

INSPIRATIONSMATERIALE:

Eksempler på
differentieringsprincipper
til forebyggelses- og
rehabiliteringsindsatser

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Introduktion	3
1.1 Formål	4
1.2 Baggrund	4
2. Principper for differentiering	6
2.1 Differentieringsprincip 1: Afdæk borgers sociale vilkår og situation	6
2.2 Differentieringsprincip 2: Afdæk borgers helbredstilstand og funktionsevne	7
2.3 Differentieringsprincip 3: Afdæk borgers sundhedskompetence	8
2.4 Vægtning af de tre principper	10
3. Redskaber til differentiering	11
3.1 Afdækning af helbredstilstand, ressourcer og barrierer ved brug af PRO	11
3.2 Afdækning af mestringsevne og funktionsevne ved brug af Samtalehjulet	12
3.3 Afdækning af individuelle sundhedskompetencer ved brug af CHAT	13
4. Casebeskrivelser	15
4.1 Case 1 relateret til PRO	15
4.2 Case 2 relateret til Samtalehjulet	16
4.3 Case 3 relateret til CHAT	17
5. Implementering af differentiering i praksis	18
6. Definitioner	19
7. Referencer	21

1. INTRODUKTION

Sundhed og sygdom er skævt fordelt i Danmark. Den sociale ulighed i sundhed er stigende, hvilket kommer til udtryk ved, at mennesker med kort uddannelse i gennemsnit kan forvente højere forekomst af sygdom, kortere levetid, samt mere alvorlige konsekvenser af deres sygdom end mennesker med længerevarende uddannelse (1,2). Den sociale ulighed viser sig også gennem geografiske og etniske forskelle (3). Der er således stor ulighed i, hvem der rammes af sygdom, og hvordan sygdommen håndteres, samt adgangen til og udbytte af behandlingen. Udover store omkostninger og konsekvenser for den enkelte udgør denne ulighed også en betydelig samfundsmæssig udfordring. Den stiller store krav til sundhedsvæsenet, medfører tab af arbejdsevne og produktivitet og har store økonomiske konsekvenser (4).

I Sundhedsstyrelsens publikation *Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*, beskrives krav om, at forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser i langt højere grad skal differentieres ud fra det enkelte menneskes sundhedskompetence, funktionsevne, præferencer, motivation, ressourcer, behov og tilgængelige data.

Det anbefales desuden, at sundhedsvæsenet arbejder med organisatorisk sundhedskompetence, for at imødekomme lokale udfordringer med manglende deltagelse for nogle målgrupper, fx borgere med nedsat sundhedskompetence (5). Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen opdateret materialet *OS - Et redskab til udvikling af organisatorisk sundhedskompetence* (6), der kan anvendes til systematisk at understøtte arbejdet med organisatorisk sundhedskompetence. Materialet beskriver processer, der giver mulighed for at reflektere over eksisterende praksis og styrke organisationens evne til at imødekomme mennesker med forskellige niveauer af sundhedskompetence. Differentiering af sundhedstilbud er et centralt element i arbejdet med organisatorisk sundhedskompetence og lighed i sundhed.

Differentiering i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser skal bidrage til, at alle mennesker med kroniske sygdomme får samme forudsætninger for at opnå en positiv effekt af indsatserne. Indsatserne til et menneske eller en særlig målgruppe med kronisk sygdom kan adskille sig både på indhold, varighed og format. Det centrale er, at den sundhedsprofessionelle i tæt dialog med det enkelte menneske med kronisk sygdom vurderer, hvilke forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser den enkelte har behov for og bedst kan deltage i. Mennesker med samme diagnose kan have meget forskellige forudsætninger, ønsker og ressourcer, og netop derfor er det nødvendigt at tilpasse indsatserne individuelt gennem differentiering.

Dette inspirationsmateriale indeholder eksempler på principper, der kan differentieres på baggrund af. Materialet har et særligt fokus på sundhedskompetence, som et væsentligt og centralt parameter i differentieringssammenhæng.

BOKS 1

Definition på individuel sundhedskompetence:

Sundhedskompetence (Health Literacy) er den kombination af viden, kompetencer og ressourcer i en given kontekst, som gør det muligt for mennesker at træffe beslutninger om deres sundhed. Sundhedskompetence vedrører ligeledes evnen til at fastholde, kommunikere og handle på disse beslutninger (7).

Definition på organisatorisk sundhedskompetence:

Organisatorisk sundhedskompetence (Organisational Health Literacy Responsiveness) er den måde, sundhedstilbud, organisationer og -systemer gør information og ressourcer tilgængelige for mennesker med forskellige sundhedskompetencer (7).

1.1 FORMÅL

Formålet med inspirationsmaterialet er at beskrive eksempler på eksisterende differentieringsprincipper til forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser, samt at præsentere konkrete redskaber og casebeskrivelser fra kommuner i Danmark.

Der er ikke gennemført en systematisk videnopsamling vedrørende differentiering i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser eller en systematisk afdækning af redskaber og cases. Inspirationsmaterialet giver derfor ikke et endegyldigt svar på, hvilke principper, sundhedsprofessionelle skal differentiere på baggrund af, men præsenterer et forslag, som baserer sig på erfaringer fra en række danske cases. Inspirationsmaterialet præsenterer ligeledes eksempler på aktuelle danske redskaber og cases, hvor der arbejdes med differentiering af forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser, men er ikke en udtømmende liste over redskaber til differentiering af sundhedsindsatser.

Målet med inspirationsmaterialet er at styrke og inspirere alle sundhedsprofessionelle og organisationer til systematisk at implementere differentiering i praksis, så sundhedsvæsenet møder mennesker med kronisk sygdom på deres præmisser og anvender ressourcerne der, hvor de gør størst forskel.

1.2 BAGGRUND

Det anslås, at mindst 1,2 millioner mennesker i Danmark lever med flere samtidige kroniske sygdomme, og antallet er stigende, særligt grundet den demografiske udvikling, hvor andelen af ældre mennesker forventes at vokse betydeligt (8,9). Samtidig forventes antallet af nye kræfttilfælde at stige op mod 20% frem mod 2044, svarende til knap 50.000 nye kræfttilfælde årligt (10). Blandt de mest udbredte kroniske sygdomme i den voksne danske befolkning er diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), iskæmisk hjertesygdom og lænderygsmerter (11). Det er kroniske sygdomme med høj incidens og prævalens i den voksne danske befolkning (8).

Der er en markant ulighed i hvem der rammes af kronisk sygdom, herunder kræft. For de fleste langvarige og kroniske sygdomme gælder, at forekomsten af sygdom er højere blandt mennesker med ingen/kort uddannelse sammenlignet med mennesker med mellemlang/lang uddannelse (13). Mennesker med lav socioøkonomisk position rammes oftere af kroniske sygdomme og lever flere år med dårligere helbred. Risikoen for sygdom og tidlig død stiger, jo lavere den socioøkonomiske position er (14). Kombinationen af flere sygdomme, særligt når både somatiske og psykiske lidelser er til stede, øger risikoen for yderligere sygdom (15,16). Samtidig ses en markant social ulighed i anvendelsen af relevante sundhedsydelser, idet mennesker med lav socioøkonomisk position fx i mindre grad henvises til og gennemfører kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsforløb end den mere velstillede del af befolkningen (16).

Sundhedsvæsenet spiller en central rolle i at tilbyde forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Mennesker med kronisk sygdom kan bl.a. henvises fra almen praksis eller hospitalsenheder til kommunale eller hospitalsbaserede indsatser med forskellige typer af indhold (17,18). Disse aktører spiller dermed en central rolle i at imødekomme de behov og udfordringer, som mennesker med kroniske sygdomme står overfor. Målgruppen af mennesker med kroniske sygdomme er bred og varieret. Nogle har høj motivation og sundhedskompetence, mens andre har brug for mere hjælp og støtte til at tage hånd om deres helbred og leve et godt liv med kronisk sygdom. Det er derfor relevant at arbejde med organisatorisk sundhedskompetence og differentiering for at målrette indsatserne, så de bedst muligt tilpasses den enkeltes situation.

BOKS 2

Gennem Sundhedsdatabanken formidler Sundhedsdatastyrelsen datapakker, som giver et overblik over udvalgte forhold i sundhedsrådene, blandt andet kroniske sygdomme som KOL, hjertesvigt, type 2-diabetes, leddegigt og osteoporose (12). I Sundhedsdatabanken findes også overblik over data om antallet af personer med kræft, antal nye kræfttilfælde samt borgere i kræftpakkeforløb fordelt på kommune.

Flere parametre har relevans for differentiering af forebyggende og rehabiliterende indsatser. Udover sygdomskompleksitet og evt. funktionsevnenedsættelse er det vigtigt at tage højde for socialt sårbare situationer, samt udfordringer relateret til individuel sundhedskompetence (Kapitel 6 Definitioner). Helbredsmæssigt kan den enkelte være ramt af flere samtidige kroniske sygdomme, hvilket kan påvirke livskvaliteten negativt. Funktionsevnenedsættelse kan omfatte både fysisk, psykisk, kognitiv og/eller social funktionsevnenedsættelse (19). Tilsvarende kan den individuelle sundhedskompetence være udfordret, hvilket kan gøre det vanskeligt for den enkelte at finde relevant information, gå i dialog med sundhedsfaglige medarbejdere eller generelt at navigere i sundhedsvæsenet (20).

SUNDHEDSKOMPETENCE I LIVET MED KRONISK SYGDOM

Sundhedskompetence en personlig ressource, der imidlertid også er meget afhængig af den aktuelle kontekst. Individueel sundhedskompetence kan teoretisk inddeles i en funktionel, kommunikativ og kritisk del (21). Funktionel sundhedskompetence dækker over basale færdigheder som at kunne læse og forstå information fx om konkrete sundhedstilbud eller breve fra sundhedsvæsenet. Kommunikativ sundhedskompetence handler om at kunne handle aktivt i mødet med sundhedsprofessionelle, stille spørgsmål og indgå i dialog, samt interagere med og navigere i sundhedsvæsenet. Kritisk sundhedskompetence indebærer evnen til at vurdere information, tage stilling og handle på beslutninger fx relateret til ændringer af sundhedsvaner.

Funktionel, kommunikativ og kritisk sundhedskompetence er af betydning for, om den enkelte kan lykkes med et positivt udbytte i mødet med sundhedsvæsenet. Ud over det individuelle perspektiv har individets pårørende og sociale relationer også betydning ift. muligheden for at få et positivt udbytte i mødet med sundhedsvæsenet. Kollektiv sundhedskompetence kan forstås som sundhedskompetence, der skabes, kompenseres for og deles i sociale relationer (22). Den kollektive sundhedskompetence er vigtig i tilfælde, hvor pårørende spiller en aktiv rolle i at støtte beslutninger og hjælpe med at forstå og navigere i sundhedsvæsenet, ligesom den kan indgå i peer-to-peer relationer eller relationer mellem mennesker med kronisk sygdom og den sundhedsprofessionelle (22).

Sundhedsvæsenet har stor betydning for, hvor let eller svært det er for borgere at finde, forstå og navigere i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Det hænger tæt sammen med sundhedsvæsenets organisatoriske sundhedskompetence, dvs. organisationers evne til at gøre information og indsatser tilgængelige for mennesker med forskellige behov og forskellige sundhedskompetencer. Ved at arbejde systematisk med organisatorisk sundhedskompetence, herunder differentiering, kommunikation, adgang, inddragelse, kompetencer mm. kan sundhedsvæsenet minimere de barrierer, som borgere med nedsat individuel sundhedskompetence kan opleve i mødet med sundhedsvæsenet (20).

Når borgere har udfordret sundhedskompetence hænger det ofte tæt sammen med en række sociale ulighedsparametre som lav indkomst, kort uddannelsesvarighed, at bo alene og anden etnicitet end dansk (20). Samtidig viser forskning, at mennesker med kronisk sygdom og multisygdom har markant sværere ved at læse og forstå sundhedsinformation og ved at kommunikere med sundhedsprofessionelle sammenlignet med mennesker, uden kronisk sygdom (23,24,25). Et dansk studie viser, at niveauet af sundhedskompetence har betydning for, hvordan mennesker bruger sundhedsvæsenet. Mennesker med et lavere niveau af sundhedskompetence har typisk flere kontakter med sundhedsvæsenet, herunder hyppigere besøg i almen praksis, flere genindlæggelser og længere indlæggelsesperiode sammenlignet med mennesker med et højere niveau af sundhedskompetence (26). Samtidig peger forskningen på, at udfordret sundhedskompetence har en sammenhæng med lavere selv vurderet helbred og en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (27).

På baggrund af den samlede viden om social ulighed, kronisk sygdom og sundhedskompetence er det afgørende, at sundhedskompetence, sygdomskompleksitet, potentiel social sårbar situation og evt. funktionsevnenedsættelse, inddrages i tilrettelæggelsen og differentieringen af forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.

2. PRINCIPPER FOR DIFFERENTIERING

Der er en betydelig variation i behov for forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser blandt mennesker med kroniske sygdomme. Afdækning af behov og tilrettelæggelsen af indsatser skal etableres systematisk på en måde, så mennesker med kronisk sygdom og udfordret sundhedskompetence modtager den støtte, de har brug for, og oplever et bedre udbytte af forebyggelses- og rehabiliteringsindsatserne.

Følgende afsnit beskriver eksempler på tre differentieringsprincipper, som med fordel kan indgå systematisk i en afdækning af behov, ressourcer og barrierer i den afklarende samtale forud for planlægningen af forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser i den kommunale sundhedssektor. De tre principper tager afsæt i viden om sundhedskompetence og et scoping review, der har undersøgt den tilgængelige viden om, hvilke grupper der har sværest ved at tage imod, følge og gennemføre indsatser målrettet mennesker med kronisk sygdom (28). De tre principper har på forskellig vis betydning for arbejdet med differentiering (Figur 1), og det er den samlede vurdering af alle tre principper, der i dialog med det enkelte menneske kan danne grundlag for, hvilke forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser, der iværksættes.



Figur 1. Tre differentieringsprincipper.

2.1 DIFFERENTIERINGSPRINCIP 1:

AFDÆK BORGERS SOCIALE VILKÅR OG SITUATION

Afdækning af borgers sociale vilkår og situation er vigtigt i den afklarende samtale, da afdækningen kan belyse, hvorvidt den enkelte er i en aktuel eller mere langvarig socialt sårbar situation, der kan medføre et behov for øget støtte og et mere håndholdt forløb (29). En lang række sociale forhold påvirker sandsynligheden for, at mennesker med kronisk sygdom deltager i og gennemfører forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser (30,31).

- Socialt netværk
- Tilknytning til arbejdsmarkedet
- Uddannelse
- Økonomiske forhold
- Ensomhed
- Sproglige barrierer
- Køn

Nedenfor uddybes faktorerne i det første differentieringsprincip:

SOCIALT NETVÆRK

Afdæk sociale relationer i form af fx civilstatus (gift, separeret, fraskilt, alene, enke) samt kvantitet og kvalitet af øvrige nære relationer. Det kan have stor betydning at bo alene med fx betydelig fysisk funktionsevnenedsættelse, og tilsvarende kan enlige i nogle tilfælde være mere økonomisk udfordrede (30,31).

BESKÆFTIGELSESFORHOLD

Afdæk beskæftigelsesforhold. Særligt tilknytning til arbejdsmarkedet er af betydning, dels i forhold til at være en del af et fællesskab, dels vil det at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet ufrivilligt pga. sygdom kunne opleves som en svær mental og økonomisk belastning.

UDDANNELSE

Afdæk uddannelse, da fx uddannelsesvarighed ses at være udslagsgivende ift. manglende deltagelse, gennemførelse og risiko for frafald i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser (28,33).

ØKONOMI

Afdæk hvorvidt der er økonomiske forhold, der kan have betydning for et muligt fremmøde til forebyggelses- eller rehabiliteringsindsatser. Fx kan manglende midler til benzin eller offentlig transport være en udfordring ift. fremmøde til sundhedstilbud. Mellem 7 og 10 % danskere oplevede at være i en økonomisk udfordret situation i 2024 (32).

ENSOMHED

Afdæk graden af oplevet ensomhed, social støtte og sociale relationer. Manglende social støtte og ensomhed kan ses som en barriere ift. deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser (34).

SPROGLIGE BARRIERER

Afdæk sproglige barrierer, samt behov for tolkning. Det kan have betydning for udbyttet af indsatserne, at mennesker med etnisk minoritetsbaggrund kan kommunikere på lige vilkår med andre mennesker med kronisk sygdom.

Sprog ses som en barriere for deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser (28). Behov og mulighed for tolkebistand bør undersøges. Sundhedsprofessionelle kan med fordel orientere sig i og anvende Sundhedsstyrelsens publikation om emnet (35).

KØN

Studier viser, at mænd generelt deltager i mindre grad i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser end kvinder. Evidensen på dette område er dog ikke stærk, og der kan ikke angives entydige forhold, der forklarer denne kønsforskel (28).

2.2 DIFFERENTIERINGSPRINCIP 2:

AFDÆK BORGERS HELBREDSTILSTAND OG FUNKTIONSEVNE

Helbredstilstand omfatter de kroniske sygdommes specifikke karakter, sværhedsgrad, sygdomsudvikling, risikofaktorer og komplikationer. Ved høj grad af kompleksitet i helbredstilstand og samtidig påvirket funktionsevne kan der være behov for et håndholdt forebyggelses- og rehabiliteringsforløb med individuelle opfølgninger for at sikre, at det enkelte menneske med kronisk sygdom får udbytte af indsatserne.

Differentieringsprincip 2 foreslår en vurdering af kompleksiteten ift. helbredstilstand og funktionsevnenedsættelse, og denne vurdering kan indgå i arbejdet med at differentiere og tilpasse forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser til den enkelte med kronisk sygdom. Særlige vigtige parametre at afdække er:

- Flere samtidige diagnoser
- Høj kompleksitet i sygdomsbillede
- Fysiske, psykiske, sociale, kognitive funktionsevnebegrænsninger
- Samtidig svær psykisk sygdom

BOKS 3

En vidensopsamling om barrierer og facilitatorer i forebyggelse og rehabilitering for personer med kronisk sygdom viser, at en række faktorer har betydning for henvisning og deltagelse i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb. En af de faktorer, der fremhæves handler om, at personer med kronisk sygdom kan opleve barrierer relateret til deres helbredstilstand, funktionsevne og daglige belastninger. Fysisk træthed, psykisk belastning og multisygdom er faktorer, der reducerer evnen og overskuddet til at deltage i forløb (28).

Særligt ved multisygdom, hvor et menneske lever med flere samtidige kroniske sygdomme, kan der være betydelige konsekvenser for den enkeltes livskvalitet og funktionsevne (8,9). Dette kan føre til både fysiske, psykiske og sociale belastninger, der påvirker den generelle trivsel i hverdagslivet. Tilsvarende er kompleksiteten af det samlede forløb i sundhedsvæsenet og de krav, der stilles til egenomsorg og handlekompetence, ofte betydelig. Mennesker med flere samtidige kroniske sygdomme skal ofte tage vare på mange kontakter, behandlinger og informationer fra forskellige sundhedsprofessionelle samtidigt. Det kan ofte være nødvendigt at den sundhedsprofessionelle iværksætter en koordineret tilgang til forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser for at håndtere de faktorer, der påvirker helbredet (9).

Tilsvarende kan der være ekstra behov for tværsektoriel kommunikation og koordinering omkring mennesker med kronisk sygdom og multisygdom, i tilfælde af markant sygdomskompleksitet og væsentlig funktionsevnenedsættelse.

Ved lav grad af kompleksitet i helbredstilstanden og habituel fysisk, psykisk, social og kognitiv funktionsevne kan et mindre omfattende forløb ofte iværksættes med positivt udbytte for den enkelte.

2.3 DIFFERENTIERINGSPRINCIP 3:

AFDÆK BORGERS SUNDHEDSKOMPETENCE

Det har betydning for udbytte af forløbet, at der systematisk tages højde for niveauet af borgers sundhedskompetence, set i forhold til sygdomsmestring i livet med kronisk sygdom. Studier viser, at udfordret sundhedskompetence er associeret med lav socioøkonomisk status (princip 1), øget forekomst af kroniske sygdomme (princip 2), nedsat livskvalitet, utilstrækkelig egenomsorg og større dødelighed (27,36,37). På de sygdomsspecifikke parametre har udfordret sundhedskompetence fx en sammenhæng med mere alvorlig grad af KOL, højere blodtryk hos mennesker med hjerte-kar-sygdom og et højere langtidsblodsukker hos mennesker med type 2-diabetes (37,38,39,40). Desuden ser det ud til, at forebyggelsesindsatser i sundhedsvæsenet i mindre omfang anvendes af mennesker med udfordret sundhedskompetence, der i stedet hyppigere benytter akutte indsatser, og disse mennesker oplever ofte længerevarende hospitalisindlæggelser (20). Et mindre dansk studie viser tendens til ringere deltagelse i hjerterehabiliteringsindsatser blandt mennesker med lavere sundhedskompetence sammenlignet med mennesker med højere sundhedskompetence (41).

Sygdomsmestring kan forudsætte, at man kan tilgå, forstå, evaluere og anvende information og indsatser til at tage vare på sin kroniske sygdom. Et dansk studie viser, at personer med hjertesygdom, diabetes og KOL har markant sværere ved at læse og forstå sundhedsinformation og ved at kommunikere med sundhedspersonalet, end personer, der ikke lider af disse kroniske sygdomme (41).

BOKS 4

I et andet dansk studie angives eksempler på, hvad der kan opleves som svært i sundhedsvæsenet (41).

- *Hvert tredje menneske med hjertesygdom og godt hvert femte menneske med KOL eller diabetes har svært ved at forstå, hvad der står på medicinpakker*
- *Knap hvert tredje menneske med hjertesygdom eller KOL og hvert fjerde menneske med diabetes har svært at udfylde skemaer med sundhedsoplysninger*
- *Godt hvert fjerde menneske med hjertesygdom, KOL eller diabetes synes, det er svært at sikre sig, at sundhedspersonalet forstår deres problemer rigtigt*
- *Knap hvert fjerde menneske med hjertesygdom eller KOL og knap hvert femte menneske med diabetes synes, det er svært at have gode samtaler med læger*
- *Hvert fjerde menneske med hjertesygdom eller KOL og hvert femte menneske med diabetes har svært ved at stille spørgsmål til sundhedspersonalet for at få den information, der er brug for.*

Ovenstående indikerer samlet set, at der er behov for, at der laves en afdækning af de individuelle sundhedskompetencer (se afsnit 3.3 for eksempel på redskab dertil). Det kan være betydningsfuldt, at denne vurdering indgår, når man arbejder med at differentiere og tilpasse forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser til den enkelte med kronisk sygdom.

BOKS 5

Digitale sundhedskompetencer

Digitale initiativer målrettet mennesker med kronisk sygdom afprøves og udbredes i høj grad i det danske sundhedsvæsen. Særligt under Covid-19 pandemien blev flere digitale løsninger og indsatser udviklet på baggrund af den særlige samfundssituation, og i nogle tilfælde er disse indsatser efterfølgende blevet fastholdt til udvalgte målgrupper. I aftalen om sundhedsreform 2024 fremgår det, at bedre udnyttelse af teknologien er en væsentlig forudsætning for at realisere ambitionen om et nært og sammenhængende sundhedsvæsen, som er til stede, hvor borgeren er, og med lige adgang til sundhedstilbud på tværs af landet (43).

Det er afgørende at afdække og tage højde for individuelle digitale sundhedskompetencer og motivation for digitale indsatser hos mennesker med kronisk sygdom. Ligesom det er vigtigt at skabe mening og relevans med digitale initiativer i de sundhedsfaglige miljøer i forbindelse med implementering af digitale indsatser (44). I afdækningen af individuelle digitale sundhedskompetencer kan man med fordel afdække følgende:

- *Bruger vedkommende allerede teknologi til at arbejde med sundhedsinformation*
- *Evner vedkommende aktivt at engagere sig i digitale tjenester*
- *Føler vedkommende sig sikker og i kontrol i den digitale verden*
- *Er vedkommende motiveret for at engagere sig i digitale tjenester*
- *Har vedkommende nødvendige adgange til digitale tjenester, der virker og passer til den enkeltes individuelle behov*

Flere steder i sundhedsvæsenet arbejdes lokalt med beslutningsstøttewærktøjer til vurdering af fx digital parathed hos det enkelte menneske med kronisk sygdom. Dette kan afhjælpe den sundhedsprofessionelle ift. at vurdere, om det enkelte menneske med kronisk sygdom har de nødvendige digitale sundhedskompetencer, der matcher den mulige digitale indsats.

2.4 VÆGTNING AF DE TRE PRINCIPPER

Mennesker med kronisk sygdom har alle forskellige ressourcer og barrierer, der kan afdækkes med udgangspunkt i de tre differentieringsprincipper. Det er mængden, graden og balancen imellem disse konkrete individuelle ressourcer og barrierer, der kan være med til at sikre en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af en differentieret forebyggelses- og rehabiliteringsindsats (Figur 2).

Tilrettelæggelsen af forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser kan foretages på grundlag af:

1. Behovet for forebyggelses og rehabiliteringsindsatser (evt. i konkurrence med andre presserende behov)
2. Barrierer for deltagelse på tværs af de tre principper
3. Bedste muligheder for udbytte på baggrund af ressourcer på tværs af de tre principper
4. Tilgængelige indsatser i sundhedsorganisation/sundhedsafdeling/rehabiliteringscenter

I den afklarende samtale kan den sundhedsprofessionelle initialt være usikker på, hvor omfattende et forløb der bør iværksættes. I sådanne tilfælde anbefales det at påbegynde den mest hensigtsmæssige indsats i forhold til den aktuelle situation og samtidig planlægge opfølgende vurderinger med henblik på løbende justering af forløbet.

Opfølgninger er væsentlige, idet forskellige forhold kan ændre sig undervejs i et forebyggelses- og rehabiliteringsforløb. Dette sikrer, at indsatsen til enhver tid tilpasses aktuelle behov og dermed understøtter en optimal progression i forløbet.



Figur 2. Vægtning af de tre differentieringsprincipper med fokus på forbedret udbytte.

Afhængigt af den enkeltes ressourcer og barrierer i forhold til de tre principper, kan den sundhedsprofessionelle i samarbejde med den enkelte tilrettelægge differentierede forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser ud fra følgende:

STØTTENIVEAU: Nogle mennesker med kronisk sygdom har behov for tæt, håndholdt forløb med støtte, mens andre kan profitere af mere selvstændige tilbud.

INDHOLD OG FOKUS: Indsatserne kan tilpasses med varierende vægt på sygdomsforståelse, fysisk træning, mental trivsel eller støtte til navigation i sundhedsvæsenet.

FORMAT: For visse grupper er fysisk fremmøde afgørende, mens andre profiterer af digitale løsninger, telefonisk kontakt, gruppebaserede aktiviteter eller tilbud i privat- og foreningsregi.

VARIGHED OG INTENSITET: Forløb kan være kortvarige og afgrænsede eller længerevarende og løbende tilpasset efter den enkeltes behov.

3. EKSEMPLER PÅ REDSKABER TIL DIFFERENTIERING

I det følgende præsenteres tre eksempler på redskaber, der kan anvendes i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Eksemplerne på redskaber er udvalgt, da de på forskellig vis afdækker elementer fra de tre overordnede principper og samtidigt aktuelt anvendes i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser i danske kommuner. Redskaberne er ikke udviklet til specifikt at afdække de tre principper, men de har til formål at afdække både ressourcer og barrierer for at belyse kompleksiteten i det enkelte menneskes liv med kronisk sygdom og samtidig understøtte en målrettet og differentieret tilrettelæggelse af forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.

Efter præsentationen af redskaberne beskrives en række cases, der illustrerer, hvordan redskaberne er blevet anvendt i praksis på tværs af forskellige organisationer med fokus på differentiering. Casebeskrivelserne skal fungere som inspiration til det videre arbejde med at kvalificere og nuancere differentiering af forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser i praksis.

3.1 AFDÆKNING AF HELBREDSTILSTAND, RESSOURCER OG BARRIERER VED BRUG AF PRO

Personrapporterede oplysninger (PRO) kan anvendes til at understøtte differentiering i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser til mennesker med kronisk sygdom (45). PRO skemaer er oplysninger i et spørgeskema, som mennesker med kronisk sygdom besvarer forud for den afklarende samtale. Der er udviklet og udvikles løbende nationale PRO skemaer til fx mennesker med diabetes, hjertesygdom og KOL (46).

PRO kan vises i en visualiseret fortolkning, hvor farverne rød, gul, grøn kan være med til at give viden til den sundhedsprofessionelle om fx helbredstilstand og funktionsevne (princip 2). Denne viden kan anvendes til at vurdere hvilken grad af differentieret støtte/forløb, der kan være behov for. PRO er samtidig dialogstøtte til samtalen om fx den fysiske og mentale helbredstilstand, hvor fx symptomer, helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne afdækkes (46).

Figur 3 er et eksempel på en visuel fortolkning af en PRO-besvarelse for et menneske med type 2-diabetes i en sårbar situation. Et menneske, der er ensom, uden tilknytning til arbejdsmarkedet og boligløs. Besvarelsen af spørgsmålene er udfordret på følgende områder, der er markeret med farven rød: trivsel, bekymring, depression.

Et eksempel på et forløb er et mere håndholdt forløb med længere varighed og øget fokus på tværfaglig og tværsektoriel støtte.

I anvendelse og implementering af PRO løsninger skal både sundhedsprofessionelle og organisationer i sundhedsvæsenet være opmærksomme på, at mennesker med begrænsede sundhedskompetencer og begrænsede digitale sundhedskompetencer (Boks 5 om digitale sundhedskompetencer) kan have udfordringer med at udfylde skemaerne. Dette kræver særlige tilpasninger i sundhedsvæsenet, hvor der enten skal tilbydes støtte til besvarelse af PRO skemaet eller afholdes afklarende samtaler uden PRO besvarelser som dialogstøtte. Alle danske kommuner har adgang til de nationale PRO skemaer på Sundhedsdatastyrelsens spørgeskemabank og de tilhørende fortolkede visninger gennem det kommunale system; Kommunal PRO (K-PRO) (42,47).



Figur 3. Visualisering af PRO besvarelse

Kilde: Screenshot af visuel fortolkning af en PRO-besvarelse i Kommunal PRO

3.2 AFDÆKNING AF MESTRINGSEVNE OG FUNKTIONSEVNE VED BRUG AF SAMTALEHJULET

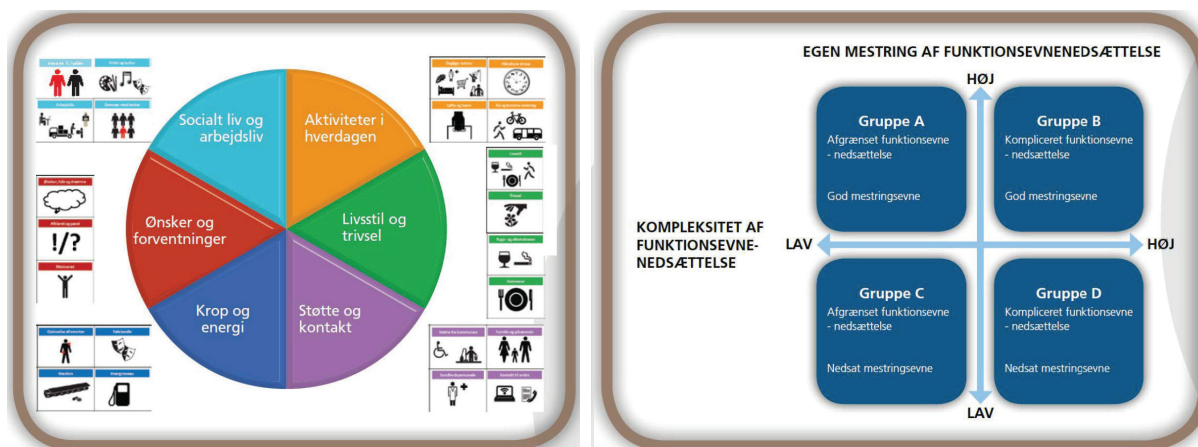
Samtalehjulet er et generisk redskab udviklet i 2010 i en dansk kommune i forbindelse med indførelsen af International Classification of Functioning ICF som fælles sprog og begrebsramme (48). Samtalehjulet er et visuelt og struktureret redskab, der er inddelt i temaer relateret til hverdagslivet samt hjælpekort med piktogrammer. Hvert hjælpekort repræsenterer forskellige aktiviteter eller personlige faktorer (Figur 4).

Samtalehjulet understøtter en systematisk afdækning af den enkeltes mestringsevne og handlekompetence (ressourcer) eller mangel på samme (barrierer). Samtidig understøtter samtalehjulet, at samtalen omhandler det, der vurderes væsentligt, da det er det enkelte menneske med kronisk sygdom, der udvælger de hjælpekort, der skal tales ud fra i den afklarende samtale.

Forud for samtalen, og med udgangspunkt i samtalehjulet, sendes et spørgeskema med hjælpespørgsmål, der understøtter refleksion over relevante temaer og muliggør en mere målrettet dialog.

På baggrund af besvarelsen af spørgeskemaet samt dialogen med afsæt i samtalehjulet afdækkes mestringsevnen og grad af funktionsevnenedsættelse. Med udgangspunkt i en stratificeringsmodel tydeliggøres både behovet for indsats samt det nødvendige indsatsniveau (Figur 4).

Den samlede afdækning med afsæt i samtalehjulet, spørgeskemaet og stratificeringsmodellen skaber fælles bevidsthed hos både det enkelte menneske med kronisk sygdom og den sundhedsprofessionelle vedrørende centrale ressourcer og barrierer og understøtter den sundhedsprofessionelles vurdering af, i hvilken grad kommunen bidrager bedst til at styrke mestringsevnen i den givne kontekst.



Figur 4 Samtalehjulet og stratificeringsmodellen

Kilde (48): Lånt af Brorholt G, Graff L, Buch MS. Sats på Esbjerg - Vidensopsamling om Esbjerg-modellens borgerinddragende metoder. VIVE. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter. København; 2017.

3.3 AFDÆKNING AF INDIVIDUELLE SUNDHEDSKOMPETENCER VED BRUG AF CHAT

Conversational Health Literacy Assessment Tool (CHAT) er et praksisnært dialogredskab, som sundhedsprofessionelle kan anvende til at afdække ressourcer og barrierer i relation til individuelle sundhedskompetencer (princip 3) (49). Redskabet er udviklet i Australien, og oversat til dansk og tilpasset til danske forhold i 2019 (50).

Formålet med CHAT er at identificere områder, hvor der er særligt behov for støtte. Gennem respons på spørgsmålene i CHAT opnås indsigt i menneskers kompetencer i relation til sundhed, hverdag og sociale relationer (princip 3).

CHAT består af 10 åbne spørgsmål, der afdækker 5 domæner; støttende relationer til sundhedsprofessionelle, støttende menneskelige relationer, adgang til og forståelse af helbredsinformation, nuværende sundhedsadfærd, styrker og barrierer ift. sundhedsfremme (Figur 5) (49):

1. STØTTENDE RELATIONER TIL SUNDHEDSPROFESSIONELLE

En tryk og tillidsfuld relation mellem sundhedsprofessionelle og mennesker med kronisk sygdom kan skabe forbedret mulighed for at drøfte helbredsmaessige udfordringer og behov.

2. STØTTENDE MENNESKELIGE RELATIONER

Venner, familie eller naboer kan i nogle sammenhænge yde følelsesmaessig eller praktisk støtte. Mennesker med mangelfulde sociale relationer og støtte kan opleve udfordringer i forhold til sygdomsmestring.

3. ADGANG TIL OG FORSTÅELSE AF HELBREDSINFORMATION

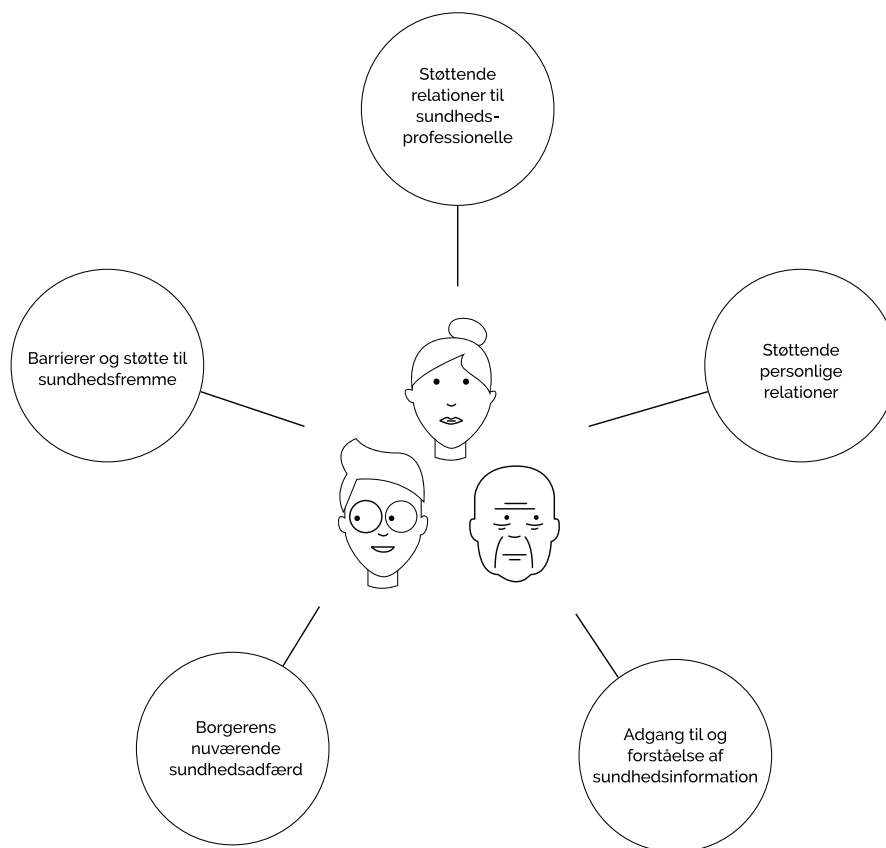
Mennesker med udfordret sundhedskompetence søger ofte ikke sundhedsinformation, og i tilfælde hvor der søges information, er sundhedsinformationen ofte ikke fra pålidelige kilder. Tilsvarende kan mængden af sundhedsinformation virke kompleks og uoverskuelig for nogle grupper, hvilket kan resultere i, at det kan være svært at følge anbefalinger eller handlingsanvisninger.

4. NUVÆRENDE SUNDHEDSADFÆRD

Afdækning af sundhedsadfærd kan give et indblik i, hvordan risikofaktorer håndteres, og hvordan vedligeholdelse af helbred prioriteres i hverdagslivet.

5. STYRKER OG BARRIERER I RELATION TIL SUNDHEDSFREMME

De ressourcer og barrierer, som mennesker har i forsøget på fx at fastholde sunde vaner, kan være meget forskellige fra menneske til menneske.



Figur 5. Visualisering af de fem domæner i CHAT

Kilde (49): Lånt af Jensen NH, Aaby A, Maindal HT. CHAT – et redskab til dialog om sundhedskompetence. Aarhus Universitet; 2019.

De fem domæner i CHAT bidrager med en struktur for indholdet i en samtale om sundhedskompetence, og det er op til samtaltens parter at prioritere spørgsmålene og vurdere betydningen af de informationer, samtalen har belyst (49).

Der foregår aktuelt udvikling, afprøvning og evaluering af flere praksisrelevante redskaber til systematisk afdækning af både niveauet for sundhedskompetence, samt digitale sundhedskompetencer.

Dette inkluderer redskaber, der afdækker menneskers evne til aktivt at engagere sig i digitale sundhedsløsninger, oplevelse af tryghed og kontrol i brugen heraf, motivation og engagement heri, adgang til funktionelle digitale løsninger samt tilpasning af disse løsninger til individuelle behov (51).

Disse redskaber er endnu ikke tilpasset praktisk anvendelse, da forskningen mangler at nå det stadie, hvor der træffes beslutninger om deres anvendelighed i relation til beslutningstagning om differentiering af indsatser.

4. CASEBESKRIVELSER

Der er fokus på differentiering i mange organisationer i det danske sundhedsvæsen. I de følgende cases er forskellige kommuners arbejde beskrevet som inspiration. Differentiering i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser kan og skal udvikles og understøttes på flere måder; både i mødet mellem den sundhedsprofessionelle og mennesket med kronisk sygdom og strukturelt i organisationerne i sundhedsvæsenet.

4.1 CASE 1 RELATERET TIL PRO

Københavns Kommune har organiseret den patientrettede forebyggelse for mennesker med diabetes, hjertesygdomme, KOL og astma i Center for Diabetes og Hjertesygdomme og Center for Lungesygdomme, hvor der arbejdes efter rehabiliteringsdefinitionen (Kapitel 6 Definitioner), elementerne fra Hvidbogen i rehabilitering og Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom (5,52). Det betyder, at der tages udgangspunkt i det levede liv og den biopsykosociale model, og dette sker i tæt samskabelse med det enkelte menneske med kronisk sygdom.

For at understøtte personcentrerede og differentierede forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser anvender Center for Diabetes og Hjertesygdomme og Center for Lungesygdomme personrapporterede oplysninger (PRO), som er udviklet nationalt i samarbejde med målgrupperne. Spørgeskemaerne anvendes i hele forløbet for at afdække den enkeltes behov, motivation, parathed og præferencer for indsatser, samt for at evaluere effekten af indsatserne for den enkelte. I den afklarende samtale anvendes PRO som afsæt for samtalen til at sammensætte hensigtsmæssige personcentrerede, målrettede og differentierede forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser med et overordnet fokus på lighed i sundhed.

Den afklarende samtale er struktureret efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale (4 K modellen) (58) og understøttet af informationer fra PRO skemaer. Informationerne fra PRO skemaerne anvendes til at afdække ressourcer og evt. barrierer, som kan påvirke forløbet. PRO anvendes til dialog-, visitations- og behandlingsstøtte; fx kan PRO understøtte prioritering af antal og typer af indsatser, der er behov for. PRO understøtter sundhedsprofessionelle i en differentieret tilgang. Det bliver fx synligt, hvis en borger er i en sårbar situation og har brug for ekstra opmærksomhed og flere samtaler hos fx sygeplejerske eller anden faglighed, eller hvis der er behov for at konsultere en læge. PRO kan også belyse ressourcer, som afstedkommer færre indsatser, digitale forløb eller støtte til at genoptage eller fortsætte fx træning i hverdagen.

For at understøtte besvarelsen af PRO skemaerne fortæller den sundhedsprofessionelle om skemaet ved den første telefoniske kontakt med borgeren. PRO-skemaet sendes via e-Boks til henviste mennesker med diabetes, hjertesygdom og KOL. Der sendes reminder ud, og der etableres kontakt om evt. behov for hjælp til besvarelse af PRO skemaet. Det er også muligt at besvare PRO skemaet på papir eller på tablet ved ankomst til den afklarende samtale. En manglende besvarelse kan være udtryk for begrænsede sproglige kundskaber eller begrænsede digitale sundhedskompetencer (princip 3). For at imødekomme mennesker med forskelligt niveau af sundhedskompetence anvendes fx et mini-PRO skema i udgående forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser i boligsociale områder.

Forløb i Center for Diabetes og Hjertesygdomme og Center for Lungesygdomme er individuelt tilrettelagte og består af indsatser, der tager højde for borgers fysiske, psykiske og sociale behov og muligheder. Indsatser omfatter afklarende samtale, sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk træning, ernæringsindsats, forebyggende samtaler om alkohol samt samtaler med socialrådgiver og socialsygeplejerske.

Der differentieres indenfor de enkelte indsatser, fx er der forskellige træningsindsatser målrettet borgernes forskellige behov. Indsatserne tildeles på forskellige tidspunkter i borgerforløbet, på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering og den enkeltes ønsker. Der kan tildeles ekstra forløbsamtaler til borgere, der har behov for øget opmærksomhed. Der afholdes ugentlige borgerkonferencer, hvor sundhedsprofessionelle deltager i tværfaglige drøftelser, der understøtter en personcentreret og differentieret tilgang til borgere. Borgerkonferencer har fokus på de centrale problemstillinger i den case, der drøftes, og hvordan man i fællesskab kan understøtte borgerens rehabiliteringsproces, herunder behov, målsætning og evalueringen af denne. Alle borgere drøftes som udgangspunkt i starten og slutningen af deres forløb, og borgere i sårbare situationer drøftes hyppigere.

Der tilbydes tolk i alle samtaler, og på diabetesområdet tilbydes sygdomsmestring på urdu og arabisk. Her anvendes sundhedspædagogiske redskaber, der er udviklet sammen med og til borgere, der har anden etnisk baggrund end dansk. Centret har udgående funktion i lokalområder, hvor der tilbydes håndholdte indsatser til borgere med diabetes, hjerte- og/eller lungesygdomme, som ønsker forløb tæt på deres bopæl. Her arbejdes tæt sammen med civilsamfund for at sikre lokal forankring. Der er mulighed for samtaler med socialrådgiver og socialsygeplejerske, hvor der tages hånd om udfordringer eller andet relateret til øvrige af kommunens velfærdsområder eller kontakt til sundhedsvæsenet. Kommunale aktører har desuden mulighed for at henvise til tilbuddene.

I Center for Diabetes og Hjertesygdomme og Center for Lungesygdomme arbejdes aktivt med data, i forbindelse med implementering, datadrevet ledelse, monitorering, evaluering og læring. Data fra PRO og brugerundersøgelser anvendes til at evaluere, om indsatserne giver den ønskede effekt, samt om differentieringen lykkes. Desuden anvendes data til at udvikle og kvalitetssikre tilbuddene. Borgere inddrages aktivt, når nye indsatser skal udvikles, og igangværende indsatser skal kvalitetssikres. Hertil foretages årlige ulighedsanalyser, hvor der ses på baggrundskarakteristika for borgere, som hhv. er henvist til og gennemfører forløb, og borgere, som er henvist, men ikke opstarter/gennemfører forløb.

Desuden arbejdes der aktivt med datadrevet kvalitetsudvikling i det daglige. Det betyder bl.a., at der holdes tavlemøder med medarbejderne om data på centrale parametre, så dataudviklingen følges tæt. Derudover samarbejdes med eksterne parter omkring udvikling, evaluering og forskning.

4.2 CASE 2 RELATERET TIL SAMTALEHJULET

Esbjerg Kommune arbejder efter Esbjerg-modellen, en helhedsorienteret model, der sætter det enkelte menneske i centrum og understøtter, at mennesker med størst behov får mest støtte. Formålet er at øge muligheden for bedst mulig mestring af den kroniske sygdom og livssituation ved at matche relevante og specifikke behov, frem for at handle ud fra standardløsninger. Esbjerg-modellen består af en værktøjskasse indeholdende et samtalehjul, et spørgeskema og en stratificeringsmodel.

I Esbjerg Kommune anvendes redskabet samtalehjulet til at differentiere i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Esbjerg Kommune arbejder for, at hverken kulturel baggrund, livssituation, uddannelsesniveau eller indkomst skal have betydning for menneskers mulighed for at leve et sundt liv, træffe sunde valg, deltage i fællesskaber og være aktiv. I Esbjerg Kommunes aktuelle sundhedspolitik er tre pejlemærker beskrevet, hvoraf et relaterer sig til lighed i sundhed. Under dette pejlemærke er differentiering skrevet ind som et vigtigt fokus.

I arbejdet med differentiering fokuseres på det, som er særlig vigtigt for den enkelte i vedkommendes dagligdag og livssituation. Derigennem behandles mennesker med kronisk sygdom forskelligt, og med en tilpasset indsats sikres det enkelte menneske den rette grad af støtte. Det øger muligheden for, at den enkelte oplever at begribe og profitere af forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.

Samtalehjulet anvendes som et visuelt værktøj til at afdække behov, ressourcer og motivation og danner baggrund for arbejdet med målsætning for forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Inden samtalen sendes et spørgeskema med hjælpespørgsmål, så den enkelte har mulighed for at reflektere over, hvad vedkommende gerne vil bringe ind i samtalen. Undervejs i samtalen anvendes samtalehjulet fysisk i dialogen for at understøtte fokus i den afklarende samtale. Stratificeringsmodellen bruges af sundhedsprofessionelle til at vurdere graden af mestringsevne i samspil med kompleksiteten af funktionsevnenedsættelsen og derved omfanget af behovet for forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.

Ved henvisning til en forebyggelses- og rehabiliteringsindsats tages kontakt af en sundhedsprofessionel, der bliver den gennemgående fagperson i hele forløbet. Mennesker med særlige behov kan få udvidet støtte, forløbskoordination, via individuelle samtaler og hjælp til at koordinere deres kontakter med sundheds- og socialområdet undervejs i forløbet.

På baggrund af den samlede vurdering af ressourcer, barrierer, funktionsevnenedsættelse og mål kan der i forebyggelses- og rehabiliteringsforløbet indgå følgende: fysisk aktivitet, diætvejledning, rygestop, patientuddannelse,

netværksdannelse mm. Der er stort fokus på borgerens sundhedsrelaterede aktiviteter i lokalsamfundet, herunder brobygning til patientforeninger og fritidsliv.

Modellen er et fundament i den måde, Esbjerg Kommune behovsvurderer, differentierer og stratificerer mennesker, der henvises til en kommunal forebyggelses- eller rehabiliteringsindsats (48).

4.3 CASE 3 RELATERET TIL CHAT

I Randers Kommune anvendes redskabet CHAT til at differentiere forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Randers Kommune har i en længere årrække haft fokus på differentiering i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser til mennesker med kroniske sygdomme. Et fokus der har politisk opbakning og ledelsesmæssig bevågenhed.

De kommunale enheder og afdelinger er ansvarlige for at overholde og rapportere på deres specifikke mål til det politiske udvalg. Som følge af et forsknings- og udviklingsarbejde om sundhedskompetence, primært i samarbejde med Aarhus Universitet, er der kommet og siden fastholdt et fokus på, at indsatserne differentieres ud fra det enkelte menneskes sundhedskompetenceniveau og funktionsevnenedsættelse. Denne differentiering er integreret i sundhedsenhedens politiske aftaler og mål, og sundhedskompetence er ligeledes indarbejdet i kommunens sundhedspolitik.

Kommunen prioriterer desuden differentiering ud fra et populationsperspektiv, baseret på Sundhedsprofilen fra Region Midtjylland, der dokumenterer betydelige sociodemografiske forskelle på sogneniveau, herunder en markant socioøkonomisk fordeling af mennesker med kroniske sygdomme. På baggrund af denne indsigt har kommunen etableret et mindre "søster-sundhedscenter" til det centrale Sundhedscenter. Dette mindre center er placeret i et lokalområde i kommunens udkant, udvalgt med afsæt i de sociogeografiske data fra sundhedsprofilens sogneanalyser. I dette område fokuseres der på tidlig opsporing i lokalmiljøet, et tæt samarbejde med almen praksis, samt sundhedsprofessionelle med særlig erfaring i at understøtte denne målgruppe.

Afdelingerne i Sundhedscentret prioriterer tidlige og differentierede indsatser. En tidlig indsats muliggør håndtering af sundhedsmæssige udfordringer, før de udvikler sig til alvorligere problemer, mens en differentieret indsats sikrer, at forebyggelses- og rehabiliteringsindsatsen tilpasses det enkelte menneskes specifikke behov.

Ved det indledende møde mellem sundhedsprofessionelle og mennesker med kronisk sygdom gennemføres en afklarende samtale med særlig fokus på rehabiliteringsbehovet. Ud fra en vurdering af funktionsevne, ressourcer, barrierer, sundhedskompetence og socialt netværk laves en målsætning i dialog med borgeren. Afdækningen af domænet 'relation til sundhedsprofessionelle' ved hjælp af CHAT viser i nogle tilfælde, at den enkelte mangler støtte i sundhedsvæsenet. Når dette samtidig kombineres med kompleks funktionsevnenedsættelse og multisygdom med høj behandlingsbyrde, opstår et tydeligt behov for støtte til at navigere i sundhedsvæsenet. Inden for indsatserne 'Fællesholdet' afholdes samtalecaféer med særligt fokus på at styrke deltagernes kompetencer i mødet med sundhedsvæsenet, fx almen praksis eller hospitalet. Formålet er at understøtte deltagernes mod og vedholdenhed i at stille afklarende spørgsmål, indtil den sundhedsfaglige information er forstået.

Et andet domæne i CHAT afdækker det sociale netværk og relationer. Mange mennesker står uden støttende relationer og oplever betydelig ensomhed. Gennem forløb i Rehabiliteringsenheden opnår de adgang til meningsfulde fællesskaber, bl.a. via holdaktiviteter med ligesindede. Denne tilknytning styrker deres trivsel og mod til at engagere sig videre – fx i foreningslivet, hvor de kan få støtte fra en brobygger. Dette fokus kan bidrage til øget social inklusion og forbedret mental sundhed blandt mennesker med kronisk sygdom i en sårbar situation.

Randers Kommune har desuden netop indledt et samarbejde med Social Sundhed – en landsdækkende civilsamsfundsorganisation, hvis kerneopgave er at yde ledsagelse og støtte til mennesker i udsatte positioner i mødet med sundhedsvæsenet. Indsatsen tager udgangspunkt i den enkeltes behov og varetages af frivillige sundhedsfaglige studerende, såkaldte brobyggere (53).

Derudover har sundhedsprofessionelle arbejdet med at implementere og omsætte "Randers Socialkompas", der er et digitalt et værktøj til både borgere, pårørende og medarbejdere til at finde støttende fællesskaber i lokalmiljøet (54).

Med henblik på at udvikle kompetencer til at understøtte sundhedskompetence, er der ud over initiativer i forbindelse med implementering af CHAT i Randers Kommune delt viden om *Teach Back metoden*, der er en kommunikationsmetode, hvor den sundhedsprofessionelle indskrænker sig til få kernebudskaber i dialogen mhp. at støtte det enkelte menneskes sortering og forståelse af budskaber. Derudover beder den sundhedsprofessionelle den enkelte om at gentage med egne ord, hvad de har forstået af den information, der er givet. Formålet er at sikre, at budskaber og informationen er forstået korrekt og at skabe mulighed for at rette misforståelser med det samme. Metoden styrker dialogen, understøtter den enkeltes sundhedskompetence og bidrager til mere målrettet og effektiv kommunikation i mødet mellem sundhedsprofessionelle og mennesket med kronisk sygdom (55).

De afklarende samtaler danner grundlag for differentierede indsatser, hvor nogle mennesker har behov for et mere intensivt, håndholdt og koordineret rehabiliteringsforløb på tværs af fagområder og sektorer. Andre kan støttes med en mere afgrænset og simpel indsats, fx rettet mod en specifik risikofaktor og suppleret med rådgivning.

I Randers Kommune anvendes data systematisk til at monitorere udviklingen i de differentierede forløb. Oplysninger registreres på individniveau i det kommunale journaliseringssystem og analyseres via en Business Intelligence-portal, som genererer dataoutput til et Dashboard i afdelingen. Data analyseres og drøftes løbende på tværfaglige personalemøder, hvor sundhedsprofessionelle inddrages aktivt. Kvartalsvis sættes der særligt fokus på data relateret til differentiering og digitale indsatser. Formålet er at understøtte løbende læring, kvalitetssikring og et vedvarende fokus på både differentiering og implementering af digitale løsninger.

5. IMPLEMENTERING AF DIFFERENTIERING I PRAKSIS

Arbejdet med differentiering er allerede i gang i det danske sundhedsvæsen, og det vil i de kommende år udfolde sig forskelligt fra organisation til organisation i sundhedssektoren. Det er oplagt at arbejde med differentiering på flere niveauer i organisationerne. Et fokus på differentiering i ledelseslagene er udslagsgivende for, at arbejdet kan lykkes, og samtidig er politisk opbakning afgørende for, hvorvidt der kan afsættes midler til arbejdet med at få differentiering til at lykkes i praksis. Arbejdet kan med fordel foregå i brugerinddragende processer med både borgere, medarbejdere og politikere.

Selvom processen med at etablere forskellige indsatser til forskellige målgrupper både er en strukturel og kulturel forandring, så foregår den i udstrakt grad flere steder i sundhedsvæsenet. En af de tilgange, der anbefales af Sundhedsstyrelsen som en ramme for arbejdet med differentiering, er "Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen", som indeholder anbefalinger om og eksempler på arbejdet på flere niveauer i organisationer (20).

Organisationens størrelse vil formentlig have en afgørende betydning for antallet af forskellige differentieringsmuligheder, og det kan virke begrænsende at være en mindre organisation. Det har dog også ofte vist sig, at mindre organisationer kan være mere fleksible og dermed have større innovationskraft og hurtigere implementering.

Introduktion af de sundhedsprofessionelle til arbejdet med differentieringsredskaber er afgørende, og målrettede processer i implementeringen af redskaber og tilgange er betydningsfuldt. I implementeringsprocessen er en vigtig pointe, at forandringsprocesser tager tid. Det er vigtigt at sikre en fælles forståelse for, hvorfor der skal arbejdes med differentiering, samt at tage højde for at klæde de sundhedsprofessionelle på til opgaven. Det er samtidig vigtigt, at differentiering sker i tæt dialog mellem den sundhedsprofessionelle og mennesket med kronisk sygdom. Der kan i brugerinddragende processer med ledelse, medarbejdere og borgere udarbejdes indsatskataloger og faglige standarder for arbejdet med differentiering i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.

Det er vigtigt at understøtte udviklingsprocessen og implementeringen ved at arbejde databaseret fra start og gennem hele processen. Differentieringsdata kan etableres i egen organisation og egne data fra spørgeskemaundersøgelser kan anvendes. Der kan arbejdes organisatorisk på baggrund af data fra sundhedsprofiler og derudover suppleres med kvalitative borgerinput i processen med implementering af differentiering i forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.

6. DEFINITIONER

Dette afsnit indeholder Sundhedsstyrelsens definitioner på anvendte begreber i inspirationsmaterialet og kan anvendes til opslag ved behov.

FOREBYGGELSE

I Sundhedsstyrelsens *Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed* (2005) defineres forebyggelse som sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen, udvikling og/eller forværring af sygdomme, psyko-sociale problemer eller ulykker, og dermed fremmer folkesundheden (56).

'Forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom' anvendes om de beskrevne indsatser, der indgår i *Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom* (2024) og i betydningen forebyggelse med et rehabiliterende sigte, baseret på funktionsevnebegrebet (5).

SUNDHEDSFREMME

Sundhedsfremme betegner sundhedsrelaterede aktiviteter, der har til formål at styrke befolkningens sundhed ved at skabe rammer og muligheder, der understøtter individets handlekompetencer og ressourcer ift. sundhed (56). I modsætning til forebyggelse, som fokuserer på at reducere risici og sygdom, retter sundhedsfremme opmærksomheden mod det, der skaber sundhed. Sundhedsfremmende indsatser kan foregå i mange forskellige sammenhænge og kan involvere både sundhedsprofessionelle, borgere og civilsamfund og ofte i samspil med hinanden (56).

REHABILITERING

Internationalt findes en række definitioner af rehabilitering. Sundhedsstyrelsen lægger sig op ad WHO's og den danske 'Hvidbog om rehabilitering's (2022) definition (52). WHO anvender følgende definition: "Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der har til formål at optimere funktionsevne og reducere funktionsnedsættelse hos det enkelte menneske med helbредstilstande i samspil med omgivelserne" (57).

I 'Hvidbog om rehabilitering' anvendes definitionen: "Rehabilitering er målrettet mennesker, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering, er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem et menneske, pårørende, professionelle og andre relevante parter. Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaseret med udgangspunkt i menneskets perspektiver og hele livssituation" (52).

FUNKTIONSEVNE

Funktionsevne er et paraplybegreb, der if. International Classification of Functioning (ICF) omfatter komponenterne kroppens funktioner og anatomi samt aktiviteter og deltagelse. Disse komponenter skal altid ses i relation til helbредstilstanden / sundhedstilstanden og til konteksten, der omfatter menneskelige faktorer og omgivelsernes påvirkninger (52).

INDIVIDUEL SUNDHEDSKOMPETENCE

Sundhedskompetence er den kombination af viden, kompetencer og ressourcer i en given kontekst, som gør det muligt for mennesker at træffe beslutninger om deres sundhed. Sundhedskompetence vedrører ligeledes evnen til at fastholde, kommunikere og handle på disse beslutninger (7).

DIGITAL SUNDHEDSKOMPETENCE

Den digitale sundhedskompetence defineres ved en persons evne til at søge efter, få adgang til, forstå og vurdere ønsket sundhedsinformation fra elektroniske kilder og derefter bruge sådan information til at forsøge at adressere et bestemt sundhedsproblem (20).

ORGANISATORISK SUNDHEDSKOMPETENCE

Organisatorisk sundhedskompetence (Organisational Health Literacy Responsiveness) er den måde, sundhedstilbud, organisationer og -systemer gør information og ressourcer tilgængelige for mennesker med forskellige sundhedskompetencer (7).

AFKLARENDE SAMTALE

Den afklarende samtale har karakter af en indledende visiterende samtale, der er udgangspunktet for planlægningen af forløbet for det enkelte menneske med kronisk sygdom. Formålet med den afklarende samtale er at opnå en fælles forståelse af, hvad der aktuelt er vigtigt, målsætninger med deltagelse i indsatserne, motivationsafdækning, og gennem dialog at give støtte til en relevant og behovsorienteret prioritering.

I den afklarende samtale kan vurdering af fx funktionsevne, sundhedskompetence og helbredstilstand danne grundlag for, hvilke indsatser borgeren tilbydes, og hvordan de tilrettelægges (58).

DIFFERENTIERING

Der kan være stor variation i behovet for forebyggelse og rehabilitering blandt mennesker med kroniske sygdomme. Derfor stilles med Sundhedsstyrelsens *Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom* (2024) krav om differentiering i forebyggelses- og rehabiliteringstilbuddene. Differentiering betyder at tilbyde enten større eller mindre forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser afhængig af behov hos det enkelte menneske med kronisk sygdom.

7. REFERENCER

1. Gad KS, Brautsch LAS, Svartá DL, et al. Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang. København: Sundhedsstyrelsen; 2022.
2. Vedsted P, Frølich A. Social ulighed i sundhed og multisygdom. Ugeskr Læger. 2023;185:V06230428.
3. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
4. Udesen CH, Skaarup C, Schmidt Pedersen MN, Ersbøll AKB; Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet. Social ulighed i sundhed og sygdom: udviklingen i Danmark i perioden 2010–2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.
5. Sundhedsstyrelsen. Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. København: Sundhedsstyrelsen; 2024.
6. Renneberg CK, Rasmussen AND, Terkildsen Maindal H, Aaby A. OS – Et redskab til udvikling af organisatorisk sundhedskompetence. København: Sundhedsstyrelsen 2025
7. IUHPE. International Union for Health Promotion and Education. IUHPE position statement on health literacy: a practical vision for a health literate world. 2nd ed. Paris: IUHPE; 2023.
8. Stockmarr A, Frølich A. Correction: Clusters from chronic conditions in the Danish adult population. PLoS One. 2025;20(5):e0324458.
9. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom. København: Sundhedsstyrelsen; 2023.
10. Jensen HAR, Thygesen LC, Davidsen M. Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030: KOL og type 2-diabetes. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2017.
11. Isabelle Mairey, Siri Rosenkilde, Marie Borring Klitgaard og Lau Caspar Thygesen, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2022.
12. Sundhedsdatabanken. Datapakker til sundhedsråd. Tilgængelig fra: <https://sundhedsdatabank.dk/tvaergaende/sundhedsraad>. Tilgået 28. oktober 2025
13. Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen. Vidensafdækning af indsatser til mennesker med kronisk sygdom, herunder social ulighed i sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2022.
14. McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. Public Health. 2019;172:22-30.
15. Blakemore A, Hann M, Howells K, Panagioti M, Sidaway M, Reeves D, et al. Patient activation in older people with long-term conditions and multimorbidity: correlates and change in a cohort study in the United Kingdom. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):582.
16. Diderichsen F, Bender AM, Lyth AC, Andersen I, Pedersen J, Bjørner JB. Mediating role of multimorbidity in inequality in mortality: a register study on the Danish population. J Epidemiol Community Health. 2022;76(5):466.
17. Sundhedsloven. Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr 247 af 12/03/2024. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Tilgængelig fra: <https://retsinformation.dk>

18. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – kvalitetsstandarder. København: Sundhedsstyrelsen; 2024.
19. Maribo T, Ibsen C, Thuesen J, Nielsen CV, Johansen JS, Vind AB (Red.). Hvidbog om rehabilitering, 1. udgave. Rehabiliteringsforum Danmark, Aarhus. 2022.
20. Aaby A, Meldgaard M, Terkildsen Maindal H. Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen. København: Sundhedsstyrelsen; 2022
21. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259–67.
22. Maindal HT. Sundhedskompetence (health literacy) i sundhedsfremme og forebyggelse. I: Jensen BB, Grønbæk MK, Reventlow S. *Forebyggende Sundhedsarbejde*. København. Munksgaard; 2021; 387–402.
23. Svendsen ML, Gadager BB, Stapelfeldt CM, et al. To what extent is socioeconomic status associated with not taking up and dropout from cardiac rehabilitation: a population-based follow-up study. *BMJ Open.* 2022;12:e060924.
24. Friis K, Lasgaard M, Osborne R, Maindal HT. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. *BMJ Open.* 2016;5:e009627.
25. Pedersen SE, Aaby A, Friis K, Maindal HT. Multimorbidity and health literacy: A population-based survey among 28,627 Danish adults. *Scand J Public Health.* 2023 Mar;51(2):165–172. doi: 10.1177/14034948211045921. Epub 2021 Oct 12. PMID: 34636270.
26. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol.* 2017 Nov;24(17):1880–1888. doi: 10.1177/2047487317729538. Epub 2017 Aug 31. PMID: 28854822; PMCID: PMC5680908
27. Friis K, Pedersen MH, Aaby A, Lasgaard M, Maindal HT. Impact of low health literacy on healthcare utilization in individuals with cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes and mental disorders. A Danish population-based 4-year follow-up study. *European Journal of Public Health.* 2020;30(5):866–72.
28. Valentin G, Ravn MB, Nielsen ASM, Tonnesen M, Brouer J, Maribo T. Barrierer og facilitatorer i forebyggelse og rehabilitering til personer med kronisk sygdom – en vidensopsamling. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2025.
29. Valentin G, Pedersen P, Maribo T, Kallestrup P, Meldgaard N, Stenholt L, et al. Social vulnerability indices for proactively identifying at-risk individuals in healthcare: a systematic review. *European Journal of Public Health.* 2025.
30. Mosen DM, Schmittiel J, Hibbard J, Sobel D, Remmers C, Bellows J. Is patient activation associated with outcomes of care for adults with chronic conditions? *J Ambul Care Manage.* 2007;30(1):21–9.
31. Ruano-Ravina A, Pena-Gil C, Abu-Assi E, Raposeiras S, van 't Hof A, Meindersma E. Participation and adherence to cardiac rehabilitation programs: a systematic review. *Int J Cardiol.* 2016;223:436–43.
32. Danmarks Statistik. Uforudsete udgifter er en udfordring for hver femte: Levevilkårsundersøgelsen 2024. Tilgængelig fra: <https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/nyt/GetPdf.aspx?cid=51006>
33. Kjærulf TM, Nielsen MB, Davidsen M, Esbøll AK. Social ulighed i sundhed og sygdom – Udvikling i Danmark i perioden 2013–2021. København: Sundhedsstyrelsen; 2024.

34. Frederiksen HW, Zwisler AD, Johnsen SP, Öztürk B, Lindhardt T, Norredam M. Differences in initiation and discontinuation of preventive medications and use of non-pharmacological interventions after acute coronary syndrome among migrants and Danish-born. *Eur Heart J*. 2018;39(25):2356–64.
35. Sundhedsstyrelsen. Tolkning i det danske sundhedsvæsen. København: Sundhedsstyrelsen; 2025.
36. Friis K, Lasgaard M, Aaby A, et al. Low health literacy and mortality in individuals with cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes, and mental illness: a 6-year population-based follow-up study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9399.
37. Thure DA, Bhattacharya S, Dimirci H, et al. Health literacy and health outcomes in chronic obstructive pulmonary disease patients: an explorative study. *Front Public Health*. 2022;10:846768.
38. Costa AC, Conceição AP, Butcher HK, et al. Factors that influence health literacy in patients with coronary artery disease. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2023;31:e3879.
39. Anbarasan S, Gurtoo A, Srinivasan M, et al. Levels of health literacy among type 2 diabetic persons and its relation to glycemic control. *J Assoc Physicians India*. 2019;67(4):59–62.
40. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: a large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24(17):1880–8.
41. Friis K, Jensen ML, Lasgaard M, Maindal HT. Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom. Tema-analyse. vol. 2, Hvordan har du det? Aarhus: CFK. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland; 2015. Tilgængelig fra: https://www.rm.dk/siteassets/om-os/aktuelt/nyheder/sundhedskompetence_kronisk_sygdom_2015_temaanalyse.pdf
42. Sundhedsdatastyrelsen. Spørgeskemabank. Tilgængelig fra: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/digitale-loesninger/pro/spoergeskemabank>
43. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om sundhedsreform 2024. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2024. Tilgængelig 3. november fra: <https://www.ism.dk/Media/638743383915480390/Aftale%20om%20sundhedsreform%202024%20%20vers.%20-04.02.2025.pdf>
44. Norman C, Skinner H. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *J Med Internet Res*. 2006;8(2):e9
45. Munch-Petersen M, Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Program PRO: anvendelse af PRO-data i kvalitetsudviklingen af det danske sundhedsvæsen – anbefalinger og vidensgrundlag. København: VIBIS; 2016.
46. Sundhedsdatastyrelsen. PRO-områder. Tilgængelig fra: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/digitale-loesninger/pro/pro-omraader>
47. Sundhedsdatastyrelsen. Kommunal Pro. Tilgængelig fra: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/digitale-loesninger/pro/om-pro/organisering-af-pro/kommunal-pro>
48. Brorholt G, Graff L, Buch MS. Sats på Esbjerg - Vidensopsamling om Esbjerg-modellens borgerinddragende metoder. VIVE. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter. København; 2017. Tilgængelig fra: <https://www.vive.dk/media/pure/4xk03ovr/2037694>
49. Jensen NH, Aaby A, Maindal HT. CHAT – et redskab til dialog om sundhedskompetence. Aarhus Universitet; 2019.

50. Jensen NH, Aaby A, Ryom K, Maindal HT. A CHAT about health literacy - a qualitative feasibility study of the Conversational Health Literacy Assessment Tool (CHAT) in a Danish municipal healthcare centre. *Scand J Caring Sci.* 2021;35(4):1250-8.
51. Karnoe A, Furstrand D, Christensen KB, Norgaard O, Kayser L. Assessing competencies needed to engage with digital health services: development of the eHealth Literacy Assessment Toolkit. *J Med Internet Res.* 2018;20(5):e178.
52. Maribo T, Ibsen C, Thuesen J, Nielsen CV, Johansen JS, Vind AB (Red.). Hvidbog om rehabilitering, 1. udgave. Rehabiliteringsforum Danmark, Aarhus. 2022.
53. Social Sundhed. Om Os. Tilgængelig på: <https://socialsundhed.org/>
54. Randers Kommune. Social Kompas. Tilgængelig på: <https://randers.socialkompas.dk>
55. Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JB I Database System Rev Implement Rep.* 2016;14(1):210-47.
56. Tønnesen H, Sundhedsstyrelsen, Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet. Terminologi: forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Version 1. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
57. World Health Organization, The World Bank. World report on disability. Geneva: WHO; 2011.
58. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for behovsvurdering i den afklarende samtale. København: Sundhedsstyrelsen; 2019

Inspirationsmateriale: Eksempler på differentieringsprincipper til forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser

Inspirationsmaterialet er skrevet i et samarbejde mellem Randers Kommune, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet og Sundhedsstyrelsen.

Sanne Møller Palner, Kvalitets- og udviklingskonsulent i Randers Kommune

Vi takker Randers Kommune og Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet for et godt samarbejde om dette inspirationsmateriale.

© Sundhedsstyrelsen

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Udgiver:

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
www.sst.dk

ISBN: 978-87-7014-689-0 (elektronisk)

Design og layout: Primetime

Udgivet af Sundhedsstyrelsen

August 2026