



KVALITETSSIKRING AF  
PATIENTUDDANNELSE

2012



## Kvalitetssikring af patientuddannelse

© Sundhedsstyrelsen, 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: patientuddannelse, kvalitetssikring, sundhedspædagogik, kompetence, evaluering

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 10. december 2012

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-422-5

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2012.

## Forord

Borgere med kronisk sygdom vil gerne være aktive, have handlemuligheder og kontrol og på den måde tage et medansvar for behandlingen af deres kroniske sygdom. I den forbindelse har også sundhedsvæsenet et ansvar for i et aktivt samspil med borgeren at understøtte og udvikle dennes kompetencer til at mestre livet med sygdommen mv.

Dette tilgodeser også det potentielt kraftigt stigende behov for sundhedsydelse, som er resultatet af den demografiske udvikling, hvor der ses en stadig større andel af ældre, men også et større antal borgere, der lever med kronisk sygdom. Det er en udfordring for sundhedsvæsenet, dels af økonomiske grunde og dels på grund af de begrænsede personaleressourcer, der følger af samme demografiske udvikling.

Behovet for sundhedsydelser afhænger også af, hvordan borgernes funktionsevne påvirkes af sygdommen, og borgernes ressourcer og muligheder for egen indsats i den forbindelse. Det er derfor sundhedsvæsenets ansvar at kunne identificere disse borgere og at have differentierede forventninger og tilbud, der matcher forskellige behov og forudsætninger.

Sundhedsvæsenets tilbud om patientuddannelse kan, set i dette lys, understøtte borgere med kronisk sygdoms handlekompetence og evne til at kunne mestre livet med kronisk(e) sygdom(me), selvom der fortsat er områder indenfor patientuddannelse, hvor der er behov for mere viden.

I de senere år er der gjort en stor indsats i regioner og kommuner for at udvikle og afprøve patientuddannelsesprogrammer, og en større udbredelse er undervejs. Det er i den forbindelse afgørende, at den tilbudte patientuddannelse har den fornødne indholds- og læringsmæssige kvalitet og tilbydes til de rette borgere på det rette tidspunkt.

I nærværende publikation giver Sundhedsstyrelsen en række anbefalinger til at arbejde med systematisk kvalitetssikring af patientuddannelse baseret på aktuel viden og evidens og på de foreløbige erfaringer i regioner og kommuner. Publikationen er version 1.0 som bidrag til den løbende udvikling på feltet.

Publikationen er rettet til administrative og faglige ledere i regioner (sygehuse og almen praksis) og kommuner samt til sundhedspersonale og andre faglige aktører over alt i landet, der deltager i arbejdet og udviklingen af patientuddannelse.

Tak til fagpersoner, regioner og kommuner for deres aktive deltagelse og bidrag.

Sundhedsstyrelsen  
December 2012

Else Smith  
Administrerende direktør

Jette Jul Bruun  
Enhedschef

# Indhold

<b>1</b>	<b>Baggrund</b>	<b>6</b>
1.1	Formålet med rapporten	7
1.2	Udarbejdelse af rapporten	7
<b>2</b>	<b>Om udviklingen af patientuddannelsesprogrammer</b>	<b>8</b>
2.1	Patientuddannelsesbegrebet	8
2.1.1	Om udarbejdelse af patientuddannelsesprogrammer	9
2.1.2	Teoretisk grundlag for patientuddannelse	9
2.1.3	Forankring og samarbejde om patientuddannelse	10
2.2	Patientuddannelse i Danmark	12
2.2.1	Nuværende typer af patientuddannelsesprogrammer	12
2.2.2	Tilrettelæggelse af fremtidige programmer for patientuddannelse	13
<b>3</b>	<b>Anbefalinger for kvalitetssikring af patientuddannelse</b>	<b>15</b>
3.1	3.1 Kvalitet og kvalitetssikring	15
3.2	Målgruppe	16
3.2.1	Kvalitetssikring	16
3.2.2	Uddybning	16
3.3	Fagligt indhold	18
3.3.1	Kvalitetssikring	18
3.3.2	Uddybning	18
3.4	Pædagogiske rammer	19
3.4.1	Kvalitetssikring	19
3.4.2	Uddybning	20
3.5	Organisatoriske rammer	21
3.5.1	Kvalitetssikring	21
3.5.2	Uddybning	22
3.6	Kompetencer	24
3.6.1	Kvalitetssikring	24
3.6.2	Uddybning	24
3.7	3.7 Mål, evaluering og monitorering	25
3.7.1	Kvalitetssikring	25
3.7.2	Uddybning	26
<b>4</b>	<b>Bilagsoversigt</b>	<b>28</b>

## Rapportens opbygning

I kapitel 1 beskrives baggrund og formål samt rapportens kobling til projekter indenfor puljen til en forstærket indsats for kronisk sygdom.

Kapitel 2 giver en introduktion til patientuddannelsesbegrebet og omtaler kort den hidtidige udvikling i Danmark og fremtidige tendenser. Kapitlet afsluttes med en præsentation af rammerne for den fremtidige tilrettelæggelse af patientuddannelsesprogrammer i kommuner og regioner, baseret på en nærmere beskrevet matrix for patientuddannelse.

Kapitel 3 indledes med et kort afsnit om betydningen af kvalitet i sundhedsvæsenet og omhandler herefter Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kvalitetssikring af hvert af de elementer, der jf. nævnte matrix vurderes at være obligatoriske for et patientuddannelsesprogram. Efter hver anbefaling følger en begrundelse for, og en uddybning af, hvordan der kan arbejdes med anbefalingen.

Endelig omtales i bilag 1-3 konklusioner fra Sundhedsstyrelsens MTV om patientuddannelse, en række møder afholdt i forbindelse med udarbejdelsen af denne rapport samt en kort omtale af Sundhedsstyrelsens ICF klassifikation.

# 1 Baggrund

Som led i regeringens kvalitetsreform og på baggrund af finansloven for 2009 og økonomiaftalerne for 2009 og 2010 har regeringen afsat 590 mio. kr. til en forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme i perioden 2010-2012. I den forbindelse har regioner og kommuner kunnet ansøge om støtte fra en pulje vedrørende forløbsprogrammer og regioner tillige fra en pulje vedrørende patientuddannelse og egenbehandling.

Fra puljen vedrørende patientuddannelse er støttet initiativer, der i særlig grad blev vurderet at kunne fremme *”kvalitetssikring og koordinering af patientuddannelsesprogrammer (sygdomsspecifikke og generelle), der vedrører indsatsen i både regionen og flest mulige af kommunerne i regionen”*.

Sundhedsstyrelsen skal samtidig bidrage med en række opgaver vedrørende udvikling, videndeling og monitorering af indsatsen på kronikerområdet. I denne forbindelse er det anført, at Sundhedsstyrelsen *”I forlængelse af bl.a. Sundhedsstyrelsens MTV-rapport om patientuddannelse (udgivet dec. 2009)”* skal udarbejde *”vejledning af regioner og kommuner om kvalitetssikring mv. af patientuddannelse”*. Sundhedsstyrelsen har under projektet *”Forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom”* på den baggrund igangsat arbejdet med *”Kvalitetssikring af patientuddannelse”*.

MTV-rapportens formål var bredt at belyse dokumentationen og kritisk at vurdere patientuddannelse<sup>1</sup> med henblik på at give et velfunderet beslutningsgrundlag samt pege på muligheder, begrænsninger og barrierer for den fremtidige tilrettelæggelse af patientuddannelse.

I den forbindelse blev det besluttet at se på sygdomsspecifik patientuddannelse for diabetes og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) samt på generelle patientuddannelser, dvs. patientuddannelser på tværs af diagnoser. Blandt de generelle modeller var det især studier vedrørende *”Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)”* udviklet på Stanford-universitetet i Californien, der blev inkluderet. I dansk sammenhæng svarer det til *”Lær at leve med kronisk sygdom”*, der er en dansk version af dette program. Analysen hviler på videnskabelige studier af høj kvalitet udvalgt på baggrund af systematiske og kritiske litteraturgennemgange.

Patientuddannelser i regi af patientforeninger blev ikke medtaget i analysen.

I MTV'en om patientuddannelse blev det ud fra ovenstående konkluderet, at:

*der generelt mangler en større indsigt i patientuddannelser, både hvad angår indhold, sundhedspædagogiske metoder, virkningsmekanismer, målgrupper, organisering samt effektmåling og behov for monitorering*

og at:

*dette kræver en struktureret, tværfaglig indsats inden for forskning og kvalitetsudvikling med vidensdeling på tværs af stat, regioner og kommuner.*

Videre skal forskningsindsatsen:

---

<sup>1</sup> Gruppebaseret, der kan indeholde individuelle forløb.

være tværvideenskabelig med inddragelse af både kvantitativ og kvalitativ forskning, og der efterlyses store velgennemførte studier, som har en længere tidshorisont end 1-2 år.

MTV'ens konklusioner og rådgivning i øvrigt er resumeret i rapportens bilag 1.

I forbindelse med nærværende opgave blev der på denne baggrund udarbejdet en "matrix for patientuddannelse". Denne matrix består af en række elementer fælles og centrale for udarbejdelsen af patientuddannelsesprogrammer og dermed for kvalitetssikringen af sådanne. Den afbildes og omtales nærmere i afsnit 2.2.2.

## 1.1 Formålet med rapporten

Formålet med denne rapport er at vejlede kommuner og regioner om kvalitetssikring af patientuddannelse.

I rapporten beskrives forudsætninger og anbefalinger for at understøtte kvalitetssikring af generel og sygdomsspecifik patientuddannelse i kommuner og regioner baseret på Sundhedsstyrelsens MTV om patientuddannelse og på anden foreliggende viden. Dette gøres i erkendelse af, at der, i takt med der kommer mere viden og dokumentation på området, løbende vil være mulighed for også at kvalitetsudvikle indsatsen.

Hensigten er således også at understøtte den igangværende udvikling af patientuddannelse, hvor sundhedsvæsenet generelt giver borgere med kronisk sygdom kompetencer til stigende grad af inddragelse og aktiv deltagelse i forebyggelse og behandling af deres sygdom(me). Dvs. styrker borgerne i at opnå handlekompetencer og til at mestre livet og dagligdagen med kronisk sygdom. I den forbindelse vil rapporten også have fokus på, at borgere med kronisk sygdom skal understøttes med differentierede tilbud som følger af forskelle i præferencer, mål, behov og forudsætninger.

## 1.2 Udarbejdelse af rapporten

En række af de projekter, der er blevet igangsat indenfor kronikerpuljen, omhandler netop "fremme af kvalitetssikring og koordinering af uddannelsesprogrammer (sygdomsspecifikke og generiske) der vedrører indsatsen både i regionen og flest mulige af kommunerne i regionen". Mange af projekterne er fortsat i gang. For at få så megen aktuel viden om området udbredt og inkluderet i udarbejdelsen af denne rapport, har der i projektperioden været afholdt en række ERFA-møder med deltagelse af nøglepersoner fra kommuner og regioner (se rapportens bilag 2).

Derudover har Sundhedsstyrelsen i begyndelsen af 2012 afholdt workshops om patientuddannelse, ligeledes med deltagelse af nøglepersoner fra regioner og kommuner, hvoraf nogle af deltagerne efterfølgende har bidraget med skriftlige bidrag og kommentarer (se bilag 2).

Såvel ERFA-møder som workshops har taget udgangspunkt i den tidligere nævnte matrix for patientuddannelse (se afsnit 2.2.2).

## 2 Om udviklingen af patientuddannelsesprogrammer

### 2.1 Patientuddannelsesbegrebet

Patientuddannelse er en intervention blandt flere, der har til formål at styrke patienternes egenomsorg, handlekompetence og autonomi og dermed forbedre deres helbredsstatus og livskvalitet og gøre dem i stand til på bedst mulig måde at leve livet med kronisk sygdom. Patientuddannelse skal også bibringe patienterne en forståelse af sygdommen og dens behandling og omfatter også indøvning af nødvendige færdigheder. Patientuddannelse er en kontinuerlig proces og en integreret del af den øvrige behandling. Patientuddannelse foregår normalt i et aktivt samspil mellem patient og sundhedsprofessionelle.

Patientuddannelse defineres her som:

**Patientuddannelse:**  
**Et struktureret uddannelsesforløb, rettet individuelt eller til grupper af patienter og eventuelt pårørende. Uddannelsen kan være sygdomsspecifik, rettet til patienter med en given sygdom/ tilstand eller generel, rettet til patienter/ borgere med forskellige sygdomme/ tilstande.**

#### *Sygdomsspecifik patientuddannelse*

Gruppebaseret/ individuel patientuddannelse indenfor en specifik kronisk sygdom, hvor uddannelsen sigter på at give patienten en forståelse af den konkrete sygdoms nærmere karakter og dens behandlings- og forebyggelsesmuligheder. Uddannelsen sigter også på at give patienten praktisk viden og kompetencer til at mestre sygdommen og livet med kronisk sygdom<sup>2</sup>. Her indgår også mulighederne for egenbehandling og monitorering af sygdommen i et aktivt samspil med sundhedsvæsenet.

#### *Generel patientuddannelse*

Gruppebaseret patientuddannelse på tværs af diagnoser/ tilstande, hvor der er fokus på generelle temaer omkring livet med en kronisk sygdom. Det vil sige livsstilsændringer og psykologiske og sociale forhold, herunder også arbejdsmæssige forhold mv. der påvirkes i mødet med sygdom. Hovedvægten lægges hermed på, at patienten tilegner sig kompetencer til at mestre sygdom og symptomer og de problemer, der opstår som følge af kronisk sygdom/ tilstanden.

Endelig er der borgere med kronisk sygdom, som ikke vil kunne tilgodeses gennem de her nævnte former for patientuddannelse, men har behov en særlig støtte gennem et mere **intensiveret patientuddannelsesstilbud** i en afgrænset periode.

Patientuddannelse er en del af den patientrettede forebyggelse<sup>3</sup> og vil ofte indgå som en del af rehabiliteringen<sup>4</sup> af mennesker med kronisk sygdom – dels som selvstændigt element, dels integreret i øvrige elementer i rehabiliteringsindsatsen.<sup>5</sup>

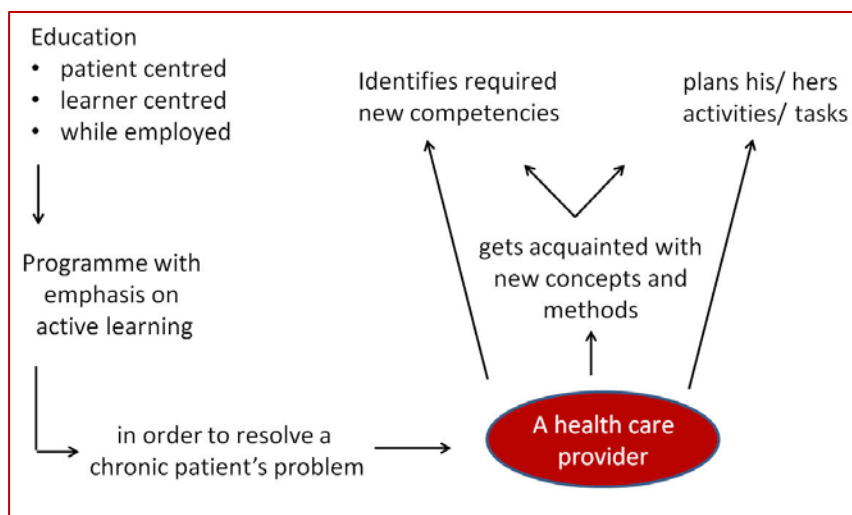
<sup>2</sup> Grøn L et al. Egenomsorg og patientuddannelse i grænsefladen mellem medicin og humaniora. DSI Rapport 05. 2012

<sup>3</sup> Sundhedsloven § 119.



### 2.1.1 Om udarbejdelse af patientuddannelsesprogrammer

I 1998 beskrev en arbejdsgruppe under WHO terapeutisk patientuddannelse.<sup>6</sup> I erkendelse af, at der ikke forelå standarder for hverken planlægning, implementering og evaluering af patientuddannelse, fremhævede arbejdsgruppen nedenstående basale principper for patientuddannelse:



**Figur 1: Network of basic educational principles (WHO 1998)**

Arbejdsgruppen efterlyste standarder på området og pegede på vigtige punkter som systematik, struktur, patientinddragelse, herunder inddragelse af patienternes behov og sammenhængen til livet i øvrigt. Ligeledes blev fremhævet læring og læringsmål samt kompetencerne hos de, der underviste patienterne. Det er generelle forudsætninger for, at sundhedsvæsenet efterfølgende vil kunne tilbyde formaliserede patientuddannelsesprogrammer, der både forholder sig til udbyttet for patientgruppen og til kvaliteten af uddannelsesprogrammet som helhed (se figur 1).

Disse generelle forudsætninger er der ikke efterfølgende blevet arbejdet systematisk med i Danmark. Et forhold som også Sundhedsstyrelsens MTV om patientuddannelse pegede på i rapporten fra 2009.

### 2.1.2 Teoretisk grundlag for patientuddannelse

Forskellige former for indsatser understøtter patientens muligheder for egenomsorg/egenbehandling og kan på forskellig vis indgå i patientuddannelse.<sup>7</sup>

<sup>4</sup> L 74 Forslag til Sundhedsloven. Bemærkninger til lovforslaget. Kapitel 39 §141, 2005.

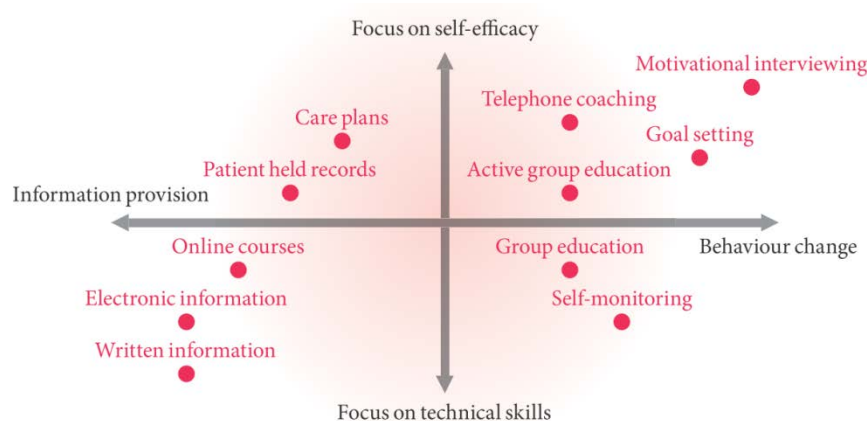
<sup>5</sup> Se Sundhedsstyrelsens og det nationale begrebsråds definition af rehabilitering (<http://begrebsbasen.sst.dk>)

<sup>6</sup> Therapeutic Patient Education. Continuing Education programmes for Health care Providers in the Field of prevention of Chronic Diseases. Report of a WHO Working Group. WHO Europe, 1998. [www.euro.who.int/document/e63674.pdf](http://www.euro.who.int/document/e63674.pdf) (p. 16)

*Therapeutic patient education is defined as helping patients acquire or maintain the competencies they need to manage as well as possible their lives with a chronic disease. It is an integral and continuing part of patient care. It comprises organized activities\*, including psychosocial support, designed to make patients aware of and informed about their disease and about health care, hospital organization and procedures, and behavior\* related to health and disease, so that they (and their families) understand their disease and their treatment, collaborate with each other and take responsibility for their own care as a means of maintaining or improving their quality of life.*

<sup>7</sup> De Silva D. Evidence: Helping people help themselves. A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management. The Evidence centre. The Health Foundation, 2011.

Nogle indsatser kan fx have særligt fokus på at styrke deltagernes tekniske færdigheder, fx monitorering af blodsukker, blodtryk, peakflow mv., mens andre typisk fokuserer på at give deltagerne information om sygdom og livstilsændringer eller på at understøtte adfærd ændringer. Endelig fokuserer nogle på at styrke deltagernes self-efficacy og indgår dermed i en teoretisk referenceramme.<sup>8</sup>



**Figur 2: Eksempler på indsatser, der på forskellig vis understøtter 'self management' (de Silva 2011)**

I udviklingen af et patientuddannelsesprogram kan valget af teoretisk grundlag bidrage til en sammenhængende udvikling af interventionen. Dvs. en intervention med en indbyrdes sammenhæng mellem de forskellige elementer som fx formål, indhold, undervisningstilgange, effektmål, organisering, kompetenceudvikling af undervisere og evalueringsmetoder.

Teorien kan således definere, hvad der skal ændres og hvilke metoder, der understøtter ændringen. Teorien er også med til at afklare hvad og hvornår, der skal evalueres, samt hvilke evalueringsmetoder der skal anvendes.<sup>9</sup>

Ved en patientuddannelses teoretiske grundlag forstås dermed den teori eller teoretiske model, der er grundlaget for uddannelsens opbygning og indhold. Det teoretiske grundlag er typisk placeret inden for et sociologisk, psykologisk eller pædagogisk teorifelt.

For at styrke systematikken og dermed kvaliteten af en intervention er det derfor væsentligt at sikre sig en teoretisk sammenhæng mellem de enkelte elementer. Det gælder, når en patientuddannelse udvikles, evalueres, justeres og monitoreres.

### 2.1.3 Forankring og samarbejde om patientuddannelse

Den lovgivningsmæssige ramme for patientuddannelse er som udgangspunkt sundhedslovens paragraffer om informeret samtykke (§15 og 16), patientrettet forebyggelse (§ 119 stk.1 - 3) og sundhedsaftaler (§ 205) med tilhørende vejledninger.

<sup>8</sup> Self-efficacy er et begreb, der er udviklet af professor og psykolog Albert Bandura. Self-efficacy er baseret på social-psykologisk kognitiv teori og kan defineres som "One's belief that one can perform a specific behavior or task in the future" eller på dansk: "Troen på egne evner til at gennemføre en bestemt adfærd og opnå et bestemt mål".

<sup>9</sup> Glanz K et al. Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. 3<sup>rd</sup> edition, Jossey-Bass; 2008.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at hovedvægten af indsatserne for patienter med kronisk sygdom generelt og samlet set bør varetages som borgernære sundhedstilbud i praksis-sektoren og kommunerne og med inddragelse af sygehusene, hvor det er relevant.<sup>10</sup> Her tænkes ikke mindst på indsatser med et rehabiliterende sigte og herunder også at understøtte patienternes/borgernes egenomsorg og fremme funktionsevnen. Varetagelsen af rehabiliteringsopgaverne som borgernære sundhedstilbud muliggør bred inddragelse af tværfaglige kompetencer i forløb, der er i sammenhæng med borgernes hverdagsliv.

Ansvarsfordeling og samarbejdsmuligheder i forhold til rehabiliteringsindsatsen er beskrevet i en vejledning om rehabilitering i kommunerne udarbejdet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet og Undervisningsministeriet<sup>11</sup> samt i en udgivelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL.<sup>12</sup>

I følge vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler<sup>13</sup> udgør mennesker med kroniske sygdomme en særlig prioriteret målgruppe for sundhedsaftalerne, da disse ofte er i kontakt med det behandlende regionale sundhedsvæsen (sygehuse og almen praksis) og samtidig har brug for opfølgende forebyggende kommunale tilbud i lokalmiljøet.

Af Sundhedsstyrelsens vejledninger om henholdsvis forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen (Sundhedslovens § 119 stk. 1-2<sup>14</sup>) og forebyggelsesopgaver i regionen (Sundhedslovens § 119 stk. 3)<sup>15</sup> fremgår, at der fortsat er et stort behov for at udvikle og afprøve nye metoder og modeller og for at dokumentere og kvalitetssikre de indsatser, der gennemføres, herunder at det er væsentligt, at kvalitetsudviklingen af den patientrettede forebyggelse sker parallelt i det regionale og det kommunale sundhedsvæsen og følger fælles standarder.

I vejledningen til § 119 stk. 3 påpeges også vigtigheden af, at almen praksis identificerer og motiverer patienter med kronisk sygdom, der har behov for forebyggende tilbud, herunder patientuddannelse. I henhold til overenskomsten om almen praksis<sup>16</sup>, ”Rammeaftale om E-kommunikation mellem kommune og praktiserende læger C” kan der i det kommunalt-lægelige udvalg indgås aftale om anvendelse af IT-understøttet arbejdsgang i forbindelse med lægevisiterede kommunale forebyggelses- og træningstilbud<sup>17</sup> herunder patientuddannelse. Kommunens tilbud præsenteres på en overskuelig måde på sundhed.dk eller den regionale informationsportal. Lægen henviser patienten til det kommunale tilbud ved udfyldelse af elektronisk meddelelse efter MedCom standard. Derudover kan emnet drøftes i de kommunalt-lægelige udvalg.

---

. Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme – den generiske model (2. udgave). Sundhedsstyrelsen, 2012.

<sup>11</sup> Vejledning om kommunal rehabilitering. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011.

<sup>12</sup> Beskrivelse af rehabiliteringsindsatsen – organisering af indsatsen i kommuner og regioner. Indenrigs- og sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL, 2010.

<sup>13</sup> VEJ nr. 9698 af 21/08/2009.

<sup>14</sup> Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2. Sundhedsstyrelsen 2007

<sup>15</sup> Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3. Sundhedsstyrelsen, 2009.

<sup>16</sup> Overenskomst om almen praksis. Af 03-06-1991, senest ændret ved aftale af 21-12-2010.

<sup>17</sup> Afsnit C – anvendelse af IT-understøttet arbejdsgang i forbindelse med lægevisiterede kommunale forebyggelses- og træningstilbud. S. 166 i overenskomsten.

## 2.2 Patientuddannelse i Danmark

### 2.2.1 Nuværende typer af patientuddannelsesprogrammer

Patientuddannelse er et af de værktøjer, der bidrager til at give borgeren/patienten kompetencer til at mestre livet med kronisk sygdom. Selvom der fortsat kunne ønskes mere viden om de forskellige virkemidler indenfor området, kan patientuddannelse styrke borgere med kronisk sygdoms handlekompetence, autonomi og livskvalitet.

Med det stigende antal borgere med kronisk sygdom er der kommet fokus på patientens egen rolle i behandlingen og i forebyggelsen af yderligere udvikling af sygdommen. Patientuddannelse er en måde at styrke patienternes egen rolle i håndteringen (mestringen) og behandlingen af sygdommen og i livet med den kroniske sygdom i det hele taget. Således har astmaskoler, eksemskoler, diabeteskoler og rygskoler eksisteret i mange år. I de senere år er der tillige kommet uddannelses tilbud til patienter med iskæmisk hjertesygdom, diabetes og KOL<sup>18</sup> samt psykiske sygdomme (psykoeducation) med flere.

Fokus har været på patientens muligheder for at opnå et bedre liv med sygdommen, en forbedret livskvalitet, en styrket egenomsorg og på partnerskabet mellem patient og behandler(systemet); dvs. sundhedsvæsenets ansvar for i samspil med patienten at udvikle de fornødne ressourcer til at kunne varetage denne egenomsorg, herunder også udvikling og træning i færdigheder centrale for sundhedsadfærden. Sundhedsstyrelsen har behandlet dette aspekt i flere tidligere udgivelser.<sup>19</sup>

Fokus har været, og er fortsat også, rettet mod patientens muligheder for egenbehandling og monitorering eksemplificeret i tidligere udgivelser fra Sundhedsstyrelsen<sup>20</sup> og i publikationen ”Egenbehandling ved kronisk sygdom. Anbefalinger der understøtter udbredelsen. Sundhedsstyrelsen 2012”, der udgives samtidig med denne.

Som anført i kap. 2.1 kan patientuddannelsesprogrammer overordnet være sygdomsspecifikke eller generelle, afhængig af om de er rettet mod en specifik sygdom og de udfordringer, denne i særlig grad måtte give patienten, eller om de har fokus på generelle temaer vedrørende livet med en kronisk sygdom og således ikke tager udgangspunkt i konkrete sygdomme.

I projektperioden 2010-13 for den forstærkede indsats for kronisk sygdom afprøves et bredt spektrum af patientuddannelser med forskelligt sigte og variationer:

---

<sup>18</sup> Fx Region Hovedstadens sygdomsspecifikke patientuddannelsesprogrammer for KOL, diabetes og hjertesygdom.

<sup>19</sup> Egenomsorg - en litteraturbaseret udredning af begrebet (2005), Egenomsorg - et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme (Sundhedsstyrelsen 2006)

<sup>20</sup> Patienten med kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen 2006)

- sygdomsspecifikke patientuddannelser for flere samtidige kroniske sygdomme
- andre generelle patientuddannelser
- patientuddannelser der tager udgangspunkt i læring og mestring
- patientuddannelser der tager udgangspunkt i sundhedspædagogiske metoder, der fokuserer på deltagerinvolvering og dialog
- patientuddannelser hvor både sundhedsprofessionelle og patienter underviser
- initiativer til telemedicinsk understøttet egenbehandling

Samtidig udbydes forskellige tilbud om kompetence udvikling til personer, der ønsker at undervise på uddannelserne - især indenfor det sundhedspædagogiske område.

Derudover afprøves også nye programmer indenfor Stanford-konceptet, CDSMP.<sup>21</sup>

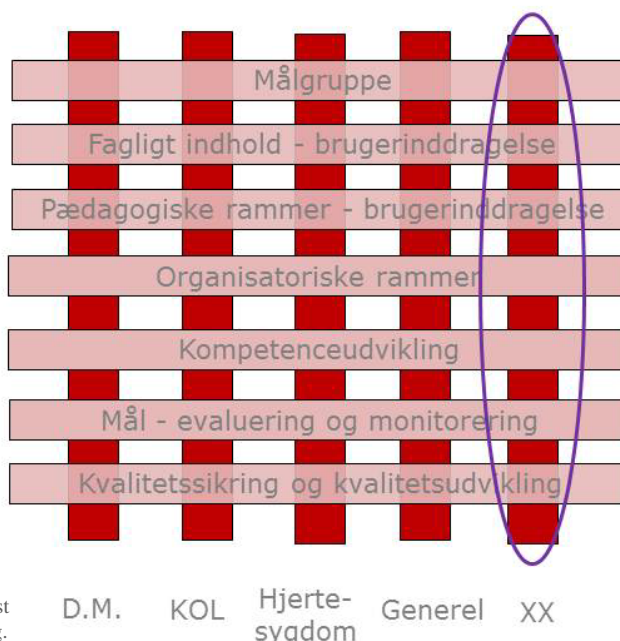
### 2.2.2 Tilrettelæggelse af fremtidige programmer for patientuddannelse

Patientuddannelse er en kompleks intervention i fortsat udvikling, og med årsagsvirkningsmekanismer der er meget svære at dokumentere. Der er således fortsat behov for en forskningsindsats, der langsigtet kan se på effekter og sammenhænge. Det er derfor heller ikke muligt at komme med håndfaste anvisninger til, hvordan kvalitets sikring af patientuddannelse eksakt løses, og hvilke parametre der er mest hensigtsmæssige at måle på i forhold til målopfyldelse. Men med dette in mente kan der alligevel godt formuleres en række anbefalinger for tilrettelæggelse af programmer for patientuddannelser i kommuner og regioner og for kvalitetssikring af disse.

**Et program for patientuddannelse bør tilrettelægges, så det som minimum forholder sig til det rammesættende for målgruppen, indholdet i uddannelsen (det faglige og pædagogiske - herunder det teoretiske grundlag), organiseringen, kompetencerne og monitoreringen.**

Et patientuddannelsesprogram består jf. denne matrix således af fælles, centrale elementer for patientuddannelse. Matrixen er udarbejdet på baggrund af konklusionerne fra Sundhedsstyrelsens MTV om patientuddannelse og i forbindelse med udarbejdelsen af nærværende rapport

Ved tilrettelæggelsen af programmer for patientuddannelse skal elementerne målgruppe, fagligt indhold, pædagogiske rammer herunder det teoretiske



<sup>21</sup> Lær at takle kroniske smerter og Lær at takle angst og depression ved Komiteen for Sundhedsoplysning.

grundlag og brugerinddragelse, organisatoriske rammer, kompetenceudvikling, mål, evaluering og monitorering derfor beskrives nærmere. Dette bør foregå, hvad enten det drejer sig om sygdomsspecifikke eller generelle patientuddannelser.

I forbindelse med tilrettelæggelse af patientuddannelsesprogrammer er det dog vigtigt at være opmærksom på, at programmer tilpasses netop de specifikke behov og ressourcer, patientgruppen har. Flexibiliteten kan i sig selv være en udfordring for tilrettelæggelsen af programmet. Nogle mennesker med kronisk sygdom har så begrænsede ressourcer og lav egenomsorgsevne i forhold til udfordringerne på det pågældende tidspunkt, at de ikke vil profitere af at deltage i gængse gruppebaserede patientuddannelsesforløb, men kræver anden støtte – eventuelt som et intensiveret, individuelt eller gruppebaseret uddannelsesstilbud for en periode. Der kan også være behov for udvikling af særlige tilpassede tilbud eller tilknytning af en støttefunktion.

I praksis kan dette medføre en flerhed af mulige patientuddannelsesforløb, og i andre situationer vil målgruppen måske forudsætte en anden form for tilrettelæggelse.

I formuleringen af programmet vil det derfor være vigtigt at forholde sig til de praktiske situationer, som programmet potentielt skal kunne rumme.

Derudover er brugerinddragelse vigtigt såvel i forhold til inddragelse af patienter som pårørende. Det gælder ved tilrettelæggelsen af programmet, men især også i forbindelse med konkretiseringen og implementeringen af patientuddannelsesprogrammet, hvor der vil kunne tages hensyn til individuelle karakteristika/behov/præferencer inklusiv familieperspektivet i forhold til de faglige indsatser.

Ved tilrettelæggelsen af patientuddannelsesprogrammer er det derudover vigtigt at orientere sig om, hvordan andre kommuner og regioner arbejder med problemstillingerne. Endvidere at inddrage forskningsinstitutioner, hvis eller når der er behov for dette, fx i forbindelse med en eventuel evaluering af indsatsen.

## 3 anbefalinger for kvalitetssikring af patientuddannelse

I dette kapitel fremgår Sundhedsstyrelsens anbefalinger for hvert af elementerne, der indgår i matrixen for patientuddannelse.

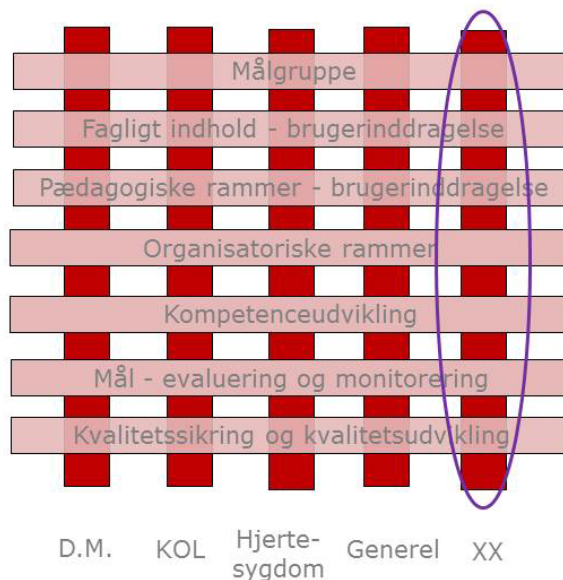
Efter hver anbefaling følger en begrundelse for og en uddybning af, hvorledes der kan arbejdes mere konkret med anbefalingen.

### 3.1 Kvalitet og kvalitetssikring

Sundhedsvæsenets kvalitetssikring og kvalitetsudvikling har til formål at fastholde og udvikle kvaliteten af dets ydelser. Arbejdet med kvalitet sikrer, at alle tre kvalitetsbegreber – *faglig kvalitet*, *brugeroplevet kvalitet* og *organisatorisk kvalitet* – bliver anvendt i arbejdet med at højne kvaliteten for patienterne.

De tre dimensioner skal opfattes som adskilte men hænger i nogen udstrækning sammen i praksis. Således kommer den organisatoriske kvalitet fx til udtryk ved god ledelse, ansættelse af det rette personale og kontinuerlig kompetenceudvikling, hvilket vil have afsmittende virkning på både den faglige og brugeroplevede kvalitet. Pointen er, at hvis man sammenholder de tre dimensioner, så får man et mere helstøbt billede af kvaliteten i den samlede ydelse, patienten har fået. Alle tre dimensioner er således vigtige på hver sin måde.<sup>22</sup>

Ved fastlæggelse af kriterier for kvaliteten af en given indsats, bør man være opmærksom på kriteriernes begrænsninger.<sup>23</sup> Hermed menes, at kriterierne ikke i sig selv skaber kvalitet i praksis, men de skal give fagprofessionelle mulighed for at skabe kvalitet i deres arbejde. Da praksis kan være bygget op omkring mange andre former for logikker, end det de udvalgte kriterier nødvendigvis foreskriver, bør man være opmærksom på, at de giver plads til andre typer af viden og praksis, som kan være centrale for skabelsen af høj kvalitet i indsatsen.<sup>24</sup>



<sup>22</sup> Analyse af kvalitetsoplysninger i Danmark. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2012.

<sup>23</sup> Knudsen M. Om grænser for kvalitetsteknologier – og om hvorfor det er vigtigt for kvalitetseksperter at reflektere over dem. Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund, Årg.8, nr. 15 (2011).

<sup>24</sup> Dahler-Larsen P: Kvalitetens Beskaffenhed. Syddansk Universitetsforlag (2008)

I det følgende og under hensyntagen til ovenstående beskrives kvalitetssikringen af de elementer, der generelt skal indgå i patientuddannelsesprogrammer.

Fokus er primært på gruppebaserede programmer i henholdsvis regioner og kommuner. Men anbefalingerne vil også med stor fordel kunne appliceres på patientuddannelse i individuelle forløb.

Dette fokus betyder, at de mange patientuddannelser, der foregår i regi af patientforeninger ikke er omfattet af nærværende rapport. Kvalitetssikringen vil dog også med stor fordel kunne appliceres på disse patientuddannelsesprogrammer. Ligesom patientforeninger med fordel vil kunne indgå i samarbejder såvel i etablerede programmer, som når der skal oprettes nye.

## 3.2 Målgruppe

### 3.2.1 Kvalitetssikring

#### Målgruppe

Målgruppen for patientuddannelse skal være beskrevet, og der skal foreligge kriterier for in- og eksklusion

Der kan arbejdes strategisk med målgruppen på ledelses- og prioriteringsniveau, mens arbejdet på individniveau afklarer forhold som motivation og ressourcer. I den forbindelse bør formålet med patientuddannelsen være beskrevet.

Når deltagelse i patientuddannelse skal kunne bidrage til en øget handlekompetence og mestring af sygdommen, er det en klar forudsætning, at programmet kan tilpasses målgruppen. Det er derfor vigtigt, at der kan tages udgangspunkt i patientens/ borgegens behov og ressourcer. Patienter med forskellige former for begrænsede ressourcer skal eventuelt have et andet tilbud.

Den nærmere vurdering bør foregå ved en samtale med patienten, hvor det sikres, at patienten opfylder de forudsætninger, der allerede er stillet i patientuddannelsesprogrammet, og at patienten er motiveret.

Der skal foreligge klare henvisnings- og visitationskriterier, som de øvrige samarbejdsparter skal kende. Samarbejdsparter kan i den forbindelse være patientforeninger og alle sundhedsprofessionelle med kontakt til patienten.

### 3.2.2 Uddybning

Målgruppen skal fastlægges, og det kan fx på ledelses- og prioriteringsniveau ske i regi af sundhedsaftalen. Det kan eksempelvis være i et forløbsprogram, hvor patientgruppen defineres og stratificeres, og snitflader mellem sygehus, almen praksis og kommuner i forhold til grupper af patienter beskrives.



Det bør i den forbindelse være beskrevet, hvilke målgrupper patientuddannelsen primært henvender sig til, og hvilke alternative tilbud, der kan gives. Ingen fra målgruppen skal som udgangspunkt afvises, men der skal være mulighed for at kunne give andre former for tilbud, hvis det vurderes nødvendigt.

Forhold som alder, køn, socialstatus og socialt udsatte grupper mv. kan også være af betydning i målgruppen.

Når målgruppen er fastlagt, kan der være tale om:

- Tilbud på hospital eller i kommune der kræver lægehenviisning
- Tilbud i kommune der ikke kræver lægehenviisning

Der arbejdes i øjeblikket med forskellige koncepter for start-/indledende/afklarende samtaler i kommunen, der alle har til formål at afklare match mellem patientens behov og patientuddannelsesstilbuddene. Et af startsamtalekoncepterne er inspireret af ICF (bilag 3). Et andet koncept er udviklet indenfor lærings- og mestringskonceptet.<sup>25</sup> Endelig afprøves der lige nu et visitationsredskab indenfor programmet "Lær at takle angst og depression."<sup>26</sup>

Det er vigtigt at påpege, at patientuddannelse er et tilbud til patienten, som vedkommende kan vælge eller fravælge - på grundlag af fyldestgørende information. Såvel afholdelse af samtalen som borgerens/patientens samtykke skal fremgå af journalen eller lignende form for dokumentation.

En fyldestgørende afdækning kan også vise, at borgeren allerede har kompetencer til at træne selv og måske alene har behov for at tale forløbet igennem og i øvrigt er afklaret med situationen. Samtalen kan således være den eneste indsats fra sundhedsvæsenet, borgeren har behov for. I den forbindelse skal det pointeres, at motivation alene ikke nødvendigvis medfører et behov for en indsats. Der kan være en tendens til, at de ressourcestærke, der allerede er godt i gang med at tackle den nye situation og ændre sundhedsadfærd, har et højt funktionsniveau og som "trives med" deres sygdom, er de første til at tage imod et tilbud.

Endelig skal det huskes, at transporttid til patientuddannelsesstedet kan være et problem og indebære, at der vælges et kommunalt tilbud, selvom patienten burde være henvist til patientuddannelse i regionen.

Forklaring på eventuel manglende rekruttering og frafald på patientuddannelseskurser kan netop være, at det pågældende tilbud ikke passer til borgerens/patientens mål, behov eller ressourcer, men også at patienterne ikke henvises til de rette tilbud. Derfor er disse forhold vigtige at have afklaret.

---

<sup>25</sup> Den afklarende samtale – En håndbog. [www.cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk).

<sup>26</sup> I regi af Komiteen for Sundhedsoplysning.

## 3.3 Fagligt indhold

### 3.3.1 Kvalitetssikring

Fagligt indhold	Patientuddannelsens faglige indhold skal være evidensbaseret, hvor det er muligt og herudover baseres på fagligt anerkendte kriterier og principper samt brugerinddragelse
Fagligt indhold	Indholdet i patientuddannelsen skal være relevant for målgruppen, tilpasset dens behov og ressourcer samt indgå i en samlet differentieret indsats

Den sundhedsfaglige undervisning og rådgivning om sygdommen(e), behandlingen herunder også medicinsk behandling inkl. egenbehandling, forebyggelse og forholdsregler mv. skal ske på dokumenteret grundlag. Tilsvarende gælder videst mulig for anden rådgivning, fx i forhold til mestring, adfærsændring og social inklusion. Det faglige indhold i patientuddannelsen bør tillige afspejle de kliniske retningslinjer for sygdommen, eller lignende anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, hvor sådanne er til stede<sup>27</sup>.

Patientsikkerhed bør ligeledes være i fokus i uddannelserne.

Når også brugerorienterede succeskriterier er medbestemmende for uddannelsernes indhold, er det vigtigt, at uddannelserne målrettes deltagerens behov og dermed medvirker til at sikre en differentieret indsats, og at brugerne er inddraget i tilrettelæggelsen.

Når vigtige kontekster for livsforandringer, fx arbejdsliv, familieliv og fritidsliv har stor betydning for livet med en eller flere kroniske sygdomme, er det vigtigt, at uddannelserne aktivt inddrager også udfordringerne ved disse forhold.

### 3.3.2 Uddybning

Det er vigtigt at basere indholdet af nuværende og nye patientuddannelser på den eksisterende evidens, i det omfang den foreligger systematisk dokumenteret, og ellers på viden om god praksis. Dette er vigtigt uanset erkendelsen af, at der i de kommende år er behov for, at der sker en videreudvikling af patientuddannelserne med henblik på at

---

<sup>27</sup> Se fx Region Hovedstadens anbefalinger for patientuddannelse for KOL, type2 diabetes og hjerte-kar sygdom 2012.

skabe et større evidensbaseret grundlag for indholdet i uddannelserne og for de effekter, der opnås<sup>28</sup>

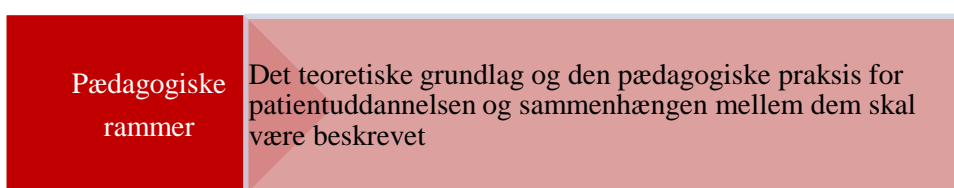
Der er nogle overordnede krav, der stilles til indholdet i patientuddannelse. Formål og mål for patientuddannelsen skal som nævnt være klart og velbeskrevet. Afhængig af type af patientuddannelse bør mål beskrives i forhold til:

- Sygdomsspecifik viden.
  - Undervisning i sygdommen, dens årsag og natur samt forebyggelse og behandling herunder muligheder for egenbehandling og for selvmonitorering<sup>29</sup>
- Nødvendige livsstilsændringer – muligheder for og teknikker til at forandre handlemønstre og holdninger – og baggrunden herfor
  - I hverdagslivet – familien – inklusiv hverdagslivet med sygdommen
  - I fritidslivet – sociale kontekster og sammenhænge
  - I arbejdslivet – inklusiv arbejdslivet med sygdommen
- Patienternes behov med efterfølgende tilpasning og differentiering af det faglige indhold.
- Patientdefinerede mål

I forhold til patientsikkerhed bør det sikres, at enkle budskaber om forholdsregler, der forebygger utilsigtede hændelser indgår som en fast del af det faglige indhold. Det gælder især generelle forhold, men også sygdomsspecifikke forhold kan være aktuelle.

## 3.4 Pædagogiske rammer

### 3.4.1 Kvalitetssikring



Der skal foreligge et teoretisk grundlag for uddannelsen, og det skal være beskrevet.

Uddannelserne skal aktivt udformes, så der er sammenhæng mellem teoretisk grundlag og pædagogisk praksis.<sup>30</sup>

Uddannelserne skal inkludere pædagogiske strategier, der ikke kun handler om at overføre viden til deltageren.

<sup>28</sup> MTV om patientuddannelse. Sundhedsstyrelsen, 2009.

<sup>29</sup> Kommende publikation: Egenbehandling ved kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen, 2012.

<sup>30</sup> MTV om patientuddannelse. Sundhedsstyrelsen, 2009.

Der skal tages stilling til, hvordan viden formidles, hvad enten det er videnskabelig baseret viden, sygdomsspecifik viden eller viden om, hvordan man ændrer livsstil<sup>31</sup>.

Dialog, inddragelse og deltagelse og aktiv læring med aktiv træning af adfærdsændringer er væsentlige elementer, for at patienter opnår handlekompetence og styrket egenomsorg.

### 3.4.2 Uddybning

Patientuddannelse tilrettelægges ud fra et teoretisk grundlag og en pædagogisk praksis, og således at der er sammenhæng herimellem.

Ved patientuddannelsens *teoretiske grundlag* forstås den teori eller teoretiske model, der er grundlaget for uddannelsens opbygning. Dvs. det teoretiske grundlag for at patienter med kronisk sygdom ved deltagelse i programmet kan opnå viden og udvikle læring og nye handlemuligheder samt ændre adfærd mv. Det teoretiske grundlag er typisk placeret inden for et sociologisk, psykologisk eller pædagogisk teorifelt. Eksempler på sådanne teorier er empowerment og self-efficacy.

Ved en patientuddannelses *pædagogiske praksis* forstås en beskrivelse af de pædagogiske redskaber eller strategier, som med udgangspunkt i det teoretiske grundlag anvendes i selve undervisningen af personer med kronisk sygdom. Det kan fx være redskaber som handleplaner eller rollespil mv., der fremmer og styrker dialogen mellem patient og professionel med henblik på at styrke patientens ejerskab og sikre, at ændringer i handling og adfærd er bæredygtige også på længere sigt. I den forbindelse bør det vægtes, at deltagerne aktivt træner adfærdsændringer i forhold til det patienten skal mestre (fx praktiske redskaber til symptomhåndtering og praktisk læring som madlavning, specielle fysiske øvelser mv.).<sup>32</sup>

Er formålet med undervisningen fx at øge patientens self-efficacy, skal undervisningen tilrettelægges og gennemføres, så deltagerne får erfaringer med, at de kan sætte sig mål og gennemføre bestemte opgaver relateret til målet og dermed øge deres tro på egne evner til at håndtere deres sygdom.<sup>33</sup>

Et eksempel på et pædagogisk teorifelt er sundhedspædagogik, der retter sig mod at styrke patienters handlekompetence og egenomsorg. Denne tilgang bygger på en række kernebegreber, som fx patienters aktive deltagelse, arbejdet med et bredt og positivt sundhedsbegreb og det at se patienten som en del af en kontekst i form af familie- og arbejdsliv. Der arbejdes systematisk med dette område i regionerne og i kliniske /pædagogiske forskningsmiljøer.<sup>34</sup>

---

<sup>31</sup> Grøn L et al. Egenomsorg og patientuddannelse i grænsefladen mellem medicin og humaniora. DSI Rapport 2012.05

<sup>32</sup> Egenomsorg og patientuddannelse i grænsefladen mellem medicin og humaniora. DSI, 2012. Sociale forandringsfællesskaber – En guide til arbejdet med egenomsorg i patientuddannelser. Region Syddanmark og DSI, 2012.

<sup>33</sup> Som fx i "Lær at leve med kronisk sygdom". Komiteen for Sundhedsoplysning.

<sup>34</sup> Fx: Sundhedspædagogik i patientuddannelse. Region Syddanmark og Steno Center for Sundhedsfremme, 2010. Gitte Engelund, Ulla Møller Hansen. Det balancerende menneske. Sundhedspædagogisk model for patientuddannelse på tværs af diagnoser. Steno Center for sundhedsfremme, oktober 2011 ,Læring og mestring – Patientuddannelse på deltagerens præmisser. CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2012.

Andre teoretiske tilgange er som nævnt empowerment<sup>35</sup> og forskellige adfærdsmodificerende tilgange (fx kognitive socialpsykologiske tilgange mv.). En anden tilgang ligger i begrebet health literacy, der omhandler individers evne til at tilegne sig og anvende viden om sygdom og sundhed, der på forskellig vis og i forskellige sammenhænge formidles. Og på hvilken baggrund der kan handles og træffe beslutninger i forhold til sundhed og forebyggelse og behandling af sygdom, herunder kronisk sygdom.<sup>36, 37</sup>

Området er dog under fortsat udvikling, bl.a. fordi mange teorier slet ikke har tilknyttet specifikke pædagogiske strategier og redskaber, ligesom der på nuværende tidspunkt ikke entydigt kan peges på bestemte tilgange, der har større effekt end andre. Vælger man derfor en teori, hvor der ikke på forhånd er tilknyttet pædagogiske strategier, er det vigtigt, at de strategier, der så vælges at arbejde med, tager afsæt i denne teori. Det er under alle omstændigheder vigtigt fortsat at arbejde med systematisk opsamling og udvikling af viden på området.<sup>38</sup>

### 3.5 Organisatoriske rammer

#### 3.5.1 Kvalitetssikring

Organisatoriske rammer	Der skal foreligge en plan for organiseringen af patientuddannelse, herunder en klar opgave- og ansvarsfordeling
Organisatoriske rammer	Der skal ligeledes foreligge en beskrivelse af samarbejdet og koordineringen indenfor og mellem sektorer inklusiv en beskrivelse af behovet og rekrutteringen

Sundhedsstyrelsen anbefaler med udgangspunkt i Sundhedslovens § 119 stk. 1-3, at hovedvægten af indsatsen for patienter med kronisk sygdom lægges i almen praksis og kommuner – med involvering af sygehuse, hvor det er relevant.

---

<sup>35</sup> Group-based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. Cochrane database of Systematic reviews. Deakin TA et al., 2009.

<sup>36</sup> Health literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner. Notat udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Dansk Sundhedsinstitut (2009)

<sup>37</sup> Sorensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC.Public health 12, 80. 2012,

<sup>38</sup> MTV om patientuddannelse. Sundhedsstyrelsen, 2009.

Det er vigtigt at arbejde hen imod en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem kommuner og regioner med henblik på at skabe et sammenhængende og koordineret udbud af patientuddannelser af høj kvalitet, så der opnås en høj grad af rekruttering.<sup>39</sup> Det er i den forbindelse også vigtigt at have fokus på det tværsektorielle samarbejde, herunder hvordan de konkrete samarbejder sikres og optimeres.

Det er derfor nødvendigt at have afklaret patientgrundlag og kapacitet.

Der skal foreligge klare regler for henvisning og visitation til patientuddannelse, og der skal foreligge kendskab til indholdet hos alle samarbejdsparter, dvs. både i sygehusregi, i almen praksis og i kommunen. I den forbindelse skal der udformes procedurer, der sikrer systematisk rekruttering med klare regler for in- og eksklusion.

Der skal tillige foreligge aftaler om epikriser eller lignende tilbagemeldinger til den henvisende part.<sup>40</sup>

### 3.5.2 Uddybning

Det er en udfordring, at patientuddannelse foregår forskelligt såvel i som mellem kommuner og regioner. Det anbefales derfor, at der i de kommende år arbejdes hen mod en større ensartethed af patientuddannelser i kommuner og regioner – både hvad angår indhold, sektorfordeling og opbygning i øvrigt. Der bør ligeledes være klarhed over, hvilke patientuddannelser der udbydes.

En række mindre kommuner kan have svært ved at løfte opgaven, samtidig med at patientgrundlaget er for lille. Der kan derfor anbefales, at der sker en samlet indsats på tværs af kommuner i forhold til at løfte specifikke opgaver, som er vanskelige at løfte som enkeltstående kommune. I den forbindelse er det muligt at arbejde med modeller, der netop tager højde for den udfordring. Fx programmer der er udviklede, så de dækker flere forskellige diagnoser.

Det er vigtigt, at udvikle en stabil organisering af patientuddannelse i regioner og kommuner, således at organiseringen ikke bliver sårbar, som det fx ofte ses, når organiseringen af patientuddannelse er forankret hos ganske få personer (ildsjæle).<sup>41</sup> Patientuddannelse er dog de senere år blevet mere integreret i driften end tidligere.<sup>42</sup>

Organiseringen af patientuddannelse bør være aftalebaseret og ledelsesforankret, således at den økonomiske styring og incitamentsstruktur understøtter kvalitet (fremfor kvantitet).

Aftaler kan i den forbindelse være:

---

<sup>39</sup> MTV om patientuddannelse, Sundhedsstyrelsen, 2009.

<sup>40</sup> Sundhedsstyrelsen. Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv. Vejledning nr. 9154 af 22.februar 2007

<sup>41</sup> MTV om patientuddannelse, Sundhedsstyrelsen, 2009.

<sup>42</sup> Norman K, Blom A. Patientrettet forebyggelse i kommunerne 2011. En opfølgende kortlægning af kommunale patientrettede forebyggelsestilbud i samtlige danske kommuner. Center for Interventionsforskning. Staten Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København, november 2011

- Sundhedsaftaler, der omfatter et eller flere forløbsprogrammer, hvor patientuddannelse indgår. Her vil stratificeringen fastlægge, hvem der har ansvaret for at skulle tilbyde patientuddannelse til hvilke patienter og herunder også inddragelse af almen praksis.
- Andre samarbejdsaftaler

Patientuddannelse i offentligt regi kan i henhold hertil foregå:

- På sygehuse
- I kommuner
- Mellem sygehus og relevant kommune
- Mellem en række kommuner og det lokale sygehus<sup>43</sup>
- Mellem kommuner og almen praksis<sup>44</sup>
- Ved at flere kommuner anvender den samme model, men hver for sig.<sup>45</sup>
- Mellem en række kommuner<sup>46</sup>

I forbindelse med planlægningen af programmer for patientuddannelse bør det besluttes, om deltagelse i den pågældende uddannelse kræver lægehenvi- sning. Flere patientuddannelser, fortrinsvis de sygdomsspecifikke, kræver i dag lægehenvi- sning, medens andre som ”Lær at leve med kronisk sygdom” er tilbud, hvor borgerne/patienterne på eget initiativ kan deltage.

Fordelen ved lægehenvi- sning er større sikkerhed for diagnosen og behovet, som dog må afklares i forhold til udbuddet af patientuddannelser. En ulempe kan være, at den praktiserende læge ikke er orienteret om de tilbud, der eksisterer.

En hensigtsmæssig opgavefordeling er, at almen praksis og andre relevante aktører identificerer og motiverer de patienter med kronisk sygdom, der vurderes at have be- hov for patientuddannelse mv. Som nævnt kan almen praksis, jf. overenskomstaftale med KL, efter en individuel vurdering af patienten henviser til specifikke forebyggende tilbud i kommunen, herunder patientuddannelse (se kap. 2.1.3). For andre patienters vedkommende kan aftaler mellem sygehus, almen praksis og kommune være bestem- mende for, hvor patienten modtager patientuddannelse – eventuelt som et delt forløb mellem sygehus og kommune. Endelig kan patient- og pårørendepræferencer have indflydelse.

Når patienter henvises fra almen praksis, sker det i stigende grad via elektronisk hen- visning (MedCom), som samtidig udløser en bookingbekræftelse fra kommunen til lægen og en besked, når patienten efter visitation til tilbud har afsluttet forløbet i kommunen (se kap. 2.1.3).

---

<sup>43</sup> Fx i Region Hovedstaden, planlægningsområde Nord og i Region Midtjylland, Vestklyngen.

<sup>44</sup> Fx på Bornholm og Lolland.

<sup>45</sup> Fx i kommuner i Region Syddanmark (”Vejen videre”).

<sup>46</sup> Samarbejdet mellem en række Vestegnskommuner

## 3.6 Kompetencer

### 3.6.1 Kvalitetssikring

#### Kompetencer

Undervisere på patientuddannelser skal have relevante sundhedsfaglige og pædagogiske kompetencer, og der skal være krav til vedligeholdelse og opkvalificerin.

De professionelle kompetencer skal modsvare mål, det faglige indhold og de pædagogiske strategier i patientuddannelsen.

Undervisning på patientuddannelser kræver både sundhedsfaglig og pædagogisk viden, herunder viden om pædagogiske værktøjer og deres anvendelse – og det er en forudsætning, at denne viden og kompetencerne vedligeholdes.

Udover kendskab til relevante sygdomsspecifikke områder, skal underviserne på patientuddannelser have kompetencer til at arbejde ud fra pædagogiske strategier, have kendskab til og kunne anvende gruppedynamiske processer, formå at lytte til patienternes erfaringer, ønsker og behov og kunne tilpasse programmet i overensstemmelse hermed. Der skal tillige være mulighed for løbende sparring mellem underviserne.

### 3.6.2 Uddybning

I forbindelse med udvikling og tilrettelæggelse af patientuddannelser skal der stilles krav til underviserne kompetencer: Dvs. sundhedsfaglig indsigt, pædagogisk indsigt samt evnen til at arbejde deltagerinvolverende og have kendskab til gruppedynamiske processer. Det kan fx være i forbindelse med at have gennemgået relevante kurser som uddannelsesforløb, der foregår indenfor og på tværs af sektorer”. En egentlig diplom- og/eller masteruddannelse på området kan overvejes.

Afhængig af patientuddannelsens indhold og karakter vil forskellige persongrupper skulle varetage undervisningen. For dem alle gælder det, at underviserne skal have de fornødne sundhedsfaglige og pædagogiske kompetencer til at kunne varetage undervisningen, og at kompetencerne vedligeholdes. Dette er udbyderens ansvar. I den forbindelse bør der stilles krav til professionelle kompetencer i såvel kommuner som regioner.

Pædagogiske kompetencer skal kunne dokumenteres og omfatter:

- kendskab til pædagogiske redskaber
- at kunne arbejde dialog- og deltagelsesorienteret
- kendskab til gruppedynamiske processer



På patientuddannelser, hvor det er patienter, der underviser patienter, er det ligeledes en forudsætning, at underviserne har de fornødne kompetencer og at de vedligeholdes. Det gælder i særlig grad de pædagogiske kompetencer, hvor det kan være en udfordring både at skulle være en del af gruppen og samtidig kunne styre de gruppedynamiske processer. Komiteen for Sundhedsoplysning uddanner og certificerer instruktører. Efter en instruktør er uddannet, overgår ansvaret for at vedligeholde instruktørens uddannelse til kommunen. Det forudsættes derfor, at kommunen løbende sikrer, at underviserne på dette program fortsat har de nødvendige kompetencer.

Et eksempel på beskrivelse af professionelle kompetencer er udviklet i et samarbejde mellem Region Syddanmark, en række kommuner i regionen, Komiteen for Sundhedsoplysning og Steno Center for Sundhedsfremme.<sup>47</sup> Her lægges vægten på fire forskellige roller: den empatiske, den styrende, den igangsættende og den faglige underviser.

Et andet eksempel er et kompetenceudviklingsforløb udviklet i Region Midtjylland i forbindelse med projektet om læring og mestring.<sup>48</sup>

## 3.7 Mål, evaluering og monitorering

### 3.7.1 Kvalitetssikring

#### Mål, evaluering og monitorering

Der skal opstilles mål for patientuddannelse, som løbende evalueres, justeres og monitoreres

#### Mål, evaluering og monitorering

Målsætning, evaluering og videndeling skal om muligt ske koordineret på tværs af kommuner, regioner og stat. Monitorering kan indgå i evalueringen

I disse år, hvor patientuddannelser i stort omfang afprøves og justeres flere steder i landet, er det afgørende løbende at følge systematisk op på de fastsatte mål for aktivitet og kvalitet inklusiv faktorerne, der influerer herpå. Det gælder i forhold til blandt andet målgrupper, underviserens kompetencer, indholdet samt organiseringen og tilrettelæggelsen af programmerne.

---

<sup>47</sup> Den sundhedspædagogiske jonglør. Kompetenceudviklingsmodel for patientuddannelse på tværs af diagnoser. Steno Center for Sundhedsfremme, 2011.

<sup>48</sup> [www.cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk).

Sideløbende skal der etableres et større og videst muligt evidensbaseret grundlag for patientuddannelserne, der dokumenterer virkningsmekanismer og effekter knyttet til uddannelsernes teori og pædagogiske metoder. Det er nødvendigt for at sikre en videreudvikling af området.

Det er vigtigt for udbyttet af udviklingen, at det sker koordineret, struktureret og understøttet af bred videndeling på tværs af kommuner, regioner og stat.<sup>49</sup>

### 3.7.2 Uddybning

Der skal være fastsat relevante mål for indsatsen, således at opfølgning på aktiviteten og kvaliteten af patientuddannelserne kan foretages på baggrund af disse. Målene kan variere mellem de forskellige patientuddannelsesprogrammer afspejlende forskellige formål og metoder.

Mål, der vedrører aktivitet og processer kan udmærket indgå – særligt så længe, det ikke er muligt at få bredt dækkende og detaljeret viden om kvaliteten .

Det kan fx dreje sig om proces- og aktivitetsmål som:

En nærmere basisregistrering af aktiviteterne i tilbuddet, fx:

- Hyppighed af kurser
- Varigheden af kurset
- Antal patienter, der er tilbudt deltagelse
- Antal patienter, der deltager pr. gang
- Antal patienter, der gennemfører kursus
- Undervisernes kompetencer i forhold til i forvejen opstillede kriterier
- Selvmonitoreres der

Mål for patientoplevelsen (brugeroplevet kvalitet) og brugerdefinerede mål kan være relevante at medtage under alle omstændigheder.

Der bør der også ses på muligheder for at kunne registrere patientuddannelse bedre i SKS-systemet og gerne med baggrund i en kodevejledning.

Evalueringer og opfølgninger kan ske ved forskellige metoder som fx stikprøveundersøgelser og audits. Det vil være hensigtsmæssigt også at kunne følge aktiviteten og kvaliteten gennem delvist automatiserede monitoreringsprogrammer. Men aktuelle it-understøttede, strukturerede og ensartede dataregistreringer er meget få, og mulighederne for at samkøre de eksisterende data er endnu begrænsede.

Nogle typer af patientuddannelse kan der følges op på ved hjælp af effektmål. I Sundhedsstyrelsens MTV om patientuddannelse anføres:

- Sundhedsadfærd, der dækker sygdomsspecifik viden, adfærdsændring og self-management

---

<sup>49</sup> MTV om patientuddannelse. Sundhedsstyrelsen, 2009.

- Helbredsstatus inddeles i psykosociale og biologiske parametre:
  - De psykosociale mål dækker parametre såsom livskvalitet og tilfredshed med behandling
  - Biologiske mål dækker mortalitet, komplikationer samt relevante parametre i forhold til den pågældende kroniske sygdom (fx langtidsblodsukker (HbA1c) ved diabetes og for astma og KOL's vedkommende og måling af lungefunktion) samt symptomregistrering
- Self-efficacy og empowerment. De måles blandt andet på parametrene psykosocial tilpasning til sygdommen, ændringsparathed og evnen til at sætte og opnå mål i behandlingen af den pågældende sygdom/ tilstand
- Forbrug af sundhedsydelse dækker parametre såsom antal kontakter til hospitalet, egen læge og speciallæge samt andre sundhedsaktører i borgerne sundhedstilbud

I forhold til evaluering og monitorering af en specifik indsats vil man således kunne opstille følgende spørgsmål:

Hvad forventes/ forventer patienten på denne baggrund at kunne opnå?

Kan der på denne baggrund måles:

- Et mindre forbrug af sundhedsydelser?
- Et ændret forbrug af medicin?
- En forbedret helbredstilstand?
- En forbedret egenomsorgsevne?
- Forbedret self-efficacy?
- En forbedret helbredsrelateret livskvalitet?
- En forbedret sundhedsadfærd?

For at opnå et så bredt grundlag for etableringen og justeringen af patientuddannelsesprogrammer som muligt bør viden om effekter fra kvantitative studier ideelt set kombineres med kvalitative studier af kontekstuelle forholds betydning for indsatsernes effekt.

Der er behov for fortsat forskning i virkningsmekanismer og effekter af patientuddannelser. Det er dog et vanskeligt felt, idet patientuddannelser er komplekse interventioner, hvor indsatsen ikke altid kan adskilles fra rehabiliteringsindsatsen i øvrigt.

Forskellige værktøjer (validerede måleredskaber) har været og er i anvendelse med henblik på at måle effekter af patientuddannelse.<sup>50</sup> Det er dog endnu for tidligt at anbefale anvendelsen af det ene frem for det andet. Det foreliggende videngrundlag kan dog guide i forhold til kvalitetssikringstiltag, og der bør ske en videndeling udenfor den lokale sammenhæng, så de indhentede erfaringer og ideer til tiltag kan udnyttes bredest muligt.

---

<sup>50</sup> SF 12, Health Education Impact Questionnaire (HeiQ), Patient Activation measure 13 (PAM 13) samt validerede skalaer til at måle self-efficacy mv. Region Hovedstaden arbejder med en række indikatorer til brug ved vurdering af effekten af den samlede rehabiliteringsindsats for løbsprogrammer ved kroniske sygdomme. Heri indgår også effekten af patientundervisning /patientuddannelse.

## 4 Bilagsoversigt

- Bilag 1:**        **Konklusion og rådgivning fra "Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering" (2009)**
- Bilag 2:**        **ERFA-møder og workshops om patientuddannelse**
- Bilag 3:**        **ICF - International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand**

# Bilag 1:

## Konklusion og rådgivning fra Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering (2009)

Det konkluderes, at der generelt mangler en større indsigt i patientuddannelser, både hvad angår indhold, sundhedspædagogiske metoder, virkningsmekanismer, målgrupper, organisering samt effektmåling og behov for monitorering. Dette kræver en struktureret, tværfaglig indsats inden for forskning og kvalitetsudvikling med vidensdeling på tværs af stat, regioner og kommuner. Den nødvendige forskningsindsats skal være tværvideenskabelig med inddragelse af både kvantitativ og kvalitativ forskning, og der efterlyses store velgennemførte studier, som har en længere tidshorisont end 1-2 år.

På baggrund af denne MTV kan der gives følgende rådgivning til centrale aktører i kommuner, regioner samt stat:

- At der i de kommende år sker en videreudvikling af patientuddannelserne med henblik på at skabe et evidensbaseret grundlag for patientuddannelsernes effekt, dokumentation, virkningsmekanismer, sundhedspædagogiske metoder, underviserens kompetencer, målgrupper, organisering samt indholdet i uddannelserne
- At der sikres tværvideenskabelig forskning inden for patientuddannelse på ovennævnte områder
- At denne vidensudvikling og -deling sker koordineret og struktureret på tværs af kommuner, regioner og stat.

Indholdet af vidensudvikling og forskning bør indeholde følgende områder:

- At uddannelserne målrettes deltagerens behov og dermed sikrer en differentieret indsats, således at brugerorienterede succeskriterier er medbestemmende for uddannelsernes indhold
- At uddannelserne inkluderer pædagogiske strategier, der ikke kun handler om at overføre viden til deltageren. Det bør fx vægtes, at deltagerne aktivt træner adfærdsændringer
- At målgruppen for patientuddannelse overvejes nøje, og at patientuddannelsen tilpasses til den specifikke målgruppe – fx nydiagnosticerede, etniske minoriteter, socialt udsatte grupper
- At uddannelserne aktivt inddrager vigtige kontekster for livsforandringer – fx arbejdsliv, familieliv og fritidsliv
- At omfanget af uddannelserne overvejes, herunder stillingtagen til, hvor ofte uddannelse skal udbydes til personer med kronisk sygdom – fx til nydiagnosticerede eller ved forværring i sygdomsforløbet
- At uddannelserne aktivt udformes, så der er sammenhæng mellem teoretisk grundlag og pædagogisk praksis

- At der arbejdes hen imod en klar opgave- og ansvarsfordeling mellem kommuner og regioner med henblik på at skabe et sammenhængende og koordineret udbud af patientuddannelser, og at der opnås en høj grad af rekruttering
- At der sker en samlet indsats på tværs af kommuner i forhold til at løfte specifikke opgaver, som er vanskelige at løfte som enkeltstående kommune
- At mulighederne for at rekruttere socialt udsatte grupper og/eller etniske minoriteter undersøges
- At der rekrutteres undervisere med relevante kompetencer, samt at kompetencer blandt undviserne udvikles
- At der udvikles en mindre sårbar organisering i regioner og kommuner, da organiseringen af patientuddannelse er forankret hos ganske få personer (ildsjæle).

## Bilag 2: ERFA-møder og workshops om patientud- dannelse

For at understøtte udarbejdelsen af nærværende rapport har Sundhedsstyrelsen i løbet af projektperioden 2010-2011, og i samarbejde med regionerne, afholdt tre ERFA-møder om patientuddannelse. Derudover har Sundhedsstyrelsen i 2012 afholdt to workshops om emnet.

Formålet med ERFA-møderne har været at udveksle erfaringer om de igangværende projekter indenfor emnet og søge at opnå en fælles forståelsesramme af de begreber, der arbejdes med indenfor patientuddannelse.

Deltagerne har primært været ledere og medarbejdere i kommuner og regioner, der arbejder på planlægningsniveau og/ eller er involveret i projektarbejde relevant for emnerne, men også andre medarbejdere i regioner og kommuner har sammen med andre aktører på området haft mulighed for at deltage. Mellem 40 og 80 personer har deltaget i møderne.

Emnerne har alle taget udgangspunkt i den matrix for patientuddannelse, der er beskrevet i rapportens hoveddokument (s. 13). Det har drejet sig om følgende emner:

- målgrupper, organisation og kompetenceudvikling i patientuddannelse
- sundhedspædagogik i patientuddannelse
- kvalitetssikring af patientuddannelse i relation til begreberne screening, indikatorer, evaluering, monitorering og de forudsætninger, der er nødvendige for at kunne arbejde systematisk med området.

Der har i forbindelse med møderne været præsenteret en række oplæg, der alle kan læses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (<http://www.sst.dk/kronisksygdom>)

På de to workshops om patientuddannelse, som afholdtes i begyndelsen af 2012 bidrog deltagere fra kommuner, KL, regioner, forskningsinstitutioner og patientforeninger mv. med en mere indgående drøftelse af elementerne i den matrix for patientuddannelse, Sundhedsstyrelsen har opstillet sammenholdt med mulighederne for kvalitetssikring. Flere af deltagerne har efterfølgende bidraget med skriftlige input til afsnittene i denne publikation.

## Bilag 3:

# ICF - International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand

WHO's klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF) blev vedtaget af WHO's generalforsamling i 2001 og er, sammen med ICD-10 – Klassifikation af sygdomme, WHO's kerneklassifikationer om sundhed. Klassifikationen blev udgivet på dansk i 2003<sup>51</sup>.

ICF-klassifikationen er baseret på WHO's bio-psyko-sociale begrebsmodel og har til formål at give en samlet begrebsramme og en systematisk terminologi om helbredsrelateret funktionsevne.

Ved helbredsrelateret funktionsevne forstås funktionsevne, der kan påvirkes af sygdom/ patologisk tilstand og i samspil med de omgivelser som mennesker lever i. WHO's sundhedsbegreb er således begrebsliggjort ved at anvende ICD-10 og ICF sammen til at give information om helbredstilstand og funktionsevne. Klassifikationerne indgår i et større system af klassifikationer, WHO's Family of Classifications (WHO-FIC)<sup>52</sup>.

Behovet for en moderne forståelse af funktionsevne skal blandt andet ses i sammenhæng med behovet for at kunne beskrive konsekvenserne af sygdomme, som trods behandling, har blivende følger i form af nedsat funktionsevne og kroniske sygdomme (NCD).

Funktionsevne omfatter tre komponenter:

- kroppens funktioner og anatomi,
- aktiviteter og
- deltagelse

Komponenterne påvirker hinanden gensidigt, ligesom den samlede funktionsevne påvirkes af

- helbredsmæssige forhold
- omgivelsesfaktorer
- personlige faktorer

Ved **omgivelsesfaktorer** forstås fysiske, sociale og holdningsmæssige omgivelser, som mennesker bor og lever i. Omgivelsesfaktorerne kan have begrænsende eller fremmende indflydelse på en persons kropsfunktioner og anatomi, på muligheder for at udføre aktiviteter eller for deltagelse.

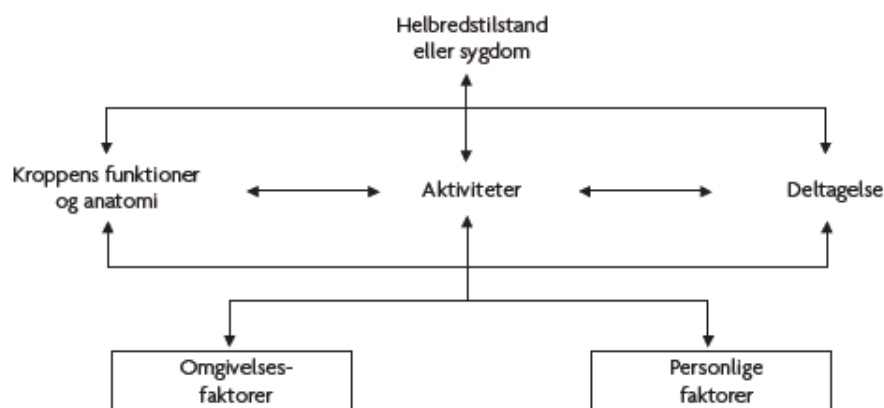
---

<sup>51</sup> Schiøler et al 2003: *ICF – International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*, Sundhedsstyrelsen 1. udgave 4. oplag Munksgaard Danmark.

<sup>52</sup> <http://www.who.int/classifications/docs/en/index.html>



**Personlige faktorer** der kan have indflydelse på funktionsevnen er faktorer som alder, køn, religiøs opfattelse, social status og økonomisk formåen, men også faktorer som mestringssevne og livserfaring. I praksis er personlige faktorer ofte væsentlige faktorer f.eks. i udredning af funktionsevne og vurdering af potentialet for intervention, hvor de personlige faktorer indgår i den professionelle vurdering. Dette foregår uagtet, at der ikke foreligger en klassifikation af personlige faktorer.



Samspillet mellem komponenterne i ICF er illustreret i ovenstående figur.

ICF's terminologi er neutral og anvendelsen er tillige fagligt neutral.

Erfaringer fra Danmark og andre lande tyder på, at implementering af begrebsrammen i det kliniske arbejde understøtter det tværfaglige teams arbejde i forhold til borgeren også i forhold til outcome. Begrebsrammen og terminologien ser også ud til at understøtte professionelle og borgere i kommunikationen om hvilke problemstillinger der er væsentlige og skal prioriteres i en rehabiliteringsplan, elementer der også er helt centrale, når det i planen drejer sig om tilrettelæggelse af patientuddannelse.

Der arbejdes internationalt med udvikling af såkaldte diagnosespecifikke Core Sets, som udvikles systematisk blandt andet med systematisk litteraturgennemgang og konsensus mellem internationale eksperter.

Core Sets skal have et antal kategorier som opfylder nedenstående kriterier. De skal være:

1. nødvendige til at give en beskrivelse af de væsentligste problemstillinger vedr. funktionsevne som patientgruppen har.
2. tilstrækkelige til, at det samlede antal kategorier giver et helhedsbillede af funktionsevnen hos den specifikke patientgruppe.

Der udvikles løbende nye Core Sets<sup>53</sup>.

Kendskabet til ICF er stort i Danmark. Seneste kortlægning viste<sup>54</sup>, at ICF fortrinsvis bliver anvendt som referenceramme blandt terapeuter.

<sup>53</sup> Jerome E. Bickenbach, Alarcos Cieza, Alexandra Rauch, & Gerold Stucki (Editors). CF Core Sets. Manual for Clinical Practice. 2012

<sup>54</sup> Vinther Nielsen et al 2008: Kortlægning af ICF i Danmark: en national undersøgelse af udbredelsen og anvendelsen af WHO's klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand, MarselisborgCentret 2008

Ambitionen fra WHO's side er, at ICF på lang sigt skal kunne anvendes til statistiske formål på samme måde som ICD-10 anvendes. Der arbejdes løbende på udviklingen af ICF klassifikationens indhold og egenskaber, ligesom anvendelsen udforskes.