

ANBEFALINGER FOR  
**FOREBYGGELSES-  
TILBUD**  
TIL BORGERE MED KRONISK SYGDOM



SUNDHEDSSTYRELSEN

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

© Sundhedsstyrelsen, 2016.  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

### **Sundhedsstyrelsen**

Islands Brygge 67  
2300 København S  
[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Emneord:** alkohol, rygning, sygdomsmestring, ernæring, fysisk træning, forebyggelse, kommune, kronisk sygdom, planlægning

**Sprog:** Dansk

**Version:** 1,0

**Versionsdato:** 21. juni 2016

**Format:** pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, juni 2016.

**Elektronisk ISBN:** 978-87-7104-768-4

**Den trykte versions ISBN:** 978-87-7104-769-1

**Design:** BystedFFW

# INDHOLD

---

<b>1</b>	<b>INTRODUKTION</b>	<b>5</b>
1.1	INDLEDNING	5
1.2	FORMÅL	5
1.3	BAGGRUND	6
1.4	MÅLGRUPPE	6
1.5	DEFINITIONER	6
<b>2</b>	<b>KOMMUNALE FOREBYGGELSESTILBUD TIL BORGERE MED KRONISK SYGDOM</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>VIDENSGRUNDLAG</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>HENVISNING TIL KOMMUNALE TILBUD</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>INDHOLD I FOREBYGGELSESTILBUD</b>	<b>12</b>
5.1	Sygdomsmestring	12
5.1.1	Målgruppe	12
5.1.2	Indholdselementer	12
5.1.3	Format, omfang og varighed	14
5.1.4	Kompetencer	14
5.2	Tobaksafvænning	15
5.2.1	Målgruppe	15
5.2.2	Indholdselementer	15
5.2.3	Format, omfang og varighed	16
5.2.4	Særlige sygdomsspecifikke hensyn	18
5.2.5	Kompetencer	18
5.3	Fysisk træning	19
5.3.1	Målgruppe	19
5.3.2	Indholdselementer	19
5.3.3	Intensitet, frekvens og varighed	20
5.3.4	Særlige sygdomsspecifikke hensyn	21
5.3.5	Kompetencer	21
5.4	Ernæringsindsats	22
5.4.1	Målgruppe	22
5.4.2	Indholdselementer	23

---

5.4.3	Format, omfang og varighed	24
5.4.4	Særlige sygdomsspecifikke hensyn	24
5.4.5	Kompetencer	25
5.5	Forebyggende samtale om alkohol	26
5.5.1	Målgruppe	26
5.5.2	Indholdselementer	26
5.5.3	Format, omfang og varighed	29
5.5.4	Særlige sygdomsspecifikke hensyn	29
5.5.5	Kompetencer	30

---

<b>6</b>	<b>SAMARBEJDET MED BORGEREN</b>	<b>31</b>
----------	---------------------------------	-----------

---

6.1	Sundhedspædagogisk praksis og professionelle kompetencer	31
6.2	Motivation	33
6.3	Afklarende samtale	34
6.3.1	Kompetencer	35
6.4	Afslutning på forløb i kommunen	35
6.5	Proaktiv fastholdelse	36

---

<b>7</b>	<b>MONITORERING OG KVALITETSSIKRING</b>	<b>37</b>
----------	-----------------------------------------	-----------

---

7.1	MONITORERING	37
7.2	KVALITETSSIKRING	38

---

<b>8</b>	<b>REFERENCER</b>	<b>39</b>
----------	-------------------	-----------

---

	Bilag 1 – Kommissorium	43
	Bilag 2 – Arbejdsgruppens medlemmer	45
	Bilag 3 – Læringsmål for rådgivere i tobaksafvænnig	47

# 1

## INTRODUKTION

### 1.1

#### INDLEDNING

Hermed udgiver Sundhedsstyrelsen anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

Anbefalingerne skal ses i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. De rummer en konkretisering af udvalgte anbefalinger i visse forebyggelsespakker og beskriver faglige anbefalinger til den konkrete udformning af forebyggelsestilbud.

Anbefalingerne er ikke sygdomsspecifikke<sup>1</sup>, men omhandler kronisk sygdom generelt. Visse forebyggelsestilbud kan tilbydes raske borgere. Dette gælder især i relation til anbefalingerne om alkohol og rygeafvænning.

Anbefalingerne skal ses i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens øvrige publikationer i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme, forløbsprogrammer mv., som de supplerer og bygger videre på. Det forventes, at anbefalingerne indarbejdes i de regionale forløbsprogrammer.

Anbefalingerne omfatter kommunale tilbud vedrørende sygdomsmestring, rygeafvænning, fysisk træning, ernæring og alkoholrådgivning.

Nogle tilbud kræver henvisning fra praktiserende læge eller sygehus, mens andre tilbud er åbne for, at borgere selv henvender sig direkte til kommunen. Anbefalingerne er henvendt til kommunerne, men kan også anvendes i tilrettelæggelsen af tilbud i almen praksis og på sygehus. Relevant personale på sygehuse og i almen praksis bør have kendskab til anbefalingerne for at understøtte effektiv henvisning med videregivelse af relevant patientinformation til kommunerne.

I udarbejdelsen af anbefalingerne er Sundhedsstyrelsen blevet rådgivet af en ekstern arbejdsgruppe, der har medvirket til at operationalisere det eksisterende vidensgrundlag og bidraget med ekspertiskøn og praksiserfaringer. Endvidere har der været tilknyttet eksterne konsulenter, for så vidt angår anbefalingerne vedrørende fysisk træning og ernæringsindsats. Konsulenterne har foretaget en litteratursøgning og udarbejdet baggrundsnotater. Der er udarbejdet vidensnotater for de øvrige områder, som beskriver vidensgrundlaget<sup>2</sup>. Arbejdsgruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

### 1.2

#### FORMÅL

Med anbefalingerne ønsker Sundhedsstyrelsen at formidle viden om, hvordan kommunale tilbud på væsentlige forebyggelsesområder tilrettelægges bedst muligt. Dermed kan kommunerne målrette og prioritere deres tilbud, og borgere på tværs af landet kan få et forebyggelsestilbud af en ensartet høj kvalitet.

Anbefalingerne skal samtidig understøtte kommunernes samarbejde med almen praksis og sygehuse, der kan henvise borgere til tilbud med en kendt kvalitet.

1 Der kan dog være særlige sygdomsspecifikke forhold, der gør sig gældende. Dette fremgår i de enkelte afsnit, hvor der henvises til relevante retningslinjer mv.

2 Vidensnotater kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

---

## 1.3 BAGGRUND

---

Kommunalbestyrelsen har jf. sundhedslovens § 119 ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis og etablere forebyggende tilbud til borgerne. 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 målgruppe-specifikke forløbsprogrammer. Det betyder, at der i dag er en del erfaring med de tilbud, der beskrives i disse anbefalinger. Anbefalingerne er udarbejdet i forbindelse med udviklingen af forløbsplaner for mennesker med udvalgte kroniske sygdomme, men kan anvendes til en bredere målgruppe af borgere med kronisk sygdom og i visse tilfælde også borgere uden kronisk sygdom.

For borgere med kronisk sygdom vil forebyggelses-tilbuddene indgå som en del af en forløbsplan. En forløbsplan er en individuel plan, der tydeliggør, hvilke tilbud og hvilket forløb en borger, der diagnosticeres med henholdsvis 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<sup>3</sup>.

---

## 1.4 MÅLGRUPPE

---

Målgruppen for anbefalingerne er borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af et forebyggelsestilbud. Visse af anbefalingerne er endvidere relevante for borgere, der ikke har kronisk sygdom. Det anbefales generelt ikke at oprette parallelle tilbud til henholdsvis borgere med kronisk sygdom og raske borgere.

falingerne er endvidere relevante for borgere, der ikke har kronisk sygdom. Det anbefales generelt ikke at oprette parallelle tilbud til henholdsvis borgere med kronisk sygdom og raske borgere.

---

## 1.5 DEFINITIONER

---

Nedenfor beskrives nogle af de centrale begreber, som anvendes i anbefalingerne.

### Rehabilitering

Sundhedsstyrelsen anvender WHO's definition af 'rehabilitering':

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

---

<sup>3</sup> Se også <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/forloebplaner>

'Rehabilitering' kan være fysisk træning, sygdomsmestring, ernæringsindsatser, støttende og kompenserende indsatser samt indsatser på social-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet.

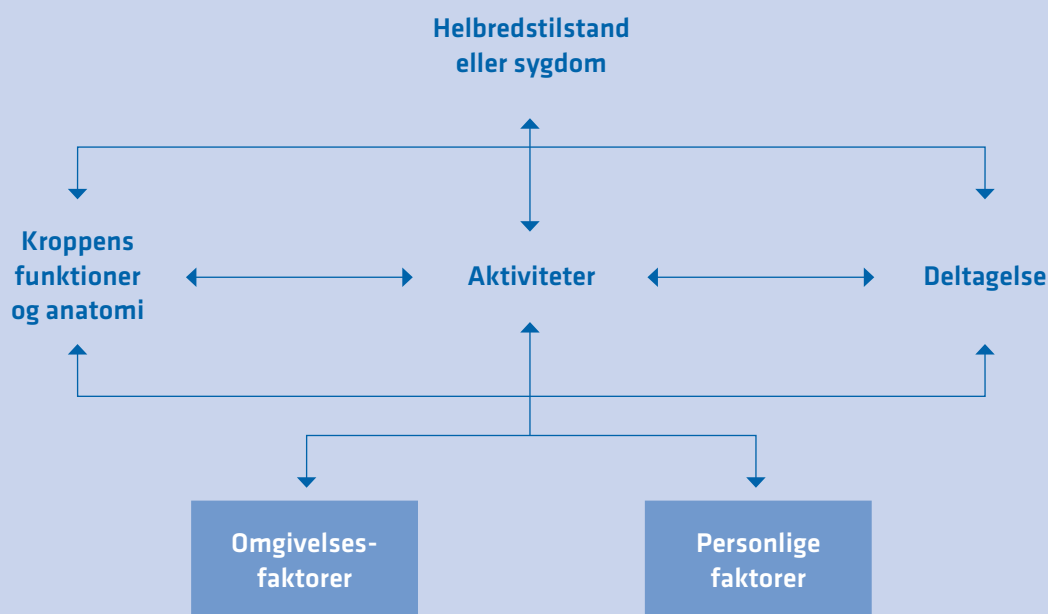
### Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

'Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' anvendes om de tilbud, der indgår i nærværende anbefalinger, og i betydningen forebyggelse med et rehabiliterende sigte, baseret på funktionsevnebegrebet (se nedenfor). 'Forebyggelse' skal her forstås som en delmængde af rehabilitering.

### Funktionsevne

'Funktionsevne' anvendes jf. WHO's model for "International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)" som forståelsesramme for rehabilitering. Modellen er en biopsykosocial model. Funktionsevnen som det centrale i modellen indgår i et dynamisk samspil med helbred og kontekst (omgivelses- og personlige faktorer).

Funktionsevnen omfatter tre komponenter: Kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter samt deltagelse. Komponenterne påvirker hinanden gensidigt, ligesom den samlede funktionsevne påvirkes af omgivelsesfaktorer, personlige faktorer og helbredsmæssige forhold. Se ICF-modellen (figur 1).



Figur 1. Samspillet mellem komponenterne i ICF.

## KOMMUNALE FOREBYGGELSESTILBUD TIL BORGERE MED KRONISK SYGDOM

Anbefalingerne vedrører konkrete forebyggelsestilbud indenfor områderne sygdomsmestring, rygning, fysisk træning, ernæring og alkohol. Flere af disse tilbud indgår i dag i prædefinerede rehabiliteringsprogrammer, der er omfattet af forløbsprogrammer for kronisk sygdom. I den nuværende praksis kan tilbuddene dermed ikke umiddelbart ses som selvstændige tilbud, sådan som de indgår i nærværende anbefalinger. Anbefalingerne angår dog også tilbud i forløbsprogrammerne. Anbefalingerne vil således fremadrettet skulle lægges til grund for de relevante dele af forløbsprogrammerne.

Anbefalingerne får også betydning for henvisningspraksis til tilbuddene. Henvisning vil fremover skulle ske til en afklarende samtale og ikke til prædefinerede programmer (se kapitel 4), dog på nær henvisning til alkoholtilbud (se kapitel 5.5).

Sundhedspædagogik er central i forebyggelsestilbud og betragtes derfor i disse anbefalinger som et tværgående element, der indgår i alle tilbud. Dermed betragtes de fem tilbud, sygdomsmestring, rygeafvænning, fysisk træning, ernæringsindsats og alkoholorrådgivning som sidestillede indsatser, der alle indeholder en sundhedspædagogisk del. Det betyder samtidigt, at betegnelsen 'patientuddannelse' ikke anvendes i anbefalingerne.

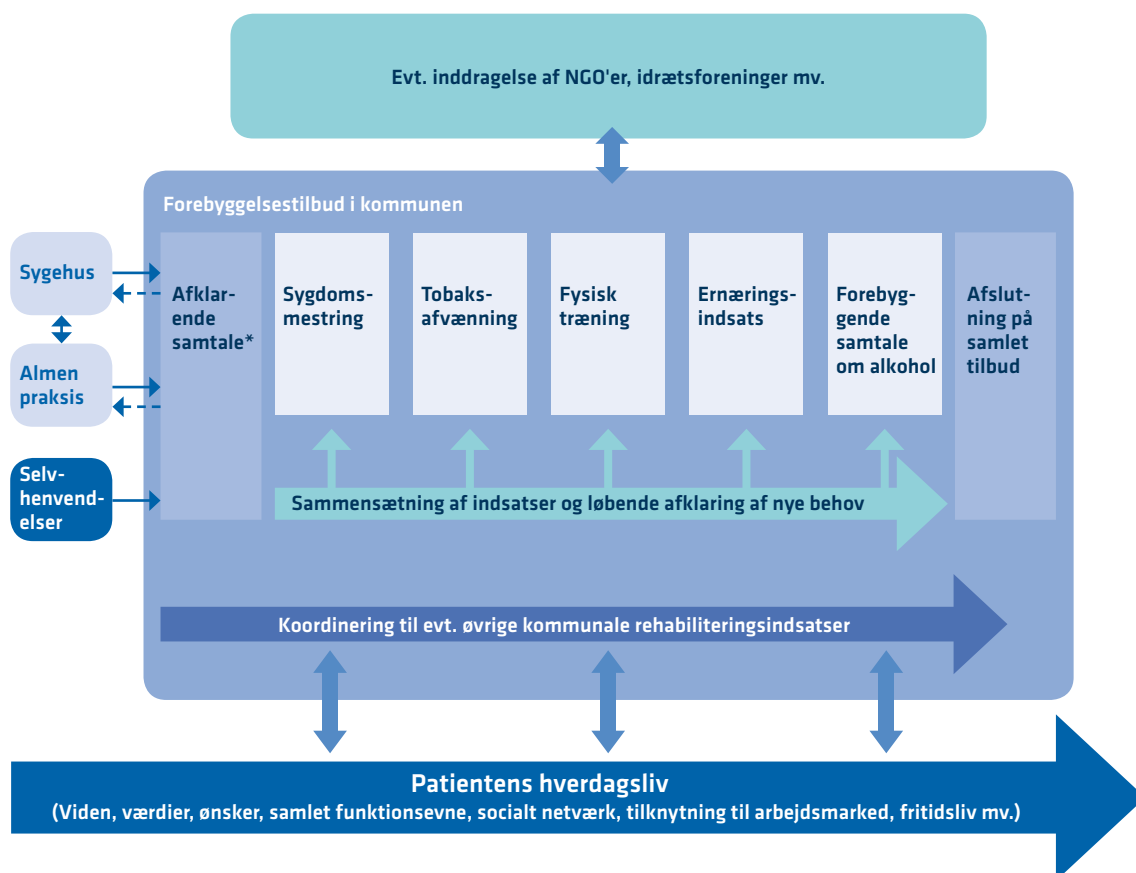
En del borgere har behov for flere af de beskrevne tilbud. Det betyder, at de forskellige tilbud til en borger skal overvejes og tilrettelægges i sammenhæng. For at tilgodese mennesker med sammensatte problemstillinger som fx multisygdom, begrænset funktionsevne, vedvarende eller tilbagevendende behov for understøttende sundhedsfag-

lige tilbud, skal det konkrete tilbud tilrettelægges individuelt, fx med supplerende opfølgning eller strækkes over længere tid. I opfølgningen skal der være særlig opmærksomhed på borgere med tilbagevendende behov, der kan have gavn af et nyt tilbud. For særligt sårbare borgere kan de forebyggende tilbud tænkes sammen med boligsociale tiltag, fx samarbejdsaftaler med boligselskabers boligsociale viceværter/konsulenter eller i sammenhæng med øvrige sociale indsatser i nærmiljøet.

Figur 2 side 9 viser et forløb. Der vil fx være borgere, der sideløbende med de kommunale indsatser har kontakter til almen praksis eller sygehus, ligesom forløbet sjældent er lineært. Der bør derfor være en gensidig professionel opmærksomhed på evt. koordinering i forhold til borgerens specifikke behov. Der kan også være borgere indenfor målgruppen, som bliver henvist fra andre aktører, og tilbuddet kan endvidere være lokalt organiseret, så også borgere uden kronisk sygdom kan anvende de samme tilbud og henvende sig direkte som selvhenvendende.

Da kommunerne er forskellige, hvad angår størrelse, geografi, kapacitet, befolknings- og ressourcemæssige forudsætninger samt erfaringer med forebyggelsestilbud, kan det være hensigtsmæssigt, at kommunerne indgår et tværkommunalt samarbejde. Det kan fx være henvisning til tilbud i en samarbejdskommune eller et løbende samarbejde om faglig sparring, kvalitetssikring, kompetenceudvikling mv. 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.





Figur 2: Illustration af de kommunale indsatser og væsentlige sammenhænge

\* Borgere, der er henvist til eller som selv har opsøgt alkoholtilbud, skal ikke gennem en afklarende samtale (se kapitel 5.5).

Anbefalingerne er baseret på den aktuelt bedste viden, der findes i forhold til at skabe effektive kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

Anbefalingerne bygger i videst mulig omfang på evidens fra nyere systematiske forskningsoversigter. Endvidere indgår videnskabelige undersøgelser, ekspertskøn samt erfarings- og praksisbaseret viden i udformningen af anbefalingerne.

En stor del af den eksisterende systematisk opsamlede viden er knyttet til en given intervention, fx rygeafvænning eller fysisk træning, og ofte i forhold til en snævert defineret målgruppe samt en bestemt sygdom, som fx KOL eller diabetes. En del af dokumentationen vedrører således sygdomsspecifikke programmer, som fx 'KOL-rehabilitering' eller 'hjerterehabilitering'.

Det betyder, at selvom der findes evidens inden for enkelte områder, er der sparsom dokumentation for en kombination af flere interventioner rettet mod bredere målgrupper med flere forskellige sygdomme. Dertil kommer, at dokumentationen er begrænset med hensyn til integrerede, flerfaglige tilbud overfor mennesker med multisygdom, og mennesker, der udover sygdom samtidig har andre væsentlige problemer og dermed begrænset funktionsevne.

Meget af den bedst dokumenterede viden om virksomme metoder tager dermed ikke højde for, at de pågældende forebyggelsestilbud overvejende knytter sig til funktionsevne og i mindre grad til en given

sygdom – om end der kan være særlige sygdomsspecifikke hensyn.

Endvidere er det vanskeligt på baggrund af den eksisterende evidens at sige noget helt præcist om fx intensitet, omfang og timing af tilbuddene. Dette skyldes primært, at der er sparsom viden, fordi den eksisterende forskning er baseret på et bestemt design, der angiver fx træning af en bestemt varighed og med en bestemt intensitet. Det betyder, at anbefalingerne på dette område i højere grad er blevet vurderet og operationaliseret med henblik på praksisanvendelse.

Anbefalingerne omfatter også motivation og fastholdelse. Vidensgrundlaget er på dette område præget af, at de fleste studier har fokuseret på den kortsigtede effekt af et tilbud, herunder fastholdelse af livsstilsændringer inden for en kortere periode, selv om de sundhedsmæssigt anbefalede vaner rettelig bør betragtes i et livslangt perspektiv. De konkrete anbefalinger her er primært baseret på praksiserfaringer.

Endelig indgår der anbefalinger til opfølgning og systematisk kvalitetssikring af tilbuddene, så der sker en løbende erfaringsopsamling og derved over tid skabes et bedre vidensgrundlag for tilrettelæggelsen af tilbuddene.

Sundhedsstyrelsen har på den baggrund sammen med arbejdsgruppen og eksperterne foretaget en afvejning af dokumentation og praksiserfaringer med henblik på at udarbejde konsistente, fyldestgørende anbefalinger, der kan virke i praksis.

# 4

## HENVISNING TIL KOMMUNALE TILBUD

---

Kommunernes forebyggelsestilbud er beskrevet på sundhed.dk (SOFT-portalen). For at understøtte anvendeligheden af oplysningerne på sundhed.dk bør beskrivelsen af tilbud altid være fyldestgørende og opdateret. Det forventes derfor, at kommunerne opdaterer beskrivelsen af tilbuddene i takt med implementeringen af anbefalingerne.

Anbefalingerne omfatter som nævnt både de tilbud, der fremgår som enkeltstående tilbud og de tilbud, der er beskrevet som en del af et prædefineret forløb eller rehabiliterings- eller forløbsprogram. Det betyder, at anbefalingerne indebærer en ændring fra disse prædefinerede forløb til enkeltstående tilbud, som sammensættes individuelt efter behov efter en afklarende samtale (se kapitel 6.3). Derfor ændres henvisningen fra almen praksis og sygehus til de kommunale tilbud<sup>4</sup> tilsvarende, således at almen

praksis og sygehus fremover som udgangspunkt henviser til en afklarende samtale i kommunen, hvor behovet for tilbud afklares, og hvor et individuelt forløb sammensættes med afsæt i borgerens behov. Dette gælder dog ikke i tilfælde, hvor borgeren udelukkende har behov for et tilbud om forebyggende samtale om alkohol (se kapitel 5.5).

I henvisningen bør det fremgå, på hvilken baggrund henvisningen sker. Almen praksis bør altid modtage en tilbagemelding fra kommunen – også for patienter, der henvises af sygehus eller selv henvender sig til kommunen. Der anvendes en elektronisk henvisning efter gældende national standard<sup>5,6</sup>. Henvisning bør overvejes både i forbindelse med en indledende udredning og i forbindelse med årskontrol/ opfølgning i almen praksis.

---

4 Ikke alle kommunale tilbud kræver henvisning fra læge eller sygehus.

5 Der pågår pt. et udviklingsarbejde i forhold til henvisningsstandarder til kommunale forebyggelsestilbud, således at henvisningen understøtter nærværende anbefalinger.

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

## 5.1 SYGDOMSMESTRING

Sygdomsmestring har til formål at styrke borgeres egenomsorg og dermed forbedre helbredsstatus og livskvalitet og gøre borgere i stand til på bedst mulig måde at leve livet med kronisk(e) sygdom(me).

'Sygdomsmestring' refererer til en struktureret sundhedspædagogisk indsats, der sigter på at støtte borgeren i sin forståelse af livet med en given kronisk sygdom, herunder af den konkrete sygdoms nærmere karakter, behandlings- og forebyggelsesmuligheder samt sygdommens betydning for samspillet med omgivelserne. Indsatsen er sygdomspecifik og kan foregå individuelt og/eller gruppebaseret.

Indsatsen skal bibringe borgerne en forståelse af sygdommen(e) og muligheder for behandling og forebyggelse, og hvilken betydning håndtering af sygdommen har for hverdagslivet, herunder betydningen af indøvning, træning og vedligeholdelse af nødvendige og opnåede færdigheder. Der er tale om en kontinuerlig proces og en integreret del af den øvrige behandling og rehabilitering, som foregår i et aktivt samspil mellem borger og sundhedsprofessionelle.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne tilbyder en indsats til at understøtte sygdomsmestring til målgruppen jf. nedenstående.

### 5.1.1 MÅLGRUPPE

Målgruppen er borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktions-

evne og helbredsforhold kan have gavn af et tilbud om sygdomsmestring.

### 5.1.2 INDHOLDSELEMENTER

Tilbuddet skal tilrettelægges struktureret og kan foregå individuelt eller i grupper af borgere. Når det vurderes relevant, kan pårørende få tilbuddet sammen med borgeren.

I tilrettelæggelsen skal der være opmærksomhed på, at tilbuddet skal tilpasses netop de specifikke behov og ressourcer, den pågældende patientgruppe har. Der bør foreligge en beskrivelse af det teoretiske grundlag, herunder evidens, og den pædagogiske praksis og sammenhængen mellem dem. Tilbuddet skal inkludere pædagogiske strategier, der ikke kun handler om at overføre viden til deltagerne (se kapitel 6 om samarbejde med borgeren).

Tilbuddet bør relateres til borgerens symptomer og baseres på en afklarende samtale, så den bliver relevant og vedkommende. Den bør kunne gives gradvist og på differentierede niveauer tilpasset den enkeltes viden, erfaring, motivation og intellektuelle formåen. Forskellige former for undervisningsmateriale kan understøtte undervisningen og medvirke til tilegnelse af kompetencer til sygdomsmestring.

Der skal være fokus på inddragelse af borgerne i håndteringen af den kroniske sygdom med henblik på at øge borgerens egenomsorg, samt ved at arbejde med borgernes tro på sig selv og egne

---

ressourcer (self-efficacy) og evne til at mestre sygdommen. Formålet er at skabe et grundlag for en intervention formet af og tilpasset den enkelte for dermed at øge mulighederne for hensigtsmæssige livsstilsændringer.

Dialogen med borgeren bør baseres på en involverende og respektfuld samtaleform, som indeholder aktiv lytning, åbne spørgsmål, løsningsfokuserede spørgeteknikker, kritisk refleksion og motiverende tilbagemeldinger fra underviseren.

Følgende elementer bør indgå i tilbuddet med det udgangspunkt, at borgerne kan anvende den viden, de får, handlingsrettet:

- **Sygdommen:** Gennemgang af sygdommen, dens risikofaktorer og sygdomsudviklingen i den forbindelse. Herunder indflydelse på funktionsevne. Dialog omkring eventuelle psykiske konsekvenser ved kronisk sygdom.
- **Sygdomsforværringer:** Tegn på forværring eller svingninger i sygdomsintensitet og forebyggelse og tidlig behandling heraf. Dialog om hvordan borgeren selv og eventuelt i samarbejde med andre monitorerer sin tilstand ved hjælp af symptomer/ iagttagelser eller relevante målinger og på baggrund heraf og efter aftale med lægen kan justere sin behandling.
- **Risikofaktorer:** Betydningen af risikofaktoreres skadelige virkninger på relevante organer og dermed udviklingen af sygdommen samt de til enhver tid eksisterende fordele ved at ændre vaner gennem forskellige muligheder for intervention.
- **Psyko-sociale forhold:** Herunder hvordan man mest hensigtsmæssigt håndterer daglige fysiske og sociale aktiviteter og udfordringer. Gennemgang af mulige psyko-sociale støttemuligheder og de hjælpemuligheder, der kan komme på tale, herunder også facilitering af kontakt til relevante netværkstilbud, også i regi af patientforeninger mv., som kan medvirke til at fastholde de livsstilsændringer og færdigheder, der er opnået. Inddragelse af socialrådgiver i forhold til aktuelle behov i forhold til familie, uddannelse og beskæftigelse.
- **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<sup>7</sup>.
- **Betydningen af andre sundhedsfaglige rehabiliterende indsatser:** Betydningen af fysisk aktivitet og træning, og af en god ernæringstilstand og en stabil vægt, herunder forebyggelse af et utilsigtet vægttab eller vægtstigning.
- **Sygdommen i hverdagen:** Gennemgang af teknikker til at klare sig i hverdagen trods funktionsindskrænkninger herunder energibesparende arbejdsmetoder og muligheder for hjælpemidler. Egne erfaringer og visioner for fremtiden. Håndtering af eventuelle smerter og psykiske konsekvenser ved kronisk sygdom. Samliv. Fokus på udvikling af færdigheder til at læse, forstå og anvende sundhedsinformation, kommunikere med sundhedspersonalet, tage beslutninger og aktivt involvere sig. Patientforeninger og sociale netværk. Tilbud fra hjemmepleje og plejecenter. Kendskab til kommunens tilbud om madudbringning eller hjælp til madlavning i eget hjem mv.

---

7 Egenbehandling vil som hovedregel foregå i samarbejde med lægen.

---

### 5.1.3 FORMAT, OMFANG OG VARIGHED

---

Man kan med fordel kombinere individuel undervisning med undervisning i mindre grupper. Herved kan undervisningen tilpasses de individuelle behov, sygdommen måtte indebære og kobles med den synergi, som opstår i en gruppe, hvor man kan drage nytte af fælles problemer og forskellige løsningsforslag, samtidig med at en eventuel social isolation brydes eller forebygges. Sygdomsmestring kan også foregå digitalt fx som fjernundervisning, hvis det vurderes hensigtsmæssigt.

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. Der er gode erfaringer med holdundervisning ved kroniske sygdomme, idet deltagernes fælles problemer kan danne grundlag for en gruppedynamik, der forstærker værdien af undervisningen.

Nærmeste pårørende kan på borgerens præmisser medinddrages i undervisningen, dels fordi den enkeltes sygdom ofte påvirker hele familien/netværket og deres indbyrdes relation, dels for at styrke mulighederne for at de kan støtte borgeren i den daglige håndtering af sygdommen. Der bør samtidigt være en opmærksomhed på eventuelt negative relationer og på eventuelle psykiske konsekvenser for pårørende.

---

### 5.1.4 KOMPETENCER

---

Undervisningen bør gives af sundhedsprofessionelle (minimum mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse) med specialviden om den pågældende kroniske sygdom erhvervet ved kompetenceudvikling. Den sundhedsprofessionelle bør udover

denne viden også have de nødvendige sundheds- og voksenpædagogiske forudsætninger for at kunne undervise med udgangspunkt i deltagernes behov og forudsætninger.

---

## 5.2 TOBAKSAFVÆNNING

---

Tobaksrygning er den enkeltfaktor, der har den største negative indflydelse på danskernes helbred. Rygning skader hele kroppen. Rygning er årsag til næsten alle tilfælde af lungekræft og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og øger kraftigt risikoen for mange andre kræftsygdomme og hjertekarsygdom. Derudover øges risikoen for øjensyg-

domme, muskel/skeletlidelser, mavesår, diabetes, parodontose, nedsat fertilitet, impotens, dårlig sårheling m.m.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne tilbyder tobaksafvænningsprogrammer til målgruppen jf. nedenstående.

---

### 5.2.1 MÅLGRUPPE

---

Målgruppen er borgere, som anvender tobaksprodukter (cigaretter, pipe, cigarer, cerutter, vandpipe mv. samt røgfri tobaksvarer<sup>8</sup>) dagligt eller lejligh-

hedsvist. Tilbuddet bør gives både til borgere som aktuelt anvender tobak, og borgere som for nyligt har igangsat et stopforsøg.

---

### 5.2.2 INDHOLDSELEMENTER

---

Tilbud om tobaksafvænningsprogrammer bør inkludere rådgivning. "Rådgivning" refererer her til alle praksisser, som professionelle iværksætter for at give borgere støtte og hjælp til adfærdsforandringsprocesser – herunder sundhedspædagogiske principper, samtalemetoder fra fx motiverende samtale, løsningsfokuseret metode og coaching, øvelse/træning i mestringstrategier, informationsgivning, psykoedukative elementer, social støtte og afslapningsteknikker. Det anbefales at kombinere rådgivning med rygeafvænningsmedicin. Rygeafvænningsmedicin er virksomt både alene og i tilknytning til rådgivning, hvor virkningen er størst. Økonomisk støtte til brug af rygeafvænningsmedicin øger stopraten. Rygeafvænningsmedicin omfatter i Danmark tre produkttyper, nikotinerstatningsprodukter i håndkøb samt bupropion og vareniclin, som begge er receptpligtige.

Elementer, som bør indgå i rådgivningen:

- Rådgivning i betydningen af at fastsætte et tidspunkt for fuldstændigt stop af rygning.
- Rådgivning om afhængighedens fysiologiske, psykologiske, adfærdsmæssige og sociale dimensioner og sammenhænge.
- Forståelse af rygeafvænningsprocessen, rygetrangs betydning, abstinensens betydning og forløb.
- Rådgivning om brug af tilgængelige rygeafvænningsmedicintyper, herunder rådgivning vedrørende nedtrapning af nikotinerstatningsprodukter. Systematisk og korrekt anvendelse af redskaber til vurdering af grad af nikotinafhængighed via validerede test og kuliltemåling.
- Rådgivning om tilbagefaldshåndtering, stress, humørsvingninger mv.

---

<sup>8</sup> Der er mindre forskning vedrørende afvænningsprogrammer fra røgfri tobaksvarer. Men da der ikke vurderes at være risici eller skadevirkninger ved de anbefalede indholdselementer for rygeafvænningsprogrammer, gælder disse også afvænningsprogrammer fra røgfri tobaksvarer.

- Rådgivning om betydningen af hensigtsmæssig regulering af søvn, væskebalance, stresshåndtering, åndedræt, fysisk aktivitet, alkohol, koffein mv.
- Rådgivning om risikosituationer og håndtering af disse.
- Rådgivning om generelle ernæringsmæssige udfordringer ved rygeafvænning, herunder betydning af blodsukkerbalance og håndtering af vægtøgning.

Følgende bør endvidere kunne indgå i rådgivningen:

- Viden om danskernes rygevaner og de generelle udviklingstræk i rygevaner.

- Viden om rygning og rygestops betydning for helbredet.

Dialogen med borgeren bør baseres på en involverende og respektfuld samtaleform, som indeholder aktiv lytning, åbne spørgsmål, løsningsfokuserede spørgeteknikker og motiverende tilbagemeldinger fra rådgiveren. Rådgiveren bør kunne formidle og facilitere almene positive erfaringer, give tilbagemelding, der kan styrke eks-rygeridentiteten og støtte beslutningen om rygestoppet samt evnen til at sætte konstruktive delmål. Rådgivning bør endvidere baseres på generelle sundhedspædagogiske erfaringer og principper for tilegnelse af kompetencer. Når det er muligt og i overensstemmelse med borgerens ønske peger praksiserfaringer på, at gruppeforløb med fordel kan understøtte rygestoppet.

### 5.2.3 FORMAT, OMFANG OG VARIGHED

Tobaksafvænning kan foregå både individuelt (herunder telefonisk) og i grupper. Tilstrækkelig kapacitet kan opnås ved at kombinere løsninger, fx kombinationer af gruppe og individuelle forløb, samarbejde mellem kommuner, brug af eksterne leverandører – herunder fx køb af individuelle forløb ved Stoplinien.

Både rådgivning af kort varighed og længere tobaksafvænningsforløb bidrager til rygestop. Virkningen øges dog med øget rådgivningstid i op til omkring fire møder efter stopdagen – givet over mindst en måneds periode (svarende til standardtilbud efter Kræftens Bekæmpelses 'Manual til Individuel Rygeafvænning og Manual til Rygeafvænning i Grupper').

Det konkrete omfang og format for tobaksafvænning bør i dialog med borgeren afstemmes med en samlet afklaring af borgerens situation, motivation, ressourcer og ønsker. Det forudsættes således, at der forudgående har været en afklarende samtale med borgeren, hvor tilbud om tobaksafvænning har været drøftet.

Afklaring bør altid tage udgangspunkt i en anbefaling af et længere tobaksafvænningsforløb med de beskrevne indholdselementer svarende til Kræftens Bekæmpelses standardmodeller for tobaksafvænning i grupper eller individuelt herunder evt. telefonisk.

Gruppeforløb bør gives med samlet rådgivningstid svarende til minimum ti timer fordelt over fem mødegange over mindst seks uger, med rygestop som hovedregel mellem anden og tredje mødegang. Det bør tilstræbes, at gruppestørrelsen omfatter ca. 12 personer efter et indledningsvist frafald, som selvfølgelig bør minimeres mest muligt. Mindre grupper kan være en fordel, når det drejer sig om borgere med særlige behov eller særligt sårbare målgrupper.

Individuelt forløb bør gives med samlet rådgivningstid på minimum 2½ time fordelt på mindst fem samtaler over seks uger. Ved individuel rådgivning kan timing af indholdselementer tilpasses mere individuelt i forhold de enkelte rådgivningssamtaler jf. koncept beskrevet i Kræftens Bekæmpelses Manual til Individuel Rygeafvænning.



---

Hvis borgeren er forhindret i at modtage et længere rygestopforløb efter standardmodellerne eller har bedre gavn af en anden type af rådgivning (fx Kom & Kvit formatet<sup>9</sup>), anbefales det at tilbyde borgeren flest mulige af de indholdselementer, der indgår i standardmodellen, evt. suppleret af information om net-/mobilbaseret tobaksafvænning via [www.e-kvit.dk](http://www.e-kvit.dk), [www.stoplinien.dk](http://www.stoplinien.dk) samt muligheden for telefonopkald til Stoplinien.

Ønsker borgeren ikke personlig rådgivning, bør anvendelsen af rygeafvænningsmedicin og det webbaserede og mobile støttesystem [www.e-kvit.dk](http://www.e-kvit.dk) anbefales til borgeren.

Borgeren bør altid anbefales grundig produktrådgivning i forhold til nikotinerstatningsprodukter. Produktrådgivning kan fx foregå via kommunal rådgivning eller på apoteket. Brug af vareniclin eller bupropion er receptpligtig og forudsætter derfor rådgivning via egen læge/apotek. Rådgivning bør omfatte aftrapning af nikotinprodukter efter produktets retningslinjer, dog afvejet med borgerens risiko for tilbagefald. Hvis borgeren ikke er påbegyndt aftrapning ved afslutning på rygestopforløb, bør vedkommende informeres om mulighed for rådgivning via stoplinien og e-kvit.

Tobaksafvænning bør påbegyndes indenfor få uger fra borgeren udtrykker ønske om rådgivning. Hvis et forløb ikke kan påbegyndes inden for denne tidsramme, bør der planlægges en mellemliggende opfølgning, som kan støtte borgeren, indtil et egentligt forløb kan påbegyndes.

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. Borgeren bør endvidere informeres om, at helbedsulemperne ved fortsat rygning ikke kan nedbringes væsentligt ved nedtrapning. Men nedsættelse af forbrug har i undersøgelser vist sig at øge chancen for, at personen senere igangsætter et rygestopforsøg<sup>10</sup>, og kan derfor anbefales som led i en forsat overvejelsesproces vedrørende endeligt rygestop.

For borgere, som nedsætter forbruget eller ikke ønsker at ændre tobaksvaner, anbefales det jævnligt 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<sup>10</sup> 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.

---

9 Kom & Kvit format fra Kræftens Bekæmpelse er et nyere format med mere fleksible gruppeforløb med løbende optag og større frihed for deltagerne i modsætning til at følge en særlig plan – både mht. fremmøde og indhold – mere deltagerstyring og mindre skriftligt indhold. Der foreligger imidlertid ikke en samlet evaluering af effekter samt fordele og ulemper af dette koncept. Indtil der foreligger bedre dokumentation for "Kom & Kvit" formatet for grupperådgivning, anbefales først og fremmest at tage udgangspunkt i tilbud om de faste velafprøvede koncepter for gruppeforløb eller individuelle forløb. Hvis den afklarende dialog med borgeren fører til en vurdering af, at "Kom & Kvit" formatet passer borgeren bedre, kan dette vælges.

10 Nedtrapning som rygestopmetode uden en fastlagt stopdag har vist sig mindre effektiv, end rygestop med en fastsat stopdag med totalt rygestop. Nedtrapning op til stopdagen, eller normal rygning indtil stopdagen har ikke vist forskelle i effekt.

---

## 5.2.4 SÆRLIGE SYGDOMSSPECIFIKKE HENSYN

---

Der vurderes ikke at være væsentlige generelle forbehold overfor tobaksafvænning i forhold til borgere med kronisk sygdom.

---

## 5.2.5 KOMPETENCER

---

Rådgiverne bør have kompetencer svarende til at kunne rådgive kvalificeret, jf. beskrivelsen af indholdselementerne i kapitel 5.2.2. Se endvidere bilag 3 for en oversigt over anbefalede underliggende læringsmål for rådgivere til tobaksafvænning. Undervisningsomfanget til at kunne varetage rådgivning i tobaksafvænning bør som minimum svare til omfanget af "grundkursus til rygestoprådgiver" udviklet og udbudt af Kræftens Bekæmpelse.

Rådgiveren bør kunne støtte borgeren i forhold til sygdomsmæssige spørgsmål og bør derfor have løbende adgang til sygdomsspecifik viden ved relevant sundhedsfagligt uddannet personale. Almen praksis inddrages ved ønske om anvendelse af receptpligtig rygeafvænningsmedicin. Ved rygestop vil omsætning af visse lægemidler kunne påvirkes, fx øger tobaksrøg leverens omsætning af visse lægemidler. Særligt borgere med forbrug af psyko-farmaka bør derfor rådes til at konsultere almen praksis med henblik på en eventuel korrektion af medicindosering.

---

## 5.3 FYSISK TRÆNING

---

Fysisk træning har gavnlige effekter i behandlingen af flere kroniske sygdomme og kan reducere symptomer. Fysisk træning kan alene eller i kombination med fx medicin og diæt bidrage med en specifik effekt på kroniske sygdomme.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne tilbyder individuelt tilrettelagt superviseret<sup>11</sup> fysisk træning til målgruppen jf. nedenstående.

---

### 5.3.1 MÅLGRUPPE

---

Målgruppen er borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktions-

evne og helbredsforhold kan have gavn af superviseret fysisk træning.

---

### 5.3.2 INDHOLDSELEMENTER

---

Tilbuddet om fysisk træning skal tage udgangspunkt i borgerens situation, herunder borgerens behov, forventninger og træningsmål.

Tilbuddet bør tilrettelægges, så borgeren bliver støttet i, at fysisk aktivitet bliver en del af hverdagen, også efter det kommunale tilbud er afsluttet, så der er mulighed for, at træningen bliver livslang. Borgeren bør opnå viden om fysisk aktivitet som middel til at behandle og/eller forebygge følger og forværring af den kroniske sygdom. Endelig bør træningen give borgeren en oplevelse af egen fysisk formåen og tryghed ved at være fysisk aktiv.

Det er væsentligt, at borgeren får hjælp til at finde frem til de former for fysisk træning, der motiverer borgeren til at træne og samtidig tager hensyn til borgerens ressourcer og handlekompetencer. Det kan fx ske via en samtale med borgeren eller ved i fællesskab at udarbejde en træningsplan med mål og delmål ved opstarten og/eller afslutningen af et tilbud.

Hvis det er til fordel for borgeren, kan der inkluderes en test ved starten og afslutningen af tilbuddet for at vurdere om målet med træningen er nået.

Den individuelt tilrettelagte superviserede fysiske træning kan bestå af:

- Aerob træning (konditionstræning), fx cykling, løb/jogging, gang/intervalgang, vandtræning eller roning
- Styrketræning, fx brug af maskiner, egen kropsvægt, vægte eller elastikker
- Motorisk færdighedstræning<sup>12</sup>, fx funktionelle øvelser eller træning af delkomponenter af en færdighed.

---

<sup>11</sup> Her forstået som individuel faglig vejledning og støtte i forbindelse med tilbud om fysisk træning, der kan foregå på hold eller individuelt.

<sup>12</sup> Træning der bidrager til at optimere en motorisk færdighed, som er forringet eller midlertidig gået tabt.

---

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.

For at gøre træningen overkommelig og let tilgængelig for borgeren og samtidig øge sandsynligheden for at fastholde borgeren i et træningsforløb, kan der anvendes andre rammer for træningen end traditionelle træningscentre eller gymnastiksale. Det kan fx ske ved at flytte træningen udenfor i parker, på byens åbne pladser, det lokale torv, i skov eller ved strand. Der kan også bruges andre former for

vægte end traditionelle vægte i styrketræningen, som fx sten eller vanddunke. For yderligere beskrivelse af fastholdelse se kapitel 6.5.

For at sikre at tilbuddene bliver så målrettede og tilfredsstillende for borgerne som muligt anbefales det at arbejde tværfagligt i forhold til indholdselementerne og træningens intensitet, frekvens og varighed i kapitel 5.3.3.

Træningsindsatsen til borgere med kroniske sygdomme, der lider af uplanlagt vægttab, bør kombineres med en ernæringsindsats, da træning uden samtidigt fokus på ernæringen kan medføre yderligere vægttab.

---

### 5.3.3 INTENSITET, FREKVENNS OG VARIGHED

---

Træningen bør være planlagt og struktureret i forhold til en passende intensitet, frekvens og varighed for at opnå en effekt og derved bidrage til behandling af sygdommen. Der vil ofte være store variationsmuligheder med hensyn til at kombinere aerob-, styrke-, og motorisk færdighedstræning afhængigt af sygdommens karakter og borgerens behov og forudsætninger.

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 patient-sikkerhedsmæssig 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<sup>13</sup>, træning i grupper eller superviseret træning.

Gennemførelse af tilbud i hold kan være en fordel, fordi det giver mulighed for erfaringsudveksling blandt deltagerne, og det kan styrke motivationen hos den enkelte samt være med til at skabe netværk mellem borgerne. Der bør være seks til otte deltagere pr. instruktør på et hold. Borgere med forskellige behov for superviseret individuel træning kan deltage på samme hold.

---

<sup>13</sup> Selvtræning er træning der gennemføres af borgeren selv uden supervision, når tilbuddet er afsluttet fx i regi af en idrætsforening eller i et fitnesscenter eller i borgerens eget hjem.

---

Mod afslutningen af et træningstilbud bør der følges op på de mål, der blev sat ved starten af træningen. Samtidig bør den sundhedsprofessionelle undervejs i forløbet have en dialog med borgeren omkring fortsat træning, og hvilke muligheder der er lokalt for at fortsætte træningen.

Det kan fx ske ved en opfølgningssamtale ved afslutningen af tilbuddet, som kan bestå af samtale og fysisk funktionstest<sup>14</sup>. Samtalen skal afdække, om tilbuddet har haft den ønskede effekt, om der er behov for at justere den fysiske træning eller for en yderligere indsats, for at borgeren kan fastholde den fysiske træning, når tilbuddet slutter.

For at øge sandsynligheden for at træningen fortsætter, når træningstilbuddet er stoppet, kan der fx efter et år gennemføres endnu en opfølgning, hvor det også afdækkes, om borgeren har behov for et nyt tilbud.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at sammensætte hold baseret på borgernes funktionsevne. Det kan gøre det muligt at få nok antal deltagere på holdene og samtidig gøre det praktisk muligt at gennemføre tilbuddet. Er der tilstrækkelig kapacitet og volumen til at oprette hold for borgere med samme sygdom, kan det være hensigtsmæssigt.

---

### 5.3.4 SÆRLIGE SYGDOMSSPECIFIKKE HENSYN

---

Der kan være særlige sygdomsspecifikke hensyn, som den sundhedsprofessionelle skal være opmærksom på. Tilbuddet skal derfor altid tage udgangspunkt i en individuel vurdering af den enkelte borgers situation, behov, forventninger og træningsmål samt tilpasses borgerens muligheder for og evner til aktivt at deltage i træningen. Der kan være forhold ved sygdommen, der gør, at der skal udvises forsigtighed ved fysisk træning. I tvivlstilfælde bør den praktiserende læge kontaktes.

De særlige forhold vedrørende fysisk træning for de specifikke sygdomme er fx beskrevet i de lægevidenskabelige selskabers kliniske retningslinjer, i nationale kliniske retningslinjer, i Sundhedsstyrelsens håndbog 'Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling' og i regionernes anbefalinger for fysisk træning, fx 'Anbefalinger til superviseret fysisk træning af mennesker med type 2-diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdom' fra Region Hovedstaden.

---

### 5.3.5 KOMPETENCER

---

Den sundhedsprofessionelle bør have kompetencer til kvalificeret at kunne tilrettelægge og supervisere træningen og rådgive om konkrete fysiske øvelser tilpasset den enkelte borger. Derudover bør den sundhedsprofessionelle kunne rådgive borgeren i forhold til sygdomsspecifikke spørgsmål, der vedrø-

rer træningen, instruere og rådgive borgeren på en måde, der understøtter fortsat træning efter tilbuddets ophør. Den sundhedsprofessionelle bør have adgang til jævnlig sparring med anden kollega, der har viden om og erfaring med patientrettet superviseret individuel fysisk træning.

---

14 Hvis der bliver foretaget en fysisk test ved afslutningen af tilbuddet, forudsætter det at der blev foretaget den samme test i forbindelse med opstarten af tilbuddet

---

## 5.4 ERNÆRINGSINDSATS

---

Uhensigtsmæssige mad- og måltidsvaner kan forværre den kroniske sygdom og øge risikoen for opståen af nye kostrelaterede livsstilssygdomme. Derudover kan både uplanlagt vægttab og overvægt have alvorlige konsekvenser for borgere med kroniske sygdomme. Uplanlagt<sup>15</sup> vægttab øger risikoen for tab af funktionsevne, komplikationer til sygdomme og hospitalsindlæggelser. Overvægt<sup>16</sup> øger risikoen for andre sygdomme, komplikationer til disse og hospitalsindlæggelser. Både uplanlagt vægttab og overvægt øger risikoen for tidlig død.

Sundere mad- og måltidsvaner har gavnlig effekt i forhold til flere kroniske sygdomme, fx ved at reducere symptomer, eventuelt i kombination med fx medicin og fysisk træning.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne tilbyder en ernæringsindsats<sup>17</sup> til målgruppen jf. nedenstående.

Den konkrete opgavevaretagelse af ernæringsindsatser aftales lokalt i regi af sundhedsaftalerne.

---

### 5.4.1 MÅLGRUPPE

---

Målgruppen er borgere med kronisk sygdom, som ud fra en sundhedsfaglig vurdering af funktionsevne og helbredsforhold kan have gavn af en ernæringsindsats.

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

Øvrige borgere i målgruppen tilbydes kostvejledning om de officielle kostråd, herunder sunde mad- og måltidsvaner med henblik på at forebygge dels forværring af den kroniske sygdom og komplikationer til denne og dels opståen af nye kostrelaterede livsstilssygdomme. Dette suppleres med de gældende ernæringsanbefalinger for de specifikke patientgrupper.

---

<sup>15</sup> Vægttab på minimum 1,0 kg.

<sup>16</sup> BMI > 25, BMI beregnes som vægten (i kg) divideret med kvadratet på højden (i m).

<sup>17</sup> Sundhedsstyrelsen anvender begrebet 'ernæringsindsats' som en overordnet betegnelse for indsatser og tilbud på ernæringsområdet. Termen 'diætbehandling' er typisk målrettet patienter, herunder borgere med kronisk sygdom, mens 'kostvejledning' typisk er målrettet raske. Diætbehandling omfatter elementer som individuel identifikation af risikofaktorer, vurdering af behov og ernæringsplan, individuel handling ('diætvejledning'), monitorering, evaluering og opfølgning samt dokumentation af alle led i indsatsen. Kostvejledning omfatter vejledning om de officielle kostråd, herunder sunde mad- og måltidsvaner, der suppleres med de gældende ernæringsanbefalinger for den specifikke patientgruppe.

---

## 5.4.2 INDHOLDSELEMENTER

---

Når borgeren er henvist til en ernæringsindsats (kostvejledning eller diætbehandling) indledes dette med en indledende vurdering<sup>18</sup>. Vurderingen er med til at sikre, at den enkelte borger får den rette indsats og støtte i forhold til at ændre mad- og måltidsvaner.

### Kostvejledning

Kostvejledning om de officielle kostråd anvendes i forebyggelsen af uplanlagt vægttab og overvægt overfor de borgere, der ikke har behov for individuel diætbehandling. Kostvejledningen kan bestå af kostanamnese samt råd om sunde mad- og måltidsvaner, herunder valg af fødevarer og sammensætning af måltider. Dette suppleres med de gældende ernæringsanbefalinger for de specifikke patientgrupper. Kostvejledning kan foregå individuelt eller i et gruppebaseret forløb.

### Diætbehandling

Diætbehandling skal følge de gældende ernæringsanbefalinger for pågældende patientgrupper. Individuel diætbehandling omfatter ernæringscreening (beregning og vurdering af BMI, vægtændring, nyligt kostindtag og kostanamnese), vurdering af behov og udarbejdelse af ernæringsplan, diætvejledning, monitorering og evaluering samt opfølgning og evt. revidering af ernæringsplan. De enkelte elementer i diætbehandlingen dokumenteres.

Ernæringsplanen fastlægger en hensigtsmæssig kostsammensætning, der eventuelt suppleres af ernæringsdrikke, fx ved uplanlagt vægttab.

Diætvejledningen kan foregå individuelt eller i et gruppebaseret forløb. Diætvejledning af borgere med uplanlagt vægttab bør gennemføres individu-

elt og omfatter vejledning om eventuelle ernæringsdrikke. Der gives diætvejledning i henhold til beskrivelserne i 'Anbefalinger for den danske institutionskost' og 'Den Nationale Kosthåndbog'. Borgeren involveres aktivt i processen, afhængigt af borgerens ernærings- og helbredsstatus og under hensyntagen til fysiske, sociale, mentale og sproglige udfordringer.

Målet med den individuelle diætbehandling er:

- at styrke borgerens vidensniveau og sikre forståelsen af kostens betydning for at forebygge dels forværring af den kroniske sygdom og komplikationer til denne, dels opståen af ny kostrelateret livsstilssygdom
- at afdække og styrke borgerens motivation og handlekompetence til ændringer i mad- og måltidsvaner
- at sikre, at borgeren reflekterer over egne mad- og måltidsvaner i relation til fakta og borgerens egne værdier, mål og muligheder
- at hjælpe borgeren til at prioritere og sætte mål for egen indsats i forhold til ændringer i mad- og måltidsvaner
- at støtte borgeren i at vedligeholde opnåede ændringer af mad- og måltidsvaner.

En eventuel træningsindsats til borgere med kroniske sygdomme, der har et *uplanlagt vægttab* og er udredt, kombineres med ernæringsindsatsen, da træning uden samtidigt fokus på ernæringen kan medføre yderligere vægttab.

---

18 Omfatter afdækning af borgerens viden, færdigheder og motivation. Vekslen mellem dialog og information danner grundlag for samtalen, der tager afsæt i borgerens erfaring og nuværende situation. Det er vigtigt at sikre, at borgeren og evt. pårørende har en aktiv rolle. Samtalen suppleres efter behov med skriftligt informationsmateriale.

---

### 5.4.3 FORMAT, OMFANG OG VARIGHED

---

#### 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. Senest efter 12 måneder genvurderes borgerens behov for fortsat diætbehandling. Flertallet ved progredierende sygdom vil have fortsat behov for tilbud. Borgeren eller eventuelle pårørende involveres aktivt i tilrettelæggelsen af forløbet. For borgere uden behov for fortsat tilbud om diætbehandling kan der ske opfølgning i forbindelse med kontakt til almen praksis.

Den indledende vurdering bør være af cirka én times varighed, og de opfølgende møder bør være af 30-60 minutters varighed, afhængigt af borgerens behov og tilstand.

#### Kostvejledning

Borgere med behov for kostvejledning kan tilbydes kostvejledning i forbindelse med opstart og eventuelt i forbindelse med årskontrol i almen praksis.

---

### 5.4.4 SÆRLIGE SYGDOMSSPECIFIKKE HENSYN

---

I forbindelse med flere kroniske sygdomme er det nødvendigt, at der i ernæringsindsatsen tages særlige hensyn. Det gælder ofte også ved multisygdom. Indsatsen skal derfor altid tage udgangspunkt i en individuel vurdering af den enkelte borgers behov og fysiske formåen og tilpasses borgerens muligheder for og evner til aktivt at deltage i planlægningen. Desuden er det nødvendigt, at der er fagpersoner involveret, som kan sikre, at der er tale om en tværfaglig indsats, der tilgodeser de særlige hensyn og problemstillinger.

De særlige ernæringshensyn for de specifikke sygdomme er blandt andet beskrevet i de lægevidenskabelige selskabers kliniske retningslinjer, i de nationale kliniske retningslinjer, i faglige anbefalinger<sup>19</sup>, i 'Rammeplanerne for individuel diætbehandling for specifikke sygdomsgrupper'<sup>20</sup> samt i 'Anbefalinger for den danske institutionskost'. Konkret valg af mad og drikke fremgår desuden af 'Den Nationale Kosthåndbog'.

---

19 Fx Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes' og 'Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL'.

20 Rammeplaner for diætbehandling, Foreningen af Kliniske Diætister, [www.diaetist.dk](http://www.diaetist.dk)



---

## 5.4.5 KOMPETENCER

---

### **Kostvejledning**

Kostvejledning om de generelle kostråd bør gives af fagpersoner med ernæringsfaglig og/eller sundhedsfaglig baggrund på bachelorniveau, som i samme forbindelse vurderer, om henvisning til klinisk diætist/individuel diætbehandling er nødvendig.

### **Diætbehandling**

Individuel diætbehandling, uanset om den gennemføres individuelt eller gruppebaseret, bør gennemføres af fagpersoner med kompetencer svarende til en autoriseret klinisk diætist. Den sundhedsprofessionelle skal være specialiseret indenfor diætbehandling til borgere med kronisk sygdom, hvilket bygger ovenpå basal viden om ernæring og sundhed.

Ved diætbehandling til borgere med overvægt kan selve diætvejledningen eventuelt gennemføres af fagpersoner med ernæringsfaglig baggrund på bachelorniveau.

Ernæringsindsatsen kan ofte med fordel understøttes af et tværfagligt samarbejde med relevante sundhedsprofessionelle, som fx læge, sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut, tandplejer, tandlæge, hjemmeplejer, hjemmesygeplejerske, klinisk diætist, professionsbachelor i ernæring og sundhed mv.

---

## 5.5 FOREBYGGENDE SAMTALE OM ALKOHOL

---

Alkohol har negativ betydning for mere end 200 sygdomme, herunder kræft-, lever-/mave-tarm-, og hjerte-karsygdomme, forhøjet blodtryk og depression.

Alkohol er en af de enkeltfaktorer, som har størst negativ betydning for sygdomsbyrden. I Danmark er

brug af alkohol skyld i fem pct. af den samlede sygdomsbyrde.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne tilbyder forebyggende samtale om alkohol til målgruppen jf. nedenstående

---

### 5.5.1 MÅLGRUPPE

---

Målgruppen for forebyggende samtale om alkohol er borgere med et alkoholforbrug over højrisikogrænsen, men som ikke har udviklet alkoholafhængighed. Det vil sige borgere med storforbrug eller skadeligt alkoholforbrug.

Der er selvfølgelig situationer, hvor der må afviges herfra. Der kan fx være borgere, der drikker under

højrisikogrænsen, men som kan have behov for et tilbud. Eller omvendt borgere, der drikker over højrisikogrænsen, som ikke har behov for et tilbud, fordi de har ressourcerne til selv at ændre livsstil. Borgere med samtidig psykisk sygdom samt gravide har behov for et særligt tilbud, se i øvrigt kapitel 5.5.2.

---

### 5.5.2 INDHOLDSELEMENTER

---

Typen af alkoholoverforbrug har betydning for, hvilken indsats der er den rette at tilbyde borgere med alkoholoverforbrug. I denne sammenhæng er følgende tre begreber væsentlige:

#### **Storforbrug af alkohol**

Der er tale om et storforbrug, når forbruget ligger over Sundhedsstyrelsens højrisiko for alkohol (alkoholforbrug over 14/21 genstande pr. uge for henholdsvis kvinder og mænd).

#### **Skadeligt alkoholforbrug**

Skadeligt alkoholforbrug defineres som et forbrug, der har medført helbredsskade eller social skade, og hvor borgeren ikke opfylder de diagnostiske kriterier for alkoholafhængighed. (Definition i henhold til International Classification Diagnose System (ICD 10)).

#### **Alkoholafhængighed**

Alkoholafhængighed er en kombination af fysiologiske, holdningsmæssige og kognitive forstyrrelser associeret med et alkoholforbrug, hvor brugen af alkohol indtager en dominerende plads i dagligdagen (Kriterierne for diagnosen fremgår af ICD 10).

#### *Indsatser*

- Borgere med storforbrug eller skadeligt alkoholforbrug bør tilbydes forebyggende samtale om alkohol
- Borgere med alkoholafhængighed har brug for mere intensiv behandling, som er alkoholbehandling.

#### *Organisering af indsatser*

- Forebyggende samtale om alkohol tilbydes, hvor der i øvrigt gives tilbud på livsstilsområdet, fx i sundhedscenteret.

- Alkoholbehandling i form af kognitiv terapi, herunder familieorienteret behandling, foregår typisk i et alkoholbehandlingscenter.
- Alkoholrelateret indsats til borgere med såvel alkoholoverforbrug som psykisk lidelse (dobbeltdiagnose) aftales i et samarbejde mellem alkoholbehandlingscenter og psykiatrisk afdeling.

- Alkoholrelateret indsats til gravide med alkoholproblemer sker i samarbejde mellem regionens familieambulatorium og kommunen.

Nedenfor ses anbefalinger for indsatsform i relation til forskellige typer af alkoholoverforbrug.

	Storforbrug	Skadeligt forbrug	Afhængighed
Indsatstype	Forebyggende samtale om alkohol	Forebyggende samtale om alkohol Medicinsk behandling Evt. kognitiv behandling	Kognitiv behandling Medicinsk behandling

Alle kommuner giver alkoholbehandling i eget alkoholbehandlingscenter og/eller har aftale med et alkoholbehandlingscenter.

Ikke alle kommuner har opbygget tilbud om forebyggende samtale om alkohol målrettet borgere med storforbrug af alkohol eller skadeligt alkoholforbrug. Det anbefales, at kommunerne opbygger et sådant tilbud, herunder til borgere med kronisk sygdom.

#### Screening og visitation

Borgere, som udelukkende er henvist til, eller som selv har opsøgt tilbud om forebyggende samtale om alkohol, bør visiteres direkte til det alkoholrelaterede tilbud. Dette er vigtigt, for hurtigt at kunne imødekomme den motivation, der er for adfærdssændring. I forløbet kan der vise sig behov for en evt. afklarende samtale af generel karakter, og det kan så tilkøbes efter behov.

Forebyggende samtale om alkohol indledes 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 ovenfor.

Screeningen kan fx gennemføres med AUDIT-skema, der kan give en indikation på, hvilken type alkoholoverforbrug der er tale om. Den egentlige diagnose er en klinisk diagnose, som stilles andet sted. Eksempler på AUDIT-skemaer til sundhedsprofessionelle og borgeren findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside<sup>21</sup>.

Resultatet af screeningen er vejledende for, hvilket tilbud der er det rette for borgeren.

- Tyder screeningen på svært skadeligt forbrug eller alkoholaafhængighed, eller har borgeren psykisk lidelse, viderehenvises til alkoholbehandling. Hvis der er behov for viderehenvielse, oplyses borgeren om alkoholbehandlingsmuligheder og de grundlæggende regler for alkoholbehandling, fx regler for frit valg, gratis, anonym mv. Der oplyses også om lokale frivillige støtteorganisationer.

<sup>21</sup> [https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/alkohol/kommunernes-opgaver/~/\\_media/9B927ECB3E1C45A6ABE0FB0A3EAE2D89.ashx](https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/alkohol/kommunernes-opgaver/~/_media/9B927ECB3E1C45A6ABE0FB0A3EAE2D89.ashx)  
[https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/alkohol/kommunernes-opgaver/~/\\_media/F27E370A6F344DD384F0F094687240D5.ashx](https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/alkohol/kommunernes-opgaver/~/_media/F27E370A6F344DD384F0F094687240D5.ashx)

- 
- Er borgeren gravid henvises til regionens familieambulatorium (efter gældende visitationsregler).
  - Er der tale om alkoholoverforbrug, og falder borgeren ikke ind under kategori 1 eller 2, tilbydes forebyggende samtale om alkohol.

For borgere med samtidig psykisk lidelse bør der være en særlig opmærksomhed på at informere den behandlende læge, uanset om det er i hospitals- eller praksisregi.

Hvis patienten har behov for og er motiveret for såvel rygestoptilbud samt tilbud på alkoholområdet, vil det være meget relevant at koble de to tilbud, jf. kapitel 6.3.

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

En forebyggende samtale om alkohol kræver en empatisk samtaleform, ligesom teknikker fra Motivational Interview (MI) med fordel kan integreres. Der er således ikke tale om en MI samtale men udelukkende om at anvende teknikker derfra.

Der er ikke udviklet en helt fast model for forebyggende samtale om alkohol. Samtalen kan udføres på flere måder men indeholder flere eller alle følgende indholdselementer:

- Oplysning om graden af alkoholforbrug på baggrund af screeningen
- Information om helbredsrisiko på baggrund af alkoholforbrug, borgerens alder og helbred

- Rådgivning på basis af borgerens helbred/situation/risiko og Sundhedsstyrelsens udmeldinger for alkohol
- Dialog om alkoholforbrugets betydning for pårørende, herunder børn samt andre sociale forhold
- Vurdering af motivation for at ændre alkoholvaner
- Dialog om alkoholforbrug og hjælp til at borgeren kan formulere mål om at nedsætte (eller ophøre med) sit alkoholforbrug
- Opmuntring til, at det er muligt at ændre alkoholdrømmønstre
- Tilbud om opfølgende samtaler.

Er der tale om et større alkoholforbrug, er der brug for en lægelig vurdering af eventuelt behov for abstinensbehandling, inden et eventuelt alkoholophør påbegyndes. Tilsvarende er der ved et større alkoholforbrug ligeledes brug for en lægelig vurdering af, hvorvidt borgeren kan have gavn af supplerende medicinsk behandling.

Hvorvidt borgeren i disse situationer skal henvises til egen læge eller til læge tilknyttet alkoholbehandlingen, fremgår af de lokale aftaler og lignende.

---

### 5.5.3 FORMAT, OMFANG, VARIGHED

---

Forebyggende samtale om alkohol bør foregå individuelt.

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 adfærdsændringer, men der kan også være behov for 2-3 opfølgende samtaler.

Er der ikke opnået tilstrækkelig effekt, synes samtaler af længere varighed eller flere opfølgende samtaler ikke at give yderligere effekt. Derimod kan der være behov for henvisning til mere intensiv alkoholbehandling i alkoholbehandlingscenter (se kapitel 5.5.2 om indholdselementer).

Er borgeren usikker på sin motivation til at ændre alkoholvaner eller ønsker hjælp til afklaring heraf eller støtte til at styrke sin motivation, kan dialogen med borgeren med fordel i højere grad inddrage flere elementer fra den motiverende samtale.

---

### 5.5.4 SÆRLIGE SYGDOMSSPECIFIKKE HENSYN

---

Borgere med samtidig psykisk lidelse bør henvises til alkoholbehandlingscenter.

Borgere i medicinsk behandling bør drøfte medicineringen med deres læge i forbindelse med større ændringer i alkoholforbrug, idet virkningen af nogle mediciner påvirkes af alkoholindtagelse.

---

## 5.5.5 KOMPETENCER

---

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

- Generel viden om alkohol og betydningen for helbredet og for det sociale liv
- Generel viden om alkoholbetingede sygdomme, symptomer og udviklingen heri
- Viden om konsekvenser for pårørende, herunder børn
- Viden om visitationsregler, herunder anbefalinger for forebyggende samtale om alkohol/alkoholbehandling i forhold til type af alkoholoverforbrug
- Viden om og træning i screeningsværktøjer samt tolkning af screeningsresultater
- Viden om alkoholbehandling, herunder familieorienteret behandling, medicinsk behandling samt abstinensbehandling
- Viden om regler for alkoholbehandling i henhold til Sundhedslovens § 141
- Viden om behandlingssteder samt viden om lokale frivillige støtteorganisationer i borgerens lokalområde
- Viden om og træning i metoden "forebyggende samtale om alkohol"
- Viden om og træning i teknikker fra den motive-rende samtale

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at medarbejderne har en sundhedsfaglig uddannelse på bachelorniveau suppleret med erfaring inden for alkoholbehandling, men alkoholbehandlere med erfaring i at tale om livsstil og helbred kan også være relevante til at løse opgaven.

De fem tilbud beskrevet i denne publikation skal ses og prioriteres i lyset af borgerens samlede situation, det vil sige helbred, funktionsevne, omgivelsermæssige og personlige forhold og det samlede forløb. Forløbet i kommunen begynder for borgeren med en henvisning fra almen praksis eller sygehus til kommunen eller ved selvhenvendelse.

Afklaring af behov og prioritering af tilbud følges op i kommunen og er en løbende proces. De enkelte tilbuds funktion og iværksættelse bør endvidere ikke alene ansues fra et mekanistisk perspektiv på læring. Succesfuld rehabilitering baseret på en biopsykosocial forståelse er afhængig af personlige faktorer som fx kognitive funktioner, beslutningsprocesser, mentale ressourcer, handlekompetencer og meningsfuldhed. Også kontekstuelle faktorer som socialt og familieært netværk, arbejdsplads og eksternt miljø er afgørende. Håndtering af kronisk sygdom og forandring af adfærdsmønstre er ofte meget omfattende forandringsprocesser både socialt og psykologisk, og det er udfordrende at gennemføre, fordi det kræver viden, beslutning, energi og engagement fra borgeren og omgivelserne i en længere periode.

Der er således tale om komplekse udviklings- og læringsprocesser, og dette bringer 'voksen- /sundhedspædagogik' og 'motivation' ind som helt centrale professionelle opgaveområder. Både anskuet på tværs af det samlede patientforløb og i forhold til de enkelte tilbud og såvel i individuelle samtaler og gruppebaserede tilbud.

Sundhedsstyrelsens medicinske teknologivurdering af patientuddannelse fra 2009 fandt begrænset effekt af såvel konkrete patientuddannelsesforløb som for brug af voksen- og sundhedspædagogiske metoder. Der tages dog forbehold for, at fundene bygger på mindre studier af svag til moderat kvalitet, og de er ofte uklart beskrevet i forhold til teori og metode. Der er således ikke entydig evidens for bestemte sundhedspædagogiske metoder eller samtaletraditioner, og anbefalingerne bygger på generelle erfaringer indenfor rehabiliterings- og sundhedsfremmetilbud.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne arbejder systematisk ud fra sundhedspædagogiske teorier og erfaringer, jf. nedenstående

## 6.1

## SUNDHEDSPÆDAGOGISK PRAKSIS OG PROFESSIONELLE KOMPETENCER

Der fremhæves i undersøgelser af sundhedspædagogisk praksis, at teoretisk viden om sundhedspædagogik samt konkrete sundhedspædagogiske kompetencer indenfor vidensformidling, dialog, aktiv træning, erfaringsudveksling i grupper, gruppehåndtering og gruppedynamik er afgørende for god praksis.

Det anbefales derfor ud fra praksiserfaringer og eksisterende viden på området at tilrettelægge forløb og kontakt med borgere indenfor en sundhedsfremmetradition med fokus på professionelle kompetencer inden for arbejde med:

- Deltagelse og dialog
- Handlekompetence
- Viden og indsigt
- Et bredt og positivt sundhedsbegreb
- Sundhed i et setting-perspektiv<sup>22</sup>.

Begreber anvendt indenfor ovennævnte sundhedspædagogiske praksis er forholdsvis flertydige og åbne, og det ligger udenfor denne publikation at give en udtømmende beskrivelse.

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

---

Formålet med tilbud og forløb ud fra inddragelse og dialog med borgeren samt eventuelt med netværk omkring borgeren kan helt overordnet beskrives som at understøtte borgerens sygdomsforståelse og sundhedsadfærd med udgangspunkt i den enkeltes viden, erfaring, kompetencer, ønsker, motivation og intellektuelle formåen.

Borgeren er, og skal behandles som, ekspert på sit eget liv i forhold til behandlingsvalg og forebyggelsestilbud og i øvrigt egne ønsker og behov. Borgeren har dog ikke altid hele overblikket over sygdomssituationen og vil kunne være i en erkendelsesproces vedrørende betydningen af at være kronisk syg. Borgeren mangler nogen gange indsigt i betydningen af egne handlinger eller erkendelse af egne motiver (eksempelvis ved afhængighed og misbrug), eller over muligheder for forandring og for at kunne få hjælp og støtte.

Det er således den professionelles opgave – med respekt for patientens autonomi, aktivt empatisk – og tilpasset borgerens situation – at bringe (ny) viden ind i samtalen eller i gruppedrøftelserne, og gennem dialog og erfaringsudvekslinger at understøtte borgerens erkendelse af egen situation og af egne handlemuligheder, prioriteringer og bevæggrunde (fx hvad udfordringen i forhold til en given forandring består i). Borgerens prioriteringer og ønsker er således i løbende proces i takt med, at borgerens perspektiv, forståelse og følelsesmæssige engagement forandres over tid.

Borgere er ikke ens og har forskellige ressourcer, udfordringer og behov. Særligt sårbare borgere kan have behov for støtte og opmærksomhed, som ligger ud over de generelle anbefalinger. Det pædagogiske arbejde med borgere, som er særligt sårbare, kan derfor også kræve professionelle kompetencer, der ligger ud over de her beskrevne – fx i forhold til den sundhedspædagogiske opgave. Der vil generelt altid være en mental dimension indlejret i det at forandre vaner og adfærd, men også her vil særskilte mentale og sociale problemstillinger kunne være en del af borgerens udfordringer og er således integreret i de mere adfærdsmæssige udfordringer

og forandringsønsker. Det er altid vigtigt at afklare disse udfordringer og behov, og evt. kunne støtte heroverfor. Dette forudsætter selvfølgelig at kompetencer og indsatser er til rådighed i den konkrete kommune (fx behov for hjælp overfor problemfyldte relationer, ensomhed, angst, depression mv.).

### Professionelle kompetencer

De professionelle bør have indgående viden og kunnen i forhold til:

- Hvad det vil sige at få en kronisk sygdom, både i forhold til det biologiske sygdomsforløb, borgerens sygdomsforståelse og håndtering af behandlingen.
- Risikofaktorenes betydning for sygdom og prognose, viden om adfærdsforandring og hvorfor forandring kan være udfordrende samt viden om hvordan forandring understøttes og fastholdes.
- Kompetent sundheds- og voksenpædagogisk praksis, herunder at borgeren hjælpes til at afklare egne prioriteringer, støttes i en forventningsafstemning til tilbuddene, og at borgeren hjælpes til at sætte mål for forløb og tilbud ud fra de værdier, som borgeren har for sit eget liv og med omtanke for borgerens hverdagsliv.
- Dialogen med borgeren bør være involverende og respektfuld og bør baseres på konkrete kompetencer i forhold til aktiv lytning, åbne spørgsmål, løsningsfokuserede spørgeteknikker og motive-rende tilbagemeldinger, og støtten bør, hvor det er muligt, indeholde aktiv læring gennem konkret indøvning af færdigheder.
- Pædagogiske metoder i forhold til både gruppe-baserede og individuelle forløb målrettet borgerens behov – herunder mulighed for at kunne drage nytte af sociale forandringsfællesskaber.

I arbejdet med borgernes motivation og barrierer og som supervision for de øvrige sundhedsprofessionelle kan der med fordel tilknyttes en psykolog.



---

## 6.2 MOTIVATION

---

Ofte bliver borgerens ønsker og prioriteringer sammenfattet i begrebet 'motivation' og særligt i forhold til deltagelse i aktiviteter og ændringer af sundhedsadfærd bruges begrebet implicit om borgerens parathed og vilje til en forandring. Derfor bliver ændringer og påvirkning af motivation ofte omtalt som genstanden for professionelle samtaler om deltagelse i et tilbud, forandring af sundhedsadfærd eller træning i forandring af adfærd.

Der er ikke en entydig faglig definition af 'motivation', og i faglige miljøer bruges begrebet ofte implicit ud fra erfaringer fra hverdagssprogets med reference til borgerens bevidste hensigter og ønsker. Teoretisk er motivation dog langt mere komplekst, og der findes mange teorier om motivation fra mange videns- og forskningstraditioner. Lige fra neurobiologi over diverse psykologiske og sociale forskningsområder til teoretisk økonomi, med mange forskellige syn på mekanismer og kausalitet.

- I det professionelle arbejde anbefales det at definere motivation som hele det 'system af kræfter', som giver energi til og målretter vores adfærd. Dette system former menneskers adfærdsprocesser løbende fra øjeblik til øjeblik. Helt centralt i denne forståelse er, at motivation både formes af bevidste og ubevidste processer, både drives af biologiske kræfter (fx drifter, afhængighed mv.), psykologiske dynamikker (fx indlæringsmæssige, emotionelle, kognitive forståelser, værdi-orienteringer og identitetsmæssige forhold), og sociale dimensioner (fx relationelle forhold, kulturelle normer og miljøstrukturer). Motivation har både træge elementer (fx afhængighed, adfærds-mæssigt indlærte handlemønstre) og dynamiske egenskaber (ændres hele tiden af den situation man er i, af den indre biologis bevægelser og af ændringer i de bevidste tanker om værdier, identitet mv.).

Alle interventioner og pædagogiske strategier som sigter mod at påvirke motivationssystemet, kan

således defineres som motiverende strategier, det vil sige strategier, der fremmer, at en given adfærd kan realiseres og fastholdes af borgeren – herunder det, som fremmer fastholdelse i tilbuddet.

- En rådgivers opgave i forhold til motivation overfor sundhedsadfærd bør således være løbende, gennem dialog og gruppefacillitering, at vurdere og understøtte både tanker, følelser, planlægning, relationer, tilegnelse af kompetencer samt handlinger, der øger sandsynligheden for en forandringsproces i retning af indlæring af nye adfærds-mønstre.
- Det er rådgiveren, som i ethvert givent møde – individuelt eller i en gruppe – i en transparent og dialogisk form – må have kompetencer til at vurdere, hvilke barrierer den enkelte borger står med, således at der i situationen kan sættes hensigtsmæssigt og relevant ind med hjælp.

Det kan fx være behov for konkret viden om sygdommen og sammenhænge mellem adfærd og sundhed, der er den første aktuelle udfordring. Det kan fx være, at det er beslutningen og ønsket om forandring, der er uafklaret for borgeren, og i den forbindelse kan der være behov for afklaring af identitet og meningsfuldhed – at der er sammenhæng mellem borgerens værdier og den adfærd borgeren har. Eller forandringspotentialet kan bestå i et behov for hjælp til at håndtere barrierer for handling og/eller manglende handlekompetencer for, hvordan man konkret fremmer hensigtsmæssig adfærd eller stopper uhensigtsmæssig adfærd. Det kan også være biologiske udfordringer, som fx fysisk afhængighed, trang og abstinenser, der udgør den væsentligste barriere for en adfærdsforandring. Der kan også være udfordringer i det sociale miljø, i familie, netværk eller på arbejdspladsen, der udgør barrierer for borgerens forandringsønske. Ligeledes kan sociale fællesskaber være en positiv faktor for deltagelse, læring og fastholdelse (sociale forandringsfællesskaber). Det kræver en individuel dialog at vur-

---

dere, sammen med borgeren, hvordan situationen er, og dermed hvad behovet er – både i den aktuelle samtale og i de tilbud borgeren kan benytte.

At forandre sig er således en lang proces, hvor kræfterne bag borgerens adfærd konstant er i bevægelse og ændrer karakter, og det kan være lige så vigtigt

at undersøge og forstå kræfterne bag u hensigtsmæssig adfærd og at kunne understøtte en svækkelse af disse kræfter som at yde hjælp til de hensigtsmæssige adfærdsformer. Arbejdet med motivation bør altid være en opmærksomhed og et parallelt spor i kommunikationen i mødet med borgeren – fra den første afklarende samtale igennem tilbud og i afslutningssamtalen med borgeren.

---

## 6.3 AFKLARENDE SAMTALE

Det anbefales, at alle borgere, der af sygehus eller den praktiserende læge vurderes at kunne have gavn af et forebyggelsestilbud, henvises til en afklarende samtale med en kommunal sundhedsprofessionel.

Såfremt en borger har behov for et tilbud om forebyggende samtale om alkohol, skal vedkommende dog ikke henvises til en afklarende samtale men henvises direkte til den forebyggende samtale om alkohol eller egentlig alkoholbehandling.

Formålet med den afklarende samtale er at opnå en fælles forståelse af forventninger til tilbud, herunder de overordnede målsætninger med deltagelse i tilbuddene, og gennem dialog at støtte borgeren i en relevant og behovsorienteret prioritering af tilbud (både kommunale indsatser og eventuelt aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi).

Dialogen bør tage udgangspunkt i sundhedspædagogiske principper samt i en dynamisk forståelse af motivation og motivationsfremmende arbejde. Det er inden for de ressourcemæssige rammer vigtigt ikke at betragte den plan, der lægges for borgeren, som et statisk redskab, hvor det aftalte indhold er mekanisk fastlagt. Borgeren er, som beskrevet i kapitel 6.2 om motivation, i en dynamisk proces, og det er de professionelles opgave, i mødet med borgeren, løbende at afstemme ønsker og tilbyde hjælp, der hvor borgeren aktuelt har behov for støtte.

- Samtalens form og indhold bør være tilpas fleksibel i forhold til at kunne tilgodese borgerens individuelle kompetencer og viden samt borgerens hverdagsliv, sociale relationer og øvrige livsvilkår, men bør samtidig være systematisk i forhold til at afklaringen bliver så grundig som muligt.

Den afklarende samtale bør – uanset den specifikke metode eller det valgte konkrete samtaleredskab – komme grundigt omkring fire gensidigt overlappende områder – og både afdække udfordringer og ressourcer hos borgeren:

### Funktionsevne

Vurderingen af borgerens funktionsevne tjener flere formål. Dels kan det vejlede den professionelle i forhold til, hvilke barrierer der er særligt relevante. Dels kan den vejlede den professionelle i forhold til en vurdering af, hvilke ressourcer eller udfordringer den enkelte borger kan have i forhold til handlekompetence mv. WHO's ICF-klassifikation anbefales som begrebsramme og systematisk terminologi vedrørende vurdering af funktionsevnen. I ICF indgår en vurdering af betydningen af både fysiske og sociale omgivelsesfaktorer, hvilket kan medvirke til vurderingen af behovet for tilbudstyper, der medtager sociale netværk og borgerens miljø.

### Hverdagsliv

Beskrive og skabe gensidig forståelse af borgerens hverdagsliv, sociale netværk, vaner, værdier og prioriteringer, som er relevante i relation til sygdommen og rehabiliteringen.

---

### Risikofaktorer

Forebyggelse af risikofaktorer som rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, usund kost mv. er altid helbreds-mæssigt relevant. I relation til kronisk sygdom kan der være et særligt skærpet behov for forandring for at sikre den bedst mulige prognose og rehabilitering og for at kunne opretholde den højest mulige funktionsevne. Dette gælder særligt de risikofaktorer, der direkte forværrer en konkret sygdom og/eller forringer en behandlingseffekt.

Viden om samspil mellem risikofaktorer bør inddrages i dialogen om, hvilke indsatser der skal prioriteres. Der er fx mange interaktioner mellem alkohol og tobak, som gør det hensigtsmæssigt at drøfte forandringer på begge områder ved samtidigt forbrug.

Den professionelle behovsvurdering bør finde sted i dialog med borgeren, og den efterfølgende prioritering og beslutning om valg af tilbud bør foregå i en respektfuld dialog med borgeren og borgerens oplevelse, vurderinger og prioriteringer.

### Sygdomssituation

Afdækningen omfatter den enkelte sygdoms specifikke karakter, den forventede sygdomsudvikling samt det fremtidige behandlingsforløb, herunder en vurdering af borgerens egen viden og sygdomsforståelse samt håndtering af sygdommen og behandlingsselementer.

---

## 6.3.1 KOMPETENCER

Den professionelle, som varetager samtalen bør – ud over de tidligere nævnte professionelle kompetencer – have bredt kendskab til:

- Ovennævnte fire afdækningsområder

- Teoretisk viden om motivationssystemet og kompetencer til gennem dialog at understøtte borgerens motivation samt facilitere borgerens prioritering og beslutning om deltagelse i tilbud.

---

## 6.4

## AFSLUTNING PÅ FORLØB I KOMMUNEN

En god afslutning på en given samlet pakke af forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom bør bestå i, at et eventuelt behov for opfølgning på de forskellige elementer i borgerens samlede tilbud bliver hensigtsmæssigt planlagt, koordineret og kommunikeret til både patienten og eventuelt andre involverede aktører. Endvidere er det relevant at forebygge, at der ikke er konkrete opfølgningsbehov, som hverken håndteres i kommunen eller i samarbejdet med eksterne aktører.

Derfor bør kommunen vurdere alle procedurer, kommunikationsveje og vidensoverleveringer med henblik på, at alle forløb afsluttes hensigtsmæssigt, og at der samles systematisk op på opfølgningsbehov med patienten, de pårørende, almen praksis og sygehus, som er afdækket i løbet af det kommunale forløb.

---

## 6.5 PROAKTIV FASTHOLDELSE

---

- 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. Indsatser bør endvidere tilrettelægges og organiseres med øje for, at borgeren har de bedste muligheder for at opretholde en god egenomsorg efter endt tilbud.
- Proaktive påmindelser kan fx anbefales som midler til at øge borgerens deltagelse. Det anbefales derfor at minde borgeren om aftaler mv. gennem proaktive telefoniske opkald, SMS-beskeder eller lignende forud for planlagte aftaler samt ved udeblivelser fra samtaler at opfordre og minde om, at borgeren fortsat er velkommen, og at fortsat deltagelse modtages positivt.
- Det anbefales, at borgere, som falder fra et tilbud, kontaktes efter nogle måneders pause med information om muligheder for at få fornyet hjælp.
- 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, og fx indenfor rygestop er der gode resultater med økonomisk støtte til brug af rygestopmedicin.
- Kommunikation omkring mål og målsætninger kan også være et område, hvor man kan gøre noget for ikke at opstille unødige barrierer hos borgerne. Fx kan tanken om livsvarige forandringer for nogle borgere være udfordrende. Hvis den professionelle fx taler om målet med et rygestopkursus som værende et 'livsvarigt rygestop', kan denne formulering forhindre nogle borgere i at turde deltage. En alternativ formulering kunne være 'at deltagelse forudsætter en vilje til at gøre alt for at blive røgfri i løbet af rygestopkurset'. Det vil sige, at målet er "røgfrihed ved afslutningen på rygestopkurset". Herved undgås det, at selve tanken om 'aldrig mere at ryge' kommer til at stå i vejen for ønsket om, at gennemføre et rygestop her og nu, som så meget vel undervejs kan afføde ønsket om og tilliden til, at et varigt rygestop er muligt.
- Viden om borgerens hverdagsliv og muligheder for støtte efter endt tilbud bør så vidt muligt indgå i tilrettelæggelsen og indhold af tilbud. Der bør således arbejdes aktivt med at støtte borgerne med at få overblik, kontakt og tryghed ved muligheder for fortsat aktivitet efter endt tilbud, fx i idrætsforeninger, aftenskoler, frivillige sociale foreninger, patientforeninger, hos private aktører, socialøkonomiske virksomheder mv. Det kan blandt andet ske gennem en aktiv inddragelse af personlige netværk eller eksterne aktører i tilbuddene undervejs.

# 7

## MONITORERING OG KVALITETSSIKRING

---

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at den enkelte kommune løbende følger og udvikler de enkelte forebyggelsestilbud

med henblik på at kvalitetssikre tilbuddene.

---

### 7.1

## MONITORERING

---

Tilbuddene bør løbende monitoreres med henblik på at skabe et grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling. Monitoreringen bør tilrettelægges på en måde, så der tages højde for den samlede indsats over tid.

Monitoreringen kan omfatte andre metoder end de traditionelle register- og databaserede, fx audits, surveys og interviews. Disse kan fungere som supplement eller alternativ, hvis muligheden for en løbende databaseret monitorering er begrænset. Men systematisk og løbende monitorering bør så vidt muligt foranstalles som forudsætning for benchmarking og forskning.

Det gælder for alle tilbud, at der bør ske en løbende monitorering af de fastsatte mål for det enkelte tilbud. De anvendte mål bør være enkle og have fokus på den faglige kvalitet, patientrapporterede data (PROM) og organisatorisk kvalitet.

Der bør ske en opfølgning efter seks måneder eller efter et år som generelt hensigtsmæssige intervaller for at få tilstrækkelige data som planlægningsgrundlag og samtidigt kunne gribe ind tids nok, hvis der viser sig behov for ændringer i tilbuddene. Opfølgningen kan eventuelt ske telefonisk.

Kvalitetssikring af tilbuddene har til formål at optimere praksis således, at organisationen og personalet tilbyder borgerne de bedst mulige tilbud til fremme af funktionsevnen og med størst muligt udbytte.

Det anbefales, at forebyggelsestilbud dokumenteres og monitoreres systematisk, således at det kan evalueres og sammenholdes med relevante kliniske parametre med henblik på løbende forbedringer, herunder at få viden om, hvorvidt de rette borgere tilbydes den rette rehabilitering, samt om de gennemfører. Det kan være for alle borgere som led i den daglige virksomhed, eller det kan være tilbagevendende og målrettet.

Det anbefales, at registreringer sker ensartet på tværs af kommuner, således at der er mulighed for at få fælles viden på området. Det bør ske ved at indberette og anvende nationale databaser i det omfang, de eksisterer, således at sammenligninger mellem forskellige dele af landet muliggøres.

Endvidere bør der løbende følges op på brugertilfredsheden med tilbuddene.

Det anbefales, at kommunerne løbende sikrer en høj kvalitet i den rådgivning/undervisning, der tilbydes, fx ved at rådgiveren/den sundhedsprofessionelle har adgang til jævnlig supervision fra en erfarer kollega eller anden rådgivningsmæssig ekspertise. Kvaliteten af tilbuddene understøttes gennem ledelsens tætte opfølgning.

Det anbefales endvidere, at der generes ny viden som grundlag for tilbuddenes indhold, målgruppe og tilrettelæggelse. Viden om virkning/effekt forudsætter som udgangspunkt forskning og dermed et samarbejde med forskningsinstitutioner. Det kan være en fordel, at flere kommuner indgår i tværkommunale samarbejder for at opnå tilstrækkelig volumen og kvalitet i projekterne.

Kommunerne kan i den forbindelse hensigtsmæssigt anvende regionernes rådgivningsfunktion. Regionerne har ekspertise vedrørende kvalitet, forskning, monitorering og evaluering, som kommunerne hensigtsmæssigt kan inddrage i udviklings- og kvalitetsarbejdet. Således kan regionerne spille en aktiv rolle i at facilitere tværkommunale samarbejder og samarbejde med forskningsinstitutioner på dette område.

23 For rygeafvænning opfattes et tilbud som gennemført, hvis den fremmødte gennemfører 75 % af kursusgangene (fire ud af fem) efter møde af Rygestopbasen, og en lignende overvejelse om gennemførsel anbefales for de resterende tilbud.

---

## INTRODUKTION

---

Sundhedsstyrelsen, 2003. ICF International klassifikation af Funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand

Sundhedsstyrelsen, 2009. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering

Sundhedsstyrelsen, 2012. Kvalitetssikring af patientuddannelse.

Sundhedsstyrelsen, 2013. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering.

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

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

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

---

## SYGDOMSMESTRING

---

Sundhedsstyrelsen, 2009. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering

Sundhedsstyrelsen, 2012. Kvalitetssikring af patientuddannelse

Sundhedsstyrelsen 2012. Egenbehandling ved kroniske sygdomme – anbefalinger, der understøtter udbredelse,

Sundhedsstyrelsen 2013. National Klinisk Retningslinje for hjerterehabilitering

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

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

Sundhedsstyrelsen 2015. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL

---

## TOBAKSAFVÆNNING

---

Kræftens Bekæmpelse, 2013. Manual til rygeafvænnning i grupper. 3rd edition

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

Lind M, Jaspers K, Sonne TF Kræftens Bekæmpelse, 2006. Manual til individuel rygeafvænnning. 3rd ed.

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

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

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

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

Sundhedsstyrelsen, 2012. Forebyggelsespakke – tobak. version: 1.0

Sundhedsstyrelsen, 2015. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

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

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

---

## FYSISK TRÆNING

---

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

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

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

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

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



---

## ERNÆRINGSINDSATS

---

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

---

## SAMTALE OM ALKOHOL

---

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

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

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

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

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

Sundhedsstyrelsen, 2012. Forebyggelsespakke. Alkohol

Sundhedsstyrelsen, 2013. Alkohol og helbred

Sundhedsstyrelsen og DSAM, 2010. Spørg til alkoholvaner

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

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

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

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

---

## SAMARBEJDE MED BORGEREN

---

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

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

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

Jensen BB, 2016. Kernebegreber i Sundhedspædagogikken. I: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S, editors. Forebyggende sundhedsarbejde: baggrund, analyse og teori, arbejdsmetoder. 6th ed.

MarselisborgCentret, Esbjerg Kommune, 2014. ICF baseret redskab til beskrivelse af den samlede helbredstilstand og rehabiliteringsbehov hos patienter og borgere med kronisk sygdom: notat

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

Sundhedsstyrelsen, 2009. Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering. Patientuddannelse: en medicinsk teknologivurdering. Version: 1,0 edition

Sundhedsstyrelsen, 2012. Kvalitetssikring af patientuddannelse

West R, Brown J., 2013. A synthetic Theory of Motivation. In: Theory of addiction. 2nd ed. Chichester, West Sussex, U.K.: John Wiley & Sons Inc.

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

---

## BILAG 1 – KOMMISSORIUM

---

### Kommissorium for Arbejdsgruppe vedr. patientrettede forebyggelsestilbud i kommunerne

14. april 2015

#### Baggrund

Kommunerne har de seneste år arbejdet med indsatser målrettet mennesker med kronisk sygdom. Blandt andet er der investeret i implementering af forløbsprogrammer samt forebyggelse og rehabilitering generelt. Arbejdet har været understøttet af puljen for en forstærket indsats til patienter med kronisk sygdom.

Der er imidlertid fortsat behov for at have fokus på kvaliteten i udredning, behandling og rehabiliteringstilbud til mennesker med udbredte kroniske sygdomme som fx diabetes og KOL. Og kroniske sygdomme opdages hos mange mennesker uhensigtsmæssigt sent, ligesom der er udfordringer i forhold til at skabe sammenhængende, koordinerede forløb.

Der indføres fra 2015 forløbsplaner, jf. finanslovsaftalen 2015. Forløbsplaner skal give patienter med kronisk sygdom overblik over deres forløb, fx behandling, træning og patientuddannelse. Som led i initiativet stilles der samtidig krav til sundhedsvesenets aktører i forhold til kvaliteten i indsatsen.

#### Anbefalinger for patientrettede forebyggelsestilbud

Sundhedsstyrelsen er i forbindelse med udarbejdelsen af forløbsplaner ansvarlig for at udarbejde anbefalinger for patientrettede forebyggelsestilbud.

Der er tale om tilbud, som udgør sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser, og som kan indgå i et samlet, tværfagligt rehabiliteringsforløb<sup>24</sup>.

Anbefalingerne skal bidrage til at skabe en effektiv kommunal indsats af høj kvalitet for mennesker med kronisk sygdom.

Anbefalingerne skal således dels styrke kvaliteten af de kommunale indsatser, og dels sikre ensartede tilbud på tværs af landet. Anbefalingerne skal tillige bidrage til, at kommunerne kan målrette indsatsen og prioritere de indsatser, der vurderes som god praksis med positive resultater for borgerne. De faglige anbefalinger vil tage afsæt i tilgængelig faglig evidens kombineret med erfaringsbaseret viden.

Fokus i anbefalingerne vil være på patientrettede forebyggelsestilbud, som bidrager til at styrke patientens egenkontrol med sygdommen, forebygge forværring af sygdommen og forbedre patientens livskvalitet. Dermed vil anbefalingerne omfatte indsatser indenfor fysisk træning, ernæring, rygestop, alkoholrådgivning og patientuddannelse. Anbefalingerne vil gå på tværs af flere kroniske sygdomme, og dermed ikke være sygdomsspecifikke, dog med hensyntagen til de særlige forhold, der eventuelt måtte gøre sig gældende for de enkelte kroniske sygdomme.

Udviklingen af anbefalinger for kommunale tilbud skal i øvrigt ses i sammenhæng med styrkelsen af den kommunale forebyggelsesindsats, jf. Finansloven 2015, hvori der indgår en analyse af evidens og effekt af den kommunale indsats med fokus på ældre medicinske patienter og udsatte grupper. Fokus i det arbejde vil være på indsatser i forhold til at nedbringe antallet af indlæggelser og genindlæggelser hos ældre medicinske patienter og udsatte grupper. Der fastlægges en særskilt proces for denne analyse, der ikke indgår i nærværende arbejdsgruppes opgave.

24 Se fx [www.sundhed.dk/soft](http://www.sundhed.dk/soft); Tematisk evaluering – forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom, Implement 2013; Norman et. al: Patientrettet forebyggelse i kommunerne, SIF 2011

---

Anbefalingerne vil samtidig konsolidere og nyttiggøre de initiativer, der er igangsat inden for de senere år, blandt andet i forbindelse med den forstærkede indsats for patienter med kronisk sygdom. De vil samtidig sigte mod mere enkle samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer inden for de enkelte regioner og kan understøtte tværkommunale samarbejder om tilbuddene. Anbefalingerne vil tage afsæt i tilgængelig faglig evidens kombineret med erfaringsbaseret viden og vil overvejende have følgende evidensgrundlag:

- Litteratursøgning og læsning af udvalgt litteratur (en litteratursøgning på baggrund af centrale søgeord)
- Ekspertviden med faglig konsensus (faglig arbejdsgruppes opdaterede kendskab til litteraturen og god klinisk/faglig praksis)

Sundhedsstyrelsen forestår udarbejdelsen af oplæg til anbefalinger i forhold til rygestop, alkoholrådgivning og patientuddannelse på baggrund af eksisterende materiale. Der tilknyttes ekstern faglig konsulentbistand til at udarbejde oplæg til anbefalinger i forhold til fysisk træning og ernæring på baggrund af eksisterende viden.

### Arbejdsgruppens opgaver

Sundhedsstyrelsen etablerer en arbejdsgruppe med henblik på at rådgive Sundhedsstyrelsen ved at kvalificere og drøfte:

- patientgrupper, der henvises til en patientrettede forebyggelsestilbud i kommunalt regi
- indhold i indsatserne inden for fysisk træning, ernæring, rygestop, alkoholrådgivning og patientuddannelse
- henvisning til og opfølgning på patientrettede forebyggelsestilbud
- national monitorering af indsatserne

### Arbejdsgruppens sammensætning

Sammensætningen af arbejdsgruppen skal tilgodeses, at der samlet set er den fornødne faglige ekspertise til stede, og at der er opbakning til den organisatoriske forankring af indsatserne:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (1)

- KL/kommuner (1 + 3)
- Danske Regioner/regioner (1 + 1)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (2)
- Praktiserende Lægers Organisation (observatør) (1)
- Danske Patienter (1)
- Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne (2)
- Dansk Selskab for Fysioterapi (1)
- Ergoterapifaglige Selskaber (1)
- Foreningen af Kliniske Diætister (1)
- Sundhedsfaglig ekspert inden for fysisk træning (1)
- Sundhedsfaglig ekspert inden for rygestop (1)
- Sundhedsfaglig ekspert inden for ernæring (1)
- Ekspert inden for alkoholrådgivning (1)
- Ekspert inden for patientuddannelse (1)

Repræsentanterne deltager i de møder, der er relevante for deres fagområde.

Dansk Sygepleje Selskab og Lægevidenskabelige Selskaber anmodes om at udpege henholdsvis sygeplejefaglige og lægefaglige repræsentanter.

Dansk Selskab for Folkesundhed anmodes om at udpege eksperter inden for henholdsvis fysisk træning, rygestop, ernæring og alkoholrådgivning.

Danske Regioner og KL anmodes om at udpege henholdsvis regionale og kommunale repræsentanter.

Sundhedsstyrelsen kan indhente yderligere sagkyndig ekspertise.

### Arbejdsgruppens møder

Sundhedsstyrelsen udarbejder oplæg til møderne, som arbejdsgruppen drøfter og kvalificerer.

Efter møder i arbejdsgruppen udarbejdes et beslutningsreferat, der udsendes cirka én uge efter mødets afholdelse.

---

## BILAG 2 – ARBEJDSGRUPPENS MEDLEMMER

---

### Medlemmer af Arbejdsgruppen vedr. kommunale patientrettede forebyggelsestilbud

#### Dansk Selskab for Almen Medicin

Praktiserende læge Anders Beich (til oktober 2015)

Praktiserende læge Claus Rendtorff (fra oktober 2015)

#### Dansk Selskab for Folkesundhed

Forskningsoverlæge, Ph.D., MPH, Ass. Professor  
Charlotta H. Pisinger

Fysioterapeut, Ph.D., lektor Hans Lund

Professor Janne Tholstrup

Lektor, Ph.D Marianne Uhre Jakobsen

#### Dansk Selskab for Fysioterapi

Centerchef Hanne Morthorst

#### Dansk Sygepleje Selskab

Klinisk sygeplejespecialist, Ph.D., ekstern lektor  
Annesofie Lunde Jensen

#### Danske Patienter

Projektleder Lene Mandrup Thomsen (Gigtforeningen)

Forebyggelseschef Morten Ørsted-Rasmussen  
(Hjerteforeningen)

#### Danske Regioner

Seniorkonsulent, Line Raahauge Hvass (til november 2015)

Konsulent Rikke Gravlund Poulsen (fra november 2015)

#### Ergoterapifaglige Selskaber

Udviklingsergoterapeut Trine Elleby Møller

#### Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne

Forløbskoordinator Anne Sjørvad Johnsen

#### Foreningen af Kliniske Diætister

Ernæringsfaglig konsulent Kirsten Færgeman

#### KL

Chefkonsulent Steen Rank Petersen (til april 2016)

Konsulent Lone Vinhard (fra april 2016)

#### Kommunale repræsentanter

Københavns Kommune: Forebyggelseschef Birgitte  
Gade Koefoed (til september 2015)

Københavns Kommune: Forebyggelseschef  
Susanne Westergren (fra september 2015)

Favrskov Kommune: Sundhedschef Birgitte Holm  
Andersen,

Gladsaxe Kommune: Sundhedschef Sidsel Vinge

---

### **Praktiserende Lægers Organisation (PLO)**

Medlem af PLO's bestyrelse og formand for PLO's  
Kommune- og Forebyggelsesudvalg Anna Mette  
Nathan (observatør)

### **Regionale repræsentanter**

Region Nordjylland: Konsulent Lars Lejbølle (til sep-  
tember 2015)

Region Midtjylland: Forskningschef, professor i reha-  
bilitering Claus Vinther Nielsen (fra september 2015)

### **Sundheds- og Ældreministeriet**

Chefkonsulent Naja Warrer Iversen (til december  
2015)

Fuldmægtig Anne-Sofie Fanøe (fra december 2015)

Fuldmægtig Jens Bjerg Johansen (observatør)

### **Sundhedsstyrelsen**

Sektionsleder, Steen Dalsgård Jespersen (formand)  
(til januar 2016)

Sektionsleder, Astrid Blom (formand) (fra januar  
2016)

Konst. Sektionsleder Kirsten Hansen

Læge Jette Blands

Fuldmægtig Lene Sønderup Olesen

Specialkonsulent Mads Lind

Afdelingslæge Mia Fischerman

Chefkonsulent Tatjana Hejgaard

Akademisk medarbejder Tue Kristensen

Formandskab og sekretariatsfunktion er varetaget  
af Sundhedsstyrelsen

---

## BILAG 3 – LÆRINGSMÅL FOR RÅDGIVERE I TOBAKSAFVÆNNING

---

Denne liste er en oversættelse og lettere bearbejdning af engelsk national standard for læringsmål for rådgivere til tobaksafvænning udviklet af National Centre for Smoking Cessation and Training (NCSCT) anno 2015 baseret på bedste evidens og viden om "best practice" (1). Læringsmålene vurderes at være overførbare og relevante i en dansk sammenhæng. De udviklede læringsmål gælder generelt som forudsætning for at kunne tilbyde kvalificeret rådgivning i tobaksafvænning<sup>25</sup> – herunder de eksisterende tilbud svarende til Kræftens Bekæmpelses standardmodeller.

### Læringsmål for viden

#### Rygning i Danmark

- Viden om generelle rygeprævalenser og udviklingen i befolkningen, fordelt på køn, alder og sociale faktorer
- Udvikling i rygestop-mønstre
- Viden om rygemønstre i særlige målgrupper, unge, psykisk syge, gravide, etc.

#### Rygning og helbred

- Viden om sundhed og rygning/rygestop:
  - Sygdomme forårsaget af rygning
  - Sundhedsfordele ved rygestop
  - Størrelsen af risikoen ved rygning for bestemte sygdomme samt fordele ved rygestop i forskellige aldersgrupper
  - Fordele/oplevede fordele ved rygning
  - Skadelighed af passiv rygning
  - Medicin-omsætning ved rygestop ift. psyko-farmaka.

### Hvorfor rygestop er vanskeligt

- Kunne beskrive rygestopprocessen, vigtighed at undgåelse af tilbagefald, og kunne beskrive faktorer, der fremme/hæmmer stopforsøg, og faktorer der fremmer/hæmmer tilbagefald
- Kunne forklare tobaksafhængighed og nikotin-afhængighed og udvikling heraf (herunder overordnet de neurologiske/fysiologiske processer/tilpasninger)
- Kunne beskrive typiske grunde rygere giver for deres rygning, og myter og fakta bag disse
- Kunne beskrive miljømæssige, sociodemografiske og psykologiske faktorer som knytter sig til udvikling af tobaksafhængighed.

### Rygeafvænning

- Kunne beskrive principper for rådgivning, og hvad der er effekt for samt kende til størrelsesorden af effekter på lang og kort tidshorizont
- Kunne beskrive de til rådighed værende farmakologisk rygestopprodukter, deres virkningsmåde, effekt, korrekt brug, kontra-indikationer, evt. interaktioner, bivirkninger og guidelines (ift. receptpligtig medicin gælder det en overordnet viden, da praktiserende læge skal inddrages, samt rådgivning via apotek må forventes. Mht. nikotinerstatningsprodukter bør grundig produkt rådgivning kunne gives).
- Kunne kende til evidens for effekt/mangel på effekt/klarhed om effekt af de mest almindelige alternative behandlingsformer
- Forstå principper og metodologi bag måling af biomarkører som kuliltemåling og evt. cotinin
- Overordnet kunne beskrive cost/effectiveness af tobaksafvænning ift. andre indsatser.

---

<sup>25</sup> Læringsmålene indeholder ikke særlige kompetencer i forhold til målgrupper med særlige behov som fx gravide og psykisk syge eller evt. anbefalinger til forudgående grunduddannelse mv.

---

## Læringsmål for praksis kompetencer – at kunne...

### Understøtte motivation i processen

#### Afklaring/vurdering

- Vurdere en borgers aktuelle beslutning, parathed og evne til at stoppe – løbende gennem stopprocessen
- Vurdere borgerens rygevaner og erfaringer med rygestop
- Vurdere borgerens akutte selvrapporterede rygeadfærd samt kunne foretage kulilte-måling og kunne håndtere forskelle herimellem i en konstruktiv dialog med borgeren
- Vurdere borgerens sociale netværk, samt vurdere omfanget og betydningen af rygning i netværket
- Vurdere borgerens nikotinafhængighed gennem validerede redskaber som Fagerstrøms test for Nikotin afhængighed (FTND)
- Vurdere borgerens nikotinabstinenser
- Vurdere borgerens mentale status pragmatisk (fx tegn på depression mv.) i den udstrækning det er relevant for rygestopet.

#### Planlægning af tobaksafvænnning

- Støtte borgeren i at sætte en stopdag
- Bruge vurderingen af borgeren til at understøtte et individuelt tilpasset "stopprogram"
- Støtte og anerkende borgerens ønsker og valg – afpasset til den eksisterende viden om af evidens-baseret praksis.

#### Støtte til adfældsændringen

- Give borgeren præcis information om konsekvenser ved rygning og rygestop, på en måde der maximere motivation til at stoppe og forblive stoppet
- Forklare borgeren principper ved – og betydning af typiske mestringsstrategier og rygestop-medicin, som kan støtte et rygestopforsøg
- Foreslå relevante mestringsstrategier til borgeren til at øge borgerens motivation og self efficacy

- Styrke borgerens beslutning ved at understrege og spørge aktivt til ønskets styrke og til forpligtigelsen til at påbegynde, fortsætte eller genoptage et rygestop
- Hjælpe borgeren til at identificere egne grunde til at stoppe og adressere bekymringer om evt. negative oplevelser ved at stoppe
- Understrege vigtigheden af en fast beslutning om at holde sig til "reglen" om ikke at eksperimentere med et sug eller at ryge en enkelt cigaret
- Grib ind ved "svipsere" for at minimere muligheden for at det fører til egentligt tilbagefald
- Give positiv tilbagemelding løbende til borgeren om fastholdelsen af rygestopet – jævnligt rose opretholdelse af røgfrihed
- Styrk borgerens eks-ryger identitet (opmuntre borgeren til at forstå og beskrive sig selv som én person for hvem rygning ikke mere er en del af livet).

#### Støtte evnen/muligheden for udøvelsen af selvkontrol

- Præcist beskrive for borgeren hvad der kan opstå af abstinenssymptomer og foreslå evidensbaserede tiltag til at imødegå disse
- Drøfte konkrete individuelt relevante barrierer, rygeudløsere og tilbagefaldsrisici, og støtte borgeren i at forberede relevante strategier til at imødegå disse
- Støtte borgeren i at sætte overskuelige delmål (fx planlægge én dag af gangen), og herved gøre det muligt at få løbende feedback på succes og mestring
- Bruge kuliltemåling til et motivationsskabende redskab gennem synliggørelse og konkret bevis for at røgfriheden opretholdes og herved bliver anledning til positiv anerkendelse
- Støtte relevant "omstrukturering" af det sociale liv – fx med støtte til aktivt at undgå sociale rygeudløsere i en sårbar periode
- Drøfte muligheder for at borgeren kan ændre sine normale rutiner og fysiske miljø, således at rygeudløsere så vidt muligt undgås (fx fjerne askebægre, cigaret pakker osv.)



- 
- Foreslå borgeren konkrete måder at minimere stress og andre psykiske udfordringer for at optimere personens psykiske ressourcer til rygestoppet (få nok søvn, stressreducerende vejrtrækning, afslapningsøvelser, fysisk aktivitet osv.)
  - Hjælp til håndtering og forebyggelse af vægtøgning (for vægtbekymrede borgere) og håndtering af alkohol og koffein vaner, hvis det er relevant.

### **Introducere effektiv tobaksafvænningsmedicin og andre støttende aktiviteter**

- Beskrive for borgeren alle muligheder for farmakologiske hjælpemidler, hvordan de virker og til hvad, og understøtte borgeren i at vælge, om der ønskes brug af farmakologisk hjælp, og hvilken type der passer til det aktuelle behov. Giv praktisk information om brug og demonstrer evt. korrekt brug
- Undersøge og vurder borgerens brug af – og oplevelse med – de farmakologiske hjælpemidler løbende under processen – herunder evt. negative bivirkninger og positive oplevelser. Rådgiv borgeren til justeringer af brugen ved behov
- Hvis der er muligheder for at hjælpe borgeren med evt. økonomiske tilskud eller procedurer for nem rekvirering af farmakologiske hjælpemidler assisteres til dette
- Understøtte og rådgiv borgeren til at bruge positiv social støtte fra venner, familie, kollegaer eller lign.
- Giv råd og information om muligheder for supplerende og opfølgende støtte via telefonrådgivning og web-/mobilbaseret støtte.

### **Kommunikation overordnet**

- Lytte til- og spørge til borgerens oplevelser og situation
- Kommunike på en empatisk og ikke-dømmende måde, ved at bruge aktiv lytning og giv løbende støttende tilbagemelding
- Efterspørge borgerens meninger og spørgsmål til rygning, rygestop og mestrings-strategier. Svare på en konkret og enkel måde

- Beskrive hvad borgeren kan forvente af tobaksafvænnning herunder omfang, varighed, form og hvad det kræver af borgeren
- Forklare hvorfor der kuliltemåles både før og efter stopdagen
- Giv råd til skriftlige materialer til støtte (rygestopguiden)
- Opsummere den formidlede information, og efterspørge en aktiv tilbagemelding fra borgeren på de beslutninger eller forpligtigelser, som de udtrykker sig positivt om.

### **Professionel praksis**

- Monitorere og registrere borgernes deltagelse, fraværd mv. i relevante og anvendte redskaber (brug gerne rygestopbasens redskaber)
- Vurdere egen praksis løbende samt muligheder for egen dygtiggørelse og forbedring af rådgivningspraksis
- Udføre rygeafvænningsopgaven ud fra gældende etiske standarder for udøvelsen af sundhedsopgaver
- Løbende indhente ny viden om optimal praksis fra relevante kilder.

### **I forhold til gruppebaseret tobaksafvænnning (lukkede grupper)**

#### **Planlægning af tobaksafvænnning i grupper**

- Vurdere den enkelte borgers mulighed for at kunne profitere af tobaksafvænnning i gruppe og egnethed til gruppeformatet
- Strategier og redskaber til at takle udfordringer med comorbiditet (psykisk og fysisk) i en gruppekontekst

---

### **Optimere motivation til rygestoppet i en gruppekontekst**

- Stimulere og facilitere konstruktive gruppediskussioner
- Kunne igangsætte og planlægge gruppeøvelser, aktiviteter og det fysiske miljø (stole opsætning mv.) med det formål at kunne forstærke gruppeinteraktioner, positiv gensidig støtte og opbygning af konstruktive relationer mellem deltagerne
- Opfordre deltagerne til at forpligte sig overfor hinanden på ønsket om rygestop, på konkrete mestringsstrategier og tage gensidigt ansvar for et positivt gruppemiljø
- Opfordre deltagerne til at sammenligne kullitemålinger
- Facilitere kommunikation mellem deltagerne om dem selv – skabe relationer
- Informere konkret om fraværende gruppemedlemmer for at forebygge myter og misforståelser, således at tryk og motivation opretholdes i gruppen.

### **Introducere effektiv tobaksafvænningsmedicin i en gruppekontekst**

- Facilitere en konstruktiv og positiv dialog om brug af rygestopmedicin i gruppen
- Opfordre til at dele oplevelser med brug af rygestopmedicin i gruppen.





**Sundhedsstyrelsen**  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
sst@sst.dk  
Tlf. 72 22 74 00

