



## Hørings svar fra Dansk Selskab for Folkesundhed Vedrørende anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

### Generelt:

Dansk Selskab for Folkesundhed vil indledningsvis fremhæve, at selskabet finder det positivt, at der nu er udarbejdet anbefalinger, der skal fremme kvalitet og ensartethed af forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme. Det er en styrke, at anbefalingerne bygger videre på Sundhedsstyrelsens forebyggelsestilkøb og supplerer de øvrige publikationer omhandlende forebyggelse og sundhedsfremme samt forløbsprogrammer for udvalgte kroniske sygdomme. Selskabet er meget tilfreds med det perspektiv, der omhandler sygdomsmestring og den sundhedspædagogiske tilgang. Dette signalerer, at anbefalingerne tager udgangspunkt i et bredt og positivt sundhedsbegreb med et helhedssyn på borgerens livssituation. Dette har en afgørende indflydelse på de muligheder, borgeren har for at håndtere et liv med kronisk sygdom. Det er ligeledes meget positivt, at der bl.a. lægges vægt på deltagelse og dialog og på den setting, borgeren befinder sig i. Derved finder selskabet, at anbefalingerne i høj grad giver mulighed for at fokusere på den sociale ulighed i sundhed, som er meget udtalt i forekomsten af kroniske sygdomme.

### Konkrete bemærkninger:

- Selskabet finder i udgangspunktet, at anbefalingerne er meget "KRAM" traditionelle. Spørgsmålet er, om det er det, kommunerne (og borgerne) har allermost brug for lige nu. KRAM-strategien og den individuelle tilgang har været en del af forebyggelsesstrategien i efterhånden mange år. Man kunne pege på andre områder, der enten ligger ud over eller går på tværs af de berørte temaer, fx stress, mental sundhed, isolation & ensomhed, navigation i sundhedssystemet, smerter (fx lænde/ryg) m.m., som alle er relevante - også for mennesker med kronisk sygdom.
- Anbefalingerne omhandler kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – men det præciseres ikke indledningsvis i et målgruppeafsnit, at alle borgere med kroniske sygdomme er omfattet. Et indledende målgruppeafsnit kunne styrke dette. I afsnit 1.3 fremhæves 3 specifikke diagnosegrupper, hvilket kan give anledning til en opfattelse af, at anbefalingerne retter sig mod disse grupper. Det bemærkes endvidere, at der ikke eksplicit adresseres et fokus på borgere med psykiske sygdomme.
- Generelt er det meget vanskeligt at vurdere, hvorvidt kommunerne vil indarbejde de fremlagte anbefalinger. Det ses som en svaghed, at sygehuse og almen praksis "kun" kan henvise til en afklarende samtale i kommunalt regi og ikke et konkret tilbud. Det betyder, at borgeren som sådan ikke har et krav på et forebyggelsestilbud.
- Borgere med kroniske sygdomme bevæger sig mellem sygehus, almen praksis og kommuner, alt efter graden af deres sygdomstilstand. Ansvaret for borgeren er således delt mellem sektorerne. Anbefalingerne kunne således med fordel rette sig mod **det sammenhængende sundhedsvæsen**. Sygehus og almen praksis har en stor opgave med at identificere og motivere patienter, der kan have gavn af et forebyggelsestilbud. Dette indgår som element i sundhedsaftalerne, hvor det i nogle regioner er aftalt, at sygehuse og almen praksis kan henvise **direkte** til et konkret rehabiliteringstilbud, hvor forebyggelse indgår som et element.
- Selskabet finder det meget positivt, at der gennem anbefalingerne fokuseres på, at bestemte kompetencer skal forefindes i kommunerne – eksempelvis diætister til sygdomsspecifik diætvejledning. Det ville være en styrke, at der kunne stilles krav om, at denne kompetence





*skal* være til stede i kommunalt regi, hvilket vil styrke det lokale niveaus muligheder for at kunne indgå aftale om dette i regi af Sundhedsaftalen / lokale forløbsprogrammer.

Selskabet bemærker, at kompetencebegrebet beskrives en smule snævert og mangelfuldt, bl.a. anvendes der tautologiske argumentationer, når det fx på s. 13 anføres, at sundhedsprofessionelles specialviden bør ”erhverves ved kompetenceudvikling”. Inden for samme begreb er det frugtbart, at anbefalingerne skelner mellem viden om den pågældende kroniske sygdom og egentlige sundhedspædagogiske forudsætninger (fx s. 13). Det ses flere steder under de konkrete temaer, at den sundhedsfaglige viden beskrives snævert som medicinsk, symptom-orienteret viden. For eksempel er de fleste kompetencer under temaet alkohol rettet mod sygdomme, symptomer, konsekvenser for pårørende, behandlingsmetoder o.l. Denne viden bør derfor suppleres med dimensioner som for eksempel viden om sociale og kulturelle risikofaktorer, viden om individuelle og kollektive forandringsstrategier m.m. inden for den pågældende kroniske sygdom.

Med andre ord bør vidensbegrebet generelt udvides fra et traditionelt medicinsk og symptom-orienteret til et mere multidisciplinært og handlingsorienteret vidensbegreb, der må erhverves og besiddes, hvis den professionelle skal opfylde målet om at bidrage til at udvikle egenomsorg, handlekompetence og selvmanagement hos personer med kronisk sygdom. Dette bredere vidensbegreb beskrives til en vis grad i kapitel 6 (s. 31), men kunne med fordel foldes ud under de enkelte temaområder.

- Anbefalingerne lægger vægt på, at de kommunale forebyggelsestilbud skal bygge på dokumentation for, hvad der virker bedst, men kravet om at bygge på den bedst mulige evidens udvandes, når der flere steder skrives, at de kommunale tilbud kan bygge på det, der er dokumentation for virker bedst ”**eller** vurderes som god praksis” (s. 3, 4). Hvis ”god praksis” defineres som praksis, der er effektiv, er det overflødigt at anvende, idet det er inkluderet i dokumentationen for, ”hvad der virker bedst”. Hvis ”god praksis” henfører til andre kriterier som for eksempel tilfredshed hos brugeren, håndterbarhed af den professionelle, etiske udgangspunkter m.v., må disse kriterier specificeres. Som formuleringerne står nu, risikeres det at udvande kravet om at bygge de kommunale tilbud på den bedste evidens.
- Som indledningsvis nævnt er det prisværdigt, at man anbefaler en sundhedspædagogisk tilgang, hvor borgeren eller patientens egne behov og forståelser står centralt. På samme måde er det et vigtigt kernebudskab, at tilbuddene ikke alene bør bygge på et mekanistisk perspektiv på læring (s. 29). Disse vigtige og overordnede målsætninger står indimellem i modsætning til de lange lister af områder, der skal behandles under de enkelte temaer. Disse på forhånd bestemte indholdskategorier kommer ofte til at stå i modsætning til, at udgangspunktet skal tages i borgernes egne holdninger og forståelser. Endvidere handler en sundhedspædagogisk tilgang ikke nødvendigvis altid om at ”støtte og anerkende borgerens ønsker og valg” (fx under tobak s. 49), men også om at udfordre og kvalificere borgerens ønsker og valg med udgangspunkt i den situation og de holdninger borgeren har.
- Selskabet ser med tilfredshed, at der sættes fokus på monitorering som forudsætning for at kunne følge egen kommunal indsats, benchmark og forskning. Det ses som en nødvendighed, at vidensbaseret følges af monitorering. Selskabet anbefaler derfor, at Sundhedsstyrelsen ikke blot anfører, at monitorering **bør** iværksættes – men at der **stilles krav** om monitorering.
- I forhold til henvisning til kommunale forebyggelsestilbud fremgår det, at man anbefaler anvendelse af elektronisk henvisning efter gældende national standard. Det er ikke selskabet bekendt, at der findes en sådan national standard, der kan anvendes ensartet i hele landet. Som det er i dag, henviser praktiserende læger eksempelvis både via en korrespondancemeddelelse eller via den dynamiske sygehushenvisning. Der bør arbejdes på en fælles forpligtende løsning. Dette vil desuden øge mulighederne for en bedre monitorering





af indsatsen. Når det handler om henvisning til forebyggelse i forbindelse med en kronisk sygdom, bør der desuden være bestemte oplysninger, som den henvisende part skal forpligte sig til - med patientens samtykke - at videregive til kommunerne.

- Generelt finder selskabet, at anbefalingerne med fordel kunne fokusere mere på det tværsektorielle samarbejde. Sundhedslovens § 119.3 præciserer netop, at regionerne har en rådgivningsforpligtigelse i forhold til både den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse. Denne rådgivningsforpligtigelse er netop konkretiseret i alle 5 regioners sundhedsaftaler. Der lægges her vægt på at den tværsektorielle kompetenceudvikling skal bidrage til, at forebyggelsesindsatsen i alle sektorer bygger på samme viden og evidens.
- Sundhedsstyrelsen påpeger i afsnittet om Vidensgrundlag, at anbefalingerne bygger på den aktuelt bedste viden, der findes. Det påpeges endvidere, at evidensgrundlaget er af varierende omfang og soliditet. Selskabet finder, at man med fordel kunne komme med en **tværsektoriel anbefaling** på dette område. Regionerne har via Sundhedslovens § 194 en udviklings- og forskningsforpligtigelse, der skal sikre, at sundhedsydelse varetages på et højt fagligt niveau, og kommunerne har pligt til at medvirke til, at dette sker. En anbefaling kunne derfor netop gå på, at man lokalt indgår forsknings samarbejder for at styrke evidensen på området.
- Brugen af begrebet 'Self Management', der anvendes flere steder i teksten som beskrivelse af en bestemt tilgang, er uklar og forvirrende. Sundhedsstyrelsen pegede selv i 2005 på samme problem: "Generelt viser litteraturen ikke klart, hvordan self-management undervisning adskiller sig fra traditionel patientundervisning" (SST 2005: Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning, s. 8). 'Self management' bør beskrives som et målbegreb på linje med begreber som handlekompetence, egenomsorg og empowerment. Derimod er sundhedspædagogik, som det også beskrives i anbefalingerne, en egentlig tilgang, metode eller arbejds måde, der kan føre til udvikling af selfmanagement, handlekompetence m.m. Derfor bør de to begrebskategorier – tilgang og målkategori – ikke blandes sammen. En mere konsistent anvendelse af bl.a. disse begreber vil styrke anbefalingerne.
- Distinktionen på s. 20 om, at kostvejledning er for raske, mens diætbehandling er for borgere, giver – på flere måder – ikke mening. Hvordan harmonerer begreberne kost og diæt i øvrigt med det positive og brede sundhedsbegreb, man gerne vil have i spil under den sundhedspædagogiske tilgang - hvorfor ikke mad og måltider?
- Den nævnte MTV på s. 29 var om Patientuddannelse – ikke Borgeruddannelse
- Referencen til sundhedspædagogiske kernebegreber under "samarbejde med borgeren" findes i en nyere udgave: Jensen B.B. (2016). Kernebegreber i sundhedspædagogik. I: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S (red.) Forebyggende Sundhedsarbejde. København: Munksgaard: 127-152.
- Afslutningsvis finder selskabet, at de konkrete anbefalinger holder sig i meget generelle og overordnede vendinger, og derved bliver de netop, meget ukonkrete. Det betyder, at der er en meget stor afstand i anbefalingerne mellem de mere overordnede og spændende begrebsmæssige og teoretiske overvejelser og praksisniveauet. Flere eksempler, understøttet eller perspektiveret af meget konkrete metodemæssige forslag, vil styrke dokumentet. Som anbefalingerne ligger nu, er der en fare for, at kommunerne fortsat vil stå med en stor og kompleks udfordring uden konkrete håndtag.

Torben Jørgensen  
Formand

Marit Nielsen-Man  
Næstformand

