Lungeforeningen

Østerbro 27-10-2026

Lungeforeningens høringssvar til "Forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom eller kræft Kvalitetsstandarder"

Lungeforeningen noterer sig, at der i det nye udkast til Forebyggelsestilbud til patienter med kronisk sygdom eller kræft Kvalitetsstandarder" (i det følgende kaldt kvalitetstandarder) på enkelte punkter er sket en forbedring i forhold til den gældende udgave fra 2024.

Lungeforeningen finder det således positivt, at der nu er indsat krav om at anvende PRO i den afklarende samtale, og at der stilles krav om etablering af tæt og løbende samarbejde med civilsamfundet.

Det er ligeledes positivt, at evalueringen af patientens forløb også skal forholde sig til relevante adfærdsmæssige ændringer, så der kan følges op på behovet for eventuel fortsat understøttelse om end dette først implementeres 'på sigt'.

Lungeforeningen finder dog ikke, at de ovenfor nævnte forbedringer sikrer det nødvendige kvalitetsløft, som må være den reviderede kvalitetsstandards hovedformål.

Opgaveflytningen af den patientrettede forebyggelse fra kommuner til regioner skal sikre, at den politiske ambition om højere kvalitet i tilbuddene højnes.

I aftalen om sundhedsreformen konstaterer partierne, at mange kommuner i dag har svært ved at sikre borgerne "tilbud af tilstrækkelig høj kvalitet", og at flytningen skal "fremme kvalitet og kontinuitet for borgerne".

Med et større patientgrundlag og flere specialiserede kompetencer har regionerne bedre forudsætninger for at løfte kvaliteten.

I Sommeraftalen fra 2026 gentages den politiske ambition om et kvalitetsløft direkte: "Regeringen og Danske Regioner er enige om, at kvalitetsstandarden for forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom. Parterne er enige om, at revideringen skal sikre et kvalitetsløft i forebyggelsestilbuddene."

Lungeforeningen finder ikke, at revisionen af de foreliggende kvalitetsstandarder sikrer et reelt kvalitetsløft, da standarderne ikke lever op til de politiske ambitioner eller hvad, der er fagligt påkrævet.

Hvis sundsreformens mål om højere kvalitet i det nære sundhedsvæsen, mere ensartethed og stærkere faglige miljøer skal nås, må ambitionsniveauet i kvalitetsstandarden efter Lungeforeningens opfattelse hæves.

Lungeforeningen
Strandboulevarden 49, 8.1
2100 København Ø

+45 6037 7313
lunge@lunge.dk
www.lunge.dk

Lungeforeningen finder at følgende elementer i kvalitetsstandarderne bør forbedres;

- Tydeligere og skærpede kompetencekrav
- Obligatoriske sygdomsspecifikke elementer
- Flere nære tilbud
- Mental sundhed som et selvstændigt element

Lungeforeningen finder det desuden hensigtsmæssigt, at der kommer en selvstændig høring på monitoreringsdelen af kvalitetsstandarderne.
Endelig finder Lungeforeningen, at der bør ske en revision af kvalitetsstandarderne senest to år efter ikrafttrædelsen.

Tydeligere og skærpede kompetencekrav
Efter Lungeforeningens opfattelse er kompetencekravene for svage, og det nye udkast til kvalitetsstandarder forbedrer dem ikke. Tværtimod er kravene flere steder slækket. Formuleringer, der tidligere stod i hovedteksten i kvalitetsstandarden, fremgår nu bl.a. kun af en fodnote. Det gør det endnu mere uklart, om der er tale om et krav eller blot en anbefaling. Når opgaven med patientrettet forebyggelse samles regionalt, opstår der et større patientgrundlag og stærkere faglige miljøer. Det gør det muligt at stille højere krav til kompetencerne, som det skal afspejle sig i tydelige og skærpede kompetencekrav i kvalitetsstandarderne.
Vi foreslår, at standarderne stiller klare krav til, hvilke faglige kompetencer, der skal være til stede i sundhedsrådene, herunder specifikke uddannelser som fx diætister, fysioterapeuter og sygeplejersker. Det betyder ikke, at alle patienter skal møde en diætist, fysioterapeut eller sygeplejerske som en del af deres tilbud. Men kompetencerne skal være til stede og indgå, når tilbuddene udvikles og tilrettelægges, og patienter med særlige behov, fx for kostvejledning og træning, skal kunne få hjælp af kvalificeret personale. Vi foreslår desuden, at de formuleringer, der nu står i en fodnote, flyttes tilbage i selve hovedteksten som tydelige krav.

Obligatoriske sygdomsspecifikke elementer
Sygdomsspecifik viden er en vigtig forudsætning for, at tilbuddet får den ønskede forebyggende effekt for patienterne. For mennesker med KOL er det fx afgørende at få tilbudt rygestop-kurser samt få viden om kost og ernæring samt tilbudt træning.
Tilbuddene skal støtte de kroniske patienter i at tilpasse deres livsstil, så deres tilstand længst muligt kan forblive stabil. Det betyder ikke, at hele tilbuddet skal være

diagnosespecifikt. Dele af tilbuddet kan sagtens afvikles på tværs af diagnoser. Men tilbuddet skal indeholde elementer, der er målrettet den enkeltes diagnose/diagnoser. Udkastet nævner de sygdomsspecifikke elementer flere steder, og det er positivt. Det fremgår dog ikke, at elementerne er et krav, eller hvordan de spiller sammen med de generiske dele af forløbet. Vi foreslår, at det skrives ind i standardteksten, at forløbene er generiske forløb med obligatoriske sygdomsspecifikke elementer, og at sammenhængen mellem de to dele beskrives.

Flere nære tilbud
Effekten af patientrettet forebyggelse hænger tæt sammen med tilgængelighed. Som det fremgår af den gældende kvalitetsstandard, består tilbuddene ofte af længerevarende forløb med træning, undervisning og mestring, som kræver hyppigt fremmøde. Effekten forankres desuden bedst i samarbejde med tilbud i civilsamfundet, der kan hjælpe patienterne med at fastholde ny viden og nye vaner. Det kræver, at tilbuddene ligger tæt på, hvor patienterne bor. Det er også en del af det politiske grundlag for opgaveflytningen. Bemærkningerne til lovforslaget (L 42) henviser til forårsaftalen 2025, hvoraf det fremgår, at regionerne som udgangspunkt skal sikre, at der er patientrettede forebyggelsestilbud i alle kommuner, og at geografisk nærhed og tilgængelighed er centrale hensyn. Nærhed og høj faglighed står ikke i modsætning til hinanden. Kompetencerne kan samles regionalt, når tilbuddene udvikles og tilrettelægges, mens selve forløbene gennemføres lokalt. På den måde kan regionerne sikre både den faglige kvalitet, som opgaveflytningen skal give, og den nærhed, som er afgørende for effekten. Derfor opfordrer Lungeforeningen til, at det skrives ind i standarden, at der som udgangspunkt skal være et tilgængeligt tilbud i alle kommuner.

Mental sundhed skal være et selvstændigt element
Lungeforeningen finder ikke, at mental sundhed prioriteres tilstrækkeligt i kvalitetsstandarden. Høringsudkastet ændrer ikke væsentligt på det. Mental sundhed indgår stadig kun som et delelement under sygdomsmestring. De nye tilføjelser er begrænset til en sætning om handlerum og et punkt om, at pårørende skal lære at forebygge stress, angst og depression. Det står ikke mål med behovet. Psykisk mistrivsel gør det sværere at mestre en kronisk sygdom som KOL, og dermed at gennemføre de livsstilsændringer, som forebyggelsestilbuddene skal understøtte. Uden fokus på mental sundhed risikerer tilbuddene derfor at miste en del af deres effekt.

Selvstændig høring på monitoreringsdelen
Kapitel 9 fremstår ikke som en færdig version, og det fremgår direkte af teksten, at kapitlet konkretiseres yderligere, når den politiske implementeringsaftale er indgået. Derfor finder Lungeforeningen, at det skrives eksplicit ind i standarden, hvordan og hvornår der gennemføres en selvstændig høring på denne del af kvalitetsstandarden, når den

konkretiseres, og at patientforeningerne sikres mulighed for at indgå i den kommende proces og høring. Vi vil desuden gentage vores forslag om en enkel men forpligtende monitorering på den nye rettighed til patientrettet forebyggelse. Monitoreringen skal omfatte aktivitetsmål og effektmål og så vidt muligt bygger på eksisterende data.

Vi foreslår følgende indikatorer:

- Antal henvisninger til patientrettet forebyggelse.
- Antal med opstart i patientrettet forebyggelse (dvs. tilbud fra sundhedsråd), herunder gennemførelse og frafald.
- Antal/andel patienter i hhv. rød, gul og grøn i deres kronikerpakke, så vi kan følge, om dem med størst behov får tilbud.
- Antal opfølgninger på forløb.
- Deltagernes sygdomsmestring, viden om sygdom og forebyggelse samt adfærdsændringer, hhv. før og efter.
- Antal kontakter til almen praksis.
- Antal kontakter til andre speciallæger og sygehus.

Revision af kvalitetsstandard efter to år
Revisionen af den udsendte kvalitetsstandard er sket under et stramt tidspres. Processen med Folketingsvalg og regeringsdannelse har ikke levnet tid til den grundige faglige drøftelse, der skulle til for at sikre et reelt kvalitetsløft.
Vi så det derfor som et godt og inddragende initiativ, at Sundhedsstyrelsen gennemførte en præhøring. I præhøringen blev de samme udfordringer, som beskrevet ovenfor, adresseret.
Vi kan desværre konstatere, at der dog ikke er ændret nævneværdigt på kvalitetsstandarden ift. den gældende standard, heller ikke i forlængelse af præhøringen.
Vi er derfor meget utilfredse overfor det foreliggende udkast til kvalitetsstandard.
Udkastet sikrer langt fra det kvalitetsløft af den patientrettede forebyggelse, som er ambitionen i de politiske aftaler.
Samtidig er netop det kvalitetsløft helt afgørende for at lykkes med sundhedsreformens overordnede mål om omstilling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen.

Lungeforeningen finder, at det manglende løft af kvalitetsstandarden undergraver både de politiske ambitioner og effekten af sundhedsreformen. Ud over de ovenstående forslag til forbedringer af kvalitetsstandarden, mener Lungeforeningen, at det skal skrives ind i kvalitetsstandarden, at den skal revideres senest to år efter ikrafttrædelsen. Det vil give tid til at gøre arbejdet færdigt og sikre, at opgaveflytningen fører til det kvalitetsløft, den var

tiltænkt. Skulle ovenstående medføre spørgsmål eller ønske om yderligere drøftelse, står vi naturligvis til rådighed.

Med venlig hilsen,

Ann Leistiko
Direktør Lungeforeningen

Lungeforeningen
Strandboulevarden 49, 8.1
2100 København Ø

+45 6037 7313
lunge@lunge.dk
www.lunge.dk