februar 2016 15:59  
**Til:** Lene Sønderup Olesen; Janni Stauersbøll Kramer  
**Emne:** VS: Udkast til hørings svar i forbindelse med høring om kommunale forebyggelsestilbud til borgere, der lider af en kronisk sygdom

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Maj-Britt Bjerre Koch [<mailto:mbk@rygestopkonsulenterne.dk>]

Sendt: 25. februar 2016 13:43

Til: Kirsten Hansen

Cc: [mbk@rygestopkonsulenterne.dk](mailto:mbk@rygestopkonsulenterne.dk); [pl@rygestopkonsulenterne.dk](mailto:pl@rygestopkonsulenterne.dk)

Emne: Udkast til hørings svar i forbindelse med høring om kommunale forebyggelsestilbud til borgere, der lider af en kronisk sygdom

Til Kirsten Hansen

I forbindelse med høringsudkast til høring om kommunale forebyggelsestilbud til borgere, der lider af en kronisk sygdom, vil vi i Rygestopkonsulenterne gerne afgive følgende hørings svar f.s.v.a. arbejdet med at facilitere rygestop:

1. Rygestopkonsulenterne støtter op om, at der nu udarbejdes guidelines for udformning af rygestopforløb og anbefalinger til rygestoprådgiverkompetencer. Vi ser dette tiltag som en kvalitetssikring, der ikke alene vil være til individuel gavn for de rygere, der ønsker og behøver et tilbud om hjælp til at gennemføre et rygestop, men også på sigt vil kunne danne grundlag for et arbejde, som generelt kan øge stopraterne og dermed folkesundheden - bl.a. fordi kvalitetssikringen giver det nødvendige grundlag for en retvisende evaluering af alle forløb. Vi støtter desuden generelt de anbefalinger, der i høringsudkastet skitseres som anbefalinger til arbejdet med rygestop.

Rygestopkonsulenterne vil desuden mere specifikt udtrykke støtte til følgende indholdselementer i høringsudkastet:

2. Rygestopkonsulenterne støtter en anbefaling af, at et grupperygestopforløb som et minimum rummer 4 møder efter rygestoppet, hvoraf sidste møde afholdes ca. 6 efter selve rygestoppet. De 4 møder efter selve rygestoppet sikrer erfaringsmæssigt den nødvendige tid med støtte, opmuntring og praktiske råd til rygestopperen og er dermed med til at sikre fastholdelsen på den lange bane og sikrer desuden, at den nødvendige udfasning af eventuel rygestopmedicin gennemføres på en hensigtsmæssig måde.

3. Rygestopkonsulenterne støtter endvidere en anbefaling af, at rygestoprådgivere bibringes den nødvendige kompetence til at yde individuel vejledning i valg, dossering og brug af rygestopmedicin. Rygestoprådgiveren vil i forløbet naturligt opbygge en godt kendskab til de enkelte rygestopper og vil desuden i kraft af en bred erfaring som udgangspunkt være den mest kvalificerede til at forestå netop denne opgave.

Vi ser frem til, at de endelige anbefalinger foreligger og står - såfremt der måtte være behov for eller ønske om uddybning og/eller dokumentation af vores hørings svar - selvfølgelig meget gerne til rådighed med vores erfaringer fra mere end 15 års rygestoparbejde.

Med venlig hilsen

Maj-Britt Bjerre Koch, direktør  
Og  
Pernille S. Lütken, partner



Rygestopkonsulenterne ApS  
Krakasvej 17  
3400 Hillerød

Telefon: 7028 1020  
Mobil: 2512 0644

**Glostrup Kommune – Hørings svar vedr. Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**

26. februar 2016

Side - afsnit	Glostrup Kommunes kommentarer
<b>Generelt</b>	<p>Glostrup Kommune finder det overordnet set positivt, at der udarbejdes generelle anbefalinger til kommunerne.</p> <p>Positivt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At der er fokus på at anbefalingerne kan bruges til både kronisk syge og raske borgere</li> <li>• At der er opmærksomhed på, at borgeren fortsætter sin ændrede livsstil efter forløbet</li> <li>• At der er konkrete anbefalinger for indhold, omfang, kompetencer hos undervisere mv</li> <li>• At der er sammenhæng mellem træning, ernæring – deres indbyrdes virkning</li> <li>• Sammensatte hold ud fra funktionsevne</li> <li>• Tværkommunalt samarbejde</li> <li>• At det sundhedspædagogiske element fremhæves</li> </ul> <p>I forhold til det sundhedspædagogiske er der ikke overensstemmelse mellem begrebsanvendelsen i de forskellige afsnit (især afsnit 5 skiller sig ud). Glostrup Kommune anbefaler, at udkastet bearbejdes systematisk i forhold til dette ud fra de definitioner, der anvendes i kapitel 6.</p> <p>En væsentlig forskel fra nuværende praksis, er anbefalingen om, at <u>al</u> henvisning fremover skal ske via en afklarende samtale i kommunen. Dels er det ressourcekrævende for kommunen, dels kan der i en del tilfælde være brug for en specifik henvisning, f.eks. til diætvejledning /ernæringsindsats, hvor diætisten har brug for specifikke lægelige oplysninger / ordinationer.</p>
Side 14 – Afsnit 5.2.1 Målgruppe	<p><i>'Målgruppen er borgere som anvender tobaksprodukter...'</i></p> <p>Hvorfor defineres der som <u>tobaksprodukter</u>? Er der en årsag til, at e-cigaretter ikke er inkluderet?</p>
Side 15 – Afsnit 5.2.3. Format, omfang og varighed	<p><i>'Antallet af gruppedeltagere bør ikke overstige 12'</i></p> <p>Med de mere sammensatte krav til forløbet bør antallet sættes ned til 10.</p>
Side 18 – Afsnit 5.3.2. Indholdselementer	<p><i>'Hvis det er til fordel for borgeren, kan der inkluderes en test ved starten...'</i></p> <p>Da det altid er en fordel, og samtidig er en god indikator</p>

	<p>for vurdering af forløbet, bør testen være obligatorisk. Nødvendig mhp. monitorering.</p> <p>Der mangler en beskrivelse af, hvad testen kan indeholde/ hvilken type test der skal udføres (konditionstest, bodyage, fedtprocent, selv vurderet på en VAS mv?).</p>
Side 20 – Afsnit 5.3.5 Kompetencer	Der bør nævnes hvilke faggrupper, der kan varetage den fysiske træning.
Side 20 + 22 – Afsnit 5.4. Ernæringsindsats	Der bør også fremgå de gavnlige effekter af ændringer i mad- og måltidsvaner
Side 24 nederst	<i>Psykisk lidelse</i> Slåfejl, skal rettes til: Lidelse
Side 25	<i>'Alle kommuner giver alkoholbehandling i eget ...'</i> Der bør stå: <u>og</u> /eller har aftale med....

Høringssvar vedr. Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom  
De ni kommuner i Planområde Midt – Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Rødovre og Gladsaxe – takker hermed for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende Sundhedsstyrelsen udkast til ”Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”.

Overordnet finder de ni kommuner det positivt at Sundhedsstyrelsen fremkommer med anbefalinger på dette område, og vi er enige i ambitionen om at sikre en ensartet høj kvalitet på området. Imidlertid finder kommunerne også, at der er en række udfordringer i de konkrete anbefalinger, som vi vil redegøre for i dette høringssvar.

#### *Koblingen mellem anbefalingerne og forløbsplaner*

Anbefalingerne er udarbejdet som led i den igangværende realiseringen af ”individuelle forløbsplaner”, men da vi endnu ikke ved hvad en forløbsplan er helt konkret, hvem der skal lave dem og hvilken rolle de kommer til at spille i praksis, er det helt generelt svært at forholde sig til hvilken rolle anbefalingerne kan få i denne sammenhæng:

*Side 5: ”De patientrettede forebyggelsestilbud vil ofte indgå som en del af en borgers forløbsplan. Forløbsplaner er individuelle planer, der tydeliggør hvilke tilbud og hvilket forløb en borger, der diagnosticeres med KOL, type 2-diabetes eller kroniske lænde-rygsmerter kan forvente. Forløbsplaner er dermed en konkretisering af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme på et individuelt niveau. Forløbsplanen udarbejdes for den enkelte borger på grundlag af den enkeltes ressourcer og behov og adskiller sig dermed fra forløbsprogrammer, der på et generelt niveau skal understøtte tværfagligt og –sektorielt samarbejde.”*

Der efterlyses desuden en klarere kobling mellem disse anbefalinger, sundhedsaftalerne og arbejdet med forløbsprogrammer, men anbefalingerne i Forebyggelsepakkerne om både alkohol og tobak.

#### *Ikke sygdomsspecifikke anbefalinger og sygdomsspecifikke forløbsprogrammer*

Kommunernes indsats overfor kronisk syge tager i høj grad deres afsæt i forløbsprogrammerne. Der er derfor et grundlæggende dilemma, som går igen i flere af vores kommentarer, der handler om at disse nye anbefalinger på den ene side ikke er sygdomsspecifikke, men på den anden side er tænkt som redskaber til at målrette, prioritere og ensrette tilbud:

*Side 3: ”Anbefalingerne omfatter kommunale tilbud vedrørende sygdomsmestring, rygeafvæning, fysisk træning, ernæringsindsats og alkoholrådgivning. Anbefalingerne er ikke sygdomsspecifikke og omfatter indholdselementer, format, omfang og varighed af tilbuddet, eventuelle særlige sygdomsspecifikke hensyn samt nødvendige kompetencer til varetagelse af tilbuddet.”*

Samme dilemma opstår i relation til nedenstående formulering, hvor det er uklart hvordan anbefalingerne helt konkret skal kunne ”supplere” anbefalingerne i de sygdomsspecifikke forløbsprogrammer:

*Side 4: ”Anbefalingerne skal ses i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens øvrige publikationer i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme, forløbsprogrammer mv., som de supplerer.”*

Anbefalingerne inden for fysisk træning bliver meget generelle, når de ikke må blive sygdomsspecifikke. Det er svært at se hvordan de skal fungere som et supplement til forløbsprogrammerne, der er langt mere konkrete:

*Side 18: "I langt de fleste tilfælde kan det øge træningseffekten at kombinere aerob træning og styrketræning. Dog kan der for visse sygdomme være tilfælde, hvor en kombination af indholdselementerne (fx aerob og styrketræning) i samme træningssession kan udligne effekten af træningen og/eller forværre symptomerne, fx knogleledsbetændelse."*

En sådan anbefaling er svær at se som et positivt supplement til et forløbsprogram, endsiige som en anbefaling der vil bidrage til at skabe en ensartet kvalitet på tværs af kommuner. Det samme gælder følgende generelle ikke-sygdomsspecifikke anbefaling:

*Side 19: "Følgende intensitet, frekvens og varighed af den fysiske træning anbefales generelt uafhængigt af de fleste kroniske sygdomme:*

*Intensitet: Træning bør gennemføres med moderat til høj intensitet, hvor det, ud fra en individuel og patientsikkerhedsmæssig vurdering, er muligt.*

*Frekvens: Træningen bør foregå to til tre gange om ugen á 30-90 minutter."*

*"Varighed: Tilbuddet bør have en varighed af minimum 6-12 uger, eventuelt med mulighed for efterfølgende selvtræning eller superviseret træning."*

Det er meget svært at finde evidens – og dermed fremkomme med anbefalinger – på tværs af alle kroniske sygdomme mht. varighed, frekvens og intensitet. Spørgsmålet er om denne form for generelle anbefalinger er de rette for alle sygdommes vedkommende? Og om dette udgør et meningsfuldt supplement til forløbsprogrammerne der virkningsfuldt kan bruges til at målrette tilbud og højne kvaliteten på tværs af kommunerne. Vi mener generelt at Sundhedsstyrelsen bør udelade ikke sygdomsspecifikke anbefalinger til "hvor meget" borgerne skal have af en given indsats, og i stedet anbefale at indsatserne skal følge de nationale kliniske retningslinjer / sundhedsfaglige råd.

#### *Opsplitning af sygdomsspecifikke tilbud til fordel for tilbud målrettet risikofaktorer*

En væsentlig udfordring er, at anbefalingerne lægger op til at de rehabiliteringsforløb / skoleforløb, der er udviklet med afsæt i forløbsprogrammerne, foreslås ændret, så de i stedet bliver til "enkeltstående tilbud". Dette mener vi er et tilbageskridt. Der er mange fordele i at samle borgere på hold, hvor de sammen får talt og trænet alt fra (sund)kost, (ikke)rygning, (mindre)alkohol til (mere)motion – samt de mere psykologiske aspekter af at leve med en kronisk sygdom. Vi vurderer, at det vil give almen praksis lavere motivation til henvisning, og borgerne laverer motivation til deltagelse, at de nu skal shoppe mellem forskellige tilbud målrettet forskellige risikofaktorer – på forskellige tidspunkter. Mange kronikere er erhvervsaktive, og derfor er det væsentligt at kunne give dem en samlet pakke, som giver så få fremmøder som muligt, men som sikrer at de får den relevante information/træning/handlekompetencer:

*Side 10: "Kommunernes forebyggelses og -rehabiliteringstilbud er beskrevet på sundhed.dk (SOFT-portalen). Nærværende anbefalingerne omfatter både de tilbud, der fremgår som enkeltstående tilbud og de tilbud, der er beskrevet som en del af et prædefineret forløb eller rehabilite-*

ringsprogram. Det betyder, at der med anbefalingerne lægges op til en ændring fra disse prædefinerede forløb til enkeltstående tilbud, som sammensættes individuelt efter behov. Derfor vil henvisningen fra almen praksis til de kommunale indsatser ændres tilsvarende, således at almen praksis fremover henviser til en afklarende samtale i kommunen, hvor behovet for tilbud afklares.”

Fagligt set har vi derfor svært ved at se, at der er belæg for at anbefale, at de nuværende forløb med afsæt i forløbsprogrammerne brydes op og gøres til enkelt stående tilbud, som der lægges op til.

Særligt i relation til alkoholrådgivning mener vi det er problematisk at fokusere på risikofaktorer som indgangen til de kommunale forebyggelsestilbud, frem for på den kroniske sygdom. Baseret på kommunernes erfaringer med overhovedet at få borgere med et for højt alkoholforbrug i tale, mener vi at nedenstående anbefalinger er urealistiske i praksis:

Side 25: "Screening og visitation: Når borgeren er henvist til eller selv har opsøgt tilbud om forebyggende samtale om alkohol, indledes tilbuddet med en screening i forhold til borgerens alkoholforbrug. Screeningen er nødvendig for at sikre, at den enkelte borger visiteres til det rette alkoholtilbud, jævnfør skemaet oven for. "

Almen praksis har i forvejen svært ved at få disse borgere i tale – det samme har kommunerne. Almen praksis vil have meget svært ved at henvise disse borgere direkte til en (screenings)samtale om alkohol - som disse borgere overhovedet vil møde op til. Erfaringen er, at det er væsentligt lettere at få borgerne til at deltage på et sygdomsspecifikt forløb, fordi de har erkendt at de har en kronisk sygdom. Men de har som oftest ikke erkendt at de har fx et kost-, motions-, rygnings- eller mindst af alt et alkoholproblem! Men fx et diabeteskoleforløb – hvor der også tales om alkohol, hvilket måske kan føre til noget viden, som kan bringe nogle deltagere en erkendelse af, at deres alkoholforbrug er noget de bør tale med nogen om – det er en væsentlig mere farbar og effektiv vej ind i at få borgere med en kronisk sygdom i tale omkring deres alkoholforbrug. Igen understreger dette hvorfor en modulbaseret tilgang baseret på risikofaktorer i stedet for på sygdomme, vil være langt vanskeligere at få borgerne til at deltage i, fordi det kræver en problemerkendelse i forhold til de enkelte risikofaktorer. Men erfaringen er at denne problemerkendelse oftest først kommer med den viden de får via deltagelsen i et samlet rehabiliterings- / skoleforløb.

#### *Behandlingsansvar og opgaveansvar i kommunerne*

Nogle steder i teksten bliver det uklart hvad kommunernes ansvar og opgaver er – både generelt og i relation til specifikke ydelser. Følgende eksempler illustrerer:

Side 5: "Igennem de senere år har der været gennemført en forstærket indsats for mennesker med kronisk sygdom, der har omfattet forebyggelse, behandling, træning og rehabilitering blandt andet som en del af målgruppespecifikke forløbsprogrammer. Det betyder, at der i dag foreligger en del erfaring med tilbudstyper, der fremadrettet vil være omfattet af disse anbefalinger, og det søges nu nyttiggjort yderligere, således at der opnås et mere ensartet udbud landet over. Nærværende anbefalinger er udviklet i forbindelse med udvikling af forløbsplaner, men kan som nævnt anvendes bredere. "

Her ville det være nyttigt at præcisere hvor og i hvilket omfang kommunerne har ansvaret for **behandling**: Tænkes der kun på misbrugsområdet eller i hvilken betydning bruges ordet "behandling"?

**Målgruppen** for kommunernes tilbud er defineret meget bredt, hvilket kan have konsekvenser for kommunernes kapacitet på området og dermed økonomi:

*Side 11: "Målgruppen er borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et tilbud om sygdomsmestring."*

I dag henvises ikke store antal af kronikere, men hvis denne målgruppe – helt uafhængigt af de diagnoser der i dag er udarbejdet forløbsprogrammer for – tænkes inkluderet, er der potentielt set tale om en meget stor udvidelse af kapaciteten, hvilket man bør være opmærksom på.

På **medicinområdet** er det også uklart hvad kommunernes opgave er nogle steder i anbefalingerne:

*Side 12: "Medicin: Brug af medicin, hvordan den virker, herunder forskellen på forebyggende og symptombehandlerende medicin. Hvad er bivirkningerne? Hvordan anvendes medicinen, fx i form af inhalationsteknik? Muligheder for at monitorere virkningen fx i form af hjemmeblodsukkermåling."*

I citatet antydes det at kommunerne har ansvar for at undervise i ovenstående, selvom kommunerne ikke ordinerer medicinen? Det ville være hensigtsmæssigt at præcisere hvor specifikt styrelsen mener, at kommunerne skal vejlede om kronikere på medicinområdet – og tage stilling til hvorvidt styrelsen mener at dette principielt gælder inden for alle kroniske sygdomme?

I nedenstående citat omtales fx "kontrol af inhalationsteknik" – og igen undrer det at dette omtales som en kommunal opgave – når det ikke er kommunerne der ordinerer inhalationsmedicin:

*Side 13: "Individuel undervisning kan bestå af 2-4 lektioner af cirka 30 minutters varighed med gentagelse af nøglebudskaber og trinvis tilegnelse af viden og færdigheder. Holdundervisning kan bestå af 4-8 lektioner af en times varighed. Opfølgning bør foretages hver 3.-6. måned, fx i forbindelse med kontrol af inhalationsteknik."*

Ligeledes påpeger vi igen, at det er væsentligt at borgernes aktiviteter i kommunerne samles i større blokke (som de gør i de nuværende diagnosespecifikke 'skoleforløb') – og at det ikke gives som 30 minutters lektioner. Anbefalingen her af intensiteten og varigheden virker ikke vidensunderbygget. Det samme gælder for anbefalingen herunder om at viden om danskernes rygevaner og generelle udviklingstræk i rygevaner bør indgå i kommunernes rådgivning på området. Det er væsentligt at anbefalinger fra styrelsen hviler på så solidt et vidensgrundlag som muligt:

*Side 15: "Følgende bør endvidere kunne indgå i rådgivningen: Viden om danskerne rygevaner og de generelle udviklingstræk i rygevaner."*

Der anbefales økonomisk støtte til rygeafvænningsmedicin i disse anbefalinger målrettet kommunerne. Det er væsentligt at være opmærksomme på de økonomiske konsekvenser af at sundhedsstyrelsen anbefaler at kommunerne yder økonomiske støtte til en bestemt type medicin (hvoraf 2 af 3 produkter er receptpligtige):

*Side 14: "Det anbefales at kombinere rådgivning med rygeafvænningsmedicin. Rygeafvænningsmedicin er virksomt både alene og i tilknytning til rådgivning, hvor virkningen er størst. Økono-*

*misk støtte til brug af rygeafvænningsmedicin øger stopraten. Rygeafvænningsmedicin omfatter i Danmark tre produkttyper, nikotinerstatningsprodukter i håndkøb samt bupropion og vareniclin, som begge er receptpligtige. ”*

*Side 35: ”Praktisk organisering i tid og rum af tilbuddet bør tilpasses målgruppens behov og mindske barrierer for deltagelse. (...) Barrierer kan fx også være økonomiske, og fx indenfor rygestop er der gode resultater med økonomisk støtte til brug af rygestopmedicin. ”*

Vi mener at anbefalinger af denne karakter er problematiske, fordi styrelsen ikke blot anbefaler at der bør være økonomisk støtte til en bestemt type medicin, men også at kommunerne yde denne støtte. Reglerne for medicintilskud fastsættes andetsteds, og hører ikke hjemme i en generel anbefaling til kommunerne om forebyggelsestilbud til kronikere.

I relation til anbefalingerne omkring ernæringsindsats virker det umiddelbart som om den foreslåede målgruppen i nedenstående citat er meget stor:

*Side 21: ”De borgere i målgruppen, der samtidigt har en kostrelateret livsstilssygdom og/eller er overvægtige og/eller har et uplanlagt væggtab, tilbydes diætbehandling. Der bør være en særlig opmærksomhed på borgere, der er nydiagnosticerede med en kronisk sygdom. ”*

Skal det læses som at kommunerne bør tilbyde decideret "diætbehandling" til alle borgere med en kronisk sygdom der har et BMI+25 eller som har tabt sig 1 kg "uplanlagt" (jf definitionerne af overvægt og "uplanlagt væggtab")? I så fald er der tale om en relativt stor udvidelse af kommunernes målgrupper for decideret diætbehandling.

Et andet eksempel på at anbefalingerne kunne være tydeligere omkring opgavefordeling vedrører ligeledes ernæringsområdet, hvor det er uklart om den "regelmæssige opfølgning resten af livet" der anbefales, er en varig kommunal opgave eller om det er en anbefaling til almen praksis?

*Side 22: ”Ved diætbehandling: Diætbehandlingen til borgere med behov bør bestå af et længere individuelt forløb eventuelt med gruppebaserede elementer, med regelmæssige opfølgende møder med borgeren (ca. hver 2.-3. måned) samt eventuelle mellemliggende telefonkontakter. Borgere med kroniske, ofte progredierende sygdomme kan have behov for regelmæssig opfølgning resten af livet, enten via telefonisk kontakt eller i forbindelse med kontakt til almen praksis. ”*

Ligeledes er det uklart, hvorfor det kun er i relation til livsstilsændringer på kostområdet at der anbefales "regelmæssig opfølgning resten af livet", men ikke i relation til rygning, alkohol eller motion (fysisk træning): Er det fordi der er videnskæssigt grundlag for at kostændringer er sværere at gennemføre og fastholde, end livsstilsændringer på de andre områder, som anbefalingerne dækker? I så fald bør det fremgå, da dette er en væsentligt forskel mellem anbefalingerne på tværs af risikofaktorer.

#### *Anbefalinger vedr. rygning*

Det anbefales at kommunerne altid skal anbefale traditionelt rygestop, og kun hvis borgeren ikke vil det, bør kommunerne tilbyde fx Kom og Kvit:

*Side 15: ”Afklarung bør altid tage udgangspunkt i en anbefaling af et længere tobaksafvænningsforløb med de beskrevne indholdselementer svarende til Kræftens Bekæmpelses standardmodeller for tobaksafvænnung i grupper eller individuelt herunder evt. telefonisk. ”*



Dette virker ikke hensigtsmæssigt i forhold til de forskellige målgrupper for de to typer af tilbud. Nogle borgere vil have dårligere forudsætninger for at gennemføre et traditionelt tilbud, som indholdsmæssigt er anderledes end Kom og Kvit, og som kræver fremmøde hver gang. Derfor virker det uhensigtsmæssigt at anbefale, at de traditionelle tilbud altid skal anbefales borgerene først.

Det anbefales at førstevalget – traditionelt rygestop og ikke Kom og Kvit med løbende optag – bør opstartes "indenfor få uger".

*Side 16: "Tobaksafvænnning bør påbegyndes indenfor få uger fra borgeren udtrykker ønske om rådgivning."*

Dette er fagligt set fornuftigt, men i mange mindre kommuner vil det være en udfordring, da der lagt fra er borgergrundlag nok til at køre rygestopkurser med den frekvens. Derfor vil det i praksis være svært at tilbud let tilgængeligt rygestop, der ikke ligger for langt hjemmefra for borgerne, hvis Kom og Kvit ikke skal være førstevalget i mange tilfælde.

Det anbefales også at kommunerne aktivt bliver ved med kontakte borgere som har takket nej til kommunens tilbud om rygestop – samt ved tilbagefald:

*Side 16: "For borgere, som nedsætter forbruget eller ikke ønsker at ændre tobaksvaner, anbefales det jævnlige at følge proaktivt op med information om og anledninger til at få hjælp, da ønsket kan ændre sig over tid. Efter tilbagefald under et rygestopforsøg bør der ligeledes følges proaktivt op med information om og anledninger til at få hjælp til et nyt tilbud om rygestop efter nogle måneders pause."*

Det er problematisk at kommunerne anbefales at vedblive med at kontakte borgere som takker nej – og det er uklart hvordan kommunerne kan få viden om tilbagefald som grundlag for at kunne "følge proaktivt op". Dette virker ikke som realiserbare anbefalinger.

#### *Anbefalinger om forebyggende samtaler om alkohol*

Det anbefales at almen praksis skal kunne henvise til samtaler af 10-15 minutters varighed:

*Side 27: "Den forebyggende samtale om alkohol vil typisk vare 10-15 min., men i nogle tilfælde kan den vare op til 30 min. En enkelt samtale kan være tilstrækkelig til, at borgeren kan gennemføre sine ønskede adfærdændringer, men der kan også være behov for 2-3 opfølgende samtaler."*

Det virker urealistisk at almen praksis – eller borgerne - vil finde mening i at henvise til / blive henvist til en kommunal ydelse som er en 15 minutters samtale. Særligt om et så problematisk og tabubelagt emne som alkohol. Igen henvises til vores tidligere kommentarer om at indgangen til en forebyggende samtale om alkohol kræver andet og mere end at etablere tilbuddet og som enkeltstående ydelse i kommunerne, og herefter bede almen praksis om at henvise de borgere de er familielæge for til en kort samtale om et for mange så tabubelagt emne som deres alkoholforbrug. Kronikerskolerne er en væsentlig bedre indgang til en forebyggende samtale om alkohol.

#### *Monitorering og kvalitetssikring*

Det anbefales at den enkelte kommune selv opbygger egne monitoreringssystemer og ad den vej følger op på indsatsen og effekten. Da der allerede i dag er tale om relativt små grupper, og da der længe har været

efterlyst en national database – mener vi det vil være langt mere nyttigt med et ensartet og nationalt monitoreringssystem som grundlag for at kvalitetssikringen.

### *Proaktiv fastholdelse*

Der anbefales følgende:

*Side 35: "Det anbefales, at alle valg vedrørende henvisningsprocedurer, afklaringsamtaler, organisering af tilbud og standardiserede kontakter til borgerne underkastes en vurdering af, i hvilken grad de understøtter forandring og deltagelse samt understøtter muligheden for fortsat optimal egenomsorg og vedligeholdelse af adfærd efter afsluttet tilbud. Det vil sige, om der opstår barrierer for borgeren, eller om der er barrierer, som kunne fjernes gennem simple tiltag. Som hovedregel bør alle kontakter og tilbud om hjælp gøres så let tilgængelige, attraktive og imødekommende som muligt. Proaktivitet, positiv kontakt og meningsfuldhed for deltagelse bør således generelt tilstræbes."*

Det er kommunernes opfattelse at anbefalingen om at fokusere på enkeltstående tilbud målrettet de enkelte risikofaktorer (KRAM) i stedet for diagnoser, som motivation for deltagelse i kommunale tilbud, ikke understøtter borgernes deltagelse eller gør det attraktivt og/eller meningsfuldt for mange at deltage. Anbefalingerne overser generelt, at borgernes har en erkendelse af, at de har fået en kronisk diagnose – og muligvis livslang medicinering. Men de har ofte ikke nogen erkendelse af at de har behov for at ændre livsstil i relation til så personlige områder som KRA&M – resten af livet.

En mindre **sproglig rettelse**: Ved bruges at begrebet PROM, bør det understreges tydeligt, at der ikke blot er tale om "patientrapporterede data" – som kan være alt hvad patienterne selv rapporterer – men derimod specifikt på patientrapporterede "outcome measures", hvilket er et væsentligt smallere begreb:

*Side 36: "Det gælder for alle tilbud, at der bør ske en løbende monitorering af de fastsatte mål for det enkelte tilbud. Dette gælder både i forhold til faglig kvalitet, patientrapporterede data (PROM) og organisatorisk kvalitet."*

Vi håber at kommentarerne i dette høringssvar er brugbare for Sundhedsstyrelsens videre arbejde med anbefalingerne,

På vegne af de ni kommuner i Region Hovedstadens Planområde Midt.

Nikolaj Kjems

Sundhedschef i Furesø Kommune og formand for klyngen i Region Hovedstadens Planområde Midt

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Ulla Hjorth <ulla.hjorth@horsens.dk>  
**Sendt:** 26. februar 2016 10:48  
**Til:** Janni Stauersbøll Kramer  
**Cc:** Anne Sloth-Egholm  
**Emne:** VS: Høring: Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom - Frist d. 29/2-16

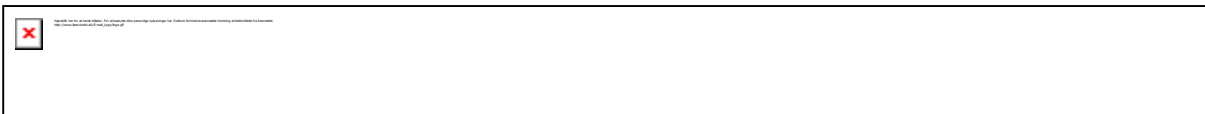
**Sag:** 1-1010-185/6  
**Sagsdokument:** 2875994

I forlængelse af nedenstående skal jeg meddele, at Horsens kommune ikke har kommentarer til anbefalingerne.

Med venlig hilsen

**Ulla Hjorth**  
Udviklingskonsulent

Telefon direkte: 76293546  
Mobil: 28126973  
Mail: [ulla.hjorth@horsens.dk](mailto:ulla.hjorth@horsens.dk)



**Velfærd og Sundhed**  
**Velfærds- og Sundhedsstaben**

Rådhusvej 4  
8700 Horsens

---

**Fra:** SST Plan [<mailto:Plan@SST.DK>]

**Sendt:** 29. januar 2016 15:04

**Til:** Center for Forebyggelse i praksis; Dansk Selskab for Almen Medicin; Dansk Selskab for Folkesundhed; Dansk Selskab for Fysioterapi; Dansk Selskab for Klinisk Ernæring ([dske@dske.dk](mailto:dske@dske.dk)); Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; Dansk Sygepleje Selskab; Dansk Sygeplejeråd; Danske Fysioterapeuter; Danske Patienter; Danske Regioner; Ergoterapeutforeningen; Ergoterapifaglige Selskaber; Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne; Foreningen af Kliniske Diætister; KL; Komiteen for Sundhedsoplysning; Kost- og Ernæringsforbundet; Lægeforeningen; Lægevidenskabelige Selskaber; Praktiserende Lægers Organisation (PLO); Social- og Indenrigsministeriet; Socialstyrelsen; DEP Sundheds- og Ældreministeriet; Region Hovedstaden; Region Midtjylland; Region Nordjylland; Region Sjælland; Region Syddanmark; Albertslund Kommune ([albertslund@albertslund.dk](mailto:albertslund@albertslund.dk)); Allerød Kommune ([kommunen@alleroed.dk](mailto:kommunen@alleroed.dk)); Assens Kommune ([assens@assens.dk](mailto:assens@assens.dk)); Ballerup Kommune ([balkom@balk.dk](mailto:balkom@balk.dk)); Billund Kommune ([kommunen@billund.dk](mailto:kommunen@billund.dk)); Bornholms Regionskommune ([post@brk.dk](mailto:post@brk.dk)); Brøndby Kommune ([brondby@brondby.dk](mailto:brondby@brondby.dk)); Brønderslev Kommune ([raadhus@99454545.dk](mailto:raadhus@99454545.dk)); Dragør Kommune ([dragoer@dragoer.dk](mailto:dragoer@dragoer.dk)); Egedal Kommune ([kommune@egekom.dk](mailto:kommune@egekom.dk)); Esbjerg Kommune ([raadhuset@esbjergkommune.dk](mailto:raadhuset@esbjergkommune.dk)); Fanø Kommune ([raadhuset@fanoe.dk](mailto:raadhuset@fanoe.dk)); Favrskov Kommune ([favrskov@favrskov.dk](mailto:favrskov@favrskov.dk)); Faxe Kommune ([kommunen@faxekommune.dk](mailto:kommunen@faxekommune.dk)); Fredensborg Kommune

## Hørings svar på: ”Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”.

Tak for de fremsendte anbefalinger.

Høringssvaret vil blive struktureret med et afsnit med generelle bemærkninger og derefter kommentarer til de enkelte afsnit, hvor vi finder det relevant.

### *Generelle bemærkninger*

Som helhed tænker Lemvig Kommune, at det er et meget fint og meget uddybende materiale. Indgangsvinklen med borgeren og dennes pårørende i centrum er meget positivt. Ligeledes er det dejligt, at det pointeres, at der nu henvises til en afklarende samtale fremfor et patientforløb.

Vi finder dog flere steder, hvor skriftet ikke er konsistent i sine begreber. Sagt med andre ord, vil det klæde skriftet, at blive enig med sig selv om, hvornår man er patient / hvornår man er borger; hvornår er det patientuddannelse og hvornår er det borgeruddannelse (et begreb vi ikke kender i Lemvig Kommune – borgeruddannelse?) se fx s. 12.

Et andet sted, hvor vi kunne ønske os lidt grafisk tydelighed, er ”kan, skal og bør”. Kan man i layoutet fremhæve hvornår der er tale om ”en **kan** opgave”, ”en **skal** opgave” og ”en **bør** opgave”. Det er de spørgsmål sundhedsfaglige ansatte ofte bliver bedt om at afklare for politikerne – måske vi kunne få lidt mere hjælp her fra SST?

Vi håber meget, at SST vælger, at prioriterer det grafiske layout højt, således anbefalingerne bliver overskuelige og lette at gå til for os brugere. Enkelthed og let tilgængelighed vil øge sandsynligheden for, at flere ville få læst og anvendt skriftet. Er der mulighed for at udgivelsen kan have karakter af et opslagsværk?

### *Kommentarer til de enkelte afsnit*

#### *Vær opmærksom på, om ”ting” kan lade sig gøre?*

Vi vil gerne her skitsere et dilemma, SST, med dette skrift, giver de mindre landkommuner og man kunne ønske sig at SST have mere blik for de udfordringer der ligger i nogen kommuners store geografiske afstande i kombination med små populationer. I skriftet står der bl.a.:

”Formålet med [...]at opnå en **ensartet** høj kvalitet på tværs af landet til gavn for borgerne. ( punkt 1.2 )

”Der er således ikke nødvendigvis tale om tilbud som alle kommuner skal drive, men om at alle borgere skal have mulighed for at få et tilbud” (punkt 2)

*”Praktisk organisering i tid og rum af tilbuddet bør tilpasses målgruppens behov og mindske barrierer for deltagelse. Det anbefales, at tilbuddets tilgængelighed, herunder adgangsforhold, fysiske placering og indretning gør det nemt og enkelt for borgeren at benytte sig af det. Barrierer kan fx også være økonomiske...” (Punkt 6.5)*

*”Det kan være en fordel, at flere kommuner indgår i tværkommunale samarbejder for at opnå tilstrækkelig volumen og kvalitet” (punkt 7.2)*

Vi har som en lille kommune med meget store geografiske afstande svært ved at se, hvordan borgere i denne kommune (trods alle gode intentioner ☺) har de samme muligheder, som borgere i mere befolkningstætte kommuner og har derfor lidt svært ved at se, hvordan der kan komme **ensartet** tilbud i hele Danmark. Vi ser, at borgerne i Lemvig Kommune har en hel del flere barrierer for deltagelse i de gode tilbud. Fx har borgerne mange kilometer til tilbuddene, hvorfor den enkelte borger skal bruge mere tid på transport, dermed flere kræfter (punkt 6.5). Det betyder, at den enkelte borger skal bruge flere penge fx på transport, da der er sparsom offentlig transport på landet og Taxi er derfor ofte nødvendigt. Det handler altså derfor ikke kun om, hvorvidt at flere små kommuner går sammen om at etablere tilbud (punkt 7.2 + punkt 2), da det jo netop blot betyder, at den enkelte borger får endnu længere afstand til tilbuddet.

Vi har ikke umiddelbart en løsning på problemet, men vil bare gøre opmærksom på, at enkelte af formålene med anbefalingerne (punkt 1.2) kan blive svære at opfylde.

**Afsnit 5.1.2, side 12:** Vi forstår ikke rigtigt de sidste linjer på side 12, afsnittet om ”Sygdom i hverdagen”? Hænger de linjer helt sammen, eller er der sket en fejl her?

Igen er der ikke rigtig klarhed over om man mener borgerforeninger eller patientforeninger? (se også side 20 i noterne)

**Afsnit 5.1.3, side 13:** Vi vil gerne have en mere klar melding om opfølgningerne – Hvornår anbefaler man opfølgning?

**Afsnit 5.1.4, side 13:** Der skrives at ”*Undervisningen bør gives af sundhedsprofessionelle (minimum mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse) med specialviden om den pågældende sygdom*” Hvad mener man med specialviden? Vi er i kommunerne ikke specialister men generalister. Hvor meget ”specialviden” mener SST at underviseren skal besidde?

**Afsnit 5.4.5, side 23:** Der skrives at det ”*bør gennemføres af fagpersoner med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist*” – ”*den sundhedsprofessionelle skal være specialist*”

Igen er der ikke tradition for at kommuner er specialister men generalister. Endvidere er der nu tale om behandling. Kommuner behandler normalt ikke, vi vejleder, rådgiver m.v. Behandling hører til regionerne og almen praksis og den umiddelbare fornemmelse og opfattelse vi sidder med er, at der her er tale om opgaveglidning frem for en opgaveoverdragelse.



**Afsnit 5.5.2, side 25:** Der omtales et AUDIT- skema. Måske pga. manglende viden, men hvilket skema taler man om her? Det vil være dejligt, hvis det indsættes som bilag, for at eliminerer misforståelser.

**Afsnit 6, side 29:** I den ellers flotte tegning /oversigt, mangler vi et felt til borgere, der selv henvender sig selv – selvhenviste. Vi får borgere fra hospital, læge og selvhenviste.

Igen tror vi, at der er "rod" i begreberne. I skriver nu borgeruddannelsesforløb (?) – mener I ikke patientuddannelser (sidste afsnit)

**Afsnit 6.2, side 31:** Løgstrup kunne ikke have gjort det bedre. Det er en meget LANG sætning uden punktummer. Er det muligt, at opsætte de ellers gode pointer i punktform og dermed lette forståelsen?

**Afsnit 6.3 side 34:** Vi forstår, at I ikke har fundet entydig evidens for anvendt sundhedspædagogik (side 29-30, MTV 2009) og derfor fravælger at anbefale nogen specifik model for patientforløb. Vi undrer os derfor over det entydige valg af metode til afklarende samtaler. Her anbefaler I Esbjergmodellen, som eneste model? Lærings og mestringskonceptet har en meget overskuelig og evidensbaseret model, som for øvrigt allerede anvendes af flere kommuner. Hvorfor vælges det ene frem for det andet?

**Afsnit 6.5, side 35:** I anbefaler, at kommunerne anvender landsdækkende databaser, for således at kunne opsamle data og give mulighed for at benchmarking- Godt! Her nævnes rygestopbasen som et eksempel. Findes der andre fælles databaser? I givet fald, kunne man hjælpe de mange kommuner med at lave en liste over hvad der findes. Fx anvender mange jyske kommuner allerede MoEva. Det kunne være rart om SST kunne etablere /anbefale landsdækkende databaser og ensrette på dette område.

Som indledningsvist beskrevet synes vi, at anbefalingerne er velbeskrevet med mange fine overvejelser. Vi vil glæde os til at se det færdige resultat og håber på et layout der gør anbefalingerne til et overskueligt og brugbart opslagsværk til gavn for personaler og dermed for borgerne.

Med venlig hilsen

Grete Bækgaard Thomsen  
Sundhedschef

Socialstyrelsen  
Landemærket 9  
1119 København K

Tlf.: +45 72 42 37 00

socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

Center for handicap og psykisk  
sårbarhed  
D. 29.02.2016  
Sagsnr. 16/59464  
sdan

## **Hørings svar vedr. ”Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”, udsendt af Sundhedsstyrelsen**

Socialstyrelsen finder overordnet, at høringsudkastet til ”Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom” er veldisponeret og bygger på en god blanding af evidensbaseret og praksisorienteret viden om forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, der virker over for målgruppen. Yderligere er det positivt, at anbefalingerne påpeger, at borgeren er ekspert i eget liv. Socialstyrelsen er enig i, at der bør skabes ny viden gennem forskning om, hvad der virker og for hvem, særligt på effekten af tværfaglige tilbud til mennesker med sammensatte problemer.

Socialstyrelsen har forståelse for, at anbefalingerne er udarbejdet i forbindelse med, at Sundhedsstyrelsen udvikler et koncept for forløbsplaner for mennesker med udvalgte kroniske sygdomme, og at anbefalingerne derfor primært er målrettet denne målgruppe.

Socialstyrelsen vil dog gerne pege på, at anbefalingerne med fordel også kunne omfatte forebyggelsestilbud til mennesker med handicap og psykiske lidelser, da der er store overlap i målgruppernes behov. Dette kan eksempelvis imødekommes ved at tilføje i de indledende afsnit, at ”målgruppen for tilbuddene er borgere med kronisk sygdom, men vil også hensigtsmæssigt kunne anvendes i forhold til tilbud til mennesker med handicap, psykiske lidelser og raske borgere”.

Høringsudkastet bygger primært på sundhedsfaglighed, og Socialstyrelsen efterspørger en højere grad af fokus på socialfaglighed og socialfaglige indsatser. Eksempelvis mener Socialstyrelsen, det er positivt, at det fremhæves, at borgeren kan henvises til en afklarende samtale i kommunen, hvor de enkeltstående tilbud sammensættes individuelt efter behov (s. 10). Dog kan vurderingen af, om borgeren kan have gavn af et tilbud også komme fra andre end hospital eller praktiserende læge (s. 33), for eksempel fra fagpersoner på sociale tilbud eller uddannelsestilbud. I forhold til en proaktiv fastholdelse i tilbuddene (s.35) vurderer Socialstyrelsen, at noget af rådgivningen også med fordel kan varetages af for eksempel en socialrådgiver, der bl.a. har viden om borgerens hverdagsliv og muligheder for støtte efter endt tilbud.



**Notat**

16. februar 2016

**Hørings svar vedr. Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**

I det følgende fremstilles Skanderborg Kommunes kommentarer til høringsudkastet.

Vi vil gerne allerførst anerkende ambitionen om – med et sæt nationale anbefalinger – at understøtte ensartethed i de kommunale patientrettede forebyggelsestilbud.

**Hensigtsmæssige og positive elementer**

Der er flere elementer i udkastet, som vi finder hensigtsmæssige og positive. Herunder vil vi særligt fremhæve:

- det udfoldede fokus på proaktiv fastholdelse af borgere i forløb
- understregningen af det hensigtsmæssige i tværkommunalt samarbejde
- italesættelsen af behovet for ny viden gennem forskning
- overgangen til uspecifik henvisning fra almen praksis til kommunerne med henblik på afklarende samtale og visitation her

Der er imidlertid også flere aspekter i udkastet, som vi finder problematiske og foreslår ændret, eller som vi mener med fordel kan udfoldes eller suppleres. De nævnes i det følgende.

**Problematiske anbefalinger, som vi foreslår ændret:**

1. Vi finder det problematisk, at der så ensidigt lægges op til afskaffelse af prædefinerede ”pakkeforløb” jf. forløbsprogrammerne for f.eks. KOL, DM2 og hjertesygdom. Det skyldes flere forhold:
  - Individuelt tilrettelagte forløb med varierende indhold af enkeltstående tilbud med flere forskellige medarbejdere tager ikke i tilstrækkelig grad hensyn til psykosocialt sårbare borgeres behov for tryghed og oplevelse af at høre til i en sammenhæng.
  - Vi har erfaring for, at det kan være vanskeligt for borgerne at overskue, hvad de har behov for at arbejde med relateret til deres diagnose / helbredsudfordring. Disse borgere bliver typisk positivt overrasket over det indhold i et forløb, som de ikke umiddelbart ville have haft lyst til og dermed valgt til.

**Dato**

16. februar 2016

Sagsnr.: 29.09.08-A00-1-16

**Din reference**

Tove Voss

Tlf: 87947446



- Dette forhold beskrives netop i udkastet (s.30), hvorfor anbefalingen om frit valg af tilbud virker selvmodsigende.
- I høringsudkastet udfoldes det rigtig fint (s.32), hvordan adfærdsforandring er en proces, der tager tid. Denne proces faciliteres i høj grad via de sundhedsprofessionelles sundhedspædagogiske intervention, som bl.a. er betinget af, at medarbejderen kan følge borgeren. Dette vanskeliggøres, hvis borgerne shopper mellem indsatserne frem for at følge et pakkeforløb over tid.
  - Vi forudser endvidere, at der vil være anseelige logistiske udfordringer forbundet med at administrere en række enkeltstående tilbud, som ofte vil betyde små hold og uhensigtsmæssig anvendelse af de knappe personaleressourcer

*Vi foreslår anbefalingen ændret til, at kommunerne som udgangspunkt tilbyder prædefinerede forløb jf. gældende forløbsprogrammer. Undtagelsesvist kan borgeren tilbydes enkeltstående tilbud, som kan kombineres, hvis individuelle forhold eller særlige behov hos borgeren taler for det.*

2. Der er et stort fokus i høringsudkastet på individuel vejledning. Det finder vi problematisk af flere årsager:
  - Læringsteoretisk (bl.a. med reference til Social læringsteori) giver det merværdi at samle borgere i grupper / på hold
  - Erfaringer fra Livsstilscaféen viser, at også psykosocialt sårbare borgere har gavn af undervisning / vejledning på hold
  - Individuel vejledning er personalemæssigt meget ressourcekrævende sammenlignet med vejledning i grupper / på hold, og bør reserveres tilfælde, hvor fokus for vejledningen er en meget specifik problematik eller hvor borgeren ikke kan deltage i sammenhænge med andre på grund af f.eks. angst, kognitive udfordringer eller behov for tolkning

*Vi foreslår anbefalingerne om individuel vejledning ændret til, at vejledning og undervisning primært organiseres som gruppe / holdtilbud suppleret eller evt. erstattet af individuel vejledning, når særlige forhold begrundes det.*

#### **Aspekter i høringsudkastet, som vi foreslår udfoldet / suppleret:**

- Det ensidige fokus i høringsudkastet på sygdomsmestring kan med fordel suppleres med et bredere fokus på mestring af hverdagslivet med helbredsudfordringer (jf. det brede sundhedsbegreb) (s.6)
- Borgernes overgang mellem sektorer foreslås udfoldet med konkrete anvisninger på, hvordan vi undgår at borgere "falder mellem stole"
- Anbefalingen om, at borgere, som deltager i fysisk træning og som har haft et uplanlagt vægttab, skal tilbydes en ernæringsindsats, mener vi skal suppleres med en anbefaling om, at årsagen til vægttabet skal udredes hos egen læge, inden

Sundhedsfremmecenter  
Sygehusvej 7, 1.sal  
8660 Skanderborg

[www.skanderborg.dk](http://www.skanderborg.dk)

- indsatsen iværksættes (s.18)
- Høringsudkastet er både målrettet borgere med kronisk sygdom samt raske. Vi finder, at der mangler en afgrænsning af målgruppen af raske borgere, idet vi forestiller os, at indsatsen skal målrettes borgere i risiko for udvikling for kronisk sygdom (s.3)

Til slut ønsker vi at gøre opmærksom på, at vi endnu ikke har oplevet, at en borger har fået udarbejdet en af de forløbsplaner, som det er planen, at borgere med kronisk sygdom skal have udarbejdet i samarbejde med egen læge.

Med venlig hilsen

Malene Herbsleb

Sundhedsfremmechef, Skanderborg Kommune

Sundhedsfremmecenter  
Sygehusvej 7, 1.sal  
8660 Skanderborg

[www.skanderborg.dk](http://www.skanderborg.dk)

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Lars Ole Andersen <lod@brøndby.dk>  
**Sendt:** 26. februar 2016 14:43  
**Til:** SST Plan  
**Emne:** Høringssvar Brøndby : Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Til Sundhedsstyrelsen.

Materialet ser ok ud. Vi har dog nogle kommentarer til kapitel 6.3, side 33 og 34 angående afklarende samtale. Vi tror kapitlet trænger til en afklaring.

Det virker ikke helt klart, om den afklarende samtale kan/skal tages af en faglig koordinator, typisk en forløbskoordinator, indenfor det område borgeren henvises til, KOL, diabetes, rygestop m.m., eller om man forestiller sig, at det er en person, løsrevet de konkrete tilbud, der foretager samtalen og derefter placerer borgeren i de rette tilbud. Fordelene ved at have en fagspecifik koordinator er, at det er en person, der kommer til at arbejde med borgeren senere, og som kender tilbuddet i detaljer. Fordelen ved en overordnet koordinator er, at vedkommende kan have større opmærksomhed på andre tilbud end det fagligt specifikke. Dagligdagen i kommunerne er dog normalt sådan, at lægen typisk henviser til et **specifikt** tilbud via REF01, og at det giver mest mening, at den der tager den afklarende/indledende samtale er en fagspecifik koordinator, dog med kendskab til øvrige tilbud i kommunen, som der så evt. også kan henvises til. Dette bør afklares i den beskrivende tekst i anbefalingerne.

Måske ville det være godt at lade begge muligheder stå åbne, så man kan have en fagspecifik koordinator, der tager samtalen eller man kan have en overordnet koordinator, som tager alle typer af samtaler med borgerne, afhængigt af den måde kommunen vælger at organisere sine tilbud på.

Med venlig hilsen

Lars Ole Andersen  
Sundhedskoordinator



BRØNDBY KOMMUNE

Brøndby Kommune, Social- og Sundhedsforvaltningen  
Park Alle 160  
2605 Brøndby  
Tlf: 4328 2306  
Mail: [lod@brøndby.dk](mailto:lod@brøndby.dk)  
Web: [www.brøndby.dk/sundhedstilbud](http://www.brøndby.dk/sundhedstilbud)



Sundhedsstyrelsen  
Mail: [plan@sst.dk](mailto:plan@sst.dk)

26. februar 2016  
Side 1 af 4

## Hørings svar Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

**SUNDHED OG OMSORG**  
Sundhedsudvikling  
Aarhus Kommune

Aarhus Kommune sender hermed høringssvar på Sundhedsstyrelsens høring af anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud.

**Sundhedsstrategisk Stab**  
Rådhuset  
Rådhuspladsen  
8000 Aarhus C

Aarhus Kommune kan særligt fremhæve:

- Det positive i, at anbefalingerne for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom ikke er sygdomsspecifikke, men at de tager udgangspunkt i den enkelte borgers ressourcer og kompetencer.
- Det gode ved, at anbefalingerne omfatter sundhedspædagogik, som et tværgående element, der indgår i alle tilbud
- At der – på trods af gode intentioner – fortsat mangler dokumentation for hvad, der virker bedst (evidens eller best practice)
- At der måske er en "skævhed" i høringsudkastet ved, at der er udarbejdet særskilte notater på 2 af indsatserne; nemlig ernæring og fysisk træning. Disse er ikke en del af høringsmaterialet, men i disse rapporter er der redegjort for evidensen på områderne. Udfordringen har måske været, at der på de øvrige indsatser ikke findes den samme viden?
- At der mangler fokus på opfølgningen af borgerne med kronisk sygdom efter afslutning af det kommunale tilbud. Fastholdelse af borgeren kan f.eks. ske via samarbejde med civilsamfundet og foreningslivet.

Telefon: 89 40 20 00  
Direkte telefon: 89 40 40 09

Direkte e-mail:  
[hlin@aarhus.dk](mailto:hlin@aarhus.dk)  
[www.aarhus.dk](http://www.aarhus.dk)

Sagsbehandler:  
Hanne Linnemann

### Generelt

Aarhus Kommune ser positivt på, at der i anbefalingerne er taget udgangspunkt i borgerens individuelle ressourcer og kompetencer. Sundhedspædagogik omtales som noget meget centralt og tværgående. Samtidigt er det positivt, at anbefalingerne ikke er sygdomsspecifikke.

Det er et brud på den mere systematiske "pakketækning", og at det dermed kan være sværere at kvalitetssikre.

## **Specifikke bemærkninger**

### *Side 3*

Det fremgår, at formålet med anbefalingerne er at bidrage til, at kommunerne kan målrette de patientrettede forebyggelsestilbud og prioritere de tilbud, *der er dokumentation for virker bedst eller vurderes som god praksis.*

Desværre er det ikke mange steder i anbefalingerne, at det fremgår, hvad dokumentationen er.

Et eksempel på, hvor det kunne have været gavnligt med en evidensangivelse er på side 13, under afsnit 5.1.3., som beskriver indholdet i henholdsvis individuel undervisning og holdundervisning. Her fremgår det, at "*opfølgning bør foretages hver 3. – 6. måned...*" Her efterlyses information om, hvorvidt der tænkes på livslang kontakt til borgere med kroniske sygdomme; samt angivelse af, hvad det i så fald vil tilføre borgerens sundhedstilstand.

### *Side 7 Tværkommunalt samarbejde*

Der opfordres til tværkommunalt samarbejde om at sikre forebyggelsestilbud til borgerne.

Her bør tages i betragtning hvor langt, borgerne er villige til at rejse for at få et tilbud. Måske udelukker det borgere, som i høj grad vil have gavn af et kommunalt forebyggelsestilbud, så det skaber mere social ulighed i sundhed?.

### *Side 10 Henvisning til kommunale tilbud*

Praktiserende lægers henvisning til de kommunale tilbud er en vigtig og nødvendig forudsætning for, at borgere med kronisk sygdom overhovedet modtager et tilbud. Erfaringerne viser, at de praktiserende læger ikke er lige flinke til at henvise til de kommunale tilbud. Der er de fleste steder i landet tæt dialog mellem kommune og almen praksis herom.

### *Side 11 Sygdomsmestring*

I afsnittet beskrives hvilke elementer, der bør indgå i tilbuddet om sygdomsmestring. . De fremhævede elementer virker mere som fokus på sygdom og risiko end med fokus på hverdagsliv og muligheder.

### *Side 17 Fysisk træning*

Der savnes en præcisering af, hvordan beskrivelsen af målgruppen skal forstås. Det samme gælder en overvejelse af hvem, der skal lave vurderingen og hvordan.

Hvis det er ICF, som redskab, der tænkes på, så er det spørgsmålet, om ICF opfanger de detaljer omkring hverdagsliv, barrierer og muligheder i borgerens liv, som vi gerne vil have i spil. ICF redskabet er omtalt på side 33.

26. februar 2016

Side 2 af 4

Frekvensen af fysisk træning angives til at være 2-3 gange om ugen af 30-90 minutters varighed over en periode på 6-12 uger.  
Der savnes oplysning om hvad, der er evidens for – herunder om alle træningsseancer skal være superviseret af sundhedspersonale.

#### *Side 20 Ernæringsindsats*

I noten nederst på side 20 mangler der lidt tekst i 4. linje fra neden:  
"Termen *diætbehandling* er typisk målrettet borgere ..... med kronisk sygdom, ...."

Afsnittet kunne med fordel suppleres med forslag om, at der udarbejdes en procedure for, hvornår en borger ikke længere følges i kommunalt regi, men har brug for specialiseret diætist vejledning.

Der er en hårfin balance mellem kommunale **forebyggelsestilbud** og **behandlingsindsatser** (regionalt ansvar) på dette felt.

Det er f.eks. heller ikke særligt tydeligt, om det er kommunen eller almen praksis, der har ansvaret for den regelmæssige opfølgning (side 22).

Under afsnittet om kompetencer fremgår det under "vedr. diætbehandling" at den sundhedsprofessionelle skal være specialiseret indenfor diætbehandling til borgere med specifikke sygdomme.

Dette bør præciseres – bl.a. af hensyn til arbejdsdelingen mellem kommuner og regioner.

I høringsudkastet virker det til, at der er en form for opdeling, hvor kostvejledning godt kan foregå gruppebaseret, hvorimod diætist vejledningen primært er individuelt. I Aarhus Kommune er der gode erfaringer med, at diætistvejledning kan foregå gruppebaseret.

#### *Side 31 Motivation*

Høringsudkastet omfatter ikke forslag til, hvordan kommuner løser evt. barrierer vedr. f.eks. økonomi.

Så snart borgeren er ude af hospitalet, er der en egenbetaling på medicin, som kan være en væsentlig barriere for compliance.

Et andet område er "transport" – som kan være en hindring for, at borgeren kommer til det kommunale tilbud.

#### *Side 36 Monitorering og kvalitetssikring*

Der opfordres til systematisk og løbende monitorering af tilbud. Dette bl.a. for at sikre benchmarking og forskning.

Men det kræver måske i højere grad, at tilbuddene er ens?

Hvis tilbuddene skal være ens, gør det det mere vanskeligt at sammensætte tilbud udelukkende ud fra den enkelte borgers ressourcer og behov.

*Fastholdelse – opfølgning efter kommunalt tilbud til borgere med kronisk sygdom*

26. februar 2016  
Side 4 af 4

Erfaringerne viser, at det er vigtigt – som en del af det kommunale tilbud – at guide borgeren/introducere borgeren til tilbud i civilsamfundet/foreningslivet, som han/hun kan fortsætte med i forlængelse af det kommunale tilbud.

Netop denne del er mindst lige så vigtig, hvis borgeren skal fastholdes i de nye, sunde vaner.

Med venlig hilsen

Annemarie Zacho-Broe  
Sundhedschef



## **Høringssvar vedrørende: ”Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”**

**Ergoterapeutforeningen**  
Nørre Voldgade 90  
DK-1358 København K  
Tlf: +45 88 82 62 70  
Fax: +45 33 41 47 10  
Cvr nr. 19 12 11 19  
etf.dk

Den 26. februar 2016  
Side 1  
Ref.: UG  
E-mail: ug@etf.dk  
Direkte tlf.: 53 36 49 25

### **Ergoterapeutforeningens høringssvar vedrørende ”Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”**

Ergoterapeutforeningen takker for invitationen til at være høringssvar vedrørende ovennævnte anbefaling.

Ergoterapeutforeningen er generelt meget positiv overfor, at anbefalingerne ikke i overvejende grad er rettet mod den ressourcestærke borger med kronisk sygdom, da disse borgere oftest har højere compliance ift. deres sundhedsadfærd og kan klare sig med information og rådgivning. Den gruppe af borgere som derimod ikke har de ressourcer er også dem, som har mest brug for indsatser. Desuden kan Ergoterapeutforeningen fuldt ud tilslutte sig den kompleksitet, der er i praksis, når indsatser inden for forebyggelse og rehabilitering skal kombineres. Borgerens sundhedsadfærd er sammensat af forskellige strukturelle komponenter i samfundet, lovgivningsmæssige forpligtelser fra stat, regioner og kommuner, men også af den enkeltes holdninger og adfærd. Holdninger kan udnyttes til at nå bestemte mål og holdninger letter social tilpasning. Når sundhedsadfærd skal påvirkes og ændres for at påvirke uhensigtsmæssige mønstre, er det således nødvendigt at udøve indsatser på forskellige niveauer. Her udgør arbejdet med borgerens motivation og mål et afgørende fundament i de aktive indsatser.

Anbefalingerne tager udgangspunkt i indsatser, der omhandler livsstilsændringer og mestring af sygdom, og omfatter derfor kommunale tilbud vedrørende sygdomsmestring, rygeafvænning, fysisk træning, ernæring og alkoholrådgivning. Ergoterapeuter er en central profession i disse indsatser, hvilket med fordel bør fremgå i anbefalingerne. Ergoterapeuter arbejder med forebyggelse, behandling, træning og rehabilitering af borgere med kroniske sygdomme. Det gælder også borgere, der diagnosticeres med KOL, type 2-diabetes eller kroniske lænderygsmerter, som anbefalingerne er rettet mod. Anbefalingerne kan være nyttige for borgerne, så de ved hvad de kan forvente i forskellige forebyggelsestilbud. Anbefalingerne skal være med til at sikre ensartet høj kvalitet på tværs af landet til gavn for borgerne. Derved kan anbefalingerne være med til at skabe mere lighed i sundhed, hvilket Ergoterapeutforeningen i den grad støtter op om.

Desuden har vi følgende konkrete kommentarer til dokumentet:



### 3. Vidensgrundlaget

Sjette afsnits pointe er meget vigtig. Det, at en bestemt intervention tilrettelægges ud fra faste afprøvede designs, behøver ikke altid at være den bedste tilgang. Her har praksiserfaringer stor værdi og bør indarbejdes. På trods heraf optræder der senere i rapporten tegn på, at det er svært at "slippe den gamle tendens". Der kommer ind i mellem meget konkrete beskrivelser fx af antal gange, intervaller osv, selvom praksiserfaring viser, at andre måder kan være mere optimale.

### 5.1 Sygdomsmestring

I 2. afsnits sidste linjer står *"..foregår i et aktivt samspil mellem borger og sundhedsprofessionelle."* I nogle kommuner tilbydes patientuddannelser uden deltagelse af sundhedsprofessionelle som undervisere (Standford-modellen). En kombination med sundhedsprofessionelle som undervisere er at foretrække.

#### 5.1.3 Format, omfang og varighed

I første afsnits sidste linje forslås i stedet: *"...samtidig med at en eventuel social isolation brydes eller forebygges"*

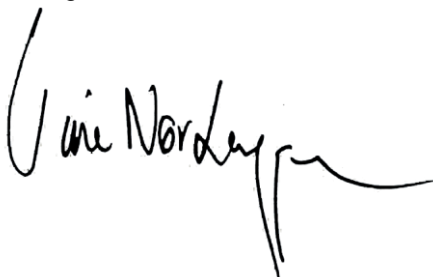
#### 5.1.4 Kompetencer (sygdomsmestring)

I linje 4 introduceres et nyt begreb: "Sundheds-og voksenpædagogik" som også anvendes senere. Forslag om at termen "Sundhedspædagogik" anvendes som det gennemgående begreb. Desuden anbefales tilføjet, at undervisningen generelt bør varetages af sundhedsprofessionelle (med minimum mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse) som samtidig har specialviden om kroniske sygdomme. De sundhedsprofessionelle bør desuden kunne anvende self-management tilgange og undervise med udgangspunkt i deltagernes behov og forudsætninger.

Alt i alt ser Ergoterapeutforeningen frem til at anbefalingerne udmøntes og at forebyggelsesområdet generelt udvikles og ny viden også med praksiserfaringer genereres med det formål at fremme mestring og skabe varige livsstilsændringer, hvor det måtte være relevant. Vi vil også gerne fremhæve relevansen af, at pårørende er tænkt med i tilbuddene *"Når det vurderes relevant kan pårørende få tilbuddet sammen med borgeren"*. De pårørende er en væsentlig relation i den kronisk syge borgers liv, men har ikke altid de fornødne forudsætninger for at kunne agere støtte i komplekse sammenhænge.

Ergoterapeutforeningen står naturligvis til rådighed for eventuelle uddybende kommentarer i forhold til høringssvaret, og vi ser frem til at følge det fortsatte arbejde.

Med venlig hilsen



**Tina Nør Langager, formand for Ergoterapeutforeningen**



Ringsted  
Kommune

## Hørings svar: Anbefalinger for kommunale tilbud til borgere med kronisk sygdom

Dato: 29. februar 2016

Vi er i Ringsted Kommune generelt meget positive overfor anbefalingerne i høringsudkastet og konstaterer, at de er et godt supplement til Forebyggelsespakkerne og forløbsprogrammerne.

### Kontakt oplysninger

*Sundheds- og Omsorgscenter*

Ringsted Kommune tager dog et generelt forbehold overfor de afledte økonomiske konsekvenser ved fuld implementering af anbefalingerne, herunder ikke mindst stigende udgifter ved stigende efterspørgsel/henvisning til de omhandlede tilbud samt udgifter til nikotinsubstitution/medicin.

### Sundhed & Træning

Eksercerpladsen 1  
4100 Ringsted

Dir.: +45 57 62 80 23  
Mail.: JETS@RINGSTED.DK

Vi efterlyser endvidere et større fokus på indsatser, der bygger på ligemandsprincippet, som f.eks. "lær at tackle-kurserne" samt et større fokus på udfordringerne for den enkelte borger i vedligeholdelse af opnåede resultater/viden efter endt tilbud.

Sundhedsteam@ringsted.dk  
www.ringsted.dk

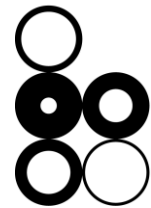
Med venlig hilsen

Jette Sørensen

Teamleder Sundhed & Træning

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

DANSKE  
REGIONER



## **Høringsvar vedrørende Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**

Danske Regioner har den 29. januar 2016 modtaget høring vedrørende Sundhedsstyrelsens ”Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”. Danske Regioner takker for muligheden for at komme med bemærkninger til anbefalingerne.

Danske Regioner finder det positivt, at Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud, da anbefalingerne kan bidrage til at målrette kommunernes arbejde med forebyggelsestilbud og sikre tilbud af ensartet høj kvalitet på tværs af landet.

Danske Regioner anser det som væsentligt, at anbefalingerne lægger op til en ensartning af forebyggelsestilbud i kommunerne. Dette kan være med til at sikre, at alle patienter, uanset hvor de bor i landet, tilbydes samme behandling af høj kvalitet. Sygehuse og særligt almen praksis efterspørger i høj grad ensartethed i forebyggelsestilbuddene på tværs af kommunerne, når de skal henvise patienter til de kommunale forebyggelsestilbud. En ensartning kan således også være med til at fremme henvisning til kommunale tilbud, og dermed være med til at sikre, at borgerne får de relevante tilbud.

Det er positivt, at anbefalingerne fokuserer på indførelsen af sundhedspædagogiske elementer i de forskellige tilbud. Dette kan bidrage til at ruste patienten til egenomsorg, ligesom det kan understøtte at borgeren inddrages i planlægningen af sit eget forløb. Når borgeren inddrages aktivt i sit forløb, bliver forløbet i højere grad tilrettet den enkelte borger, ligesom motivationen for at gennemføre tilbuddene også vil være højere.

I anbefalingerne nævnes det, at evidensgrundlaget bag anbefalingerne er varierende og på nogle områder sparsomt. Danske Regioner ser gerne, at der fokuseres på at opbygge evidens omkring effekten af de forskellige forebyggelsestilbud, så det sikres, at borgerne tilbydes de bedste tilbud.

Dokumentation og monitorering kan være med til at skabe kvalitetssikring af og evidens omkring de forskellige kommunale forebyggelsestilbud. Danske Regioner oplever, at afsnittet om monitorering er meget overordnet og

24-02-2016

Sag nr. 15/1129

Dokumentnr. 11373/16

Rikke Gravlev Poulsen

Tel. 35 29 82 04

E-mail: Rgp@regioner.dk

ikke bidrager i nogen videre grad til en styrket kommunal praksis på området. Vi ser derfor gerne, at dette afsnit strammes op. Herunder kunne der med fordel tilføjes et afsnit om monitorering for hver af de fem typer af forebyggelsestilbud med eksempler på relevante data at monitorere i tilbudene.

I forlængelse heraf bemærker Danske Regioner, at regionernes rådgivningsfunktion ikke nævnes. Regionernes ekspertise vedrørende kvalitet, forskning, monitorering og evaluering anbefales at inddrages i anbefalingerne. Det er således oplagt, at kommunerne, med henvisning til rådgivningsfunktionen, inddrager regionerne i arbejdet med monitorering, kvalitetssikring og generering af ny viden.

Danske Regioner er overordnet positive over, at der lægges op til, at henvisningspraksis til de kommunale forebyggelsestilbud forenkles ved, at borgere fremover henvises til en afklarende samtale i kommunerne. En enklere henvisningspraksis vil reducere behovet for et indgående kendskab til de enkelte forebyggelsestilbud hos almen praksis og på sygehusene. På den måde kan det være med til at øge henvisningsaktiviteten til de kommunale forebyggelsestilbud, da lægerne ikke skal bruge tid på at finde information frem om de enkelte tilbud. Danske Regioner bemærker dog, at det under afsnittet om henvisning til kommunale tilbud bør fremgå, at sygehusene også kan henvise til de kommunale forebyggelsestilbud

Derudover mener Danske Regioner også, at der bør lægges op til, at almen praksis og sygehusene kan beskrive, hvilke tilbud borgeren skal tilbydes. Det vil være hensigtsmæssigt, at det kendskab almen praksis og sygehus har til borgeren samt deres vurdering af borgerens behov, indgår i den kommunale vurdering af, hvilke tilbud borgeren skal tilbydes.

Det anføres i publikationen, at anbefalingerne fremadrettet udgør en standard for indholdet i forløbsprogrammerne i forhold til rehabilitering. I den forbindelse, bemærker Danske Regioner, at det ikke er klart, om det anbefales, at anbefalingerne på nuværende tidspunkt indarbejdes i de regionale forløbsprogrammer, eller om dette er en løbende proces, som pågår i takt med, at disse opdateres.

Med venlig hilsen  
Rikke Gravlev Poulsen  
Konsulent  
Danske Regioner

# Hørings svar fra Varde Kommune: Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

---

Vi finder generelt, at der er tale om et rigtig godt udkast med gode værdier som borgerinddragelse og samarbejde. Det er positivt, at stratificeringen ikke længere er gældende, men at en afklarende samtale mellem borger og sundhedsprofessionel i kommunen danner grundlag for en efterfølgende indsats. Det fordrer en ligeværdighed, når det italesættes, at borgeren er ekspert i eget liv, og at de sundhedsprofessionelle har viden om sundhed og sygdom.

Det er ligeledes positivt, at udfordringerne omkring tilbud til særligt sårbare borgere adresseres (s. 7). Dette område kunne dog uddybes yderligere i forhold til de specifikke udfordringer, de enkelte anbefalinger kan afføde.

Når der henvises til forløbsprogrammerne, betyder det så, at disse individuelle forløbsplaner og anbefalinger går på de kroniske sygdomme, der udarbejdes forløbsprogrammer på – og kun dem?

Vi savner, at man i højere grad forholder sig til, hvordan de beskrevne indsatser bliver noget, der også ligger implicit i det almindelige møde med borgerne i DNS. Både sygeplejersker og terapeuter møder mange i målgruppen i deres daglige arbejde og leverer/bør levere en sundhedsfremmende indsats til de kronikere, de møder.

## I forhold til de fem anbefalinger:

Vi finder det meget positivt, at der udarbejdes anbefalinger med henblik på at øge og ensrette kvaliteten i de forebyggende tilbud. Man skal dog være opmærksom på, at når man som her fremhæver de indsatser, hvor der er evalueringmateriale og forskning, og derved understøtter, at det er dem kommunerne prioriterer, vil det bevirke, at tiltag, der virker, men som endnu ikke er systematisk evalueret, nedprioriteres.

## Sygdomsmestring

- Det er en fordel, at det ikke er sygdomsspecifikt. Det giver kommunerne bedre mulighed for at danne hold – eksempelvis ved generelle tilbud som "Lær at tackle" og "Vejen Videre".
- Kravet om generel opfølgning hver 3.-6. måned vurderes at være for omfattende. Vi foreslår, at den sundhedsprofessionelle sammen med borgeren aftaler, hvordan og hvornår der skal ske en opfølgning. Nogle borgere har behov for tættere opfølgning – andre har ikke et behov eller følges op andetsteds.
- Positivt at fokus på pædagogiske strategier frem for blot at overføre viden til deltagerne understreges.

- Vigtigt, at ansvarsfordelingen mellem kommune, sygehus og praktiserende læge i forhold til undervisning, instruktion og oplysning om bivirkninger i forbindelse med medicin tydeliggøres (s. 12).

### **Tobaksafvænning**

- Det er en økonomisk udfordring for kommunen at tilbyde nikotinerstatning/eller støtte til nikotinerstatning til borgere – også selvom det er målrettet særligt udsatte borgere.

### **Fysisk træning**

- Det er uklart, hvilke tilbud der refereres til i anbefalingen. Er der her både tale om Sundhedslovens § 119 samt §140 (specialiseret og alment – det bliver aktuelt, hvis man tænker på at flytte patientskoler/den specialiserede træning ud i kommunen).
- Opmærksomhed på, at der følger økonomi med de opgaver, der rykkes fra sygehus til kommune.
- Det er fornuftigt, at der kun anbefales tests, hvis det er til fordel for borgeren.
- Det er alt for generelt – og derved for uambitiøst, når eksempelvis tidsintervaller går fra 30-90 minutter, og varighed af minimum 6-12 uger. Frem for at komme ind på intensitet, frekvens og varighed bør der henvises til relevante kliniske retningslinjer.

### **Ernæringsindsats**

- Diætbehandling er et sygdomsspecifikt tilbud, som ligger i regionen, mens kostvejledning ofte tilbydes i kommunen. Det er de færreste kommuner, der har kliniske diætister ansat, og diætbehandling er en opgave, som vi i øjeblikket ikke har ressourcer til at løfte. Der bør følge økonomi med, hvis opgaven rykkes fra sygehus til kommune.
- I anbefalingen står der, at opgavevaretagelsen af ernæringsindsatser fastlægges i de regionale forløbsprogrammer – måske skal anbefalingen her redigeres i tråd med forløbsprogrammerne.

### **Forebyggende samtale om alkohol**

- Ingen kommentarer.

### **Samarbejdet med borgeren**

Vi finder det positivt, at den sundhedspædagogiske tilgang fremhæves som afgørende og er den tilgang, der anvendes i alle øvrige tiltag.

Ligeledes er det godt at ICF-rammen anvendes som referenceramme, da det sikrer den brede tilgang til rehabiliteringen, og at der er fokus på både krop, aktivitet og deltagelse.

Figuren på s. 29 er god og enkel og fortæller om en praksis, som vi har efterstræbt gennem flere år.

Afklarende samtale og afslutning på forløb i kommunen: Anbefalingen om en afklarende samtale hænger godt sammen med sundhedsaftalerne samt ønske fra både almen praksis, region og kommune om én indgang til kommunen, hvorfra kommunen selv visiterer til egne tilbud.

## Monitorering og kvalitetssikring

Generelt godt at monitorering af indsatserne sikres. Som tidligere nævnt vil det dog være ligeså vigtigt at monitorere andre end de nævnte tiltag (som vi jo allerede ved virker) for at opnå læring og viden om andre og nye værdifulde tiltag.

Der ønskes en mere konsekvent sammensætning af den kvantitative og kvalitative tilgang, så de gode værdier som brugerinddragelse, samarbejde og ligeværdighed tænkes ind i kvalitetssikringen på lige fod med registreringer om køn, antal borgere, antal borgere der gennemfører m.m.

Vi gør opmærksom på, at registreringer i nationale databaser og systemer ikke er egnede til alle tilbud – eksempelvis digitale tilbud som webinarer og e-læring.

Center for Sundhed og Omsorg

Sundhed  
Stengade 59  
3000 HelsingørTlf. 49283547  
Mob. 25313547  
aph01@helsingor.dkDato 16.02.2016  
Sagsbeh.  
Anette Søbye Philipsen

# Hørings svar: Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Helsingør Kommune støtter op om formålet bag høringsudkastet om at opnå en ensartet høj kvalitet i kronikertilbud på tværs af landet med mulighed for tilpasning af ydelser i forhold til den enkelte borgers behov og ønsker. I det følgende angives generelle og specifikke bemærkninger til høringsudkastets indhold.

## Generelt

- Som nævnt anser vi anbefalingernes formål om ensartethed som positivt, men det kan med fordel tydeliggøres, at der i de enkelte tilbud skal være plads til lokale tilpasninger.
- Det kan med fordel præciseres, hvem dette dokument er relevant for (fx beslutningstagere, koordinatore, frontpersonale m.fl.), og herudfra bør dokumentet tilpasses i form og indhold.
- Vi ser der som særdeles positivt, at ydelser inden for de forskellige kronikertilbud tilpasses den enkelte borgers behov, og at borgeren italesættes som ekspert på eget liv.
- Generelt er der flere sproglige udfordringer i høringsudkastet. Flere afsnit kræver flere gennemlæsninger, hvilket er en hindring for, at anbefalingerne fremadrettet vil blive anvendt bredt og på tværs af faggrupper. Det anbefales, at lange sætninger kortes ned, og at eventuelle misforståelser fjernes. Det drejer sig bl.a. om følgende afsnit:
  - S. 6, 1. afsnit
  - S. 7, 1. afsnit
  - S. 8, 5. afsnit
  - S. 18, 3. sidste afsnit
  - S. 29, afsnittet lige under modellen
  - S. 35, 1. afsnit
- Der kan med fordel sættes særskilt fokus på udfordringer og anbefalinger knyttet til særligt sårbare borgere og borgere med anden etnisk baggrund. De nye anbefalinger placerer sig et sted midt imellem forløbsprogrammer og andre kronikertilbud. Vi ser det som afgørende, at der skelnes mellem anbefalinger gældende for 1) tilbud som forløbsprogrammer, som er underlagt



faste retningslinjer og kræver henvisning fra praktiserende læge eller hospital, og 2) tilbud som eksempelvis mestringskurser, hvor henvisning ikke er påkrævet. Det bør i stedet tydeliggøres i den indledende tekst, at disse anbefalinger ikke kun retter sig mod forløbsprogrammer, og i den efterfølgende tekst bør der skelnes mellem anbefalinger rettet mod forløbsprogrammer og øvrige kronikertilbud

- Det er ligeledes problematisk, at man laver anbefalinger, der kan gælde for både raske og syge borgere – uden at skelne mellem de to undervejs.
- Vi anser det som problematisk, at anbefalinger også kan rettes mod borgere uden kronisk sygdom. Anbefalingerne taler direkte ind i kronikerproblematikker, og derfor bør der tydeligere redegøres for hvilke dele af anbefalingerne, der kan overføres til tilbud rettet mod borgere uden kronisk sygdom.
- Flere steder i høringsudkastet fremgår det, at borgere med kronisk sygdom skal henvises til relevante tilbud. Det bør understreges, at ikke alle tilbud for borgere med kronisk sygdom forudsætter henvisning fra læge el. hospital. Det kan desuden tydeliggøres yderligere, at der i tilfælde af henvisning fremadrettet er tale om henvisning til afklarende samtale frem for et på forhånd defineret forløb.
- Det er særdeles positivt, at den sundhedspædagogiske tilgang fremhæves – ikke blot som en særskilt del af et sundhedstilbud men som gennemgående metode. Vi anbefaler, at der sættes yderligere fokus på vigtigheden af borgerinddragelse samt kompetenceudvikling af personale inden for sundhedspædagogiske metoder.
- Anbefalingerne bør i højere grad omhandle redskaber og metoder til borgerens mestring af hverdagen med kronisk sygdom.
- Indforståede begreber, som fx "setting-perspektiv" s. 6, bør defineres nærmere.
- Illustrer gerne de væsentligste pointer i anbefalingerne med modeller, cases og eksempler. Figur 2, s. 29 kan evt. præsenteres tidligere i anbefalingerne for at skabe overblik hos læseren. Husk i denne model også at inddrage epikrise til almen praksis eller hospital, såfremt der er sket henvisning af borgeren, således at lægen kan understøtte borgerens fastholdelse af de mål, der defineres i kronikertilbuddet.

### **Specifikt**

- S. 4: Det nye koncept for forløbsplaner bør defineres allerede første gang, begrebet anvendes.
- S. 5: Vær opmærksom på, at genoptræning som en del af rehabiliteringsbegrebet kan skabe forvirring, idet rehabilitering og genoptræning udspringer af forskellige lovgivninger og henvisningsprocedurer.
- S. 10: Det bør præciseres, at henvisning ikke kun foregår via almen praksis men også hospitaler. Specificer også gerne hvilken elektronisk henvisningsform, der er tale om. Og endelig bør det understreges, at tilbud til borgere med kronisk sygdom ikke altid kræver henvisning.
- S. 11-13: Der tales om én indsats for borgere med kronisk sygdom, men det afspejler ikke virkeligheden, hvor der ofte er tale om flere tilbud. Afhængighed af

tilbuddenes indhold er der derfor også flere "opskrifter" på format, omfang og varighed.

- S. 13: Opfølgning sker ikke nødvendigvis sammen med fysiologisk tjek, idet der som nævnt ovenfor kan være tale om flere typer tilbud, herunder mestringskurser hvor der ikke er faglig kapacitet til fysiologiske tests. Mestringskurser, hvor der med fordel anvendes patient-til-patient undervisning, kan heller ikke nødvendigvis honorere anbefalingen om, at undervisning bør varetages af sundhedsprofessionelle.  
For tilbud som forløbsprogrammerne kan opfølgning hver 3.-6. måned forekomme urealistisk grundet det høje antal borgere i forløb pr. år.
- S. 13-17, afsnit 5,2: Det anbefales, at afsnittet gøres væsentligt mindre detaljeret, således at det primære fokus er, at kommunerne skal kunne henvise borgere, der ryger, til et rygestoptilbud, der tager udgangspunkt i Kræftens Bekæmpelses model rygestop kursus over 2 X 5 gange eller tilbuddet Kom og Kvit. Vælger man at tilbyde individuel rådgivning, ansigt til ansigt eller per telefon, bør rådgivningen ligeledes tage udgangspunkt i indholdet fra Kræftens Bekæmpelses kurser. Borgeren skal herunder også oplyses om Stoplinien og E- kvit. Derudover mener vi ikke, at adgang til sygdomsspecifik viden er nødvendigt for optimal rådgivning af borgere omkring rygestop.
- S. 17, afsnit 5.3: Uddyb gerne hvad der menes med "specifik effekt på kroniske sygdomme".
- S. 17-18: Det bør overvejes, om særligt målrettede tilbud som Quick Care er indeholdt i afsnittet om fysisk træning. Det samme gør sig gældende for kropsbevidsthed og afspænding, der er forudsætning for rehabilitering. Anbefalingerne bør også forholde sig til borgernes evne til at træne, da ikke alle borgere uden videre kan deltage i et fysisk træningsforløb. Derudover bliver beskrivelsen af mulige træningsformer meget specifik, hvilket adskiller sig fra resten af høringsudkastet. Der bør findes et gennemgående niveau.
- S. 20, 5.3.5: Der kan med fordel redegøres for, hvad begrebet "sundhedsprofessionelle" dækker over.
- S. 20: Vær opmærksom på at der generelt anvendes begrebet "borger", mens der i fodnote 16 anvendes begrebet "patient".
- S. 23-28, 5.5: Som med afsnittet om rygning anbefales det, at afsnittet gøres væsentligt mindre detaljeret, således at det primære fokus er, at kommunerne skal kunne foretage en kort opsporende samtale om alkohol med henblik på at henvise borgere med storforbrug af alkohol til relevant behandling. Dette forudsætter, at personalet har kendskab til kommunale behandlingstilbud, og opkvalificering er derfor påkrævet.
- S. 34: Når der anvendes konkrete eksempler som "Samtalehjulet", kan disse med fordel vedhæftes som bilag.
- S. 34, 6.4: Det bør uddybes, hvad der menes med "hensigtsmæssig" planlægning og afslutning af tilbud og forløb. Desuden kan det tilføjes, der bør sendes epikrise til læge eller hospital, såfremt der er sket henvisning af

borgeren, således at lægen som nævnt kan følge op på individuelle målsætninger.

- S. 37: Omfanget af registrering bør tilpasses de enkelte tilbud. Ikke alle de nævnte punkter er eksempelvis relevante for mestringskurser. Omfattende registrering kan tværtimod gå imod disse tilbuds grundfilosofi.

Med venlig hilsen

Anette Søbye Philipsen  
Center for Sundhed og Omsorg  
Helsingør Kommune

Region Midtjyllands høringssvar til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom



### **Generelle bemærkninger**

Region Midtjylland vil gerne takke for muligheden for at afgive høringssvar. 'Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' er et velskrevet og fint stykke arbejde.

Region Midtjylland finder det positivt, at Sundhedsstyrelsen i øjeblikket udgiver og arbejder på en række konkrete anbefalinger i forhold til den rehabiliterende indsats for borgere med kronisk sygdom. Dette er væsentlig i en tid, hvor en stadig større del af den patientrettede forebyggelse overgår til kommunalt regi, og hvor det er oplevelsen, at der stadig er variation i indholdet og kvaliteten af tilbuddene. Initiativer, der kan understøtte ensartethed og kvalitet i tilbuddene, er derfor vigtige.

Region Midtjylland kan i relation til ovenstående tilslutte sig Sundhedsstyrelsens anbefaling om, at de kommunale forebyggelsestilbud dokumenteres og monitoreres systematisk. Dette bør ske ensartet på tværs af kommuner.

Sundhedsstyrelsen udgiver, som nævnt, i øjeblikket flere forskellige anbefalinger, der har snitflader til hinanden. Det gælder eksempelvis, udover anbefalingerne for de kommunale forebyggelsestilbud, anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL og diabetes. I den forbindelse kunne det være anbefalelsesværdigt med en beskrivelse af, hvordan anbefalingerne skal ses i forhold til hinanden. Hvornår skal man anvende hvad, og i tilfælde af sammenfald mellem temaer, fx ernæring og fysisk træning, hvilke anbefalinger er så retningsgivende.

### **Specifikke bemærkninger**

Det kan overvejes, om titlen på udgivelsen er retvisende, da flere af forebyggelsestilbuddene, som det nævnes på side 3, også er relevante for raske borgere.

Det nævnes på side 7, at anbefalingerne angår 5 konkrete tilbud (enkeltelementer), hvoraf nogle allerede indgår i prædefinerede rehabiliteringsprogrammer, der er omfattet af forløbsprogrammer.

Dato 23.02.2016

Sebastian Cristoffanini

1-01-72-26-15

Tlf. +457841 2196

sebchr@rm.dk

Side 1

Det synes dog på den baggrund ikke helt klart, om det ønskes, at enkeltelementerne skal være isolerede tilbud, integreres i fx eksisterende patientuddannelses tilbud eller ses som en kombination.

På s. 7 anføres det, at anbefalingerne fremadrettet udgør en standard for indholdet i forløbsprogrammerne i forhold til rehabilitering. I den forbindelse synes det ikke klart, om det ønskes, at anbefalingerne på nuværende tidspunkt indarbejdes i de regionale forløbsprogrammer, eller om dette er en løbende proces, som pågår i takt med, at disse opdateres.

Dertil kommer, som indikeret i ovenstående, at Sundhedsstyrelsen har udgivet flere publikationer, der berører de rehabiliterende indsatser for kronisk sygdom. Igen synes den indbyrdes relation mellem disse dokumenter ikke helt klar, da man fx i forhold til diabetes må formode, at "National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes" og "Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2 diabetes" er standarden for de rehabiliterende indsatser i forløbsprogrammerne for type 2 diabetes.



Sundhedsstyrelsen  
Planlægning  
E-mail: [plan@sst.dk](mailto:plan@sst.dk)

Dato: 29. februar 2016

## **Høringssvar vedrørende anbefaling for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet (DSKS) takker for invitationen til at afgive høringssvar om ovenstående emne.

### *Generelt*

DSKS sætter stor pris på, at Sundhedsstyrelsen udkommer med anbefalinger til kommunerne om hvilke forebyggelsestilbud de bør prioritere. Anbefalingerne kan forhåbentligt medvirke til mere ensartede udbud landet over. Imidlertid er det udelukkende op til de enkelte kommuner om de vil følge anbefalingerne, hvilket vi kan håbe, at de vil gøre. Kun derved kan der opnås en ensartet sundheds-service og kvalitet på tværs af landet til gavn for borgerne.

DSKS anser det som meget positivt, at anbefalingerne samtidig understøtter samarbejdet med praksissektoren og regionerne. Såfremt der er de samme tilbud i hele landet, vil det gøre det lettere for praksissektoren og sygehusene at henvise til de kommunale tilbud. På den måde, vil flere borgere modtage forebyggelsestilbuddene.

Som selskab inden for kvalitet bifalder vi i høj grad at der indgår monitorering og kvalitetssikring af tilbuddene.

Vi finder rapporten overskuelig, meget velskrevet med gode definitioner og forklaringer på de forskellige begreber og anvendelig for kommunerne.

### *Specifikt*

Indledningsvis synes vi, at der bør nævnes hvem der er målgruppe for anbefalingerne. Vi formoder, at det først og fremmest er sundhedschefer og direktører i kommunerne og til dels også kommunalpolitikere, som skal bevillige budgetterne. Store dele af rapporten - specielt afsnit 6.2 om motivation og afsnit 6.3 om afklarende samtale - kan med fordel anvendes af den enkelte frontmedarbejder.

DSKS er helt enige i at de 5 forebyggelsestilbud: sygdoms-mestring, rygeafvænning, fysisk træning, ernæringsindsats og alkoholrådgivning er essentielle i forebyggelse samt at sundhedspædagogik indgår på tværs. Vi anser det også som en stor fordel at krav til faglige kompetencer er beskrevet og anbefalet.

På side 7 fremgår det, at anbefalinger i forhold til det tværsektorielle samarbejde skal foregå i regi af sundhedsaftalerne. Som selskab håber vi ikke, at det betyder at næste runde af sundhedsaftalerne skal afventes.

Side 10 i afsnittet om "Henvisning til Kommunale forebyggelsestilbud" her mener DSKS ligeledes, som beskrevet, at det er hensigtsmæssigt, at praksissektoren ikke henviser direkte til de enkelte tilbud, men til at borgeren kommer til en afklarende samtale i kommunen. Og samtidig at der anvendes elektroniske henvisninger efter national standard.

Side 11 og 12: Indholdet i forebyggelsestilbuddene. Elementerne i hvert af de 5 tilbud er meget relevant beskrevet med hensyn til, hvad der skal undervises i. Det vil imidlertid være hensigtsmæssigt, hvis der udvikles ensartet landsdækkende undervisningsmateriale, så hver kommune ikke skal udvikle deres eget materiale.

Flere steder står, at det er ud fra en sundhedsfaglig vurdering, at borgeren skal have et tilbud. Problemet er blot, at det er ganske få borgere der pt. henvises fra almen praksis og sygehusene. Det kan vel egentlig kun løses, såfremt der stilles krav til disse.

Vi kan bifalde, som der står skrevet, at der gennem forskning skal skabes mere viden om hvad der virker og for hvem i forhold til forebyggelsestilbuddene.

Side 29: Et meget relevant afsnit om samarbejdet med borgeren. Og god illustrativ tegning.

Anbefalingerne og dialogen med den enkelte borger fremgår i øvrigt på en god måde med respekt for den enkelte borger.

I forbindelse med anbefalinger om monitorering - mener DSKS, at det vil være en stor fordel, hvis Sundhedsstyrelsen sørger for at der etableres et elektronisk let tilgængeligt monitoreringssystem, så alle kommuner anvender det samme system. Ellers vil vi monitoreringen have ringe værdi.

#### *I øvrigt*

DSKS synes som sagt, at det er meget relevant med anbefalinger om forebyggelsestilbud i kommunalt regi. Problemet er dog stadig 9 år efter kommunalreformen, at det

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren

er meget forskelligt, hvilke ressourcer der er afsat i de enkelte kommuner til forebyggelsestilbuddene og der er ikke krav til praksissektoren og sygehusene om at henvise til tilbuddene.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Knut Borch-Johnsen', with a long horizontal flourish extending to the right.

Knut Borch-Johnsen  
Formand



Til Sundhedsstyrelsen

**Opgang** B & D  
**Telefon** 3866 6000  
**Direkte** 38666078  
**Mail** csu@regionh.dk

Dato: 29. februar 2016

### **Høringssvar fra Region Hovedstaden til "Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom"**

Fra Region Hovedstadens side finder vi det meget positivt, at der arbejdes med at forbedre kvaliteten af de kommunale forebyggelsestilbud, hvilket disse anbefalinger kan bidrage til.

Vi har følgende kommentarer:

- Side 4: I indledningen beskrives sammenhængen til arbejdet omkring forløbsplaner. Det kunne med fordel også beskrives mere uddybende, hvordan anbefalingerne kan bruges til at understøtte arbejdet med forløbsprogrammerne for kronisk sygdom. Der kommer noget herom på side 7, men det kunne med fordel trækkes frem. Endvidere beskrives (fortsat på side 4), at hospitalspersonale bør have kendskab til anbefalingerne for at understøtte henvisning og patientinformation. Er det ikke også muligt at bruge den indholds-mæssige del mere i hospitalsregi ift. tilrettelæggelse af de rehabiliteringstilbud, som findes der?
- Side 5: I baggrund beskrives, at "forløbsplaner udarbejdes for den enkelte borger på grundlag af den enkeltes ressourcer". Det er vores forståelse, at der i det nationale arbejde med forløbsplaner lægges op til, at de kun skal laves for borgere med en kronisk sygdom og kun i så fald, at den diagnosticeres i almen praksis. Derimod er der os bekendt ikke truffet beslutning om, hvorvidt de mere komplekse patienter skal indgå. Det bør bringes i overensstemmelse, så det bliver tydeligt i anbefalingerne, at langt fra alle borgere med kronisk sygdom kan forventes at få en forløbsplan.
- Side 7: Der lægges op til tværkommunalt samarbejde for at sikre alle kommuner råder/har adgang til de relevante tilbud. Der bør i den sammenhæng være en særlig opmærksomhed på, at det kan være en barriere for deltagelse, særligt for sårbare borgere, såfremt afstanden bliver for stor.

- Side 10: Der står, "Henvisning fra almen praksis til de kommunale indsatser ændres tilsvarende således, at almen praksis fremover henviser til en afklarende samtale i kommunen". Det samme gælder vel, hvis der henvises fra hospitalet?
- Side 19: Her gives specifikke anbefalinger for fysisk træning. De synes umiddelbart ikke at være i overensstemmelse med anbefalingerne for diabetespatienter som beskrevet i NKR for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes, fx omkring varighed og frekvens. Det nævnes, at der er særlige forhold beskrevet for de enkelte sygdomme andre steder, men hvis det for flere sygdomsområder betyder, at anbefalingerne (for de kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom) ikke kan bruges, skal de måske ikke beskrives så detaljeret?
- Side 21: Der står, "Den konkrete opgavevaretagelse af ernæringsindsatsen fastlægges i de regionale forløbsprogrammer". Samme formulering ses ikke i beskrivelse af de øvrige indsatser "sygdomsmestring", "tobaksafvænnning", "fysisk træning" osv. Er der et særligt behov for aftale om opgavevaretagelse ift. ernæringsindsatsen?
- Side 21: Der står, "når borgeren er henvist til en ernæringsindsats". Kan borgeren henvises direkte hertil eller kun til en afklarende samtale?
- Side 23: Det er erfaringen fra misbrugsbehandlingen (åben rådgivning hvor målgruppen kan være overlappende med målgruppen i anbefalingerne), at et væsentligt element i tilgangen er tid. Opbygning af motivation for forandring tager tid. Med den foreslåede model og den afsatte tid, er der risiko for at opnå den negative effekt, at borgerne ikke lytter. For sygeplejersken, der foretager denne samtale er det en svær rolle, på den ene side at informere om den helbredsrisiko, der er ved det nuværende forbrug, og samtidig anvende Motivational Interview (MI) og lade brugerens egen motivation styre samtalen. Sygeplejersken vil stå i et dilemma mellem 'myndighedsrollen' og grundtanken bag MI. Her er tid og viden vigtige faktorer, og der er behov for sygeplejersker med særlig faglig indsigt i alkoholbehandling.
- Side 24: Stavefejl i sidste afsnit "psykisk ledelse" (rettes til psykisk lidelse)
- Side 27: I afsnittet om borgere med samtidig psykisk lidelse bør der være en særlig opmærksomhed på, at informere den behandlende læge uanset om det er i hospitals- eller praksisregi.
- Side 33: Omkring henvisning til den afklarende samtale fra hospital eller almen praksis. Der bør lægges op til, at der fra almen praksis og hospitalside beskrives, hvilket helbredsforhold forebyggelsestilbuddet skal rettes imod, og at det skal indgå i den kommunale vurdering. Det er ikke tydeligt beskrevet, om det er meningen, eller der blot skal henvises til "afklarende samtale". Det må være hen-

sigtsmæssigt, at det kendskab lægen fra almen praksis eller hospitalet har til patienten samt vurdering af deres behov og muligheder også indgår. Heri også den kliniske vurdering, som kan give anledning til, at en given indsats i kommunalt regi må prioriteres højt – fx ift. alkoholvaner. Endvidere – og vigtigt jf. den udfordring det er, at mange sårbare borgere ikke ønsker en henvisning, kan det måske være hensigtsmæssigt, at der fra hospitals- eller praksisregi kan tales med patienten om, hvad det er for et tilbud, som de kan henvise til. Viden om de kommunale tilbud og tillid til kvaliteten heraf, må formodes at være af stor betydning for, hvorvidt læger fra almen praksis og hospital henviser og for deres muligheder for at motivere patienterne, hvorfor der også løbende må arbejdes med information herom.

I dag er kommunernes (og hospitalernes) tilbud beskrevet på SOFT-portal, og der pågår i Region Hovedstaden i regi af Sundhedsaftalen et arbejde med at sikre bedre opdatering af tilbuddene. Det er derfor brug for, at anbefalingerne (for de kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom) er tydelig på, om behovet vil være anderledes? I hvert fald skal det fremgå, hvordan der henvises til "den afklarende samtale". Som før nævnt mener vi, at der fortsat er behov for, at man i almen praksis og i hospitalsregi kan se, hvilke tilbud der findes.

- Side 33: "Den afklarende samtale" kunne tænkes brugt bevidst ift. sårbare borgere, som ikke umiddelbart kan se sig selv på et af de tilbud, som de kan henvises til. Fx hvis det er et gruppebaseret tilbud. Det er et område som bør prioriteres jf. den store udfordring det er, at mange sårbare borgere ikke deltager i rehabiliteringstilbud i dag. Der kan fx arbejdes med en overgang til standardtilbud efter et mere individuelt forløb først. Omkring den "afklarende samtale" bør der endvidere være opmærksomhed på/anbefaling om, at den af hensyn til at fastholde borgerens motivation bør ligge kort tid efter henvisning fra læge.
- Side 34: I afsnittet om afslutning bør det fremgå tydeligt, hvilken information som almen praksis eller hospital skal have, herunder opfølgingsbehov.
- Side 35: Det er meget positivt, at der lægges op til at arbejde systematisk med "proaktiv fastholdelse".
- Side 36: I afsnittet om monitorering og kvalitetssikring kunne der lægges mere vægt på, at der bør samarbejdes med regionerne. Fx omkring hvordan forebyggelsestilbuddene monitoreres, så der kan foretages evaluering på tværs af kommunerne, hvilket vil danne et bedre grundlag for udvikling af ny viden om forebyggelsestilbud.

Med venlig hilsen

Lene Schack-Nielsen  
Specialkonsulent  
lene.schack-nielsen@regionh.dk

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Hørings svar er sendt pr. e-mail til: [plan@sst.dk](mailto:plan@sst.dk)

Dansk Sygeplejeråd



Den 25. februar 2016  
Ref.: DSc  
Sagsnr.:1602-0001

### The Danish Nurses' Organization

Sankt Annæ Plads 30

DK-1250 København K

Ekspedition:  
mandag-torsdag 9.00-16.00  
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55  
Fax: +45 33 15 24 55

[www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)  
[dsr@dsr.dk](mailto:dsr@dsr.dk)

### Høring over anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive hørings svar til *anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*.

Dansk Sygeplejeråd finder det positivt, at der arbejdes på at gøre forebyggelsestilbud mere anvendelsesorienterede igennem konkrete anbefalinger til forebyggelse inden for de kroniske sygdomme.

Det er ligeledes positivt, at der bliver arbejdet på at ensarte tilbud på tværs af kommuneskel og at samarbejde omkring konkrete tilbud, så alle borgere uanset bopælskommune får et tilbud af høj kvalitet. Dansk Sygeplejeråd mener, at det vil være med til at øge kvaliteten af de enkelte tilbud for borgerne, da det øger muligheden for at blive mødt af en kvalificeret sundhedsprofessionel.

Dansk Sygeplejeråd mener, at det er vigtigt at få etableret en forskningsramme rettet mod kommunernes forebyggende sundhedsindsats, så fremtidige anbefalinger bliver baseret på evidens. Der er til stadighed mangel på evidens inden for forebyggelsesområdet i kommunerne og det er generelt et problem, at der mangler forskning inden for det kommunale sundhedsområde.

I afsnit 4 i de nye anbefalinger lægges der op til en ændring af henvisningsproceduren fra prædefinerede forløb til enkeltstående tilbud, som sammensættes individuelt efter behov. Dansk Sygeplejeråd mener, det er godt, at der tages højde for den enkeltes behov. Samtidig er det nødvendigt at sikre, at den rette faglighed med de rette kompetencer er til stede for at kunne visiterer til de rigtige tilbud. Det bør af anbefalingen fremgå, at det kræver stærke sundhedsfaglige kompetencer at vurdere hvilke forebyggelsestilbud, der er relevante for den enkelte patient, og at disse kompetencer skal være til stede i kommunerne. Det kan være relevant, at kommunen arbejder tæt sammen

med hospital og/eller almen praksis i forhold til afklaring af den enkeltes behov for tilbud.

Det er vigtigt at sikre tæt sammenhæng i forebyggelsesforløbene mellem hospitaler, kommuner og almen praksis, så borgeren oplever, at der er en sammenhæng i tilbud og de vurderinger, der foretages. Det bør indgå som en del af anbefalingerne.

Med venlig hilsen



Grete Christensen  
Formand

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
E-mail: [plan@sst.dk](mailto:plan@sst.dk)

## Høringsvar vedr. anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Danske Patienter takker for muligheden for at kommentere på det fremsendte materiale.

Overordnet set finder vi det positivt, at Sundhedsstyrelsen med disse anbefalinger til kommunerne forsøger at skabe mere ensartede tilbud af høj kvalitet i landets kommuner.

Det er imidlertid problematisk, at der i det politiske oplæg anlægges en så afgrænset målgruppe for anbefalingerne, som det er tilfældet. Målgruppen bør ikke, som det fremgår af kommissoriet, kun være patienter, der er omfattet af forløbsplaner, men derimod alle patienter med kroniske sygdomme.

Vi har følgende kommentarer til indholdet af anbefalingerne:

### Kapitel 2. Forebyggelsestilbud i kommunerne til borgere med kronisk sygdom

Danske Patienter finder det meget vigtigt, at man sikrer den nødvendige sammenhæng mellem de individuelle forløbsplaner, som er undervejs på udvalgte sygdomsgrupper, og de aktuelle anbefalinger. Herunder at der etableres en meget tydelig organisatorisk afklaring af, hvem der er ansvarlig for at tale med borgeren om forløbet, når der samtidigt lægges flere forløbsplaner for multisyge patienter.

### Kapitel 4. Henvisning til kommunale tilbud

Der lægges op til, at almen praksis henviser patienten til den enkelte kommune, som herefter ud fra en individuel samtale sammensætter det rette tilbud individuelt og efter behov. Danske Patienter aner en risiko for, at kommunerne ved selv at stratificere borgerne, og dermed fastlægge, hvilken målgruppe der skal have tilbud om patientrettet forebyggelse, kan komme til at sætte barren lavere end det, der reelt er behov for hos patienterne.

Dato:  
29. februar 2016

Danske Patienter  
Kompagnistræde 22, 1. sal  
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

[www.danskepatienter.dk](http://www.danskepatienter.dk)

E-mail:  
[jk@danskepatienter.dk](mailto:jk@danskepatienter.dk)

Cvr-nr: 31812976

Side 1/3

### Kapitel 5.1. Sygdomsmestring

For nogle patienter, herunder fx mennesker med gigtsygdomme, er information om smerter og håndtering heraf meget væsentlig for at mindske frygten for smerterne samt give borgere konkrete redskaber til at mindske de oplevede smerter. Derfor mener Danske Patienter, at smerter også bør nævnes under indholdselementer.

Side 2/3

Endvidere undrer vi os over anvendelse af termen "*borgerforeninger*" (s. 12) i forbindelse med psyko-soziale støttemuligheder mv. Da der er tale om patientrettet forebyggelse, vil målgruppen være borgere med en diagnose – for hvem patientforeninger vil være de oplagte steder at søge støtte.

### Kapitel 5.3. Fysisk træning

I høringsudkastet understreges betydningen af borgernes fortsatte selvtræning efter det 6-12 ugers kommunale træningstilbud. Der mangler i forlængelse heraf en anerkendelse af betydningen af vedligeholdende gruppetræning, fx i lokale træningsnetværk. Der findes allerede en lang række lokale træningsnetværk, opstået på baggrund af et ønske om at vedligeholde træning efter et rehabiliteringsforløb, hvor det har indgået. Ofte finder træningen endda sted i samme lokaler som de kommunale træningstilbud. Der er dokumentation for, at gruppetræning er uhyre betydningsfuldt for patienter med KOL<sup>1</sup> – det støtter borgerne i at fastholde deres træningsudbytte og det gode, der er startet i kommunalt regi. Tilbuddet betyder, at patienterne undgår at blive gengangere på de kommunale tilbud, selvom det ikke er muligt for dem at vedligeholde selvtræning alene. På den baggrund mener Danske Patienter, at det vil give god mening at anbefale deltagelse i denne form for gruppetræning forankret i patientforeningsregi som en effektiv metode til at fastholde træning efter endt kommunalt træningstilbud.

### Kapitel 5.4. Ernæringsindsatser

Her står, at den konkrete opgavevaretagelse af ernæringsindsatserne fastlægges i de regionale forløbsprogrammer. Disse to linjer foreslår Danske Patienter slettet, da der ikke findes forløbsprogrammer inden for ret mange kroniske sygdomme.

---

<sup>1</sup> Se Christensen, Iben Emilie (2011): *KOL-borgeres oplevelse af netværksgrupper efter patientskole*, DSI, <http://www.kora.dk/media/272140/dsi-3241.pdf>



Med venlig hilsen



Morten Freil

Direktør



Side 3/3



Sundhedsstyrelsen

DATO  
23-02-2016

DERES REF.

VORES REF.  
16/6836  
61380/16

DIREKTE NR.  
3247 0076  
msj.sc.as

### **Høringssvar til Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**

Tårnby Kommune har modtaget Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom den 29. januar med høringsfrist den 29. februar 2016.

Tårnby Kommune skal beklage den korte sagsbehandlingstid, der er givet til høringssvar. Med den korte høringsfrist er det ikke muligt, at behandle sagen politisk. Høringsudkastet er derfor kun blevet behandlet administrativt med følgende udtalelse:

Tårnby Kommune skal indledningsvis understrege, at kommunen finder det positivt, at der sættes fokus på forebyggelsestilbud til kronisk syge borgere og kommunen er generelt positiv overfor anbefalingerne, der skal bidrage til at kommunen kan målrette og prioritere de forskellige relevante tilbud til målgruppen. I den forbindelse finder Tårnby Kommune det også positivt, at Sundhedsstyrelsen prioriterer tværfaglighed og tilpassede, sammenhængende forløb til den enkelte borger. Desuden er anbefalingerne et fint supplement til Sundhedsstyrelsen øvrige publikationer omkring bl.a. forløbsprogrammerne.

For anbefalingerne under pkt. 5 gælder det samlet, at Tårnby Kommune finder anbefalingerne om individuelle forløb og mulighed for tilbud, der tilpasses de forskellige målgrupper med henblik på bl.a. deres sprogkunderskaber, motivation, fysisk formåen, viden og erfaring, er både relevante og gavnlige for den enkelte borger. Det vil dog kræve flere ressourcer at leve op til anbefalingerne, end dem vi har under de nuværende rammer.

En ændret henvisningspraksis, der betyder, at borgeren skal have en afklarende samtale i kommunalt regi frem for at blive henvist af lægen til et prædefineret program er meningsfuldt, men ressourcekrævende. Ligeledes stiller det høje krav til en større tværfaglighed og sygdomsspecifik viden om, hvordan forskellige tiltag kan influere på hinanden. Endelig vil det blive sværere at monitorere og kvalitetssikre tilbuddene, da disse vil variere og synergieffekten af nogle tilbud vil være bedre end andre.

*Kommunen har følgende tekstnære kommentarer:*

Ved pkt. 5.2.5 lægges der op til at rygestoprådgiveren bør have løbende adgang til sygdomsspecifik viden hos sundhedsfagligt uddannet personale, men det er ikke præciseret hvorfor og hvilket.

Under pkt. 5.2.3 savnes en tydelig afklaring af, hvad 'få uger' dækker over. Det vil være et personalemæssigt spørgsmål, hvorvidt kommunerne vil kunne leve op til anbefalingen.

Ift. pkt. 6.5, så synes det at sikre, at borgerne bliver fastholdt i tilbuddet at være en god strategi, særligt ift. at fastholde de mere ressourcetsvage borgere, men Tårnby Kommune efterspørger nogle etiske overvejelser og retningslinjer for, hvor grænsen går ift. at følge op på borgere, der enten er udeblevet eller faldet fra.

Vi savner desuden en afklaring ift., hvad den tidsmæssige ramme er mht.. at tilbyde frafaldne borgere fornyet hjælp til at benytte de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud.



Det er på mange måder nogle godt gennemarbejdede og relevante anbefalinger, som ridser nogle vigtige forebyggelsestilbud op til en udgiftstung borgergruppe. Tårnby Kommune anerkender, at anbefalingerne, både fra et fagligt og fra borgerens synspunkt, er både væsentlige og meningsfulde, men understreger, at en stor del af anbefalingerne stiller store krav til kommunernes tilbud - fra afklarende samtale til afslutning på forløb - hvilket kan blive en ressourcemæssig udfordring at leve op til, da der ikke følger økonomi med anbefalingerne.

Tårnby Kommune vil indgå konstruktivt i forebyggelsestiltagene målrettet borgere med kronisk syge, idet omfanget af indsatsen holdes indenfor de nuværende servicerammer.

Tårnby Kommune ser frem til, at der fremadrettet gives bedre svarfrist så faglige høringssvar kan behandles grundigt - både politisk og administrativt.

Venlig hilsen

Charlotte Lauridsen  
Konst. Sundhedscenterleder

/

Marie Signe Johansen  
Sundhedskoordinator

# Notat

Til Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstrategi

Sagsnr./Dok.nr. 2016-010154 / 2016-010154-4

Sundheds- og Kulturforvaltningen  
Danmarksgade 17  
9000 Aalborg

Init.: BBJ

18-02-2016

## Høringssvar vedr. Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdom - fra Aalborg Kommune

Hermed høringssvar fra Aalborg Kommune.

### Kapitel 3 – Vidensgrundlag

Ny forskningsbaseret viden er vigtig for udvikling af området og Aalborg Kommune vil (som de fleste andre kommuner) gerne bidrage til tilvejebringelse af ny viden. Sundhedsstyrelsen kan overveje:

- At indsamle de data der allerede er i kommunerne og på den baggrund vurdere effekt
- Fremadrettet være med til at udarbejde sammenlignelige data i kommunerne

### Kapitel 5 – Indhold i forebyggelsestilbud

#### Generelt:

Generelt mener vi, at fokus i kapitlet er for snævert. Vi anbefaler, at følgende to perspektiver indarbejdes:

- *Arbejdsmarkedets perspektivet mangler* i dette afsnit. Kommunerne har mere og mere fokus på, at fastholdelse i arbejde eller det at være på arbejdsmarkedet i det hele taget, er en vigtig del af et sygdomsforløb. Vi mener derfor, at der med fordel kunne være et afsnit som omhandlede dette punkt og samarbejdet med jobcentret.
- *Sundhedsfremme og mestringsstrategier kan integreres.* Der kan med fordel lægges mere vægt på sundhedsfremme- og mestringsstrategier. Fokus i kapitlet er meget sygdomsspecifikt, men selvom borgerene er syge, så har det også betydning at italesætte ressourcer og ikke kun udfordringer.
- *Prioritering/graduering af indsatsernes betydning.* Det vil være ønskeligt, at det tydeliggøres, hvilke indsatser, der er vigtigst (evt. inspireret af forebyggelsepakkerne med grundniveau/udviklingsniveau) således at kommunerne har mulighed for at prioritere og sikre, at der sættes ind i forhold til det største sundhedspotentiale.

#### 5.4 – Ernæring:

BMI grænsen på over 25 kan med fordel sættes op. Rigtig mange af borgerne ligger på BMI mellem 25 og 27, og det vil ikke være realistisk ressourcemæssigt at give alle i den målgruppe, som Sundhedsstyrelsen, en diætbehandling. Alternativt kan indsatsen også varetages af andre sundhedsprofessionelle.

#### 5.4.3 – Omfang, varighed og intensitet

Der anbefales ved diætbehandling et længere individuelt forløb. Her kan med fordel stå, at den kliniske diætist vurderer fagligt i samarbejde med borgeren, hvilken indsats der er passende.

## Kapitel 6 – Samarbejdet med borgeren

### 6.3 – Afklarende samtale

Der bør være opmærksomhed på, at borgeren oplever sammenhæng i forløbet og i de målsætninger, der aftales. På side 5 fremgår, at alle ny diagnosticerede kronikere fremover vil få en forløbsplan. Da denne plan er et anliggende mellem borger og almen praksis, har kommunen kun adgang til disse mål og planer, hvis borgeren selv medbringer forløbsplanen til den afklarende samtale med den kommunale medarbejder. Der bør derfor være opmærksomhed på, at det kan være u hensigtsmæssigt, hvis borgeren skal igennem to runder med målsætninger!

## Kapitel 7 – monitorering og kvalitetssikring

Det kommunerne mangler er konkret retning/vejledning/anbefalinger i forhold til monitorering af kronikerindsatsen, så vi ikke alle arbejder i forskellige retninger, og så vi har mulighed for at identificere, hvad der virker bedst og for hvilke borgere. Derfor er det nødvendigt at få afklaret og dokumenteret følgende:

- **Definitioner:** For at kunne vurdere, om det er de rette borgere, der henvises, opstarter og "gennemfører" skal begreberne først afklares. Altså hvornår er en borger påbegyndt et tilbud, og endnu vigtigere, hvornår er en borger gennemført/rehabiliteret? Stopårsagerne skal registreres, således at vi kender årsagen til, at borgeren ikke længere er tilknyttet sundhedscenteret (er man rehabiliteret, afbrudt pga sygdom/arbejde/død, har man takket nej, blev man afvist fordi man ikke var i målgruppen osv.)
- **Ulighed i sundhed:** alle borgerne har ikke brug for det samme tilbud. Nogle borgere har en enkelt diagnose, mens andre har flere diagnoser, hvoraf nogle også er psykiske lidelser. Derfor er det nødvendigt med individuelt tilrettelagte forløb/vejledning. Her er det vigtigt at registrere, hvilke ydelser hver borger modtager (undervisning, træning, rygestop, alkoholsamtale, diætistsamtale osv.) nogle har måske behov for det hele, mens andre kun en enkelt individuel samtale/vejledning). Det er vigtigt at vide, hvem der får hvad, og hvad de selv oplever, at de får ud af det. Dermed kan man lave de nødvendige analyser til at kvalitetsudvikle tilbuddene.
- **Ansvarsfordelingen:** Kommunerne laver den løbende kvalitetsudvikling af tilbuddene og analyser af deltagerne og deres leverede ydelser, mens de langsigtede effekter er forskningsprojekter

For at kunne lave den løbende kvalitetsudvikling skal kommunerne derfor (som minimum) dokumentere:

- Henviste fordelt på henvisere
- Borgerens diagnose(r)
- Leverede ydelser
- Stopårsager
- "Succesparameter": f.eks. brugertilfredshed, mestring, funktionsevne, livskvalitet, kliniske mål eller andet. Her ville det være rigtig fint, hvis der kunne komme en klar anbefaling fra Sundhedsstyrelsen på, hvad der er mest relevant at følge op på!!

Aalborg Kommune  
Sundheds- og Kulturforvaltningen  
Danmarksgade 17  
9000 Aalborg  
99311955

## Notat

### Høringsvar vedrørende "Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom"

#### Generelt

Region Nordjylland er positivt indstillet overfor, at der nu udarbejdes anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom med henblik på at øge ensartethed og højne kvaliteten i tilbuddene. Det vil givetvis kunne bidrage til at endnu flere henvises til disse tilbud.

Det er positivt, at der lægges meget vægt på samarbejdet med borgeren, og at dette afsnit får så megen plads som det gør. Det kan dog undre, at samarbejdet med almen praksis og regioner er meget begrænset beskrevet.

#### Samarbejdet med almen praksis og kommunerne

Det er under formålet med anbefalingerne nævnt, at disse skal understøtte kommunernes samarbejde med praksissektoren og regionerne, men ud over at bidrage til mere ensartethed og kendt kvalitet, så beskæftiger anbefalingerne sig i øvrigt kun i meget begrænset omfang med dette samarbejde.

Det ville have været oplagt i kapitlerne omkring videns grundlag, henvisning til kommunale tilbud, samarbejdet med borgeren samt monitorering og kvalitetssikring, at inddrage samarbejdet med regioner og almen praksis. Eksempelvis vil regionerne have mulighed for at kunne bidrage til videns grundlaget og kvalitetssikring gennem den regionale rådgivningsforpligtigelse og forskningssamarbejde.

I afsnittet omkring henvisning kan det undre, at der ikke er givet anbefalinger for dels hvilken henvisningsform der bør benyttes, og dels hvad en god henvisning bør indeholde.

Der er i øvrigt lagt op til, at "borgeren henvises til en afklarende samtale i kommunen, hvor behovet for tilbud afklares". Man må gå ud fra, at når en borger henvises til et kommunalt rehabiliteringstilbud, så er det efter aftale med borgeren – i forbindelse med indgåelse af denne aftale vil der forhåbentlig være drøftet, hvorfor der bør ske en henvisning, og der kan måske endda være opstillet nogle mål, som skal være en del af ideen med at borgeren henvises. Ved den afklarende samtale bør der selvfølgelig tages hensyn til evt. mål der er aftalt mellem almen praksis eller sygehuset og borgeren, idet man må gå ud fra, at de også udspringer af en faglig anbefaling fra almen praksis / sygehuset.

I afsnittet omkring samarbejdet med borgeren kan det undre, at hverken region eller almen praksis nævnes, idet en del borgere vil have samtidige forløb i kommunen og hos almen praksis eller på sygehuset. Det er vigtigt, at disse forløb spiller sammen og ikke foregår isolerede fra hinanden.

#### Sundhed på tværs

---

Fyrkildevej 7

9220 Aalborg Ø

Konsulent

Lars Lejbølle

Direkte: +4541181524

ll@rn.dk

Ref.: LL

Sagsnummer:

2016-001790

29. februar 2016

I forhold til både fastholdelse og tilbageløbsmuligheder vil almen praksis kunne spille en afgørende rolle og derfor er samarbejdet vigtigt.

### **Øget ensartethed, højere kvalitet og mere individuel tilgang**

Anbefalingen lægger op til større ensartethed og højere kvalitet i de kommunale tilbud, men lægger også op til en mere individualiseret tilgang for den enkelte borger. Ud fra en ressourcemæssig betragtning kunne man være bekymret for om dette kan forenes – men ingen tvivl om at det er den rigtige vej at gå.

Ud fra styrken af den foreliggende evidens, som i afsnit 3 beskrives som lav / sparsom, vil der stadig være store fortolkningsmuligheder for den enkelte kommune i relation til, hvor mange ressourcer man kan / vil putte i disse tilbud, og på den baggrund kunne man være bekymret for, om ensartetheden bliver så meget større, med mindre der sættes yderligere aktiviteter i gang, som skal øge evidensniveauet og bidrage til en mere ensartet tilgang.

### **Ernæring**

På side 21 under ernæringsindsatser, er det nævnt, at ernæringsindsatser fastlægges i de regionale forløbsprogrammer – hvorfor er dette kun formuleret således i forbindelse med ernæring?

### **Kvalitetssikring**

Som grundlag for kvalitetssikring nævnes forskellige indikatorer, bl.a. "antal der gennemfører tilbuddet".

Dels er det meget svært at definere hvornår en borger har gennemført et tilbud – specielt med en øget individuel tilgang, og dels kan det være svært at forstå i relation til den efterfølgende indikator "antal tilbud den enkelte borger får";

- Er et tilbud i denne sammenhæng én af de fem nævnte indsatsområder?
- Eller er det et samlet tilbud, hvor borgeren fx modtager / deltager i tre af de nævnte indsatser?
- Vil man fx efter en forebyggende samtale om alkohol, hvor det vurderes at borgeren har ressourcer til selv at gennemføre en adfærdsændring sige at vedkommende har gennemført et tilbud?

Måske burde der laves et nationalt arbejde, hvor man definerer disse indikatorer?

På vegne af Region Nordjylland

Lars Lejbølle  
Konsulent  
Sundhed på Tværs

Sundhedsstyrelsen  
Planlægning

29. februar 2016

### **Hørings svar til Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**

DSAM kan tilslutte sig hensigten med at sikre et ensartet kvalificeret forebyggelsestilbud i kommunerne. Dokumentet kommer med mange gode anbefalinger, især er det relevant, at det er beskrevet, hvilke faglige kompetencer behandlerne skal have.

DSAM bemærker, at tilbuddene vedrørende sygdomsmestring, fysisk træning og ernæring er rettet mod patienter med kroniske sygdomme, mens tilbuddene rettet mod tobaks- og alkoholmisbrug er rettet mod en bredere gruppe. Det er ikke nærmere defineret, hvad der forstås ved en kronisk sygdom. Det er således ikke helt klart, hvilke patienter der kan tilbydes disse tilbud. Opfattes fx fedme og forøget risiko for hjertekarsygdom som kroniske sygdomme? Disse patienter vil også kunne have gavn af fx ernæringsvejledning og støtte til øget motion. DSAM kan anbefale, at der skabes endnu mere klarhed om målgrupper for de respektive indsatser.

DSAM vil endvidere anbefale, at det tilføjes i afsnit 6.4, at den praktiserende læge skal tilsendes en orientering, når et rehabiliteringsforløb afsluttes.

Med venlig hilsen



Anders Beich  
Formand, Dansk Selskab for Almen Medicin

Stockholmsgade 55, st.  
2100 København Ø

T: 7070 7431  
dsam@dsam.dk  
www.dsam.dk



## KL's hørings svar vedrørende anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud

KL har med mail af 5. februar 2016 modtaget høringsmateriale vedrørende anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

Det har ikke været muligt at få KL's hørings svar politisk behandlet inden fristen. KL fremsender derfor et foreløbigt hørings svar og vil fremsende evt. supplerende bemærkninger, når sagen har været politisk behandlet.

KL vil indledningsvist bemærke, at det er forventningen, at implementeringen af anbefalingerne kan ske inden for den afsatte ramme.

Overordnet vil KL bemærke, at det er vigtigt for kommunerne at Sundhedsstyrelsen udarbejder konkrete anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud, der kan medvirke til at sikre både kvaliteten og en ensartethed. Derfor hilses de nationale anbefalinger velkommen.

For at disse anbefalinger kan blive et centralt redskab i planlægningen og prioriteringen af de forebyggende indsatser, er der en række områder, som med fordel kan udbygges eller tydeliggøres i den endelige version. KL har både generelle bemærkninger og bemærkninger til enkelte afsnit, som vil fremgå af nedenstående.

### Generelle bemærkninger

#### **Manglende referencer**

Generelt savnes der referencer på, hvilken viden de specifikke anbefalinger bygger på. Og der savnes en vurdering af, hvor stærk evidens, der ligger bag den enkelte anbefaling. Det vil desuden kunne styrke anbefalingerne hvis der udover ovenstående referencer også refereres til Sundhedsstyrelsens publikationer under de relevante anbefalinger.

#### **Medarbejdernes uddannelse og kompetencer**

I høringsmaterialet er anbefalingerne til medarbejdernes uddannelsesbaggrund og kompetencer meget specifikke. Eksempelvis på s. 13 hvor det står anført, at undervisningen bør gives af sundhedsprofessionelle med minimum mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse. KL skal gøre opmærksom på at realiseringen af en sådan anbefaling vil udgøre en betydelig udgift for kommunerne. KL foreslår at der i materialet i stedet anbefales, at undervisningen *tilrettelægges* af sundhedsprofessionelle med minimum mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, og at selve udførelsen kan varetages af medarbejdere med rette kompetencer

Dato: 24. februar 2016

Sags ID: SAG-2015-00255  
Dok. ID: 2161472

E-mail: MSH@kl.dk  
Direkte: 3370 3291

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 1 af 2

**Bemærkninger til enkelte afsnit**

Dato: 24. februar 2016

Sags ID: SAG-2015-00255  
Dok. ID: 2161472E-mail: MSH@kl.dk  
Direkte: 3370 3291Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København Swww.kl.dk  
Side 2 af 2**Afsnit 1.1 Indledning**

Der henvises indledningsvis til at anbefalingerne bygger videre på Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Det bør beskrives tydeligere, hvordan denne sammenhæng tænkes.

**Afsnit 5.4.3 Omfang, varighed og intensitet**

Der er ikke tilstrækkelig evidens og dermed uklarhed om nytteværdien af en sådan opfølgning, herunder omfanget af opfølgning samt hvordan opfølgningen skal tilrettelægges med henblik på at fastholde borgeren i udviklingen af egen mestringsevne.

**Afsnit 5.1.3 Format, omfang og varighed**

KL skal gøre opmærksom på, at der i nogle kommuner er lange geografiske afstande, hvilket kan betyde, at der kan være langt fra borgerens hjem til det enkelte tilbud. Det vil være en fordel, hvis der i anbefalingerne blev taget højde for denne faktor i vurderingen af borgerens udbytte af undervisningen. Det kunne desuden være en fordel at beskrive andre løsninger end fysiske møder, som fx fjernundervisning, hjemme-monitorering mm.

**Afsnit 5.4 Ernæringsindsats**

Afsnittet lægger op til en betydelig udvidelse af den eksisterende opgave ved at vægte den individuelle diætbehandling. Den større vægtning har formentlig rod i den opgaveglidning, der foregår i flere regioner. Der bør derfor konkret anbefales, at dialogen styrkes omkring den konkrete arbejdsdeling mellem kommuner og regioner. Størsteparten af kommunerne tilbyder fortsat generel sygdomsspecifik kostvejledning som del af den patientrettede forebyggelse. En generel udvidelse af ernæringsindsatsen til også at omfatte individuel diætbehandling for en bred målgruppe kan ikke gennemføres inden for den ramme, der er afsat.

**Afsnit 7.1 Monitorering**

I afsnittet anbefales det at forebyggelsestilbuddene dokumenteres og monitoreres systematisk på tværs af alle kommuner. KL er enig i at monitorering er meget centralt for den fortsatte udvikling på forebyggelsesområdet. Det vil kunne give både kommuner og forskningsinstitutioner et værdifuldt grundlag for arbejdet med kvalitetssikring og generering ny viden. Der er dog meget sparsomme muligheder for dette i dag og der er behov for centrale initiativer for at realisere denne anbefaling.

Med venlig hilsen



Christian Harsløf



Kerteminde  
Kommune

**Institution**  
**Sundhedsfremme og**  
**Forebyggelse**

Adresse  
Kirstine Rudesvej 23  
5300 Kerteminde  
Tlf.: 65151762  
efl@kerteminde.dk  
[www.kerteminde.dk](http://www.kerteminde.dk)

1. marts 2016

Til Sundhedsstyrelsen

## **Høring: Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**

Anbefalingerne ses overordnet som et positivt og væsentligt bidrag til styrkelse af kommunale forebyggelsestilbud.

Vi har i Kerteminde kommune forholdt os til anbefalingerne som er sendt i høring og har følgende kommentarer:

### **Målgruppen for rehabilitering**

Det kan overvejes om målgruppen for kommunale tilbud for rehabilitering i forbindelse med forebyggelse til borgere med kronisk sygdom kan beskrives mere uddybende end "borgere med kronisk sygdom" og ligeledes også "raske borgere".

Umiddelbart efterlader anbefalingen kommunerne til selv at prioritere tilbud gældende samtlige borgere med kronisk sygdom + samtlige raske borgere med risiko for udvikling af kronisk sygdom i kommunen.

Det ønskede formål om mere national ensartethed i forhold til kommunale tilbud vil styrkes ved en mere tydelige definition af målgruppen.

Rehabilitering indeholder elementet om at være så aktiv som muligt i forhold til eget funktionsniveau og egen livssituation. En konkretisering kan fx være en stratificering af målgruppen som den aktuelt er beskrevet i høringsmaterialet. Stratificering kan være med til at sikre, at det er de borgere som har færrest ressourcer i forhold til at varetage deres egen sundhed og/eller kronisk sygdom som tilgodeses i forhold til kommunale tilbud.

Et forslag kan således være, at udarbejde en national anbefaling til stratificering af borgere med behov for rehabiliterende kommunale forebyggelsestilbud som kan støtte kommunerne i at tilbyde mere ensartede tilbud.

## Kommunale tilbud

### Rehabilitering:

Der er ved anbefalingen sat fokus på, at kommunale tiltag omhandler tilbud med et rehabiliterende sigte. Dette giver et meget relevant fokus.

I anbefalingerne benyttes WHO's definition af rehabilitering og denne definerings kan indikere, at indsatsen ikke nødvendigvis består af flere fagområder udover sundhedsvæsenets – sygehusene, de praktiserende læger og "det nære sundhedsvæsen" i kommunerne.

Derved lægges der op til en snæver forståelse af rehabiliteringsbegrebet som kan være i god overensstemmelse et sundhedsfelt.

Feltet for forebyggelse i kommunal regi indeholder og involvere ofte flere, koordinerede indsatser – både tværsektorielt og på tværs af kommunale afdelinger samt samarbejde til foreninger og private organisationer. Dette lægger op til en bred forståelse af rehabiliteringsbegrebet fx som beskrevet i "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Rehabilitering i Danmark", (MarselisborgCenteret 2004).

Sundhedsfaglige og sociale praksisser, som borgere med kroniske sygdomme kommer i berøring med i kommunalt regi er forskelligt forankret i opfattelse af sygdommens betydning. I kommunerne er det således ikke blot borgerens verden der er kompleks, det er ligeledes det offentlige og privates forskellige praksisser og deres håndtering af og rammer for forebyggelse i forhold til borgere med kroniske sygdomme, som tegner et komplekst felt.

Derfor er der i kommunal praksis behov for en bred forståelsesrammer for rehabilitering. Som følge deraf kan det tænkes, at mange kommunale tilbud ofte vil lægge sig i tråd med Hvidbogen fra Marselisborg Centerets definition.

Danmark har på trods af at være et lille land ikke en national fælles forståelse af, hvordan rehabilitering defineres, og i denne konkrete sammenhæng, hvordan begrebet med mest hensigtsmæssigt sættes i forhold til forebyggelse i kommunalt regi.

Rehabilitering skal forstås og kunne indgå i en kommunal og kompleks setting. Det foreslås at anbefalingerne forholder sig til dette.

## Stratificering

I forhold til forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom og til raske borgere er der mange forventninger til kommunernes tilbud.

Selvom anbefalingerne ikke er diagnosespecifikke, er der på tværs af diagnoser mange grader af at skulle leve med den kroniske sygdom.

Derfor indeholder praksis fx i forhold til borgere med kræft, forskellige betegnelser fx "overlevende", "kronisk syge", "døende" og det samme gør sig gældende for andre diagnosespecifikke grupper. Konkret medfører dette en stor risiko for sammenfald mellem forskellige indsatser, fx indsatser som både etableres på regionsplan og i kommunalt regi.

Det kan overvejes om det vil styrke anbefalingerne at udarbejde en overordnet skematisk ramme for, hvor forskellige dele af forebyggelsen placerer sig. Udgangspunktet for dette kunne eventuelt være en mere klar skelnen mellem primær, sekundær og tertiær forebyggelse.

Samtidig kunne en national stratificeringsmodel styrke kommunernes prioritering af, hvilke borgere der skal tilbydes forebyggelsestilbud med et rehabiliterende sigte, og hvilke borgere som har et funktionsniveau og ressourcer til selv at tage vare på deres kroniske sygdom.

Det rehabiliterende sigte kræver samskabelse og relationel koordinering af indsatser, og kan samtidig med de støttende vejledninger i form af Regionale forløbsprogrammer og Sundhedsaftaler m.m., styrkes ved en stratificeringsmodel, der kan give tydelighed omkring kommunernes prioritering af opgaver.

Dette kan antages at bidrage til at gøre anbefalingerne mere håndterbare i praksis.

## Et kommunalt perspektiv på KRAM og Sygdomsmestring

Anbefalingerne lægger op til at kommunerne i deres forebyggelsestilbud til borgerne skal kunne formidle et udefra-perspektiv på sundhed i form af KRAM faktorer. Der er tale om et sundhedsfagligt evidensbaseret syn på relevante fokus områder for danskernes sundhed, som skal forbindes med et indefra-perspektiv på sundhed hos den enkelte borger.

Det er derfor meget relevant at bringe sygdomsmestring ind i anbefalingen, men samtidig efterlades forskellige paradigmer til at mødes præcist i selve mødet med borgerne. Kommunerne skal således formidle en sundhedsopgave for staten i forhold til et medicinsk paradigme som udfordres i mødet med kultur og kompleksitet i både sygdomsbilleder og livsverdener. Der mangler redskaber til dette, men også en anerkendelse af at kommunerne er en ligeværdig part i den samlede indsats, såfremt det overordnet formål med forebyggelse skal lykkes.

## Et kommunalt perspektiv på monitorering og kvalitetssikring

Det fremgår af anbefalingerne at der generelt er store udfordringer i forhold til monitorering af forebyggelsesindsatser.

I relation til rehabiliterende forebyggelsestilbud vil disse i praksis ofte være meget forskelligartet sammensat. Yderligere er det en udfordring ikke alene at rekrutterer men også at inkludere de aller mest

sårbare grupper af borgere. Monitorering af indsatser til de allermest sårbare borgere er særligt udfordret, selvom der åbenlyst må formodes at være størst samfundsøkonomisk gevinst på netop dette område.

Både tilbud og monitorering udfordres således i særdeleshed i forhold til gruppen af særligt sårbare borgere, fordi de ofte vil være ekskluderet i randomiserede studier, af den simple årsag, at de er for besværlige og komplekse at inkludere i netop denne type studier.

Det kan igen overvejes om en form for ensartet stratificering af borgeren til kommunale forebyggelsestilbud øger muligheden for at kunne indsamle data som er retvisende og mulige at sammenligne. Før ny viden kan skabes gennem forskning må der kunne samles ensrette data, men også suppleres med andre forskningsmetoder end randomiserede studier.

Kommunerne arbejder ikke i samme specialiserede felt som sygehusene, men skal, udover at have stor sygdomsfaglig viden, udvikle specialistviden på det komplekse liv med kronisk(e) sygdom(me).

Kommunal praksis holdes ofte op mod krav der er eksisterende på regionalt plan. Det kan antages, at monitorering kan styrkes ved anerkendelse af at disse to praksisser ses som et hele. Sygehusene er eksperter på højt specialiserede ydelser som egner sig til evidens skabt ud fra randomiserede undersøgelser, og kommunerne er specialister på komplekse livsforhold med sygdom, hvor det ofte handler om evnen til samskabelse og relational koordinering mellem den enkelte borger, sektorer og afdelinger. Sidstnævnte specialisering vil kræve andre metoder til at indfange virkningsmekanismer i forebyggelse og dermed monitorering af de ofte komplekse og individuelt sammensatte indsatser som kommunerne tilbyder.

Redskaber til sygdomsmestring og virkningsmekanismer må formodes at skulle udvikles i kommunerne så praksisnært på borgerens livsverden som muligt.

Der findes sjældent forskningsmiljøer i kommunerne, og forskellighed i praksis og kommunale organiseringer udfordre og vanskeliggør mulighederne for arbejde på tværs af kommunegrænser.

## **Teoretisk fundering af forebyggelsestilbud**

Vi har i Kerteminde kommune i forhold til de Regionale forløbsprogrammer prioriteret tilbuddene til borgere ved hjælp af dels stratificering og dels rekruttering via samarbejde med socialafdelingen, således at tilbuddet kan indgå i fx et ressourceforløb.

I erkendelse af at der findes meget lidt evidens for at forebyggelse virker, især i forhold til særlig sårbare borgere, har vi i Kerteminde kommune søgt at kvalificere praksis ved at skabe en teoretisk tilgang med en triangulering af teorier.

Teorigrundlaget giver et professionelt sprog for italesættelse af tavs viden og gør det muligt at inkludere og bevare borgerens autonomi i tilbuddene, herunder også borgere fra socialpsykiatrien.

*Forskellighed* er kendetegnende i forhold til et kroniske sygdomsbillede og *forskellighed* afspejles dermed i langt højere grad i de tilbud der tilbydes end den *ensartethed* som efterlyses i anbefalingerne.

Teorigrundlaget danner et grundlag for at arbejde professionelt og ensartet med borgere på trods af, at borgerne har meget forskellige livsverdener.

Som en inspiration i forhold til en metode til at håndterer ensartethed både tilbud og mødet mellem forskellige paradigmer i kommunal forebyggelse tillader vi os at vedhæfte vores materiale. Materialet har været præsenteret for Region Syddanmark samt Center for forebyggelse i praksis.

Venlig hilsen

Estell Larsen, Faglig koordinator

Vivian Ainsworth-Zink, Teamleder  
Team Sundhedsfremme og Forebyggelse

Bente Fournaise

**Bente Fournaise**

Sundheds- og Rehabiliteringschef



**Kerteminde  
Kommune**

Bycentret 302

5330 Munkebo

Tlf. 65 15 10 52

Mobil: 21387782

Email [bfo@kerteminde.dk](mailto:bfo@kerteminde.dk)

Se Kerteminde Kommunes retningslinjer for registrering af personoplysninger på [www.kerteminde.dk](http://www.kerteminde.dk)

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Anne Fink - Thisted Kommune <AFI@thisted.dk>  
**Sendt:** 29. februar 2016 14:45  
**Til:** SST Plan  
**Emne:** Thisted Kommune - Høring: Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom - Frist d. 29/2-16

**Vedhæftede filer:** Høringsbrev\_Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.pdf; Høringsliste\_Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.pdf; Høringsudkast\_Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom\_290116.pdf

**Sag:** 1-1010-185/6  
**Sagsdokument:** 2879904

Hermed høringssvar fra Thisted Kommune:

Overordnet set: Det er glædeligt med samlede anbefalinger og det er et godt men meget ambitiøst program, der er lagt. Det vil kræve en del ændrede arbejdsgange og personalekompetencer. Der er en risiko for, at de samme borgere vil kunne have det samme forløb mange gange.

Konkrete bemærkninger:

Der lægges op til en ret stor ændring fra holdbaserede til meget individuelle modulforløb samt fortsat løbende opfølgning. Dette vil have økonomiske konsekvenser for kommunerne og være en tidskrævende proces at få planlagt således at de personalemæssige ressourcer udnyttes bedst muligt.

Ift. patientuddannelse er der pt. forskellige koncepter - eksempelvis lær at tackle – som er baseret på frivillige, der er uddannet i konceptet og ikke nødvendigvis sundhedsfagligt personale.

Det er ikke på alle områder der sendes elektroniske henvisninger pt.

Med venlig hilsen

**Anne Fink**

Souschef

AFI@thisted.dk

9917 1955

Thisted Kommune

Sundhed og kvalitet

Asylgade 30

7700 Thisted



Hvis du vil sende personfølsomme oplysninger til kommunen på en sikker måde, kan du anvende din digitale postkasse på [www.borger.dk](http://www.borger.dk).

---

**Fra:** SST Plan [<mailto:Plan@SST.DK>]

**Sendt:** 29. januar 2016 15:04

**Til:** Center for Forebyggelse i praksis; Dansk Selskab for Almen Medicin; Dansk Selskab for Folkesundhed; Dansk Selskab for Fysioterapi; Dansk Selskab for Klinisk Ernæring ([dske@dske.dk](mailto:dske@dske.dk)); Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; Dansk Sygepleje Selskab; Dansk Sygeplejeråd; Danske Fysioterapeuter; Danske Patienter; Danske Regioner; Ergoterapeutforeningen; Ergoterapifaglige Selskaber; Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne; Foreningen af Kliniske Diætister; KL; Komiteen for Sundhedsoplysning; Kost- og Ernæringsforbundet; Lægeforeningen; Lægevidenskabelige Selskaber; Praktiserende Lægers Organisation (PLO); Social- og Indenrigsministeriet; Socialstyrelsen; DEP Sundheds- og Ældreministeriet; Region Hovedstaden; Region Midtjylland; Region Nordjylland; Region Sjælland; Region Syddanmark; Albertslund Kommune ([albertslund@albertslund.dk](mailto:albertslund@albertslund.dk)); Allerød Kommune ([kommunen@alleroed.dk](mailto:kommunen@alleroed.dk)); Assens Kommune ([assens@assens.dk](mailto:assens@assens.dk)); Ballerup Kommune ([balkom@balk.dk](mailto:balkom@balk.dk)); Billund Kommune ([kommunen@billund.dk](mailto:kommunen@billund.dk)); Bornholms Regionskommune ([post@brk.dk](mailto:post@brk.dk)); Brøndby Kommune ([brondby@brondby.dk](mailto:brondby@brondby.dk)); Brønderslev Kommune ([raadhus@99454545.dk](mailto:raadhus@99454545.dk)); Dragør Kommune ([dragoer@dragoer.dk](mailto:dragoer@dragoer.dk)); Egedal Kommune ([kommune@egekom.dk](mailto:kommune@egekom.dk)); Esbjerg Kommune ([raadhuset@esbjergkommune.dk](mailto:raadhuset@esbjergkommune.dk)); Fanø Kommune ([raadhuset@fanoe.dk](mailto:raadhuset@fanoe.dk)); Favrskov Kommune ([favrskov@favrskov.dk](mailto:favrskov@favrskov.dk)); Faxe Kommune ([kommunen@faxekommune.dk](mailto:kommunen@faxekommune.dk)); Fredensborg Kommune



Til  
Sundhedsstyrelsen

Den 29. februar 2016

### **Høringssvar vedr. anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**

Overordnet bifalder Middelfart Kommune anbefalingerne til fremme af kvalitet og ensartethed af forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Da Middelfart Kommune i forvejen arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker, er indholdet af anbefalingerne genkendeligt.

Det er et interessant udviklingsperspektiv, at anbefalingerne lægger op til tværkommunalt samarbejde om forebyggelsestilbud samt at der er et særligt fokus på borgere med multisygdom, der har behov for tilbud tilrettelagt både individuelt og i en sammenhæng. Endvidere er det godt, at vigtigheden af at bruge den sundhedspædagogiske tilgang tydeligt fremgår af anbefalingerne ligesom motivation og proaktiv fastholdelse er beskrevet.

Monitorering og kvalitetssikring af forebyggelsestilbud er ligeledes en væsentlig opgave, hvilket vi er enige i. Det skal dog her bemærkes, at såfremt målet er en ensretning i kommunerne, er det ønskværdigt med specifikke anbefalinger til metoder og måleredskaber. Kommunerne samarbejder i Sund By Netværket om oprettelse af en fælles database for vidensdeling om igangsatte projekter og evalueringen af disse, hvilket kan ses som et ønske om vidensdeling ift. metoder og måleredskaber.

Middelfart Kommune har ikke yderligere at bemærke.

Med venlig hilsen

Anita Johansen  
Sundhedsplanlægger

29. februar 2016

Sundhedsstyrelsen  
(plan@sst.dk)

Strandboulevarden 49  
2100 København Ø

Tlf +45 3525 7500  
Fax +45 3525 7701  
www.cancer.dk

UNDER PROTEKTION AF  
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

## **Input til høringsvar om kommunale forebyggelsestilbud til borgere, der har en kronisk sygdom**

### **Rygeafvænning**

De fleste kommuner tilbyder standardiseret og kvalitetssikret rygeafvænning af borgere, men rådgivningen af patienter og andre specifikke målgrupper har været spredt og usystematisk. Patienter kan ofte ikke anvende de almindelige kommunale rygestoptilbud, som tidsmæssigt passer dårligt til deres behandlingsforløb og ikke giver mulighed for særlig opmærksomhed om deres sygdom.

For kræftpatienter og en række andre patientgrupper, hvor rygestop har afgørende betydning for patientens behandling og prognose, er det særligt vigtigt, at patienter tilbydes en målrettet og akut hjælp til at blive røgfri som en systematisk del af behandlingen.

For alle kroniske patienter er det afgørende, at kommunikation og henvisning mellem almen praksis, hospitaler og kommunale rygestoptilbud fungerer uden problemer. Overvejelser om henvisning bør systematiseres og journalføres elektronisk for at kvalitetssikre indsatsen. Endelig bør henvisning til kommunal rygeafvænning monitoreres for at sikre en ensartet indsats på landsplan.

### **Fysisk træning**

De foreslåede regimer for anvendelse af fysisk træning i den rehabiliterende og forebyggende indsats er helt i tråd med evidensen på området, både hvad angår indhold og dosering. Det er essentielt, at borgerne bliver hjulpet til en livslang træning. Anbefalingerne er dog ikke så præcise i deres beskrivelse af de pædagogiske redskaber, kompetencer og uddannelser af personalet, der skal varetage indsatsen. Endelig mangler anbefalingerne en beskrivelse af visitationskriterier og organiseringen af arbejdet.

### **Ernæringsindsats**

De anbefalede indsats i forhold til kostvejledning og diætbehandling i den rehabiliterende og forebyggende indsats er i overensstemmelse med evidensen for en individuel eller gruppebaseret ernæringsindsats. Der foreslås en tværfaglig indsat, men derudover mangler der anbefalinger til, hvordan kommunen kan organisere arbejdet.

Afsnit 5.4.5, tværfaglighed:

Under samarbejde med andre sundhedsprofessionelle er tandplejere bl.a. nævnt. Det ville også være relevant at nævne tandlæger.

### **Sygdomsmestring**

Hele afsnittet har en meget praktisk tilgang til det at mestre sin sygdom: Det handler overvejende om fysiske aspekter ved sygdommen og behandlingen. De psykiske konsekvenser ved kronisk sygdom berøres næsten ikke trods det, at mange patienter oplever fx træthed, symptomer på angst og depression, ændret selvbillede mv. Det ville være ønskværdigt, hvis de psykiske konsekvenser af kronisk sygdom (og håndteringen deraf) også blev inddraget – gerne lige så grundigt beskrevet som afsnit 5.2.2 om indholdselementerne i tobaksafvænnning.

Det er godt, at de pårørende inddrages, da de ofte spiller en væsentlig rolle i håndteringen af sygdommen. Også her kan der med fordel inddrages information om de psykiske konsekvenser af at have en alvorligt syg pårørende. Især, fordi relationen mellem patient og pårørende ofte bliver påvirket/ændret heraf.

### **Kvalitetssikring og monitorering**

Der anbefales en systematisk dokumentation og monitorering – men det er ikke et krav. Således 'bør' den enkelte kommune følge, udvikle og kvalitetssikre tilbuddene.

Det foreslås, at succesraten for de enkelte tilbud bliver et væsentligt parameter i kvalitetssikringen, så det ikke udelukkende er antallet, der gennemfører et tilbud, der registreres, men også om de rent faktisk nåede det ønskede mål.

## **Til Sundhedsstyrelsen**

### **Høringssvar:**

### **Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**

#### **Overordnet**

Meget anvendelig og relevant rapport med gode brugbare anbefalinger. God inddeling med de fem temaer: sygdomsmestring, ernæringsindsats, rygeafvænning, fysisk træning og alkoholrådgivning.

#### **Side 3**

Det foreslås, at der i afsnittet med sammenfatning skrives, at begrebet patientuddannelse ikke anvendes i anbefalingerne (som det står i afsnit 2 side 7)

#### **Side 4**

I slutningen af første afsnit kunne med fordel skrives, at rapporten kan bide tilbud under borgerrettet forebyggelse og patientrettet tilbud sammen.

#### **Side 6**

Under overskriften sundhedspædagogik: Det foreslås, at der i første linje efter ordet pædagogik tilføjes: "anvendt af den sundhedsprofessionelle" indenfor ....

Sidste linje under sygdomsmestring: Indsatsen foreslås tænkt som både sygdomsspecifik og generel.

#### **Side 8**

5. afsnit foreslås skrevet om eller udeladt. Afsnittet kan virke selvmodsigende.

#### **Side 10**

Det foreslås indskrevet at også hospital kan henvise – ret væsentligt!!

#### **Side 11**

Afsnit 5.1.2: 3. afsnit: Giv gerne eksempler på undervisningsmaterialet.

#### **Side 12**

Under psyko-sociale forhold: ikke almindeligt at anvende ordet borgerforeninger. Se side 29, hvor der anvendes ordet frivillige foreninger, som er mere relevant. Der kan gives eksempler på frivillige foreninger (patientforeninger, idrætsforeninger). Der kan med fordel indskrives noget om frivillighedscentre og ensomhed.

Under sygdom i hverdagen: efter muligheder for hjælpemidler kan evt. tilføjes, hvis træning ikke er mulig. (fokus på ført den rehabiliterende tilgang og træning og dernæst den kompenserende via f.eks. hjælpemidler).

#### **Side 13**

Afsnit 5.2: Det foreslås, at der indføres et bl.a. før hovedårsag til ..... Det kan overvejes om ikke der bør stå lidt om kræft?

### **Side 16**

Det foreslås at slette note 8, da det bliver meget detaljeret.

### **Side 18**

Afsnit 3. Det foreslås, at der står, at test altid udføres. Således foreslås det, at følgnede slettes: Når det er til fordel for borgeren....

### **Side 19**

Det foreslås, at der under afsnit med overskriften frekvens tilføjes, at den ene af de tre træningsgange kan være som selvtræning evt. i hjemmet.

Under note 11 kan evt. tilføjes: Selvtræning kan være på særlige tider i det kommunale træningscenter

### **Side 20**

Afsnit 5.3.5. Her kan tilføjes en dot med uddannelsesniveau som i afsnit 5.1.4

Note 15: Termen diætbehandling er typisk målrettet borgere, det må skulle rettes til f.eks. patienter, som er syge eller lign.?

### **Side 22**

Afsnit med overskriften Ved kostvejledning: Her kunne med fordel kort skrives lidt ind med gruppetilbud.

### **Side 23**

Skal der stå noget vedr. kurser/vejledning i praktisk madlavning – er der noget evidens?

Afsnit 5.4.5: Ved kostvejledning: Det foreslås, at det overvejes om der kan præciseres i forhold til sundhedsfaglig baggrund – kunne det være på bachelorniveau, som andre steder i rapporten?

Det sidste afsnit under overskriften ved diætbehandling: lid tvanskeligt at forstå hvad der menes med projektorienterede forløb.

Sidste afsnit på siden:

Her kunne med fordel indskrives hvad grænserne er eller indskrive det i en note.

### **Side 24**

Jeg er uforstående overfor, hvorfor borgere med psykisk lidelse "falder udenfor" og det samme med målgruppen beskrevet under første dot.

Ovenstående er udarbejdet af Karna Vinther, Sygeplejerske og MR

Rehabiliteringskoordinator i Halsnæs Kommune

Tlf. 2916 1667, mail: kamv@halsnaes.dk

Til Sundhedsstyrelsen  
plan@sst.dk

Dato: 29.02.2016  
Sagsnr: 16/3750

**Center for Sundhed og  
Omsorg**  
Sekretariat  
horsholm.dk

**Åbningstider**  
Mandag - fredag 9-13  
Torsdag også 15-17

**Kontakt**  
Lene Lykke Korsholm  
Sundhedskoordinator  
llk@horsholm.dk  
Direkte tlf.  
4849 3692  
5182 6677

## Høringsvar: Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Helt overordnet set mener Hørsholm Kommune, at der er lavet nogle gode anbefalinger, der på sigt vil kunne øge borgernes oplevede kvalitet i de tilbud, som kommunen udbyder.

Hørsholm Kommune har dog følgende bemærkninger:

*S. 3: "Målgruppen for tilbuddene er borgere med kronisk sygdom, men vil også hensigtsmæssigt kunne anvendes i forhold til tilbud til raske borgere."*

Dette vil medføre en retænkning af eksisterende praksis og den måde de eksisterende tilbud er sammensat i dag, hvor de tager udgangspunkt i diagnoserne under forløbsprogrammerne. Med anbefalingerne lægges der op til, at kommunen skal åbne op for de eksisterende tilbud til også at kunne være målrettet raske personer. Hørsholm Kommune kan godt se at intentionerne i dette er gode, men er bekymrede for at åbningen vil medføre en markant øget tilstrømning af borgere til tilbuddene uden at der følger øgede ressourcer med til området.

*Henvisningspraksis:* Der er i anbefalingerne lagt op til at lægen skal kunne henvise, også raske borgere, til afklarende samtale i kommunen forud for at afklare om borgeren kan drage nytte af de kommunale forebyggelsestilbud. Hørsholm Kommune kan godt se styrken i dette, men er igen bekymrede for at ændret henvisningspraksis vil medføre en markant øget tilstrømning af borgere til tilbuddene, uden at der følger øgede ressourcer med til området. Når det er sagt, så kan den ændrede henvisningspraksis ligeledes kunne medføre at lægerne henviser kronisk syge borgere til kommunale tilbud, som ikke nødvendigvis bliver henvist i dag. Dette vil betyde et øget volumen på de patientrettede trænings- og undervisningshold, hvor der til tider ikke er den store efterspørgsel.

*s. 16: Proaktiv information og fastholdelse.* Det stiller store krav til kommunens ressourcer at være så proaktiv, som der lægges op til i anbefalingerne. Intentionerne er gode, men i praksis er dette meget ressourcekrævende og så er der også det element at borgerne selv må

---

skulle tage ansvar for eget helbred og det er begrænset hvor meget kommunen kan/skal/bør presse på for at få en borger til at ændre sin uhensigtsmæssige livsstil hvis borgeren ikke ønsker det, når det kommer til stykket.

Sagsnr: XX/XX

Sammensætning af hold på baggrund af funktionsevne i stedet for diagnoseinddeling. Intentionen er god og dette tages til efterretning.



Sundhedsstyrelsen  
Enhed for planlægning

## Høring over udkast til anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Danske Fysioterapeuter har med interesse læst høringsudkast til kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Indledningsvis vil vi gerne kvittere for et gennemarbejdet materiale og det tilhørende interessante baggrundsnotat, udarbejdet af KORA.

Vi finder det positivt, at de enkelte forebyggelsesindsatser fremadrettet skal beskrives enkeltvist. Det vil bidrage til, at hvert enkelt borger får et individualiseret forløb, baseret på bedst tilgængelige viden. Den afklarende samtale ved en sundhedsprofessionel, som forløbet indledes med, er et godt afsæt for at afdække borgerens situation og behov samt timing af de enkelte indsatser.

Det er plads til en høj grad af fortolkning i forhold til, hvad den afklarende samtale skal indeholde. Herunder fx hvilke funktionstest og metoder til at udrede borgerens funktionsniveau, som vil være de bedst egnede. Det store råderum står i kontrast til ambitionen om at sikre en ensartet høj faglig kvalitet på tværs af landet. Det undrer os, da vi ser en tendens i retning af at anvende systematiske metoder fx systematisk målsætning i rehabilitering på ældreområdet. Derfor mener vi, at metodemæssige anbefalinger vil være et godt supplement til beskrivelsen af indholdet i den afklarende samtale.

Hvad angår afsnittet om fysisk træning, bør det tilføjes, at tilbud om træning, ud over det allerede nævnte, skal tage udgangspunkt i borgerens tidligere træningserfaring. Det kan være en god motivation for borgeren at arbejde hen imod at genoptage en tidligere idræts- eller motionsform – om end i en modificeret form. Fysioterapeuter har kompetencerne til at vurdere, hvad der skal til rent fysisk, og hvordan der kan kompenseres for eventuelle funktionsnedsættelser.

I samme afsnit er vi uforstående overfor, at en funktionstest ved start og afslutning af den fysiske træning er valgfri. Brug af test og måleredskaber indgår rutinemæssigt i fysioterapeuters udredning og vurdering af patienterne, og giver vigtige informationer til brug for tilrettelægning og justering af indsatsen. Desuden er det ikke sjældent med til at motivere patienten, når de kan se af testresultaterne, at de forbedrer sig.

Dato:  
29. februar 2016

E-mail:  
sf@fysio.dk

Tlf. direkte:  
+45 3341 4659





Det anbefales, at der mod afslutning af et træningstilbud indledes en dialog med borgeren omkring fortsat træning. Efter vores vurdering skal overvejelser omkring udslusning til et vedligeholdende træningstilbud ske tidligere i forløbet end det. Optimalt bør emnet berøres allerede, når borgeren indleder forløbet. Det kan fx ske samtidig med, at borgeren spørges til tidligere træningserfaringer. Senest midtvejs i forløbet bør dialogen initieres, så en vedligeholdelsesplan er klar, når forløbet afsluttes. Derved opstår der ikke et vakuum imellem den fysiske træning i forebyggelsestilbuddet og det vedligeholdende tilbud. Vi er bekendt med, at man nogle steder har gode erfaringer med at lave en glidende overgang, så de sidste træningsgange fungerer som udslusning til et vedligeholdende tilbud, i samarbejde med lokale idrætsklubber eller motionscentre.

Danske Fysioterapeuter henviser i øvrigt til høringsvar fra Dansk Selskab for Fysioterapi.

Danske Fysioterapeuter står naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af høringsvaret.

Med venlig hilsen

Karen Langvad  
Faglig chef

23. februar 2016

## **Høringssvar vedr. udkast til anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**

Silkeborg kommunes høringssvar

Tak for det store arbejde med en gennemgang af forebyggelsestilbuddene for borgere med kronisk sygdom.

Rapporten er let tilgængelig og systematisk opbygget, det letter læsbarheden. Det er en væsentlig rapport ifht de kommunale forebyggelsestilbud og grundigt gennemarbejdet.

Vi anerkender ambitionen om at understøtte ensartethed i de kommunale patientrettede forebyggelsestilbud og finder det relevant.

Væsentlig pointe med fokus på særlige behov for borgere med multisygdom.

Vi finder det positivt og relevant med fokus på proaktiv fastholdelse af borgere i kommunale forebyggelsestilbud.

I rapporten opleves at der er fokus på sygdomsmestring, her kunne vi ønske et større fokus på mental sundhed/livsmestring, da vi generelt oplever at borgere med kroniske sygdomme også har et stort behov for at mestre deres mentale sundhed for at forebygge depression og generelt håndtere livet med kroniske lidelser. Se fx s. 6.

I rapporten ser vi en opfordring til henvisninger på tværs af sektorer, dette påskønner vi, men vi kunne ønske os et tydeligere fokus på stærkere samarbejde tværsektorielt om relevant henvisning og en proaktiv understøttelse af borgerens overgang mellem sektorerne.

Vi påskønner anbefalingen af overgang til uspecifik henvisning fra almen praksis til kommuner med henblik på afklarende samtale og visitation. Imidlertid finder vi det problematisk at der lægges op til afskaffelse af de prædefinerede forløb – som f.eks. "pakkeforløb" jf. anbefalinger i forløbsprogram for KOL, DM2 m.m. Ved individuelt tilrettelagte forløb med varierende indhold af enkeltstående tilbud oplever vi følgende udfordringer:

- Tager ikke i tilstrækkelig grad hensyn til psykosocialt sårbare borgeres behov for tryghed og genkendelighed.
- Disse borgere vil blive udfordret hvis de skal indgå i flere forskellige holdsammenhænge samtidig.
- Faglig argumentation: Vanskeligt for mange borgere at overskue hvad de har behov for – i højere grad valg på baggrund af lyst og mangelfuldt overblik

- S.32: hensyn til adfærdsforandring og tid. Vi mister "holdet" og følingen med borgerens proces, hvis han kan vælge fra og nøjes med at deltage punktvis
- Der er også anseelige logistiske udfordringer forbundet med at administrere en række enkeltstående tilbud, som ofte vil betyde små hold og uhensigtsmæssig anvendelse af knappe personaleresourcer

Det store fokus på anbefaling af individuel vejledning er problematisk især ud fra følgende overvejelser

- Ressourcer
- Læringsteoretisk – social læringsteori (gruppedynamik)
- Erfaringer fra Livsstilscaféen, projekt Liv i Sundhed og sårbare grupper

Herudover har vi følgende korte kommentarer til konkrete sider i høringsmaterialet.

s. 7. God ide med tværkommunalt samarbejde.

s.9 I Silkeborg kommune er vi enige i behovet for ny viden gennem forskning, og vi deltager gerne i centrale tværgående initiativer.

s. 18: Borgere med uplanlagt væggtab bør anbefales en lægelig udredning før ernæringsindsats iværksættes.

s. 19 Undring over den manglende reference til de regionale forløbsprogrammer i forhold til den konkrete opgavevaretagelse i f t fysisk træning

s. 19: Holdstørrelser større end 6-8 borgere pr. instruktør kan godt forsvares fagligt (med skyldig hensyn til sikkerhed ved f.eks. hjerterehab).

s. 21. Behov for en præcis stratificering og afgrænsning af målgruppen for individuel diætbehandling. Anbefalingerne er en væsentlig øgning af nuværende praksis i kommunerne.

s. 22. Behov for en præcisering af omfang og ansvarsplacering i forhold til livslang opfølgning. Vi ser praktiserende læge som tovholder for borgere med kroniske lidelser.

Hermed kommentarerne fra Silkeborg kommune.

Med venlig hilsen

Linda Næsager  
Leder af Sundhedshuset.



Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
*plan@sst.dk*

## Høringssvar vedr. anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Sundhedsstyrelsen har den 29. januar 2016 sendt 'Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' i høring.

Diabetesforeningen har ikke direkte fået anbefalingerne i høring, men vi tillader os at svare, da diabetes berører en markant del af borgere i kommunerne. I dag har 380.000 danskere diabetes, men allerede i 2025 vil dette tal være mere end fordoblet til 650.000<sup>1</sup>. Det svarer til mere end hver 10. borger. Kommunerne får derfor en særlig udfordring med at tilrettelægge relevante tilbud til denne gruppe.

Diabetesforeningen mener, at der er mange gode elementer i de fremlagte anbefalinger, som kan medvirke til mere ensartede tilbud i kommunerne og give borgerne mulighed for individuelt tilpassede og relevante tilbud, hvis de praktiseres. Vi er bl.a. særligt glade for, at anbefalingerne lægger op til, at den sundhedspædagogiske indsats (patientuddannelse) skal være sygdoms-specifik frem for generisk (dvs. fortsat diabetes-specifik).

Det bliver vigtigt, at sikre en klar sammenhæng mellem de nærværende anbefalinger og den kommende "Forløbsplan for patienter med type 2-diabetes", derfor er vi glade for at anbefalingerne netop er udviklet i forbindelse med udviklingen af forløbsplaner.

Vi har følgende konkrete kommentarer til indholdet:

### Kapitel 2. Forebyggelsestilbud i kommunerne

Diabetesforeningen er glade for, at anbefalingerne tager højde for, at borgere med sammensatte problemstillinger skal have særlige tilbud. Denne gruppe af borgere kan have særlige udfordringer i forhold til at bevæge sig over større afstande, og derfor kan henvisning til tilbud i en anden kommune blive en udfordring, hvis man ikke samtidigt sikrer, at der er den nødvendige transport og/eller økonomiske kompensation til rådighed.

---

<sup>1</sup> Sortsø, C., Emneus, M., Green, A., Jensen, P.B. and Eriksson, T. (2015) Societal Costs of Diabetes Mellitus 2025 and 2040—Forecasts Based on Real World Cost Evidence and Observed Epidemiological Trends in Denmark. *Modern Economy*, 6, 1150-1166. <http://dx.doi.org/10.4236/me.2015.610109>

**Odense:**  
Rytterkasernen 1  
5000 Odense C

**København:**  
Toldbodgade 33, 1.  
1253 København K

Telefon 66 12 90 06  
Fax 65 91 49 08  
[info@diabetes.dk](mailto:info@diabetes.dk)  
[www.diabetes.dk](http://www.diabetes.dk)

CVRnr. DK-35 23 15 28



### Kapitel 5.1 Sygdomsmestring

**Vedr. sygdomsforværring** bør det fremgå, at monitorering også kan ske vha. relevante målinger, som blodsuktermåling, og ikke kun vha. symptomer.

**Vedr. psykosociale forhold** bør patientforeninger nævnes som en relevant aktør angående netværkstilbud. Derudover bør inddragelse af psykolog ved aktuelle behov tilføjes. Mennesker med diabetes har en øget risiko for at udvikle depression, og bør derfor tilbydes at tale med en psykolog, hvis der er behov for det.

### Kapitel 5.1.3. Format, omfang og varighed

Det fremgår, at der anbefales 1-2 timer til individuel undervisning og 4-6 timer til holdundervisning. Vi kan være bekymrede for, at det ikke i alle tilfælde er tilstrækkeligt til en omfangsrig opgave, og i forhold til at fastholde livsstilsændringer.

Der skal gøres mere for at fastholde de opnåede resultater. Her kan patientforeninger inddrages, f.eks. i et tæt samarbejde mellem kommunen og Diabetesforeningens motivationsgrupper. Diabetesforeningens motivationsgrupper tilbyder peer-to-peer forløb, som kan tilrettelægges som opfølgning på kommunens fagprofessionelle forløb.

### Kapitel 5.4.2 Diætbehandling

Vi finder det positivt, at der er opstillet konkrete mål for den individuelle diætbehandling, dette kunne ligeledes opstilles for fx fysisk træning.

Skulle ovenstående medføre behov for spørgsmål eller yderligere drøftelse står vi naturligvis til rådighed.

Med venlig hilsen

Ane Eggert Jackson, chef for ledelsessekretariatet



Svendborg  
Kommune

## Hørings svar i forbindelse med anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

**Social og Sundhed  
Forebyggelsessekretariatet**

Svinget 14  
5700 Svendborg

Svendborg kommune modtog den 29. januar 2016 et høringsudkast med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kommunale forebyggelses tilbud til borgere med kronisk sygdom.

Tlf.: 62 23 40 25

[www.svendborg.dk](http://www.svendborg.dk)  
[sundhed@svendborg.dk](mailto:sundhed@svendborg.dk)

Overordnet finder Svendborg Kommune Sundhedsstyrelsens anbefalinger brugbare og relevante. Svendborg Kommune er positiv over det store fokus Sundhedsstyrelsen udviser i anbefalingerne omkring den afklarende samtale i det kommunale forebyggelsestilbud. Generelt stemmer Sundhedsstyrelsens anbefalinger godt overens med Svendborg Kommunes visioner og målsætninger for kommunens forebyggelsestilbud. Desuden er Svendborg Kommune positiv over, at forebyggelsestilbuddene til borgere med kroniske sygdomme samt til raske borgere er tænkt sammen. Vi ser det som en relevant fremgangsmåde, hvor den afklarende samtale er forudsætningen for borgerens videre forløb.

29. Februar 2016

Sagsid: 16/5712

Cpr:

Afdeling:

Forebyggelsessekretariatet

I det følgende fremføres mere specifikke kommentarer til høringsudkastet, der følger anbefalingernes kronologi.

Det fremgår i høringsudkastets afsnit 2. *Forebyggelsestilbud i Kommunerne til borgere med kronisk sygdom*, hvor vigtigt det er, at kommuner internt samarbejder på tværs af kommunale institutioner men også, at der behov for at samarbejde med andre kommuner på tværs af kommunegrænser. Svendborg Kommune mener, at det er en relevant anbefaling, at kommunerne er opmærksomme på at indgå i tværkommunalt samarbejde. Dog undrer det os, at Sundhedsstyrelsen ikke nævner samarbejdet med private aktører eller samarbejdet mellem specialisten og generalisten, da netop denne form for samarbejde opleves som nødvendig, når man har at gøre med borgere med kroniske lidelser.

I høringsudkastet nævnes det løbende, hvordan kommunens ansatte bør tilbyde specialviden i forhold til kroniske sygdomme. Svendborg Kommuner finder det her vigtigt at pointere, at specialviden og specialister primært er



**Sundhed**  
i Svendborg

### Telefontid:

Mandag-onsdag	9.00-15.00
Torsdag	9.00-16.45
Fredag	9.00-13.00

### Åbningstider ved personligt fremmøde:

Mandag-fredag	9.00-13.00
Torsdag tillige	14.45-16.45

andre steder i sundhedsvæsenet og i mindre grad i kommunerne. Som en overordnet begrebsafklaring for anvendelse af ordene 'specialist' og 'generalist', er det vigtigt at vide, om Sundhedsstyrelsen ønsker at gøre op med den hidtidige forståelse mellem specialeafdelingerne på sygehuset og kommunen/almen praksis.

For Svendborg Kommune er forståelsen, at sygehuset er opdateret på den sidste nye viden og forskning indenfor et speciale og dermed er specialister/diagnosespecifikke specialister. Hvorimod at medarbejdere i kommunen og i almen praksis er generalister med en merviden indenfor et eller flere specialer. Det er Svendborg Kommunes opfattelse, at de praktiserende læger ligeledes ser sig i det tværsektorielle felt som generalister, der ønsker adgang til sparring ved en lægefaglig specialist på sygehuset. Dette medfører en genkendelig forståelse for forventninger til hinanden og en genkendelig platform at udvikle den igangværende opgaveglidning på.

I høringsudkastets afsnit *5.1 Sygdomsmestring* vurderer Svendborg Kommune, at Sundhedsstyrelsen i højere grad har fokus på mestring af sygdom frem for mestring af livet. Vi ser det som kommunens opgave at understøtte borgernes handlekompetencer til at mestre eget liv. F.eks. via indsatser og aktiviteter i kommunalt regi. Kommunen kan i forløbet med mestring af livet hjælpe borgerne med at finde svar og være støttepersonen i deres forløb.

På sygehuset er der sket en udfasning af patientuddannelser, som i den forbindelse i højere grad blevet en opgave for kommunerne. Svendborg Kommune mener derfor, at det bør fremgå tydeligere i anbefalingerne, hvilken rolle Kommunen har, og hvorpå fokus og omdrejningspunktet bør ligge. Der savnes ligeledes en tydeligere anbefaling på, hvilket niveau kommunerne skal levere.

Afsnit *5.2 Tobaksafvænnning* stemmer overens med de tilbud og aktiviteter, som Svendborg Kommune allerede tilbyder. Svendborg Kommune finder det relevant, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunes tilbud bør indeholde elementer, som berører borgere, der har et forbrug af e-cigaretter og vandpibe eller røgfrie tobaksvarer.

I afsnit 5.4 *ernæringsindsats* fremgår det, efter Svendborg Kommunes opfattelse, en forventning om 'diætbehandling' svarende til, at diætisten i kommunen skal kunne varetage længere og mere intensive forløb, med flere og tætte individuelle samtaler, samt være ajourført med ernæringsterapi på specialistaniveau for samtlige diagnoser. Dette ser Svendborg Kommune ikke som hensigtsmæssigt af flere grunde:

- Diætisten har ikke adgang til patientjournaler, laboratoriesvar m.m. til brug i ernæringsbehandlingen, desuden er der ej heller adgang til lægefaglig sparring, som på sygehuset.
- Det er, som for den praktiserende læge, ikke muligt for diætisten at være opdateret på den nyeste forskning og erfaringsbaseret viden inden for alle diagnosegrupper.
- Intensiv ernæringsterapi kræver, at andre faggrupper forestår løbende screening og monitorering samt omsætter og observerer ud fra planen, hvilket kommunerne hverken organisatorisk eller kompetencemæssigt kan leve op til.
- Det ville kræve at Svendborg Kommune ansætter flere diætister, for denne forventning er realistisk.

Svendborg Kommune finder afsnittet 6. *Samarbejde med borgeren* relevant, dog savnes der et perspektiv på betydningen af den mentale sundhed.

I afsnittet 6.1 *Sundhedspædagogik og professionelle kompetencer*, finder Svendborg Kommune det relevant, at Sundhedsstyrelsen specifikt anbefaler, at medarbejderne har en mellemlang uddannelse. Dog findes det uklart, hvilken grad af specialistviden Sundhedsstyrelsen anbefaler. Svendborg Kommune ønsker selv at vurdere behovet for og graden af specialistviden hos kommunens medarbejdere.

I afsnit 6.2 *Motivation* er der lavet en konkret begrebsafklaring for, hvad begrebet 'motivation' dækker over. Svendborg Kommune finder det positivt, at Sundhedsstyrelsen trækker betydningen af begrebet frem for at



skabe en fælles forståelse. Denne form for begrebsafklaring savner Svendborg Kommune i de øvrige afsnit – særligt under afsnit 5.1 *Sygdomsmestring*, hvor begrebet 'mestring' ikke bliver nærmere defineret.

I afsnit 6.4 *Afslutning på forløb i kommunen* fremgår det, at hvert borgerforløb indeholder et afsluttende forløb. Svendborg Kommune vurderer, at det er et u hensigtsmæssigt ressourceforbrug, da man formentligt kan opnå den samme effekt ved at afholde én samlet afsluttende samtale. En afsluttende samtale af denne art vil indeholde flere elementer, som bør kunne rumme borgerens forskellige forløb. Dette med henblik på at undgå at borgeren skal til unødvendige samtaler. Som alternativ ser Svendborg Kommune det som en mulighed efter behov at tilbyde borgeren en kontaktperson, som kan hjælpe med at gøre forløbet overskueligt. Svendborg Kommune vurderer, at man i starten af forløbet i den 'afklarende samtale' kan finde frem til, hvad og hvem der kan være en støtte i forløbet samt i det videre forløb.

Svendborg Kommune finder afsnit 6.5 *Proaktiv fastholdelse* både relevant og rammende. Særligt pointen om at alle kontakter og tilbud om hjælp gøres så let tilgængeligt, attraktivt og imødekommende som muligt.

Venlig hilsen

Svendborg Kommune

Anne Højmark Jensen  
Sundhedschef

Tlf: +4562234026

Mobil: +4520165829

Email: [anne.jensen@svendborg.dk](mailto:anne.jensen@svendborg.dk)



**kost & ernæringsforbundet**  
mestre i mad & sundhed

Sendt via e-mail til Sundhedsstyrelsen, [plan@sst.dk](mailto:plan@sst.dk)

FRIST: 29. februar 2016

## Hørings svar til høringsudkast: Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Kost & Ernæringsforbundet har med stor interesse læst høringsudkastet for anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

Vi hilser anbefalingerne velkomne og ser stort potentiale i at målrette og prioritere forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, og nikker til takterne i, at tilbuddene også kan anvendes til raske borgere. Vi er særligt positive overfor, at ernæring prioriteres på lige fod med og som en del af de øvrige forebyggende tilbud.

Vi stiller os imidlertid spørgende over for anbefalingens begrænsede fokus på kostvejledningen. Vi har mange medlemmer beskæftiget med diætvejledning og kostvejledning i såvel primær som sekundær sektor. Mens anbefalingen i vid udstrækningen beskriver diætvejledningens indholdselementer fyldestgørende, er beskrivelsen af kostvejledningens indholdselementer utilstrækkelige. Vores medlemmer, som i dag arbejder i den kommunale forebyggelse, hvad enten den er sygdomsspecifik eller generel, arbejder efter faglige standarder, som er bredere beskrevet end de i anbefalingerne. Vi vil derfor opfordre til, at kostvejledning indeholder indholdselementer om individuel identifikation af risikofaktorer, vurdering af behov, individuel handling ift. sundere kostvalg, monitorering, evaluering og opfølgning samt dokumentation af alle led af indsatser, herunder spejling ift. fx træning og aktiviteter. Vi er bekymrede for, om det er tilstrækkeligt, at kostvejledning foreslås som værende en del af opstart og evt. i forbindelse med årskontrollen i almen praksis.

Vi mener i den forbindelse, at den afgørende forskel mellem diætvejledning og kostvejledning bør være sygdomsaspektet og den farmakologiske

29. februar 2016

**Kost & Ernæringsforbundet**

Holmbladsgade 70  
2300 København S

M: 26 77 26 36  
E: [krb@kost.dk](mailto:krb@kost.dk)

[www.kost.dk](http://www.kost.dk)  
[facebook.com/forbundet](https://facebook.com/forbundet)

Journalnr. 20148

behandling. Vi mener desuden, at en effektiv diætvejledning og/eller kostvejledning forudsætter ernæringsfaglige samt sundhedspædagogiske kompetencer.

Vi ønsker derfor, at Sundhedsstyrelsen i højere grad anerkender kompleksiteten i de ernæringsindsatser, der skal til, for at kommunerne kan lykkes med forebyggelsestilbud, og at det ikke kan løses med ensidig vejledning i kostrådene uden rette støtte fra sundhedsprofessionelle. Vi ønsker i forlængelse heraf, at der til anbefalingerne tilføjes følgende:

- Tilbuddet om såvel diætvejledning som kostvejledning skal tage udgangspunkt i borgerens situation, herunder borgerens behov, forventninger og mål for livsstilsændring og kostintervention.
- Tilbuddet bør tilrettelægges, så borgeren bliver støttet i, at sunde (mad)valg bliver en del af hverdagen, også efter det kommunale tilbud er afsluttet, så der er mulighed for, at livsstilsændringen bliver livslang. Såfremt at borgeren modtager hjælp i form af offentlig madservice, bør kostvejledningen eller diætvejledningen sikre, at borgeren får det mest optimale forplejningstilbud og desuden vejledning i, hvorledes borgeren selv bidrager eller mestre sin sygdom i relation til ernæring.
- Det bør tilføjes anbefalingernes afsnit om ernæring, at borgeren bør opnå viden om mad, måltider og ernæring som middel til at behandle og/eller forebygge følger og forværring af den kroniske sygdom og/eller overvægt/uplanlagt vægttab.
- Diætvejledning og kostvejledning bør give borgeren en oplevelse af egen formåen og tryghed ved at træffe hensigtsmæssige valg i hverdagen.
- Det er væsentligt, at borgeren får hjælp til at finde frem til de metoder, der motiverer borgeren til at spise, under hensyntagen til aktuelle problematikker, og med udgangspunkt i borgerens ressourcer og handlekompetencer”.

Det bør desuden tilføjes anbefalingernes afsnit om ernæring, at

- Ernæringsindsatser bør ske i samråd med borgeren og ud fra dennes kompetencer og situation. Dette bør ske i en afklarende samtale eller ved i fællesskab at udarbejde en (ernærings)plan med mål og delmål ved opstarten og/eller afslutningen af et tilbud. Målet kan være vægttab, vægtvedligeholdelse, blodsukkerkontrol eller rehabilitering ift. at kunne klare indkøb, madlavning etc. selv, således at borgerens egne mål og motivation er udgangspunktet for såvel diætvejledning som kostvejledning.

Op imod 40 procent af alle patienter, og op til 60 procent af de ældre på plejehjemmene er eller er i risiko for at blive underernærede. Disse har ofte en eller flere kroniske sygdomme. Det er derfor fortsat Kost & Ernæringsforbundets opfattelse, at der er behov for en pligt til at screene for underernæring, hvor relevant. For at bekæmpe underernæring, skal man

opdage den i tide. Pligten bør følges op af en dokumentation af, i hvor høj grad de underernærede patienter og ældre får dækket deres daglige ernæringsbehov gennem hele døgnnet.

Vi byder samtidigt ambitionen om, at der skal skabes ny viden gennem forskning om, hvad der virker og for hvem, velkommen. Vi er meget bevidste om madens rolle for trivsel, sundhed og helbred, og hvor stor en effekt og rolle ernæringstilstand og hjælp til at mestre at træffe hensigtsmæssige valg livet igennem, betyder for borgerne. Vi vil til hver en tid gerne bidrage til at sikre, at viden om mad, kostvejledning og diætbehandlingens effekt integreres som en del af de tværfaglige tilbud.

Kost & Ernæringsforbundet står gerne til rådighed for uddybende bemærkninger og bidrager gerne yderligere til det videre arbejde med kommunal forebyggelse. Vi repræsenterer en lang række kvalificerede faggrupper, som alle beskæftiger sig med sundhedsfremme, forebyggelse, behandling og rehabilitering – med omdrejningspunkt i mad, måltider og ernæring. I kan læse mere om vores medlemmer og deres typiske arbejdsfelter via [www.kost.dk/profiler](http://www.kost.dk/profiler).

Med venlig hilsen



Kristine Bælum  
Professionschef

*Kost & Ernæringsforbundet arbejder for at synliggøre den kost-, ernærings- og sundhedsfaglige profession og faglighed; Vi er mestre i mad og sundhed. Kost & Ernæringsforbundet er fagforening og interesseorganisation for kost-, ernærings- og sundhedsfaglige. Med godt 8.000 medlemmer arbejder vi med sundhedsfremme og forebyggelse, ledelse, behandling samt professionel mad- og måltidsforplejning. Vi forhandler bl.a. løn og arbejdsvilkår, rådgiver om arbejdsliv og karriere, giver juridisk bistand og personlig rådgivning om løn og ansættelsesforhold.*

Sundhedsstyrelsen

plan@sst.dk

Høringssvar

## Svar på høring vedrørende Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til kronikere er et vigtigt skridt i retning af, at sikre kvalitet, og ensartethed i den kommunale forebyggelsesindsats samt at sikre, at evidens og effekt af tiltagene indgår vurderingerne.

Lægeforeningen har indhentet tilbagemeldinger til anbefalingerne fra de øvrige dele af Lægeforeningen. Dette høringssvar udgør således et fælles svar og dækker Praktiserende Lægers Organisation, som er selvstændig høringsspart.

Overordnet vil Lægeforeningen gerne understrege, at den gældende praksis omkring henvisning til tilbud i kommunerne ikke bør udgøre en barriere for at de kroniske patienter får et relevant og rettidigt tilbud. Lægeforeningen ser dermed positivt på tiltaget omkring kommunal visitation af kroniske patienter til en afklarende samtale, da det kan være vanskeligt for både sygehusansatte og de praktiserende læger, at skabe sig overblik over og indsigt i de forskellige kommunale tilbud. Også intentionerne om øget tværkommunalt samarbejde om konkrete forebyggelsestilbud kan således understøttes af en organisering med afklarende samtaler frem for prædefinerede tilbud og programmer.

Omkring anbefalingerne til fysisk træning som led i rehabiliteringsindsatsen har Lægeforeningen – som det andet hovedpunkt – en række bemærkninger.

Lægeforeningen har modtaget nedenstående konkrete kommentarer til enkeltdele af anbefalingerne fra Praktiserende Lægers Organisation:

1. Pkt. 1.1, side 4 "Nogle tilbud kræver henvisning..." Her er det vigtigt at det kun er i relevante tilfælde, at der er krav om henvisning, som hovedregel bør tilbuddene være åbne, så patienten kan henvende sig uvisiteret
2. pkt. 4, side 10 " Der anvendes en henvisning efter gældende national standard". Dette arbejdes der jo på lige nu, jf. en igangværende spørgeskemaundersøgelse og arbejdsgruppe. Det bør præciseres, at PLO ikke i overenskomsten (OK) har en egentlig aftale med kommunerne om henvisning
3. Pkt. 4, side 10 – PLO er tilfredse med, at de praktiserende læger fremover henviser til en afklarende samtale, og at patient og kommune så i fællesskab finder ud af hvilke(t) tilbud der passer bedst. Det er

Formanden

29 02-2016

Jr. 2015-1558  
KDA

Domus Medica  
Kristianiagade 12  
2100 København Ø

Tlf.: 3544 8500  
Tlf.: 35448222(direkte)  
E-post: [dadl@dadl.dk](mailto:dadl@dadl.dk)  
E-post: [kda@dadl.dk](mailto:kda@dadl.dk) (direkte)  
Fax:3544 8505  
[www.laeger.dk](http://www.laeger.dk)



svært for de praktiserende læger at navigere i alle de kommunale tilbud der findes, og som skifter jævnligt

4. Pkt. 6. 5. side 35, " Praktisk organisering..." Det er her vigtigt at understrege intentionen om, at de praktiske barrierer for deltagelse i kurserne minimeres , og at det er et kommunalt ansvar.

Lægeforeningen har herudover en række kommentarer til afsnittet fysisk træning – der henvises nedenfor til de enkelte punkter i afsnittet om Fysisk træning.

### 5.3

Det bør tilføjes, at fysisk aktivitet alene (og ikke kun i kombination med anden behandling) kan have en effekt – også på forebyggelse og rehabilitering. Forslag til ny formulering:

*Fysisk træning kan alene eller i kombination med fx medicin og diæt bidrage med en specifik effekt på kroniske sygdomme såvel som ved forebyggelse og rehabilitering.*

#### 5.3.1.

Det bør afklares hvad kronisk sygdom er. Ofte er for eksempel artrose ikke anerkendt som en kronisk sygdom, men det er en tilstand, hvor denne intervention er meget relevant og effektiv.

Hvordan defineres målgruppen for den superviserede træning? Der skal anvendes klare og entydige inklusions- og eksklusionskriterier, så det bliver lettere at henvise. Det anbefales i den forbindelse, at indsatsen planlægges i samarbejde med repræsentanter for almen praksis, og at henvisningsproceduren gøres så simpel som muligt.

Det bør evt. overvejes om tilbuddene også med fordel kunne udbydes forebyggelsesmæssigt til borgere med en forøget risiko for kronisk sygdom. Fx personer med dårlig kondition, svær overvægt, præ-diabetikere.

#### 5.3.2

Test ved start og slut af et træningsforløb burde være obligatorisk og ikke en mulighed. Evaluering er nødvendigt for at informere en kliniker om progression og er med til at motivere patienten.

Det bør måske nævnes, at træningstilbuddet er et tillæg til den daglige fysiske aktivitet og dermed ikke erstatter behovet for at borgerne også uden for træningen bør tilstræbe en fysisk aktiv hverdag med henblik på bedret sundhed og funktion (jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om daglig fysisk aktivitet).



### 5.3.2.

Afsnittet om at kombinere aerob træning og styrketræning kan misforstås. Det er afgørende at træningen – uanset type – har en dosis og kvalitet, så der opnås en effekt, dvs. et fysiologisk respons. Der er netop fare for, at effekten ikke opnås, hvis man benytter kombinerede (og komplekse) træningsformer. Man kunne skrive at det giver en ”bredere” effekt på funktionsevnen at kombinere de tre nævnte træningsformer.

### 5.3.3

Det ville være fint hvis de tal som angives under intensitet, frekvens og varighed bygger på evidens. Det nævnes i kapitel 3. ”Videns grundlag”, at netop dette område ikke kan baseres på evidens, da den er manglende på dette felt. Men det er ikke helt korrekt. Man kunne med fordel henvise til Sundhedsstyrelsens egen publikation: ”Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling”. Til gengæld er det rigtigt, at det ville føre for vidt i denne sammenhæng, at præsentere intensiteter, frekvenser og varigheder, som der er evidens for er virksomme for alle forskellige sygdomme. Men til gengæld kan man godt henvise til de dokumenter, hvori denne evidens er præsenteret.

De nævnte intensiteter, frekvenser og varigheder synes at være rettet primært mod den aerobe del af træningen. Intensiteter i styrketræning synes ikke at være angivet her. Såfremt det er for detaljerede oplysninger at inddrage bør man henvise til ovenstående dokumenter

### 5.3.3.

Hvad er evidensen for de nævnte holdstørrelser på 6-8 deltagere? Nogle borgere har smerte, som barriere for fysisk aktivitet. Smerte er den hyppigste barriere for fysisk aktivitet hos borgere over 65 år. Disse patienter har større mulighed for succes hvis de kan starte på eget hold, og først senere indgå i et hold med borgere med andre lidelser.

### 5.3.5.

Hvordan skal det sikres, at den sundhedsprofessionelle har de kompetencer som beskrives her? Det fremgår ikke. Generelt for hele dokumentet er det meget variabelt hvordan dette afsnit om kompetencer er udformet. Her under fysisk aktivitet er det fx anbefalet, at man har sparring med en kollega, der har erfaring med patientrettet træning. Her nævnes ingen specifikke uddannelser – kunne det være en person med en idrætsfysiologisk baggrund? Andre steder (fx ernæring) er specifikke uddannelser nævnt (klinisk diætist), mens andre steder igen er nævnt, at et kursus er tilstrækkeligt (tobaksafvæning).



Er der evidens for disse anbefalinger vedrørende de specifikke uddannelsesmæssige kompetencer eller er det mere et fagpolitisk spørgsmål om faggrubeafgrænsninger? Hvordan sikres overgangen rent organisatorisk fra den superviserede træning til træning på egen hånd/i foreningsidrætten? Fra Motion på recept er erfaringerne, at det netop er ved denne overgang, at der er et stort frafald. En mulighed er at forlænge det superviserede træningsforløb med henblik på at forankre motion som en del af hverdagen.

Hvordan sikres samspillet mellem foreningslivet og den superviserede træning? Igen viser erfaringer fra Motion på Recept at dette samspil har været udfordret. På den ene side er foreninger ikke nødvendigvis særligt optagede af, at udbyde tilbud til fysisk inaktive eller kronisk syge, og på den anden side kan MpR-deltagere have svært ved at se sig selv som aktive i de frivillige idrætsforeninger. Samtidig skal det sikres at trænere/instruktører i den frivillige foreningsidræt har de fornødne faglige forudsætninger (sygdomslære, specifikke træningsformer mv) for at kunne modtage og fastholde deltagerne (kronikere).

Og afslutningsvist et par konkrete lægefaglige kommentarer til afsnit 5.2 og afsnit 5.5:

#### 5.2 tobaksafvænnning

Man burde måske slette sætningen *Det er endvidere en selvstændig årsag til øget stressniveau*, for det er ikke helt videnskabeligt afklaret. Til gengæld mangler den vigtigste tobaksrelateret lidelse, nemlig lungecancer, som bestemt skal stå på listen.

Men eller generelt en ganske fin beskrivelse af tobaksafvænningstilbud.

#### 5.5 forebyggende samtaler om alkohol

Man bør slette *og hjerte-kar-sygdomme*, der ikke er negativt sammenhængende med alkohol.

I øvrigt meget fin og konkret beskrivelse af udvælgelseskriterier og selve den forebyggende samtale.

Med venlig hilsen

Andreas Rudkjøbing



**Sundhedsstyrelsen**  
**Planlægning**  
[plan@sst.dk](mailto:plan@sst.dk)

Den 29. februar 2016

### **Høringssvar fra DASYS vedr. anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Høringsudkastet hilses velkomment og har relevans set i et fagligt og uddannelsesmæssigt perspektiv.

Vi har sendt høringsanmodningen til vores medlemmer og har modtaget nedenstående svar fra Fagligt Selskab for Diabetes Sygeplejersker:

#### **Overordnede bemærkninger**

Der er mange positive elementer og gode intentioner, som, hvis de praktiseres, giver borgerne mulighed for at få individuelt tilpassede og relevante tilbud.

Det er i den forbindelse interessant at læse, hvor høje og særdeles relevante krav der stilles til de sundhedsprofessionelles kompetencer i afsnit 6.1. Det følges ikke op i form af anbefalinger til uddannelsesniveau af sundhedsprofessionelle i afsnit 7.1 kvalitetssikring. FS Diabetes anbefaler uddannelse på masterniveau.

Formuleringerne og dermed teksten er generelt af og til tung, uklart formuleret og med meget lange sætninger.

Der er ikke er stringens i forhold til at anvende begrebet borger, hvilket der ellers argumenteres for, at man vil (fx bruges begrebet patienten (s. 34). Det samme gælder, at begrebet 'intervention' bruges, mens det gennemgående begreb ellers er indsats eller handling.

I afsnittet om ernæringsindsats bruges ordet diætbehandling. Det er et negativt og lidt gammeldags ord. Vi foreslår at erstatte det med fx sund mad, således bliver mad ikke en behandling på linje med medicin, men en god livsstil.

#### **Konkrete bemærkninger**

Side 6, sidste afsnit: "'Sygdomsmestring' refererer til en struktureret sundhedspædagogisk indsats, ..."

'Sygdomsmestring' er knyttet til en person og ikke til en indsats...

Side 7, første afsnit er tung tekst, som med fordel kan illustreres med fx et diagram, der viser, hvordan de forskellige omtalte programmer og elementer relaterer til hinanden.

Sidste halvdel af side 7: Det er godt, at mennesker med sammensatte problemstillinger osv. konkret bliver omtalt. De mennesker er dog også de samme, som ofte har svært ved at bevæge sig over afstande (både pga. deres fysiske formåen og pga. økonomi). Dermed kan det være svært at forestille sig, at de mennesker i virkeligheden kan profitere af tilbud, der fx ligger i nabokommunen – med mindre der stilles transport til rådighed for dem. Samtidig beskrives på side 35 under den proaktive fastholdelse, at barrierer – herunder økonomiske – skal mindskes. Vi ser store udfordringer i forhold til at opfylde disse anbefalinger...

Henvi sning til afklarende samtale (s.7) netop fordi de gerne vil give pladsen til en borger der også gerne vil samarbejde om at få det bedre, giver jo trods alt et bedre resultat i den sidste ende. Men det er ikke altid dem der har mest brug for ”interventionen”.

Side 11: Teksten på denne side skrevet på en måde, som signalerer, at det er de sundhedsprofessionelle, der har ”retten” til at vurdere, om en borger skal have et tilbud. Borgeren kan så i dialog med den sundhedsprofessionelle takke ja eller nej. Det samme går igen på side 33. Kan borgeren ikke selv tage initiativ og efterspørge et tilbud...?

Den sundhedspædagogiske tilgang er baseret på de fem elementer, nævnt på side 30 (jævnfør Bjarne Bruun Jensen), og i den kontekst tales der vanligvis også om, at indsatser kan efterspørges eller initieres af borgerne selv. Teksten på side 11 er i det hele taget præget af uklare formuleringer.

Det kan forstås som det er egen læge der henviser, så borgeren skal gennem egen læge gøre opmærksom på M/K ønsker tilbuddet. Så der er i virkeligheden 2 instanser der vurderer om borgeren skal i forebyggelsestilbud? først egen læge, og senere ved den opklarende samtale?

Side 12: Under punktet ”Sygdomsforværring”: Her skal monitorering ikke blot ske vha. symptomer, men også vha. relevante målinger som fx blodglukosemåling.

Under punktet ”Psykosociale forhold”: Det er relevant her også at nævne patientforeninger, som tilbud der kan medvirke til at fastholde livsstilsændringer. Foruden inddragelse af socialrådgiver, bør der også være mulighed for at inddrage psykolog ”... i forhold til aktuelle behov.”

Side 22: I forbindelse med individuel diætbehandling er det positivt at konstatere, at der er opstillet mål med behandlingen.

Det kan undre, at det er det eneste tilbud, hvortil der er opstillet mål.

Mål gør det bl.a. muligt at evaluere, om indsatsen er designet på en hensigtsmæssig måde, eller om der er behov for at justere.

Side 34: Under punktet ”Risikofaktorer”: ”Forebyggelse af risikofaktorer ...” – det er ikke korrekt her at tale om at forebygge risikofaktorer. Dvs. formuleringen skal ændres.

Det er ikke beskrevet, at man selv kan bede om støtte til forandringer. På side 30, hvor der er vist et flow-skema, burde der være en indgang til systemet fra den enkelte borger.

Derudover har DASYS nedenstående kommentarer, der relaterer sig til det uddannelsesmæssige perspektiv:

Dialog med borgeren stiller krav til uddannelse både præ- og postgraduat. Ved gennemgang af høringsudkastet bemærkes følgende:

**Pkt. 5.1.4 Kompetencer side 13 og pkt. 5.3.5 side 21 Kompetencer**

På side 13 angives, at "Undervisningen bør gives af sundhedsprofessionelle (minimum mellemlang videregående sundhedsuddannelse) med specialviden..", men på side 21 angives, at "Den sundhedsprofessioneller bør have kompetencer til kvalificeret at kunne tilrettelægge og supervisere træningen..."

Vi foreslår, at krav til kompetencer er enslydende. Evt. kunne der stå: "... bør gives af sundhedsprofessionelle (minimum på bachelorniveau)..."

**Pkt. 5.2.3 side 16 midt for**

"Ønsker borgeren ikke at stoppe med tobaksbrug, kan en nedsættelse af forbruget foreslås. Nedtrapning bør kun foretages ved samtidig anvendelse af nikotinerstatningsprodukter, **da ubevidste kompensatoriske rygeteknikker mindsker den reelle effekt og fører til en overvurdering af den reelle helbredseffekt.**"

Her er det med rødt fremhævet vanskeligt at forstå i sammenhæng med "Nedtrapning bør kun foretages ved samtidig anvendelse af nikotinerstatningsprodukter,..."

**Pkt. 5.4.5 side 23 Tværfaglighed**

"Ernæringsindsatsen kan ofte med fordel understøttes af et tværfagligt samarbejde med relevante sundhedsprofessionelle, som fx læge, sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut, tandplejer, hjemmeplejer, hjemmesygeplejerske mv."

Vi foreslår, at klinisk diætist nævnes, da klinisk diætist er nævnt tidligere i punktet Ved kostvejledning.

Skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål står DASYS og Fagligt Selskab for Diabetes Sygeplejersker naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen  
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Bent Hoeck  
Næstformand



Sundhedsstyrelsen  
Forebyggelse  
plan@sst.dk

## Høringssvar: Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Albertslund Kommune har modtaget udkast til Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Hermed kommunens høringssvar til anbefalingerne.

Dato: 24. februar 2016  
Sags nr.:  
Sagsbehandler: CGH cgm

Vi vil gerne indledningsvist anerkende arbejdsgruppens arbejde med at udforme anbefalinger med formål at fremme kvalitet og ensartethed af forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Albertslund kommune finder det positivt, at der med anbefalingerne gives dokumentation for tilbud der virker bedst og vurderes som god praksis. På den måde kan kommunen i endnu højere grad målrette og prioritere tilbud.

Albertslund Kommune efterlever på nuværende tidspunkt mange af elementerne i de fem beskrevne tilbud. På både forløbsprogrammer og lær at tackle kurser fokuserer sundhedspersonalet meget på at inkludere sundhedspædagogiske strategier for at opnå den ønskede rehabiliterende effekt hos borgeren.

Antallet af kronisk syge borgere, som henvises til rehabiliterende tilbud bør være højere, således at kommuneren hurtigere kan sætte ind og hjælpe borgere med nye udfordringer relateret til deres kroniske sygdom. Der bør arbejdes mere systematisk på forbedring af almen praksis rolle for at sikre effektiv henvisning.

Det er meget nødvendigt med monitorering og kvalitetssikring af tilbuddene. For at dette skal lykkes er det vigtigt med de nødvendige ressourcer og kompetencer til at sikre systematik, således at tilbuddene kan evalueres med henblik på løbende forbedringer af praksis.

Med venlig hilsen

  
Niels Carsten Bluhme  
Områdedirektør By, Kultur, Miljø & Beskæftigelse

**BØRN, SUNDHED &  
VELFÆRD**

**Sundhed, Pleje & Omsorg**

Albertslund Kommune  
Nordmarks Allé 1  
2620 Albertslund

albertslund@albertslund.dk  
T 43 68 68 68

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** Merete Bach <mebac@slagelse.dk>  
**Sendt:** 2. marts 2016 09:50  
**Til:** SST Plan  
**Emne:** Slagelse Kommune - Høring: Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom - Frist d. 29/2-16

**Sag:** 1-1010-185/6  
**Sagsdokument:** 2884264

Høringssvar fra Slagelse Kommune vedr. "Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom":

Anbefalingerne giver en god vejledning, ramme og retning for tilbuddene til borgere med kronisk sygdom eller i risiko for at udvikle sygdom.

Venlig hilsen

**Merete Bach**  
Virksomhedsleder



Center for Sundhed og Omsorg  
Forebyggelse  
Torvegade 15  
4200 Slagelse

Dir. tlf: 58 57 44 35  
Mobil: 24 25 58 40  
[www.slagelse.dk](http://www.slagelse.dk)

EAN: 5798007389833

---

**Fra:** SST Plan [<mailto:Plan@SST.DK>]

**Sendt:** 29. januar 2016 15:04

**Til:** Center for Forebyggelse i praksis; Dansk Selskab for Almen Medicin; Dansk Selskab for Folkesundhed; Dansk Selskab for Fysioterapi; Dansk Selskab for Klinisk Ernæring ([dske@dske.dk](mailto:dske@dske.dk)); Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; Dansk Sygepleje Selskab; Dansk Sygeplejeråd; Danske Fysioterapeuter; Danske Patienter; Danske Regioner; Ergoterapeutforeningen; Ergoterapifaglige Selskaber; Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne; Foreningen af Kliniske Diætister; KL; Komiteen for Sundhedsoplysning; Kost- og Ernæringsforbundet; Lægeforeningen; Lægevidenskabelige Selskaber; Praktiserende Lægers Organisation (PLO); Social- og Indenrigsministeriet; Socialstyrelsen; DEP Sundheds- og Ældreministeriet; Region Hovedstaden; Region Midtjylland; Region Nordjylland; Region Sjælland; Region Syddanmark; Albertslund Kommune ([albertslund@albertslund.dk](mailto:albertslund@albertslund.dk)); Allerød Kommune ([kommunen@alleroed.dk](mailto:kommunen@alleroed.dk)); Assens Kommune ([assens@assens.dk](mailto:assens@assens.dk)); Ballerup Kommune ([balkom@balk.dk](mailto:balkom@balk.dk)); Billund Kommune ([kommunen@billund.dk](mailto:kommunen@billund.dk)); Bornholms Regionskommune ([post@brk.dk](mailto:post@brk.dk)); Brøndby Kommune ([brondby@brondby.dk](mailto:brondby@brondby.dk)); Brønderslev Kommune ([raadhus@99454545.dk](mailto:raadhus@99454545.dk)); Dragør Kommune ([dragoer@dragoer.dk](mailto:dragoer@dragoer.dk)); Egedal Kommune ([kommune@egekom.dk](mailto:kommune@egekom.dk)); Esbjerg Kommune ([raadhuset@esbjergkommune.dk](mailto:raadhuset@esbjergkommune.dk)); Fanø Kommune ([raadhuset@fanoe.dk](mailto:raadhuset@fanoe.dk)); Favrskov Kommune

## **Odense Kommunes høringssvar vedr. Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**

Hermed fremsendes høringssvar fra Odense Kommune vedr. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Høringssvaret består dels af generelle kommentarer og dels af specifikke bemærkninger til de enkelte elementer i høringsoplægget.

### **Generelle kommentarer**

Generelt er anbefalingerne et godt støttemateriale til ledelse og medarbejdere, der arbejder med forebyggelse til borgere med kronisk syge. Det er prisværdigt, at indsatserne tænkes bredt og også indbefatter uddannelse og beskæftigelse, som anført i pkt. 1.4.

Odense Kommune er enig i, at indsatser skal ske på baggrund af en konkret henvisning fra egen læge eller sygehus som et led i et patientforløb. Anbefalingen kunne med fordel indeholde anvisninger om eventuel tilbagemelding til henvissende instans – eksempelvis almen praksis. På den måde kan læge eller sygehus tage højde for det videre forløb ved årskontroller osv.

I anbefalingen bør det fremgå, at lovgrundlaget for anbefalingerne er sundhedslovens § 119. Såfremt anbefalingerne er tænkt at dække flere områder i Sundhedsloven bør det også fremgå. Årsagen til dette er, at det skal være tydeligt, hvornår borgeren modtager en forebyggende indsats eller en delegeret behandling.

Odense Kommune anerkender behovet for større ensartethed blandt kommunerne på området men finder dog, at dette bedre opnås gennem lovgivning på området, så der også (via DUT) sikres et finansieringsgrundlag til at varetage kommunale forebyggelsestilbud.

En svaghed ved anbefalingen er, at der lægges op til indsatser, hvor evidens er lille (se uddybning i specifikke kommentarer 3. Vidensgrundlag).

I anbefalingerne bør det være meget tydeligt, hvem der har ansvar for opfølgning. Det optimale og mindst ressourcetunge vil være at opfølgninger følger de aftalte (års)kontroller hos almen praksis/sygehusafdeling.

I anbefalingerne kapitel 5 er der flere steder skrevet om tværfaglighed. Disse afsnit kan opdateres i forhold til nutidige professionsbetegnelser, mens platformen for det tværfaglige samarbejde og karakteren af samarbejdet bør foldes mere ud – fx via et selvstændigt afsnit om det tværfaglige samarbejde.

Det kan tydeliggøres, at alle KRAM faktorer skal tænkes ind i alle indsatsområderne i kapitel 5, da de alle er eller kan være indbyrdes forbundne.

Flere steder peges på pårørendeinddragelse, hvilket er positivt, da der er evidens for effekten heraf. Odense Kommune anvender dog også begrebet "significant others", som er lidt bredere og dækker netværket omkring den enkelte borger (fx en

nær ven, arbejdspladsen, etc., da pårørende i visse tilfælde også kan være en hindring i forhold til eksempelvis livstilsændringer).

## Specifikke kommentarer

### 3. Vidensgrundlag

Afsnittet om vidensgrundlag fylder meget, og budskabet er, at der grundlæggende ikke findes evidens. Det bør overvejes, om man kan graduere indsatserne ift. evidensgrundlaget. Fx grundniveau og et udviklingsniveau, eller benytte evidensgrad, som det sker i de kliniske retningslinjer, eller på anden måde kan synliggøre, hvor der er tale om evident viden, og hvor der er tale om best practice. Det vil derved være et bedre værktøj for kommunerne i forhold til prioritering, monitorering og planlægning af indsatser.

### 4. Henvisning til kommunale tilbud

SOFT-portalen har visse problemer i forhold til opbygning, og der bør fremover være kriterier for, hvad en henvisning som minimum skal indeholde, med faglige minimumskrav. En henvisningsskabelon kan med fordel udvikles nationalt med in-volvering af PLO, sygehuse og kommuner.

### 5. Indhold i forebyggelsestilbud

#### 5.1. Sygdomsmestring

Det anbefales, at målgruppen i anbefalingen udvides til borgere, der er i risiko for at udvikle en kronisk sygdom (fx prædiabetes, nedsat lungefunktion og sindslidende). Det er de samme indsatser, der skal tilbydes, og kommunerne har et ansvar i forhold til forebyggelse for begge målgrupper. På side 4 i andet afsnit (indledningen) fremgår det, at indsatser også kan tilbydes raske borgere. Der bør således være stringens i anbefalingen.

Der stilles store krav til undervisernes kompetencer – blandt andet specialviden om den pågældende kroniske sygdom erhvervet ved kompetenceudvikling (5.1.4). Det er væsentlig, at medarbejderne kender egne kompetencer og ved, hvornår den behandlende læge skal involveres, fx ift. bivirkninger ved medicin.

#### 5.2 Tobaksafvænnning

Rygeafvænningsmedicin ordineres af en læge og er en lægefaglig behandlingsopgave, som ikke hører under kommunale forebyggelsestilbud. E-cigaretter kan også nævnes i afsnit 5.2.1.

Kontrol af inhalationsteknik er en lægefaglig opgave eller noget, der tilbydes af apotekerne, og dette har ikke tidligere været en kommunal forebyggelsesopgave og hører næppe under sundhedslovens §119s rammer. Denne opgave kan jf. sundhedsloven delegeres til hjemmesygepleje som opfølgning på en behandling.

#### 5.3 Fysisk træning

I afsnittet om fysisk træning bør der være et større fokus på fastholdelse af nye vaner. Træning på 8-12 uger giver kun kortvarig effekt. Er der tale om at påvirke

den kroniske sygdom, så må målet være, at borgeren fastholder nye motionsvaner. Dette fokus på overførbare til borgerens liv mangler i afsnittet, og dette fokus må anses for det væsentligste. Derfor kan det også være svært at pege på et bestemt tidsinterval, hvilket heller ikke stemmer overens med, at den forebyggende indsats skal være baseret på borgerens individuelle behov. Forløbet bør bero på en konkret individuel vurdering.

#### **5.4 Ernæringsindsats**

Når det er en anbefaling målrettet kommunen, er det vigtigt, at der præcist skelnes mellem behandling (diætbehandling), patientrettet forebyggelse (ernæringsfaglig indsats) og forebyggelse (vejledning?) til raske personer. Det fremgår, at der enten kan gives en diætbehandling (patient der skal behandles), eller at man skal have vejledning (rask).

Udkastets ambitiøse indhold vil medføre, at Odense Kommune og mange andre kommuner skal prioritere ansættelse af fagpersoner med kompetencer inden for individuel diætbehandling (diætister). Det er en ambitiøs målsætning, og den vil kræve ekstra økonomiske ressourcer. Såfremt denne opgave fremover skal varetages i en kommune, flytter man en opgave fra regionerne til kommunerne.

En individuel diætbehandling ordineres ifølge den nationale kosthåndbog af en læge/sygehus og er et led i behandlingen, som iværksættes på grund af en diætkrævende sygdom med det formål at genoprette en tilfredsstillende ernæringstilstand (definition fra den nationale kosthåndbog, som der henvises til). Denne definition stemmer ikke overens med det, der er beskrevet i anbefalingen.

I den patientrettede forebyggelse i kommunerne ses mange borgere, der ikke har behov for diætbehandling, men som har behov for en ernæringsfaglig indsats målrettet borgerens livsstil. Denne ernæringsfaglige indsats kan bero på sundhedsstyrelsen anbefalinger Små skridt, og man kan med fordel benytte sig af de sundhedspædagogiske virkemidler i en gruppedynamik. Det anbefales derfor, at Sundhedsstyrelsen ændrer sin definition af ernæringsindsats, idet der i Sundhedsstyrelsens definition af ernæringsindsats ikke er en beskrivelse af en ernæringsfaglig indsats – i definitionen beskrives diætbehandling som en målrettet indsats til patienter og kostvejledning målrettet raske borgere.

I beskrivelse af faggrupper under tværfaglighed er kun medtaget de traditionelle faggrupper. Der er flere andre relevante uddannelser – fx bachelor i ernæring og sundhed. Hjemmeplejer benævnes SOSU personale.

Platform for det tværfaglige samarbejde og karakter af samarbejde er ikke tydelig.

Noten side 20 (15). termen "diætbehandling" er typisk målrettet borger – må være en tastefejl idet diætbehandling er behandling og målrettet patienter

#### **5.5 Forebyggende samtale om alkohol**

Der er ikke evidens for forebyggende samtale (Brief-Intervention) i en kommunal kontekst. Den primære evidens stammer fra Almen Praksis, og der er usikkerhed



omkring, hvorvidt evidensen kan ekstrapoleres til andre kontekster såsom sundhedscentre. Ift. borgere med kronisk sygdom bør kommunerne kun tilbyde tilbud, der er evidens for. I alkoholbehandlingen er der lægelig opbakning, hvilket ikke altid er tilfældet i et sundhedscenter. Odense Kommune vurderer, at det er for sårbart at tilbyde denne målgruppe forebyggende samtale om alkohol med udgangspunkt i det nuværende evidensgrundlag.

Odense Kommune mener, at man med fordel kan gennemføre tidlig opsporing af alkoholproblemer hos borgere med kronisk sygdom.

## **6.0 Samarbejde med borgeren**

Afsnittet bør flyttes frem til afsnit 4 eller 5, da samarbejde med borgeren er grundlaget for hele indsatsen.

Afsnittet kan generelt strammes op. Der bør være en stringens i forhold til, om man anbefaler bestemte metoder eller ikke gør det ex (PROM) eller om man udlader andre (MI).

Det kan undre, at der ikke er en anbefaling vedrørende Motivational Interviewing (MI) som metode, idet der (som en af de eneste) er evidens for denne metode.

### **Afsnit 6.5.**

SMS: Er dette blot en anbefaling, eller er der evidens for, at fx sms virker. Det kan blive en stor opgave, såfremt alle frafaldne skal kontaktes efter et par måneder. Her anbefales det, at det er lægen/henviser, der ved de ordinære kontroller følger op på årsagen til at borgeren stoppede. Henviser (fx AP) bør informeres om, at borgeren ikke har fuldført.

## **7. Monitorering**

Under monitoreringen (7.2) kan anføres

- oplysninger om etnicitet, (kræves der særlige tilbud der tager hensyn til kulturelle og sproglige forhold).
- registreres hvem den henvisende instans er.

Hvor meget skal man have deltaget for at have gennemført et kursus. Hvordan forstiller man sig at beregne antallet, der får tilbuddet, i forhold til den samlede population, der kunne have gavn af tilbuddet?

Det anbefales, at der igangsættes et arbejde med at udvikle fælles standarder eller et fælles fagsystem til registrering og datatræk. Det kunne understøtte en ensartet registrering på tværs af kommunerne.

Der er stor forskel på monitorering og kvalitetsopfølgning. Hvad vil man her? Der er ikke nødvendigvis kvalitetssikring med de parametre, man måler på (anbefaler).

Hvad er årsagen til at netop PROM nævnes? Mange kommuner bruger andre evidente metoder end PROM, fx SF12.

Venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Heidi Juul Madsen', with a long horizontal flourish extending to the right.

Heidi Juul Madsen  
Sundhedschef

Direkte tlf. +4565511317

E-mail: [hehj@odense.dk](mailto:hehj@odense.dk)

## Janni Stauersbøll Kramer

---

**Fra:** DASYS <dasys@dasys.dk>  
**Sendt:** 2. marts 2016 13:51  
**Til:** SST Plan  
**Cc:** formand Margit Roed (margit.roed.heman@regionh.dk); Bente Hoeck (bhoeck@health.sdu.dk); Inge Jekes  
**Emne:** Bemærkninger til Høringssvar fra DASYS - vedr. anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom - eftersendelse

**Sag:** 1-1010-185/6  
**Sagsdokument:** 2885673

Til SST

Til det først indsendte høringssvar fra DASYS vil vi gerne tilføje følgende bemærkninger til anbefalingerne, som vi har fået fra **Fagligt Selskab fra Sygeplejersker i Kommunerne**:

*Som udgangspunkt synes jeg det er nogle hensigtsmæssige anbefalinger. Dog savner jeg vægt på det sammenhængende og nære borgerforløb/sundhedsvæsen. Endvidere synes jeg godt anbefalingerne kunne pege på nye muligheder i form af telesundhed, hvor der er meget oplagt at arbejde med forebyggende med netop disse anbefalinger (sundhedspædagogik, medicin, mestring af sygdom, alkohol, ernæring, fysisk træning osv.). Det er måske mere nærliggende, at en eks. terapeut kobler en gruppe borgere på sin skærm, som så kan træne med i egen stue fremfor at samle dem i en park.*

DASYS håber, at I vil medtage ovenstående.

Med venlig hilsen

**Helle Johnsen**

Dansk Sygepleje Selskabs sekretariat



Tlf. 4695 4155  
Sankt Annæ Plads 30,  
DK-1250 København K  
[dasys@dasys.dk](mailto:dasys@dasys.dk) [www.dasys.dk](http://www.dasys.dk)

---

**Fra:** Helle Johnsen  
**Sendt:** 1. marts 2016 12:57  
**Til:** [plan@sst.dk](mailto:plan@sst.dk)  
**Cc:** Bente Hoeck ([bhoeck@health.sdu.dk](mailto:bhoeck@health.sdu.dk)) <[bhoeck@health.sdu.dk](mailto:bhoeck@health.sdu.dk)>; formand Margit Roed ([margit.roed.heman@regionh.dk](mailto:margit.roed.heman@regionh.dk)) <[margit.roed.heman@regionh.dk](mailto:margit.roed.heman@regionh.dk)>; Diabetes Mette Glindorf <[mgli@steno.dk](mailto:mgli@steno.dk)>  
**Emne:** Høringssvar fra DASYS vedr. anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

**Til Sundhedsstyrelsen**

**Høringssvar fra DASYS vedr. anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom**

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar.  
Høringssvaret er vedhæftet.

**Med venlig hilsen**

**Helle Johnsen**

Dansk Sygepleje Selskabs sekretariat



Tfl. 4695 4155  
Sankt Annæ Plads 30,  
DK-1250 København K  
[dasys@dasys.dk](mailto:dasys@dasys.dk) [www.dasys.dk](http://www.dasys.dk)

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
Plan@sst.dk

ForvaltningsserviceSSB  
Toftevej 43, 9440 Aabybro  
Tlf.: 7257 7777 Fax: 7257 8888  
www.jammerbugt.dk

Find [selvbetjeningsløsninger](#) og [kontaktoplysninger](#) på vores hjemmeside

Dorte Rosendal Meier  
Direkte 4191 1885

19-02-2016  
Sagsnr.: 29.30.08-G01-19-16

## **Høringssvar til Sundhedsstyrelsen vedrørende Udkast til anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.**

Jammerbugt Kommune har den 29. januar 2016 modtaget høringsversion af Anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

Oplægget har været behandlet i Social- og sundhedsudvalget den 1. marts 2016.

Da anbefalingerne harmonerer godt med den måde Jammerbugt Kommune allerede arbejder på, og den måde tilbuddene ønskes videreudviklet på, godkendes planen. Dog med de kommentarer, som er angivet nedenfor.

I afsnit 5.1.3 – andet afsnit, skriver I i anbefalingerne, at kommunerne bør følge op hver 3.-6. måned. I Jammerbugt Kommune følger vi ikke op med faste intervaller, og tænker, at dette er en opgave, der ligger hos almen praksis.

I skriver i kapitel 5.2.2 – første afsnit vedrørende tobaksafvænning, at økonomisk støtte til brug af rygeafvænningsmedicin øger stopraten. Denne økonomiske støtte ikke en praksis i Jammerbugt Kommune, men vi støtter med NADA – øreakupunktur.

I sidste afsnit i kapitel 5.2.2 angiver I en række metoder og tilgange, som bør bringes i spil i forhold til tobaksafvænningen. Vi ser ikke noget nyt i dette afsnit, idet disse svarer til de retningslinier der følges nu, og det rygestopinstruktørerne er blevet uddannet til i forhold til konceptet i Kræftens Bekæmpelse. Herunder kan det tilføjes, at vores instruktører endvidere er NLP practioners.

I anbefaler i kapitel 5.4.3. – første afsnit vedrørende borgere i diætbehandling, at borgere med kroniske, ofte progredierende sygdomme kan have behov for regelmæssig opfølgning resten af livet. I Jammerbugt Kommune har vi ikke livslange tilbud. Kunne formuleringen ændres i anbefalingerne.

I forhold til afsnittet omkring ernæringsindsats beskriver I hvilket faglige niveau der anbefales. Kunne der ikke blot tilføjes, at professionsbachelor er dækkende.

I kapitel 7 omkring monitorering og kvalitetssikring er Jammerbugt Kommune enige i, at dette giver et godt grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling. Der bør dog i sammenhæng hermed være fokus på den kommunale planlægning, eksempelvis således at evalueringerne kan foretages som stikprøver, intensivt i perioder og herefter hvilende i perioder etc.

Jammerbugt Kommune godkender anbefalingerne, med de få kommentarer, som er angivet ovenfor. Endelig roses høringsudkast, idet materialet både er velbeskrevet og samtidig meget anvendelig og handlingsorienteret for kommunerne.

Jammerbugt Kommune vil gerne understrege, at det er ønskeligt, at der følger midler med, når det eksempelvis anbefales at der gratis udleveres substitutionsprodukter og når antallet af kroniker grupper udvides, idet dette får betydning for den kommunale økonomi på den korte bane.

Med venlig hilsen

På vegne af Social- og Sundhedsudvalget

Ejler Winkel  
Formand for Social- og Sundhedsudvalget