

Sundhedsstyrelsen
fops@sst.dk

26. oktober 2026

Ældre Sagen
Snorresgade 17-19
2300 København S

Tlf. 33 96 86 86
www.aeldresagen.dk
aeldresagen@aeldresagen.dk

Høringssvar vedr. udkast til kvalitetsstandards for forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom eller kræft

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar i forbindelse med udkast til kvalitetsstandards for forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom eller kræft.

Generelt bakker Ældre Sagen op om, at der fastsættes nationale kvalitetsstandards med forpligtende krav for patientrettet forebyggelse. Det er vigtigt for at sikre, at patienter med kronisk sygdom eller kræft kan forvente en ensartet og høj faglig kvalitet, uanset hvor i landet de bor. Det er således positivt, at kvalitetsstandarderne omfatter konkrete krav, og at det samtidig fremgår, at tilbuddene differentieres med udgangspunkt i den enkelte patients behov med udgangspunkt i blandt andet sundhedskompetence, præferencer, motivation, ressourcer og sygdomsbillede.

Præcisering af krav og anbefalinger

Vi finder imidlertid, at der på flere centrale områder er behov for at præcisere balancen mellem krav og anbefalinger. Det gælder særligt, hvor en indsats beskrives som afgørende, eller hvor der er dokumenteret effekt for bestemte patientgrupper, men hvor adgangen til indsatsen eller dens konkrete omfang alene formuleres som "bør" eller "anbefales". Det gælder fx sygdomsmestring, hvor sygdomsspecifikt indhold skal indgå, men sygdomsspecifik støtte og vejledning kun er en anbefaling. Det er ligeledes et krav, at regionerne tilbyder ernæringsindsatser, men det er blot en anbefaling, at relevante patienter tilbydes diætbehandling.

Derudover finder vi det problematisk, at kvalitetsstandarderne ikke tydeligt formulerer krav til sygdoms- eller diagnosespecifikke indsatser relateret til pakkeforløb for kronisk sygdom, da patientrettet forebyggelse indgår som et centralt element i netop disse pakkeforløb. Der kan fx være behov for trænings- og ernæringstilbud med indhold særligt målrettet KOL-patienter eller patienter med lænderygsmerter. Behovet for specifikt indhold kan også gælde patienter med kronisk sygdom, som ikke er omfattet af en kronikerpakke, hvilket også bør fremgå tydeligere. Det kunne fx være individuelt tilpasset træning til patienter med knogleskørhed, som allerede har haft knoglebrud. Det er dog vigtigt, at tilbud om patientrettet forebyggelse ses som et supplement og ikke erstatter evidens-

baserede rehabiliteringstilbud målrettet specifikke sygdomsgrupper, fx KOL-rehabilitering.

Samarbejde med civilsamfund

Vi ser positivt på, at samarbejdet med civilsamfundets organisationer fremhæves. Ældre Sagen møder allerede i dag mange ældre, som efter afsluttet offentlig genoptræning deltager i vores motionstilbud og dermed understøtter en fortsat aktiv hverdag. Samtidig bidrager flere tusinde frivillige i Ældre Sagen til ældres fysiske og sociale sundhed gennem motionstilbud og sociale aktiviteter. Vi indgår derfor gerne i et styrket samarbejde om at understøtte ældres funktionsevne, trivsel og fællesskaber.

Erfaringer med *visitation til sociale indsatser* (social prescribing) til forebyggelse af ensomhed og social isolation kan med fordel inddrages her, hvor borgere visiteres til meningsfulde fællesskaber.

I det følgende har vi konkrete kommentarer til udvalgte afsnit og temaer.

2.2. Henvisning - Behandlingsplan i print

Under afsnit 2.2 om henvisning står der, at patienter, der indgår i pakkeforløb for kronisk sygdom, får en elektronisk individuel behandlingsplan, hvor relevante data kan deles med patienten og mellem aktører i sundhedsvæsenet.

For at sikre ikke-digitale patienter samme adgang til overblik over behandlingsplanen som digitale patienter bør det understreges, at det analoge tilbud skal svare til det digitale overblik.

Det bør samtidig præciseres, hvilken eller hvilke aktører der har ansvaret for at udlevere en udskrevet behandlingsplan til patienten.

Desuden bør det fremgå, at det er vederlagsfrit for patienten at anmode om en udskift, og at denne enten udleveres i konsultationen eller fremsendes til patienten ved opdateringer af behandlingsplanen.

3.1 Tilrettelæggelse – figur 1

Ifølge figur 1 skal patienter som udgangspunkt henvises til en afklarende samtale, før relevante ernæringsindsatser kan iværksættes. Patienter med behov for nikotinafvænning eller forebyggende samtale om alkohol kan derimod henvises direkte til den relevante indsats.

Når en læge eller et sygehus har vurderet, at en patient har behov for diætbehandling på grund af underernæring, kan en ny, bred, afklarende samtale medføre unødigt og ressourcekrævende dobbeltvurdering og forsinke behandlingen. Ældre Sagen mener derfor, at muligheden for direkte henvisning til diætbehandling også bør fremgå tydeligt af figur 1.

4 Sygdomsmestring

Sygdomsmestring handler ikke kun om at leve med og forstå sin sygdom, men også om at kunne håndtere den behandling, der følger med.

Medicin er for mange kroniske patienter en afgørende del af hverdagen med kronisk sygdom, og derfor bør medicinhåndtering også ses som en integreret del af sygdomsmestring.

Når patienten har viden om, hvorfor medicinen tages, hvordan den virker, og hvilke bivirkninger patienten skal være opmærksom på, styrkes evnen til at træffe informerede valg, følge behandlingen korrekt og indgå aktivt i dialogen om eventuelle ændringer i medicineringen. Dette er særligt vigtigt ved multisygdom og polyfarmaci, som stiller store krav til patientens overblik og aktive medvirken.

Derudover anbefales det, at ensomhed eksplicit tilføjes under mental sundhed, så området udvides til at omfatte social sundhed. Ud over at ensomhed øger risikoen for sygdom, kan ensomhed have stor betydning for den enkeltes evne til at håndtere sygdom og følge behandling, og den kan samtidig forstærke oplevelsen af både fysisk og psykisk mistrivsel. En systematisk opmærksomhed på ensomhed som en del af sygdomsmestring kan derfor bidrage til bedre trivsel, øget egenmestring og et mere sammenhængende forløb for den enkelte patient.

6.2 Målgruppe – fysisk aktivitet

En del ældre vil i forvejen modtage træning, rehabilitering eller lignende via kommunen. Det bør derfor tydeliggøres, at den fysiske aktivitet skal ses i sammenhæng hermed, da nogle vil opleve utryghed i forhold til, hvordan de kan træne, og hvilke aktiviteter i dagligdagen de kan og må varetage.

7 Ernæringsindsats

Ældre Sagen finder det positivt, at kvalitetstandarden har stort fokus på ernæringsindsatser og ikke blot kostvejledning efter kostrådene.

Det bør dog tydeligt fremgå, at diætbehandling adskiller sig fra de øvrige generiske forebyggelsestilbud ved at være en behandlingsindsats, der skal tilrettelægges individuelt og sygdomsspecifikt med udgangspunkt i patientens ernæringsdiagnose, samlede behandling, behov og ressourcer.

Det er et krav, at regionerne tilbyder ernæringsindsatser, men det bør også være et krav, at relevante patienter tilbydes diætbehandling, frem for at dette blot er en anbefaling (7.2 målgruppe).

God ernæring er afgørende for mange ældre med kroniske sygdomme. Underernæring og vægttab kan føre til tab af kræfter, nedsat funktionsevne og dårligere muligheder for at gennemføre behandling og rehabilitering. Derfor er det også vigtigt, at ernæringsindsatser igangsættes, så snart behovet opdages.

Mange ældre med kroniske sygdomme er underernærede uden at være opsporet. Ældre Sagen mener derfor, at der bør indgå et afsnit om tidlig opsporing på

ernæringsområdet, ligesom i afsnit 8 om forebyggende samtale om alkohol, hvor der under afsnit 8.1 er et afsnit om tidlig opsporing. Her nævnes bl.a. opsporing via ældreplejen.

Den tidlige opsporing er også afgørende på ernæringsområdet. Uplanlagt vægttab indtræffer ofte i overgangen fra hjem til sygehus, fra hjem til plejehjem, eller i overgangen fra selv at lave mad til at få leveret mad udefra. Her bør tidlig opsporing og vurdering af behovet for en ernæringsindsats være obligatorisk.

Tidlige udskrivelser eller hjemmebehandling betyder, at det i høj grad er kommunerne, som kommer til at varetage den ældre patients ernæringsbehandling. I dag falder ernæringsindsatser ofte mellem to stole, hvilket betyder, at mange ældre med kroniske sygdomme ikke får de nødvendige ernæringsindsatser. Ansvar mellem sygehuse, almen praksis og kommunale tilbud bør tydeliggøres, så patienter ikke oplever forsinkelser eller falder mellem to stole,

Ældre Sagen anbefaler derfor, at afsnittet præciseres med:

- et krav om, at relevante patienter tilbydes diætbehandling, frem for at dette blot er en anbefaling.
- at borgere med konstateret behov for diætbehandling kan henvises direkte til indsatsen uden unødige ekstra forløb.
- at mennesker i ernæringsrisiko eller med uplanlagt vægttab får tilbud om hjælp hurtigere end den maksimale frist på 21 dage, når der er behov for det.
- at ansvaret mellem sygehuse, almen praksis og kommunale tilbud tydeliggøres, så ingen borgere oplever forsinkelser eller falder mellem to stole.

Demens bør indgå tydeligere i kvalitetsstandarden

Vi savner generelt et tydeligere fokus på mennesker med demens og andre kognitive sygdomme.

Kvalitetsstandarden er ikke tænkt som diagnosespecifikke, men demens er en af de største kroniske sygdomme på området og adskiller sig på flere punkter fra mange andre kroniske sygdomme ved gradvist at svække evnen til at modtage, forstå og huske information samt navigere i eget sygdomsforløb. Hvor mange mennesker med kronisk sygdom i høj grad kan handle på råd og vejledning på egen hånd, mister mennesker med demens ofte denne mulighed i takt med sygdommens udvikling. Det gør målrettet støtte, opfølgning og koordinering særligt afgørende og understreger behovet for, at demens fremgår tydeligere af kvalitetsstandarden for mennesker med kroniske sygdomme.

Vi anbefaler derfor, at demens og kognitive udfordringer i højere grad anvendes som eksempler på tværs af standarderne, blandt andet i relation til sygdomsmestring, fysisk aktivitet, ernæring, pårørendeinddragelse og behov for individuelle tilpasninger. Det vil bidrage til, at standarderne i højere grad tager højde for de særlige udfordringer, som mennesker med demens møder. Vi bemærker fx, at kognitive udfordringer ikke nævnes blandt de grupper, som kan have behov for særlige hensyn.

Større fokus på perioden før og omkring diagnosen

Høringsudkastet har et naturligt fokus på livet med kronisk sygdom. På demensområdet er det imidlertid også væsentligt at have fokus på perioden før og omkring diagnosen.

Tidlig opsporing, udredning og støtte har stor betydning for det videre sygdomsforløb og for muligheden for at drage nytte af relevante forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

Bedre adgang til patientrettede forebyggelsestilbud

Vi savner en tydeligere kobling mellem diagnose og adgang til patientrettede forebyggelsestilbud.

På demensområdet kunne det fx overvejes, om mennesker med demens – på linje med principperne i kronikerpakkerne – automatisk bør tilbydes henvisning til relevante forebyggelses- og rehabiliteringstilbud kort tid efter diagnosen. Det er særligt relevant, fordi indsatser som fysisk træning, kognitiv stimulationsterapi (CST) og andre evidensbaserede tilbud har størst effekt, når de iværksættes tidligt i sygdomsforløbet, og ikke har samme alvorlige bivirkninger, som psykofarmaka kan have.

Psykosociale behandlingstilbud bør anerkendes tydeligere

Vi finder det positivt, at fysisk aktivitet fylder i høringsudkastet. Samtidig savner vi en tydeligere anerkendelse af, at fx fysisk træning, CST og andre psykosociale indsatser på demensområdet ikke alene er aktivitetstilbud, men centrale behandlingsindsatser.

Det kunne med fordel præciseres, at patientrettet forebyggelse også kan omfatte evidensbaserede psykosociale behandlingstilbud.

CST bør nævnes eksplicit

Når det gælder demens, er kognitiv stimulationsterapi (CST) blandt de bedst dokumenterede non-farmakologiske indsatser. Vi anbefaler derfor, at CST nævnes eksplicit som eksempel på et relevant tilbud.

Pårørende spiller en central rolle

På demensområdet spiller pårørende ofte en helt afgørende rolle i kontakten med sundhedsvæsenet og i borgerens mulighed for at deltage i forebyggelses- og rehabiliteringsforløb.

Vi anbefaler derfor et stærkere fokus på inddragelse og støtte til pårørende.

Transport og adgang til tilbud

Vi er opmærksomme på, at transport ligger lidt uden for dokumentets kernefokus, men vil alligevel opfordre til, at betydningen af adgang til tilbud adresseres. Selv de bedste tilbud har begrænset værdi, hvis mennesker med demens og deres pårørende ikke har mulighed for at komme frem til dem.

MCI og tidlige kognitive symptomer

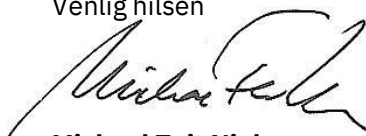
Vi savner endelig et tydeligere fokus på mennesker med MCI (mild kognitiv svækkelse) og andre tidlige kognitive udfordringer.

Hvis ambitionen er forebyggelse og tidlig indsats, er det netop i denne fase, at der er størst mulighed for at understøtte funktionsevne og livskvalitet gennem træning, sygdomsmestring og andre forebyggende indsatser. Samtidig er det en gruppe, som ofte falder mellem eksisterende tilbud.

Samlet bemærkning

Vi anerkender, at kvalitetsstandarderne ikke er tænkt som diagnosespecifikke. Men fordi demens er en af de største kroniske sygdomme på området, mener vi, at det vil være naturligt at integrere demens tydeligere som eksempel på tværs af standarderne – særligt i relation til tidlig indsats, pårørende, adgang til patientrettet forebyggelse samt evidensbaserede psykosociale behandlingstilbud som fysisk træning og CST.

Venlig hilsen



Michael Teit Nielsen
Adm. direktør