

## **Notat: Ændret ansvar for den patientrettede forebyggelse**

Sundhedsstyrelsens faglige oplæg om ændret ansvar for den patientrettede forebyggelse har været i høring og er drøftet med Danske Regioner og KL. Det faglige oplæg er justeret på baggrund af parternes bemærkninger.

### **Formål med notatet**

Med 'Aftale om sundhedsreform 2024' er det besluttet, at regionerne får ansvaret for den patientrettede forebyggelse med virkning fra 1. januar 2027 (jf. § 119, stk. 3 i sundhedsloven). Den ændrede ansvarsplacering gående fra kommuner til regioner skal ifølge aftalen give bedre grundlag for faglig og økonomisk bæredygtighed i forebyggelsestilbuddene til mennesker med kronisk sygdom og sikre bedre incitamenter til tidlige, forebyggende indsatser, da indsatserne kan forbedre egenomsorg og livskvalitet, forebygge forværring og reducere behovet for sygehusindsats for den store gruppe af borgere med kronisk sygdom.

Sundhedsstyrelsen har fået til opgave at foretage en afgrænsning af den patientrettede forebyggelse i kommunerne, som regionerne overtager ansvaret for<sup>1</sup>. Umiddelbart afledte ændringer foretages i kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Den patientrettede forebyggelse, som regionerne overtager, er dog bredere og rækker ud over indsatserne beskrevet i kvalitetsstandarderne.

Ændringen i ansvarsforholdet for den patientrettede forebyggelse er en del af en række strukturelle ændringer og nye indsatser i sundhedsvæsenet som led i implementeringen af sundhedsreformen, herunder eksempelvis indførelse af kronikerpakker og folkesundhedslov samt opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud. Hvordan disse indsatser tager form og udvikles frem mod 2027 har betydning for tilrettelæggelsen af den patientrettede forebyggelse. Dette skal derfor ses som et første og indledende trin i etableringen af den patientrettede forebyggelse under regionalt myndighedsansvar.

---

<sup>1</sup> Der varetages ligeledes patientrettet forebyggelse andre steder i sundhedsvæsenet i dag, herunder bl.a. i almenmedicinske tilbud og på sygehus. Beskrivelse af disse aktørers forebyggelsestilbud ligger uden for notatets formål, hvis omdrejningspunkt er ansvarsplacering af den patientrettede forebyggelse fra kommune til region.

Følgende beskrives nærmere i notatet:

- A. Forebyggelse i dag
- B. Forslag til afgrænsning af forebyggelsesindsatser ved ny ansvarsfordeling
- C. Perspektiver på ændret ansvar for den patientrettede forebyggelse

### **A. Forebyggelse i dag**

Kommuner og regioner har i dag et fælles ansvar for den patientrettede forebyggelse, jf. sundhedsloven § 119 stk. 3-4. Herudover har kommunerne ansvaret for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne dvs. borgerrettet forebyggelse jf. § 119 stk. 2. Den patientrettede forebyggelse varetages i dag overvejende af kommuner, almenmedicinske tilbud samt sygehuse.

#### *Status på patientrettet forebyggelse i kommunerne*

Kommunerne har hidtil varetaget ansvaret for den patientrettede forebyggelse ved at etablere forebyggelsesindsatser på baggrund af anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen samt lokale behov og muligheder. Anbefalingerne blev i 2024 erstattet af *'Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom'*<sup>2</sup>, som indeholder krav og anbefalinger til indsatserne. Den patientrettede forebyggelse i kommunerne er dog bredere og rækker ud over indsatserne beskrevet i kvalitetsstandarderne.

Der er i kommunerne opbygget kompetencer og erfaringer med at tilbyde en lang række patientrettede forebyggelsesindsatser tæt på borgerne. Der stilles krav om, at kommunerne tilbyder afklarende samtale, sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol til borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold, kan have gavn af forebyggelsestilbud, jf. *'Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom'*. De patientrettede forebyggelsestilbud kan dermed anvendes af en bred målgruppe af mennesker med kroniske sygdomme, som har et sammenfaldende behov for indsatser; typisk sygdomsmestring, fysisk aktivitet, nikotinafvænning og ernæringsindsats, samtidig med der også er mulighed for målgruppespecifikke elementer.

Der ses nogle steder udfordringer med at opnå bæredygtighed i visse af indsatserne grundet problemer med at opretholde de nødvendige kompetencer og effektiv ressourceanvendelse. Eksempelvis har tilbud om diætbehandling varieret som følge af, at tilbuddet skal varetages af sundhedsprofessionelle med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist, hvis kompetencer kan være svære at udnytte fuldt ud, når volumen i en kommune er lille. Herudover ses der generelt udfordringer med for få henviste borgere fra sygehuse og almenmedicinske tilbud, hvilket begrænser de potentielle resultater for borgerne og samtidig gør det svært at opnå tilstrækkelig volumen i indsatserne<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen 2024: [Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder](#)

<sup>3</sup> Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning, Sundhedsstyrelsen 2024: [Sundhedsstrukturkommissionens bilagsrapport – Analyser og ekspertbidrag Juni 2024](#)

Et vigtigt element i den patientrettede forebyggelse i kommunerne er forståelsen af, at det er en samarbejdsproces mellem borgeren, pårørende, sundhedsprofessionelle, civilsamfund og andre relevante parter. Forebyggelsestilbuddene skal altid tage udgangspunkt i borgerens motivation, ønsker og mål for hverdagslivet. Blandt andet skal der allerede i den afklarende samtale være fokus på, hvordan borgeren efter endt forløb viderefører sin aktivitet i andet regi, såsom i foreningslivet.

Kommunerne tilbyder også i dag en række patientrettede forebyggelsestilbud, som rækker ud over kvalitetsstandarderne. Flere kommuner har etableret forebyggelsestilbud ud fra lokale behov og muligheder, fx tilbud til mennesker med symptomer på stress, angst og depression<sup>4</sup>. Nogle større kommuner har ydermere organiseret sig med visse sygdomsspecifikke patientrettede forebyggelsestilbud, der er karakteriseret ved stærke faglige miljøer, specialistviden og forskning fx inden for kræft og diabetes og samtidig med et tilstrækkeligt volumen af aktiviteter.

#### *Sundhedsfremme og forebyggelse i kommunerne*

Kommunerne har i dag og vil fortsat have ansvaret for borgerrettede forebyggelsestilbud og at skabe rammer for og tilbud med henblik på sundhedsfremme og forebyggelse. Det gælder bl.a. forebyggelsestilbud til borgere i risiko for kronisk sygdom. Kommunerne har relevante arenaer, hvor borgerne færdes såsom daginstitutioner, skoler/ungdomsuddannelser, fritids- og foreningstilbud, beskæftigelsesrettede tilbud mv. Det betyder fx, at tilbud såsom ryge- og nikotinstop til borgere, som ikke er patienter, fx unge, fortsat vil være en kommunal opgave. Det lettilgængelige behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel jf. sundhedsloven §126 vil også fortsat være et kommunalt ansvar.

Kommunernes borgerrettede forebyggelse tager bl.a. afsæt i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, der beskriver faglige anbefalinger til kommunernes indsatser. De faglige anbefalinger skal bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle kommunernes borgerrettede forebyggelsestilbud og sundhedsfremmende indsats<sup>5</sup>. Anbefalingerne revideres i forbindelse med udformningen af den nye folkesundhedslov, jf. aftale om sundhedsreformen.

Der stilles krav til kommunernes borgerrettede forebyggelse i kvalitetsstandarderne for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Her fremgår krav til, at kommunerne tilbyder nikotinafvænning og forebyggende samtale om alkohol til borgere med motivation for at ændre deres forbrug, også hvor der ikke er tale om samtidig kronisk sygdom<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen 2024: [Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder](#)

<sup>5</sup> [Forebyggelsespakker til kommunerne | Fagperson | Sundhedsstyrelsen](#)

<sup>6</sup> Det bemærkes, at gravide som målgruppe tænkes som borgere i en forebyggelseskontekst (ikke patienter) og vil derfor være omfattet af de borgerrettede forebyggelsestilbud i kommunerne.

## B. Forslag til afgrænsning af forebyggelsesindsatser ved ny ansvarsfordeling

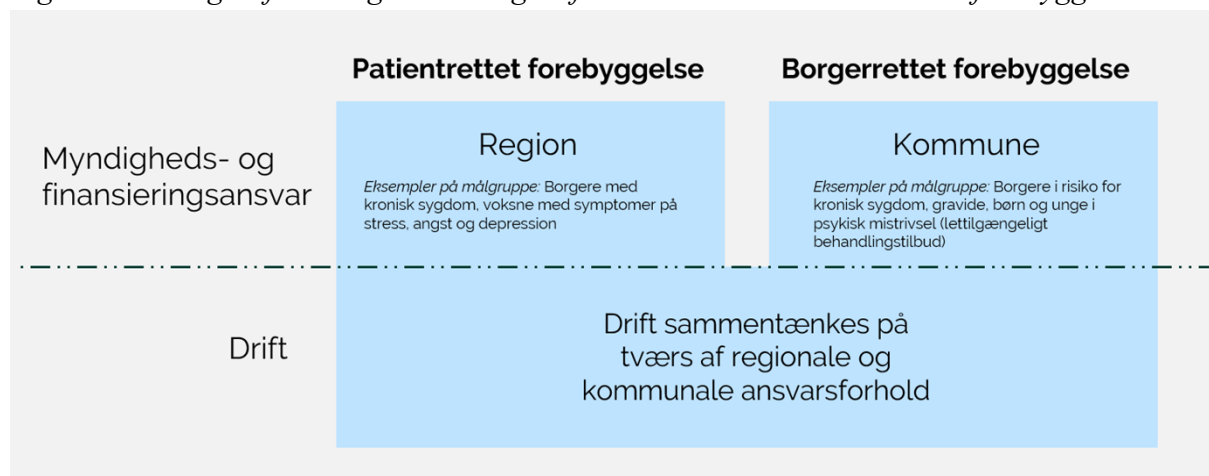
Den patientrettede forebyggelse, som regionerne overtager ansvaret for, samt de borgerrettede forebyggelsestilbud, som forbliver under kommunalt ansvar skal fagligt afgrænses for at sikre klare ansvarsforhold, identificere snitflader, der kræver særlig opmærksomhed og dermed bidrage til sammenhængende borgerforløb.

I forbindelse med ændret ansvarsforhold for den patientrettede forebyggelse, bør man forholde sig til, hvordan der sikres faglig bæredygtighed i den samlede kæde af forebyggelsesindsatser. Herunder, at den patientrettede forebyggelse robustgøres på de områder, som kan være svære for nogle kommuner at opretholde i dag samtidig med, at der bibeholdes en faglig bæredygtighed i de borgerrettede forebyggelsesindsatser i kommunerne.

Patientrettet og borgerrettet forebyggelse er begrebsmæssigt tæt forbundet og omfatter indholdsmæssigt i vid udstrækning sammenfaldende indsatser som fx nikotinafvænning og forebyggende samtale om alkohol, samt indsatser vedrørende mental sundhed, som både kan være rettet mod mennesker i risiko for eksempelvis stress, angst eller depression, eller hvor der er egentlige symptomer på sygdom. Derfor er det vigtigt, at forebyggelsestilbuddene sammen tænkes på både organisatorisk- og individniveau. Således kan de med fordel sammentænkes på tværs af ansvarsforhold i kommuner og regioner for at skabe synergi samt fagligt og organisatorisk bæredygtige og koordinerede tilbud i borgernes nærområder. Dette foreslåede princip for organisering af driften er illustreret nedenstående i figur 1, ligesom eksempler på målgrupper beskrives med udgangspunkt i hhv. symptomer på sygdom eller risiko for sygdom.

Den faglige bæredygtighed for den patientrettede forebyggelse udmøntes med behørigt hensyn til, at tilbuddet skal leve op til intentionerne om national ensartethed samtidig med, at tilbuddet kan driftes lokalt med hensyn til både organisatorisk og økonomisk bæredygtighed. Regionerne skal således håndtere en balancegang mellem at tilrettelægge tilgængelige tilbud af høj kvalitet tæt på borgeren samtidig med, at regionen i praksis kan drifte tilbuddet med hensyn til volumen og driftsoptimering.

Figur 1. Forslag til fremtidigt ansvar og drift i den nuværende kommunale forebyggelse



### *Patientrettede forebyggelsestilbud under regionalt ansvar*

Sundhedsstyrelsen har tilpasset ansvarsforholdene i kvalitetsstandarderne for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Her fremgår krav til, at regionerne tilbyder afklarende samtale, sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol til borgere med kronisk sygdom, som, ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold, kan have gavn af forebyggelsestilbud. Indsatsene er som udgangspunkt ikke sygdomsspecifikke og kan anvendes til en bred målgruppe af borgere med kronisk sygdom. Nogle indsatsområder indeholder dog sygdomsspecifikke elementer, som derfor tilpasses borgernes individuelle sygdomme.

Som beskrevet i afsnit A indeholder den patientrettede forebyggelse i kommunerne også tilbud, som rækker ud over kravene i kvalitetsstandarderne. Disse vil ligeledes være relevante at videreføre under regionalt myndighedsansvar – afhængig af de lokale behov. Fx vil forebyggelsestilbud til voksne med symptomer på stress, angst og depression overgå til regionalt ansvar som en del af den patientrettede forebyggelse. De lettilgængelige behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel vil fortsat være et kommunalt ansvar.

De større kommuners forebyggelsestilbud, der er karakteriseret ved stærke faglige miljøer, specialistviden og forskning fx inden for kræft og diabetes, bør ligeledes videreføres under regionalt myndighedsansvar og kan evt. få karakter af regions- eller landsdækkende videnscentre eller lignende.

### **C. Perspektiver på ændret ansvar for den patientrettede forebyggelse**

En række faglige perspektiver kan inddrages i det kommende arbejde med udvikling af den patientrettede forebyggelse i forbindelse med, at regionerne overtager ansvaret.

#### *Tilgængelighed og videreførelse af faglige miljøer*

Sundhedsstyrelsen vurderer, at geografisk nærhed, tilgængelighed og nem adgang til forebyggelsestilbuddene er centralt i den fremtidige organisering af den patientrettede forebyggelse, for at undgå unødige barrierer for at tage imod tilbuddene samt understøtte sammenhæng til lokale og civilsamfundsborne tilbud. Tilgængelighed kan bl.a. understøttes ved kontinuerlig opstart af hold samt tilrettelæggelse med afsæt i borgernes præferencer og hverdagsliv (fx tilbud om hold uden for almindelig arbejdstid eller digitale tilbud). Hensyn til nærhed og tilgængelighed skal balanceres med formålet om at skabe større grad af faglig og økonomisk bæredygtighed i forebyggelsestilbuddene.

Kommunerne har over årene etableret faglige miljøer omkring hhv. de borgerrettede- og patientrettede forebyggelsestilbud i borgernes nærmiljø, som kommuner og regioner fortsat skal sørge for at understøtte. I kvalitetsstandarderne er det et krav, at der aktivt støttes op om videreførelse og vedligehold af effekt efter endt indsats. Fx har flere kommuner i dag erfaringer med at bygge bro ml. forebyggelsestilbud og foreningsaktiviteter i naturen eller samarbejder med idrætsforeninger mv. Kommunernes opbyggede kompetencer og erfaringer skal sættes i spil og indgå i videreførelsen af de patientrettede forebyggelsestilbud i regionerne. Her er det

vigtigt at have for øje, at samarbejdet mellem sundhedsvæsen og civilsamfund samt forståelse for sociale- og beskæftigelsesrettede forhold hos den enkelte, spiller en væsentlig rolle for en velfungerende patientrettet forebyggelse. Dette understreger således også behovet for samarbejde mellem region og kommune om forebyggelsestilbuddene.

Det fremgår af aftale om sundhedsreform 2024, at regionerne kan vælge at indgå aftaler med kommunerne om, at de varetager driften af hele eller dele af den patientrettede forebyggelse tæt på borgerne. Regionen vil i den forbindelse beholde myndigheds- og finansieringsansvaret. Et kommunalt driftsansvar vil især være relevant i de kommuner, hvor grundlaget for den tilstrækkelige kvalitet og faglige bæredygtighed er tilstede.

Sundhedsrådene får en central rolle i at sikre det fortsatte fokus på de lokale behov for tilgængelighed og sammenhæng i opgaveløsningen på tværs af kommuner og regioner samt sikre mere ensartede patientrettede forebyggelsestilbud på tværs af kommunegrænser. Fx at der tages højde for snitflader mellem den patientrettede forebyggelse til relevante indsatser, kommunerne fortsat har ansvaret for fx den almene genoptræning og den borgerrettede forebyggelse.

I organiseringen af de patientrettede forebyggelsestilbud skal der også sikres de rette muligheder for rekruttering af patienter fra hhv. kommune, det almenmedicinske tilbud og sygehuse til forebyggelsestilbuddene. Hertil bør der være en særlig opmærksomhed på at etablere hensigtsmæssige henvisningsveje for de patienter, som i dag rekrutteres fra kommunerne fx fra beskæftigelsesindsatser, sociale indsatser mv. og at der fortsat skabes mulighed for, at borgere selv kan henvende sig til tilbuddene.

#### *Fortsat udvikling af indsatser og målgruppe*

Som led i implementeringen af sundhedsreformen samt ændring af ansvarsforholdet for den patientrettede forebyggelse, skal der ske et fortsat udviklingsarbejde relateret til de generiske tilbud om patientrettet forebyggelse. Her bør der bl.a. være fokus på at sikre større grad af fleksibilitet fx i forhold til opstart, mulighed for gentagne forløb mv.

For at skabe sammenhæng i patientforløbene, bør den patientrettede forebyggelse desuden integreres yderligere i patientens øvrige forløb i sundhedsvæsenet i tæt dialog med det almenmedicinske tilbud, kommunale rehabiliteringsindsatser, den kommunale sygepleje, herunder helhedsplejen og specialistrådgivning fra sygehuset. Der skal dog samtidig være fokus på, at den patientrettede forebyggelse ikke bidrager til unødigt sygeliggørelse af målgruppen.

Som led i implementeringen af sundhedsreformen får Sundhedsstyrelsen til opgave at udarbejde de faglige rammer for kronikerpakker for mennesker med kroniske sygdomme, hvor sygdomsspecifikke kronikerpakker implementeres over en årrække startende med KOL og kroniske lænderygmerter i 2027, diabetes type 2 i 2028, hjertesygdomme i 2029 og kompleks multisygdom i 2031. Fremadrettet kan der således forventes et behov for kapacitetsopbygning i de patientrettede forebyggelsestilbud grundet den demografiske udvikling samt im-

plementering af kronikerpakker for mennesker med kroniske sygdom som led i sundhedsreformen.

Sundhedsstyrelsen har også fået til opgave at fastlægge de fremtidige opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud i en national opgavebeskrivelse, der fx vil skulle forholde sig til det almenmedicinske tilbuds opgaver med patientrettet forebyggelse i sammenhæng med indsatser i regioner og kommuner.

Herudover udarbejder Sundhedsstyrelsen et nyt fagligt grundlag for kommunernes fremtidige borgerrettede forebyggelse (revision af forebyggelsestiltal) til brug for folkesundhedsloven, som træder i kraft i 2027. Det faglige grundlag skal jf. lovens formål bidrage til at styrke den strukturelle forebyggelse i kommunerne og gøre det enklere for kommunerne at prioritere indsatserne og arbejde målrettet og effektivt.

Det bemærkes afslutningsvis, at KL og kommunerne har udviklet og igangsat systematisk indsamling af viden om de kommunale forebyggelsestiltal som grundlag for monitorering, planlægning og kvalitetsudvikling, da det datamæssige grundlag i dag er sparsomt. Det sker gennem ensartet registrering i journalsystemer (Fælles Sprog III) og indsamling af data fra journalerne via KL's Gateway. Det var planen, at de kommunale data skulle indsamles fra 2025, men arbejdet er sat i bero som følge af sundhedsreformen. Det vurderes hensigtsmæssigt, at dette arbejde genoptages og fortsættes i et samarbejde ml. regioner og kommuner som grundlag for fortsat kvalitetsudvikling af forebyggelsestiltalene.