



Sundhedsstyrelsen  
Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

Sendt pr. mail til:

[fops@sst.dk](mailto:fops@sst.dk)

CC.:

[elme@sst.dk](mailto:elme@sst.dk)

23. oktober 2026

## **Høringssvar vedrørende kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom eller kræft**

Dansk Selskab for Folkesundhed takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkastet til kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom eller kræft.

### **Samlet vurdering**

Dansk Selskab for Folkesundhed støtter de reviderede kvalitetsstandarder. Det er positivt, at standarderne fastholder en generisk og tværgående tilgang, at målgruppen udvides til patienter med kræft og kroniske lænderygmerter, og at der er øget fokus på sundhedskompetence og organisatorisk sundhedskompetence. Vi støtter også kravet om, at tilbuddene skal være tilgængelige i alle kommuner, og at der fra start skal tales om fastholdelse og brobygning til civilsamfundet.

Kvalitetsstandarderne bliver et centralt redskab, når ansvaret for den patientrettede forebyggelse flytter til regionerne, og når patienter i pakkeforløb får ret til opstart inden for 21 dage. Det er derfor afgørende, at standarderne sikrer, at den nye organisering ikke øger den sociale ulighed i adgang og udbytte, og at den patientrettede forebyggelse ikke sker på bekostning af den borgerrettede.

Dansk Selskab for Folkesundhed har tidligere afgivet høringssvar til den generiske model, lovforslaget om kronikerpakker og de to første pakkeforløb, og vi henviser til disse. Nedenfor peger vi på de forhold, vi finder særligt vigtige for kvalitetsstandarderne.

### **1. Lighed i sundhed bør være et krav, ikke en anbefaling**

Udkastet konstaterer, at patienter med nedsat sundhedskompetence eller i en sårbar situation sjældnere deltager og oftere falder fra. Det er derfor positivt, at der er et selvstændigt afsnit om lighed i sundhed. Afsnittet er dog formuleret som anbefalinger: Regionerne "bør" understøtte deltagelse, det "anbefales" at arbejde med organisatorisk sundhedskompetence, og det er "relevant" at følge, hvem der deltager. Andre dele af standarderne er formuleret som krav.

Dansk Selskab for Folkesundhed anbefaler, at følgende gøres til krav:

- at regionerne arbejder systematisk med organisatorisk sundhedskompetence,
- at regionerne løbende følger deltagelse, gennemførelse og frafald fordelt på sociale grupper og tilpasser tilbuddene herefter,



- at differentieringen indebærer flere ressourcer til patienter med størst behov, fx længere forløb, mindre hold, individuel støtte og opsøgende kontakt.

I dag skal der kun gives tilbagemelding ved udeblivelse, når patienten er i et pakkeforløb. Vi anbefaler, at alle patienter, der falder fra, kontaktes proaktivt, uanset om de er i et pakkeforløb.

## **2. Tilbuddene skal være reelt tilgængelige**

Vi støtter kravet om, at tilbuddene som udgangspunkt skal være tilgængelige i alle kommuner. Undtagelsen om "faglig og organisatorisk bæredygtighed" er dog bred. Med ansvaret flyttet til regionerne er der risiko for, at tilbuddene centraliseres, og at afstanden bliver en barriere for netop de patienter, der har sværest ved at deltage.

Vi anbefaler:

- at undtagelsen præciseres, og at regionerne skal begrunde og følge op på eventuelle afvigelser,
- at det undersøges, om patienter med nedsat mobilitet eller få økonomiske ressourcer kan få støtte til transport, på linje med genoptræning efter § 140,
- at det bliver et krav, at der er tilbud uden for normal arbejdstid, særligt med inklusionen af patienter med lænderygsmærter og kræft i den erhvervsaktive alder,
- at digitale tilbud er et supplement og ikke erstatter fysiske tilbud for patienter, der har brug for dem.

Udkastet stiller krav om rådgivning om nikotinafvænningsmedicin, men udgiften til medicinen afholdes af patienten. Det er en kendt barriere for rygere med lav indkomst. Vi anbefaler, at der arbejdes for gratis eller tilskudsberettiget nikotinafvænningsmedicin, i det mindste for patienter med få økonomiske ressourcer.

## **3. Den nye organisering må ikke skabe et A- og et B-hold**

Patienter i pakkeforløb får ret til opstart inden for 21 dage. Det er positivt. Men de fleste patienter med kronisk sygdom eller kræft vil ikke være i et pakkeforløb de første år. Der er risiko for, at de nedprioriteres, når kapaciteten er presset. Vi anbefaler, at ventetiden også monitoreres for patienter uden for pakkeforløb.

Udkastet beskriver desuden parallelle tilbud om nikotinafvænnings og forebyggende samtale om alkohol i både kommuner og regioner. Det er uhensigtsmæssigt for patienterne og for den faglige bæredygtighed. Vi anbefaler, at anbefalingen om at sammentænke tilbuddene gøres forpligtende, fx gennem de horisontale samarbejdsaftaler.

Som i vores høringssvar til lovforslaget om kronikerpakker understreger vi, at styrkelsen af den patientrettede forebyggelse ikke må ske på bekostning af den borgerrettede. Kommunernes indsats til borgere i risiko for kronisk sygdom er alene en anbefaling. Når opgaver og ressourcer flytter til regionerne, er der risiko for, at de kommunale fagmiljøer og den primære forebyggelse svækkes. Vi opfordrer til, at dette følges tæt.



#### **4. Kræft og kroniske lænderygsmarter**

Vi støtter, at patienter med kræft og kroniske lænderygsmarter inkluderes i målgruppen. For præhabilitering er tiden kort, og det kræver, at der er kapacitet til hurtig opstart, og at samarbejdet med sygehuset er tydeligt beskrevet. Begrebet "moderate senfølger" bør defineres nærmere, så snitfladen til sygehusenes rehabilitering bliver klar, og patienter ikke falder mellem to stole. Patienter med kroniske lænderygsmarter er kun omfattet, hvis de henvises som led i et pakkeforløb. Det bør præciseres, hvilke tilbud øvrige patienter med lænderygsmarter kan få. For denne gruppe bør indsatserne desuden kobles tæt til beskæftigelsesindsatsen, som vi også anbefalede i vores høringsvar til pakkeforløbet.

#### **5. Civilsamfundet skal understøttes**

Vi støtter kravet om et tæt og løbende samarbejde med civil- og lokalsamfundet. For at det kan lykkes, skal foreningerne have ressourcer og kompetencer til at tage imod patienter med forskellige behov. Vi anbefaler, at det beskrives, hvordan samarbejdet understøttes og finansieres, og at der er opmærksomhed på, om kontingenter og andre barrierer forhindrer patienter med få ressourcer i at deltage.

#### **6. Kvalitetsudvikling og data skal kunne vise, om tilbuddene reducerer uligheden**

Kapitlet om kvalitetsudvikling er endnu ikke færdigt, og effektindikatorer "udestår aktuelt". Vi anerkender, at datagrundlaget udvikles trinvist. Men hvis der i første omgang kun er fokus på procesdata og patientrettigheder, vil det i flere år ikke være muligt at vurdere, om flytningen af opgaven til regionerne har styrket eller svækket kvaliteten og ligheden.

Dansk Selskab for Folkesundhed anbefaler, at det nationale datagrundlag fra start:

- kobles med registre, så deltagelse, gennemførelse og frafald kan opgøres efter uddannelse, indkomst, etnicitet og geografi,
- omfatter patienter, der henvises, men ikke starter, så det bliver synligt, hvem der ikke nås,
- indeholder resultatmål, fx funktionsevne, livskvalitet, rygestop og sundhedsadfærd, baseret på PRO-data ved opstart og afslutning.

Resultaterne for patienten bør være bærende, ikke alene aktivitet og ventetider.

#### **7. Implementeringen bør følges af forskning og evaluering**

Overflytningen af den patientrettede forebyggelse fra kommuner til regioner er en stor organisatorisk forandring. Den bør evalueres systematisk og uafhængigt, herunder betydningen for tilgængelighed, kvalitet, sammenhæng til de kommunale indsatser og social ulighed. Vi støtter, at regionerne skal bidrage til forskning, og anbefaler, at der afsættes midler til en egentlig evaluering. De kommunale fagmiljøer har opbygget betydelige kompetencer i forebyggelsestilbuddene. Vi anbefaler, at det i implementeringen sikres, at disse kompetencer bevares og anvendes, uanset hvordan driften organiseres.



### **Afsluttende bemærkning**

Dansk Selskab for Folkesundhed ser de reviderede kvalitetsstandarder som et vigtigt fundament for ensartede patientrettede forebyggelsestilbud af høj kvalitet. For at realisere potentialet – også for de patienter, der i dag sjældnest deltager – anbefaler vi:

- at kravene til lighed i sundhed og organisatorisk sundhedskompetence gøres forpligtende,
- at tilbuddene sikres reel tilgængelighed, herunder geografisk nærhed, tilbud uden for arbejdstid og opmærksomhed på økonomiske barrierer,
- at patienter uden for pakkeforløb ikke nedprioriteres, og at den borgerrettede forebyggelse ikke svækkes,
- klare snitflader for patienter med kræft og kroniske lænderygsmerter,
- at samarbejdet med civilsamfundet understøttes med ressourcer,
- et datagrundlag, der fra start kan følge resultater og social ulighed,
- en uafhængig evaluering af den nye organisering.

Venlig hilsen

Michaela Schiøtz

Forperson, Dansk Selskab for Folkesundhed