

**VIDENSGRUNDLAG**  
FOR ANBEFALINGER FOR  
**FOREBYGGELSESTILBUD**  
TIL BORGERE MED KRONISK SYGDOM



SUNDHEDSSTYRELSEN

# INDHOLD

---

<b>SYGDOMSMESTRING</b>	<b>3</b>
<b>TOBAKSAFVÆNNING</b>	<b>5</b>
<b>FYSISK TRÆNING</b>	<b>12</b>
<b>ERNÆRINGSINDSATS</b>	<b>14</b>
<b>FOREBYGGENDE SAMTALE OM ALKOHOL</b>	<b>19</b>

# SYGDOMSMESTRING

---

## BAGGRUND

---

I takt med den stigende forekomst af mennesker med kronisk sygdom er der de senere år kommet større fokus på patienten/borgerens egen rolle i sygdomsbehandlingen og betydningen af egenomsorg og handlekompetence i forhold til optimeringen af behandlingen og forebyggelsen af sygdomsforværing. 'Undervisning om sygdommen' i en eller anden form er derfor en naturlig del af tilbuddet til borgere med kronisk sygdom.

Faktuelle skoleforløb inden for diabetes, astma, eksem og ryglidelser har været kendt i mange år, og har fået følge af tilbud til borgere/patienter med hjertesygdom, KOL og psykiske sygdomme med flere.

'Sygdomsmestring' refererer til en struktureret sundhedspædagogisk indsats, der sigter på at støtte borgeren i sin forståelse af livet med en given kronisk sygdom, herunder af den konkrete sygdoms nærmere karakter, behandlings- og forebyggelsesmuligheder samt sygdommens betydning for samspillet med omgivelserne. Indsatsen er sygdomsspecifik og kan foregå individuelt og/eller gruppebaseret.

Formålet med indsatsen er at styrke borgerens egenomsorg og dermed forbedre helbredsstatus og livskvalitet og gøre borgeren i stand til på bedst mulig måde at leve livet med kronisk(e) sygdom(me).

Den bagvedliggende tankegang har været, at tilførsel af viden skaber mulighed for, at borgeren bedre kan mestre egen sygdom og livet med denne.

I begyndelsen drejede undervisningen sig mest om at give faktuel viden, men efterhånden er der i stigende grad, og med udgangspunkt i et teoretisk grundlag (empowerment, selfefficacy), udviklet forskellige pædagogiske/sundhedspædagogiske tilgange i erkendelse af, at tilførsel af viden i sig selv ikke er tilstrækkelig (1, 3-4).

Indholdet i indsatsen er således ændret fra udelukkende at fokusere på sygdomsbehandling til også at inddrage hele den psykosociale kontekst, de tilstedeværende ressourcer og til at der fx arbejdes med handleplaner og praktiske planer til symptomhåndtering.

---

## VIDENSRUNDLAG

---

Med rapporterne om patientskoler og gruppebaseret patientuddannelse (1-2) og MTV-rapporten om patientuddannelse (3) blev der sat fokus på, at der generelt mangler en større indsigt i patientuddannelser, både hvad angår indhold, sundhedspædagogiske metoder, virkningsmekanismer, målgrupper, organisering samt effektmåling og behov for monitorering. Endvidere at dette kræver en struktureret, tværfaglig indsats inden for forskning og kvalitetsudvikling med videndeling på tværs af stat, regioner og kommuner.

Blandt andet understøttet af midlerne til den forstærkede indsats for patienter med kroniske sygdomme 2010-2012 har det betydet, at der har været

arbejdet med indsatser, der skulle styrke patienters egenomsorg og handlekompetence. Som følge heraf har Sundhedsstyrelsen i 2012 udgivet anbefalinger til at arbejde med systematisk kvalitetssikring af området.

Sundhedsstyrelsen har endvidere udgivet nationale kliniske retningslinjer med anbefalinger for patientuddannelse (sygdomsmestring) i forhold til mennesker med hjertesygdom, KOL og type 2-diabetes samt til børn og unge med astma. Anbefalingerne understreger, at der fortsat er behov for en forskningsmæssig indsats på området.

---

Når det drejer sig om ikke-sygdomsspecifikke indsatser, foreligger der evalueringer af både Lær at leve med kronisk sygdom indsatserne (9) og Lærings- og mestringsuddannelsen fra Region Midtjylland (10).

#### Referencer

- (1) Willaing I., Folmann AB., Gisselbæk AB., 2005. Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning – en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter. Sundhedsstyrelsen
- (2) Danske Regioner 2007. Gruppebaseret patientuddannelse i regioner og kommuner.
- (3) Sundhedsstyrelsen, 2009. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering.
- (4) Sundhedsstyrelsen, 2012. Kvalitetssikring af patientuddannelse.
- (5) Sundhedsstyrelsen, 2013. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering.
- (6) Sundhedsstyrelsen, 2014. National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL.
- (7) Sundhedsstyrelsen, 2015. National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes
- (8) Sundhedsstyrelsen, 2015. National klinisk retningslinje for ikke farmakologisk behandling af astma hos børn og unge.
- (9) Marthedal AB., et al., 2011. Lær at leve med kronisk sygdom indsatserne (nu 'Lær at tackle indsatserne'). Evaluering af udbytte, selv vurderet effekt og rekruttering. Dansk Sundhedsinstitut)
- (10) Vinther-Jensen K., Jensen AMS., 2012. Læring og Mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser. En kvantitativ evaluering. Region Midtjylland.

# TOBAKSAFVÆNNING

---

## BAGGRUND

---

Det bagvedliggende vidensgrundlag og anbefalingerne gælder først og fremmest tobaksvarer, der er bestemt til at ryges ved inhalation gennem fx cigaret, pipe, cigarer, cerutter eller vandpipe. Cigaretter er mest udbredt i Danmark (1). Tobaksvarer der indsnuses, suttes eller tygges er meget mindre udbredte i befolkningen (1). For alle tobaksvarer gælder det, at nikotinindholdet er en hovedårsag til regelmæssigt brug og udvikling af afhængighed (2). Det vurderes, at anbefalinger til tobaksafvænnning overordnet også kan omfatte røgfri tobaksvarer (3).

Opgørelser viser, at:

- 17 % af befolkningen over 15 år er dagligrygere i 2015 (1).
- 7 % af befolkningen (indgår i dagligrygerne) er storrygere i 2015 (15 eller flere cigaretter om dagen) (1).
- 6 % af befolkningen ryger lejlighedsvis i 2015 (1).

- Andelen af rygere er ligeligt fordelt mellem mænd og kvinder (1).
- Der er en klar social gradient med hensyn til rygning. Der er 4 gange så mange storrygere blandt de kortest uddannede end blandt de længst uddannede (10). Næsten 9 ud af 10 socialt udsatte rygere – og halvdelen er storrygere (11).
- Der er samtidig et ønske om røgfrihed i befolkningen. Opgørelser viser således, at: 62 % af rygerne ønskede i 2015 at holde op med at ryge (1)
- 25 % havde planer om at holde op inden for et halvt år i 2015 (1)
- 42 % af dagligrygere, som gerne ville stoppe med at ryge, ønskede også hjælp hermed i 2013 (10)

Sygdom kan være en særlig motiverende faktor for at gennemføre rygestop. Omkring halvdelen af de, der får en blodprop i hjertet, stopper med at ryge i forbindelse med deres sygdom (12).

## KONSEKVENSER AF RYGNING

---

Tobaksrygning er den enkeltfaktor, der har den største negative indflydelse på danskernes helbred. Rygning skader hele kroppen. Rygning er årsag til næsten alle tilfælde af lungekræft og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og øger kraftigt risikoen for mange andre kræftsygdomme og hjertekarsygdom. Derudover øges risikoen for øjensygdomme, muskel/skeletlidelser, mavesår, diabetes, paradentose, nedsat fertilitet, impotens, dårlig sårheling m.m. (2,4,5).

Tabel 1. Oversigt over helbredsskaden ved rygning (2)

Organsystem	Helbredsrisiko ved rygning
<b>Næse, mund, svælg og bihuler</b>	Kræft i mundhule, tunge, næse, bihuler, svælg, strubehoved Tænder: caries, tab af tænder Mundhule: betændelsestilstande i mundhulen, paradentose
<b>Bryst</b>	Brystkræft hos kvinder efter overgangsalderen
<b>Luftveje</b>	Lungebetændelse Lungekræft KOL Astma
<b>Hjerte-kar</b>	Åreforkalkning Angina pectoris (brystsmerter pga. åreforkalkning af hjertets kar) Blodprop i hjertet Aortaanuerisme (udposning på hovedpulsåren) Slagtilfælde (hjerneblødning – blodprop i hjernen) Subarachnoidalblødning (blødning under hjernehinden) Perifer okklusiv arteriesygdom (vindueskigger syndrom, åreforkalkning i benene) Buergers sygdom (afklemning af blodkar i benene)
<b>Spiserør-mave-tarm</b>	Mavesår Spiserørskræft Mavesækskræft Endetarms og tyktarmskræft Crohns sygdom (kronisk tarmbetændelse)
<b>Bugspytkirtel – sukkersyge</b>	Kræft i bugspytkirtlen Udvikling af insulinresistens og sukkersyge Ved sukkersyge: fremskynder udvikling af hjertekarsygdom, øget risiko for nyreskade, amputation og øget dødelighed
<b>Skjoldbruskkirtel</b>	Kræft i skjoldbruskkirtlen Struma og øget volumen af skjoldbruskkirtlen Graves øjensygdom (øjensygdom i forbindelse med struma)
<b>Urinveje</b>	Nyrekræft Blærekræft Stress inkontinens

Organsystem	Helbredsrisiko ved rygning
Kønsorganer og forplantning	Nedsat østrogenproduktion og tidligere overgangsalder Nedsat spermkvalitet Impotens Nedsat frugtbarhed hos kvinder
Lever og galde	Leverkræft Galdeblærekræft
Bevægeapparat	Osteoporose (knogleskørhed) Knoglebrud Discus prolaps og rygsmerter
Hud	Rynker Nedsat sårheling Afstødning af hudtransplantat Psoriasis (især pustuløs)
Øjne	Grå stær Aldersrelateret makuladegeneration (øjensygdom i den centrale del af nethinden)
Immunsystem	Nedsat modstandsdygtighed overfor infektioner
Hjerne	Komplekse interaktioner med skizofreni Højere doser af antipsykotisk medicin Vaskulær demens (demens pga. dårlig blodforsyning til hjernen)
Graviditet	Spontan abort Graviditet udenfor livmoderen Foreliggende moderkage og moderkageløsning For tidlig fødsel af lille barn (<2500 gr.) Øget dødelighed under og efter fødslen Specifikke misdannelser (især læbe-gane spalte) Vuggedød (pga. passiv rygning)

---

Årligt dør ca. 14.000 personer for tidligt alene på grund af rygning (ca. 25 % af alle dødsfald) (4,6), heraf dør (4):

- ca. 3.000 på grund af rygerelateret lungekræft
- ca. 1.500 på grund af andre kræftformer end lungekræft
- ca. 6.000 som følge af hjerte-karsygdomme
- ca. 3.600 på grund af KOL

Storrygerne dør i gennemsnit 8-10 år for tidligt og kan forinden forvente 10,5 leveår med langvarig belastende sygdom sammenholdt med personer, der aldrig har røget (4).

Det skønnes, at 320.000 danskere har KOL, heraf er ca. 165.000 danskere i behandling. Ca. 85 % af tilfældene er rygerelaterede, og op mod halvdelen af livslange rygere vil udvikle KOL, og heraf vil halvdelen udvikle klinisk betydende KOL (7). Ca. 5.600 personer lever med lungekræft, og der er ca. 4.500 nye tilfælde årligt. Mellem 80 og 90 % af tilfældene skyldes rygning (8).

Rygere og eks-rygere har 2,7 mio. ekstra kontakter til alment praktiserende læge om året og 150.000 ekstra indlæggelser årligt (4). Cirka 3 ud af 4 akutte indlæggelser på en intern medicinsk afdeling skyldes rygning (9).

---

## VIDENSGRUNDLAG

---

Der er evidens og dokumentation for effekt af forebyggende samtaler vedrørende rygning både i form af korte råd, kortere rådgivende samtaler samt længere forløb (2,13-15), som den danske standard for rygestopkurser (16-18), der udbydes af de fleste kommuner. Effekten stiger med længere forløb op til 4 møder over mindst en måned efter rygestopdagen (2).

Der er fundet effekt i meta-analyser af tobaksafvænningsbåde givet i gruppe, individuelt og via telefon (2,19-22). Der er fundet effekt af de tre tilgængelige førstevalgs farmakologiske rygestopmidler NRT, vareniclin og bupropion (2,23). Der er fundet evidens for, at kombination af to NRT præparater (plaster + et aktivt præparat) er mere effektivt end et præparat alene (2). Vareniclin har i studier vist den største effekt af de tre første valg (2). Der er endvidere fundet bedre effekt af kombinationer af rådgivning og farmakologisk hjælp end for hver del alene (2,23). Der er fundet effekt af tobaksafvænningsmed "psykosociale interventioner" for patienter med hjertekarsygdom (24,25) og for kombinationen af "psykosocial intervention" og rygestopmedicin for patienter med

KOL (7,26). Der er fundet effekt af tobaksafvænningsforud for operation (27).

Der er fundet effekt af rygestopinterventioner påbegyndt i forbindelse med hospitalsophold (28). Der er fundet effekt af korte interventioner givet af både læger og sygeplejersker (29).

Alle de nævnte metoder er vurderet cost-effektive i høj-indkomst lande (14).

Rygestopbasen har i årsrapport for 2013/14 dokumenteret, at 33 % af deltagere, som gennemførte mindst 75 % af et rygestopkursus, var vedvarende røgfri målt efter 6 måneder (13). Et fund der har varieret mellem 32 % – 35 % i alle år fra 2009–2014 (13).

Senest har studier peget på, at en særlig variant af korte råd "Very Brief Advice" (VBA) er en effektiv form for korte råd overfor tobak – både i almen praksis og på sygehus (30-32). Metoden er særligt udviklet til læger i almen praksis og på sygehuse og indeholder tre korte trin, der er designet til at tage mindre



---

end et minut: Spørg > Oplys om stopmetoder > Henvis. VBA er således en meget effektiv og konkret metode til at indlede et forebyggelsesforløb overfor tobaksafvænning, som anbefalet i "Forebyggelse i almen praksis og på sygehus, Guide til Sundhedspersonale".

Anbefalinger for indholdselementer i tobaksafvænning bygger primært på sammenstilling af eksisterende nationale modeller og koncepter for rygeafvænning udviklet af Kræftens Bekæmpelse indenfor det

nationale STOP samarbejde siden 1995 samt i særdeleshed viden, evidens, behandlingsanbefalinger og kompetencemål for professionelle dokumenteret og udviklet af National Centre for Smoking Cessation and Training (NCSCCT) i England med forskningsmæssig support fra University College London. For nærmere gennemgang henvises til referencer samt til NCSCCTs hjemmeside (16-18,33-39).

---

## REFERENCER

---

- (1) Sundhedsstyrelsen 2016. Danskernes Rygevaner 2015. 6. januar, 2016; Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2016/dansker-nes-rygevaner-2015>.
- (2) Pisinger C., 2011. Behandling af tobaksafhængighed: anbefalinger til en styrket klinisk praksis. Version 1.0 ed.
- (3) Ebbert JO, Elrashidi MY, Stead LF. Interventions for smokeless tobacco use cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 Oct 26;10:CD004306.
- (4) Sørensen J, 1961, Juel K, Brønnum-Hansen H, 2006. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
- (5) Hausteil K, Groneberg D. Tobacco or Health?, 2010. *Physiological and Social Damages Caused by Tobacco Smoking*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; Berlin, Heidelberg.
- (6) Statens Institut for Folkesundhed. Dødsfald relateret til rygning, Ugens tal for folkesundhed uge 8 2012. 22.02.12; Available at: [http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/08\\_2012.aspx](http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/08_2012.aspx). Accessed 01/2016, 2016.
- (7) Sundhedsstyrelsen, 2015. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL.
- (8) Flachs EM. et al. , 2015. Sygdomsbyrden i Danmark: sygdomme. Version 2.0 ed. Statens Institut for Folkesundhed, Sundhedsstyrelsen
- (9) Sundhedsstyrelsen, 2012. Forebyggelsespakke – tobak. version: 1.0; Versionsdato: 26. juni 2012 ed.
- (10) Sundhedsstyrelsen, 2014. Danskernes Sundhed: Den nationale sundhedsprofil 2013 (11) Sundhedsstyrelsen; 2013. Fremme af røgfrihed på væresteder, varmerestuer og lignende.
- (12) Sundhedsstyrelsen, 2015. Rygning og sygdom. 7. maj 2015; Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed-og-livsstil/tobak/rygning-og-sygdom>.
- (13) Rasmussen M, Bertel NF, Tønnesen H., 2014. Rygestopbasens årsrapport 2014 – aktiviteter afholdt i 2014 samt 2013 med opfølgning i 2014.

- 
- (14) West R, Raw M, McNeill A, Stead L, Aveyard P, Bitton J, et al. Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. *Addiction* 2015 Sep;110(9):1388-1403.
- (15) Kotz D, Brown J, West R. 'Real-world' effectiveness of smoking cessation treatments: a population study. *Addiction* 2014 Mar;109(3):491-499.
- (16) Kræftens Bekæmpelse, 2014 For rygestoprådgivere. 11. November, 2014; Available at: <http://www.cancer.dk/fagfolk/forebyggelse/rygning/rygestoppraadgivere/>.
- (17) Lind M, Jaspers K, Sonne TF, Kræftens Bekæmpelse (forening), 2006. Manual til individuel rygeafvænning. 3rd ed. Kbh.: Kræftens Bekæmpelse.
- (18) Kræftens Bekæmpelse; 2013. Manual til rygeafvænning i grupper. 3rd ed.
- (19) Carson KV. et al., 2012. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 May 16;5:CD000214.
- (20) Stead LF, Lancaster T., 2005. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 Apr 18;(2):CD001007.
- (21) Lancaster T, Stead LF., 2005. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 Apr 18;(2):CD001292.
- (22) Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T., 2013. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Aug 12;8:CD002850.
- (23) Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T., 2013. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 May 31;5:CD009329.
- (24) Barth J, Critchley J, Bengel J., 2003. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 Jan 23;(1):CD006886. doi(1):CD006886.
- (25) Sundhedsstyrelsen, 2015. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering.
- (26) Van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RW, Jacobs JE, van Schayck CP, 2003. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*;(2)(2):CD002999.
- (27) Thomsen T, Villebro N, Møller AM., 2014. Interventions for preoperative smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*;3:CD002294.
- (28) Rigotti NA, Clair C, Munafò M,R., Stead LF., 2012. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *The Cochrane database of systematic reviews* ;5:CD001837.
- (29) Nursing interventions for smoking cessation – Rice – 2013 – *Cochrane Database of Systematic Reviews – Wiley Online Library*. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD001188.pub4>. Accessed 2/12/2016, 2016.
- (30) Røgfrit København 2015. VBA metoden. Available at: <http://www.vbametoden.dk/desktop/index.html>.

- 
- (31) Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R., 2012. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction* 2012 Jun;107(6):1066-1073.
- (32) NATIONAL CENTRE FOR SMOKING CESSATION AND TRAINING, 2012. Project Report: Streamlined Secondary Care System.
- (33) Thomson H., 2012. Competences required for delivering a Standard Treatment Programme – Matches to the NHS Knowledge and Skills Framework. (34) West R, Evans A, Michie S., 2011. Behavior change techniques used in group-based behavioral support by the English stop-smoking services and preliminary assessment of association with short-term quit outcomes. *Nicotine Tob Res* 2011 Dec;13(12):1316-1320.
- (35) Michie S, Hyder N, Walia A, West R., 2011. Development of a taxonomy of behaviour change techniques used in individual behavioural support for smoking cessation. *Addict Behav* 2011 Apr;36(4):315-319.
- (36) McDermott MS. et al., 2013. Factors associated with differences in quit rates between "specialist" and "community" stop-smoking practitioners in the english stop-smoking services. *Nicotine Tob Res* 2013 Jul;15(7):1239-1247.
- (37) Michie S, Churchill S, West R., 2011. Identifying Evidence-Based Competences Required to Deliver Behavioural Support for Smoking Cessation. (Report). *Annals of Behavioral Medicine* 2011;41(1):59.
- (38) McEwen A., 2014. Standard Treatment Programme – A guide to providing behavioural support for smoking cessation. 2014.
- (39) West R. et al., 2013. NCSCCT Training Standard – Learning Outcomes for Training Stop Smoking Practitioners.

# FYSISK TRÆNING

---

## BAGGRUND

---

Fysisk aktivitet omfatter al bevægelse, der øger energiomsætningen, dvs. både ustruktureret aktivitet og mere bevidst, målrettet og regelmæssig fysisk aktivitet (1). Fysisk aktivitet omfatter altså et bredt spektrum af aktiviteter – lige fra idræt og motion samt fysisk træning, hvor målet er at forbedre den fysiske kapacitet, til hverdagsaktiviteter som havearbejde, en gåtur, cykling som transport eller at tage trappen.

Fysisk aktivitet har en meget gavnlig effekt på sundheden. Regelmæssig og tilstrækkelig fysisk aktivitet forlænger levetiden og levetiden med godt helbred. Fysisk aktivitet forbedrer knoglesundheden og reducerer det fald i fysisk funktionsevne, som følger med alderen (1).

## KONSEKVENSER AF UTILSTRÆKKELIG FYSISK AKTIVITET

---

Fysisk inaktivitet øger risikoen for bl.a. hjertesygdom, type 2-diabetes, bryst- og tyktarmskræft og forhøjet blodtryk. Det anslås, at fysisk inaktivitet i Danmark er skyld i (2):

- 6 % af alle tilfælde af hjerte-karsygdom
- 7 % af alle tilfælde af type 2-diabetes
- 9 % af alle tilfælde af brystkræft

Hvert år er knap 4.500 dødsfald i Danmark, svarende til 7-8 procent af alle dødsfald, relateret til fysisk inaktivitet (defineret som overvejende stillesiddende fritidsaktivitet) og dødsfald relateret til fysisk inaktivitet medfører årligt 50.000 tabte leveår.

Samtidig er dødsfald relateret til fysisk inaktivitet sker 11-12 år for tidligt for både mænd og kvinder (4).

Dertil kommer at fysisk inaktivitet årligt er skyld i (4):

- 2,6 mio. ekstra henvendelser til almen praksis
- ca. 100.000 hospitalsindlæggelser
- 3,1 mio. ekstra fraværddage fra arbejdet
- ca. 1.200 tilfælde af førtidspension

De årlige nettoomkostninger for sundhedsvæsenet som følge af fysisk inaktivitet anslås til 3.468 mio. kr. (5).

## VIDENSGRUNDLAG

---

I dag er der evidens for at fysisk træning kan indgå som en væsentlig del af behandlingen af en række sygdomme, som ikke nødvendigvis viser sig ved lidelser i bevægeapparatet. Det gælder fx type 2-diabetes, KOL, slidgigt, iskæmisk hjertesygdom, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol. Og der er evidens for, at fysisk træning i visse tilfælde er lige så effektiv som, og i særlige situationer kan være mere effektiv end

medicinsk behandling. Desuden kan fysisk træning sommetider bidrage til en endnu mere effektiv behandling, hvis der samtidig gives medicin (1).

KORA, Det Nationale Institut for Regioners og Kommuners Analyse og Forskning, har udarbejdet et baggrundsnotat, der har indgået i udarbejdelsen af anbefalingerne (6).

---

Følgende diagnosegrupper indgik:

- Kronisk obstruktiv lungesygdom
- Diabetes type 2
- Kroniske lænderygmerter
- Slidgigt i knæ
- Aterosklerotiske hjerte-karsygdomme
- Hjertesvigt
- Kronisk hovedpine (migræne og spændingshovedpine)
- Alzheimer
- Neurologiske lidelser (sklerose og Parkinson)
- Leddegigt
- Astma hos voksne

Superviseret fysisk træning er generelt en meget vigtig komponent i rehabiliteringsforløbet/behandlingen af de inkluderede kroniske sygdomme, og der er generelt god dokumentation for den fysiske aktivitets gavnlige effekt i forhold til reduktion af symptomer.

Den fysiske træning skal tilpasses den enkelte borgers sygdom og symptomer og tage udgangspunkt i patientens individuelle situation. Det kan fx ske ved, at der forud for træningsforløbet gennemføres en introducerende samtale.

Et andet vigtigt element er, at borgeren har mulighed for at gøre træningen livslang, og at den dermed opretholdes efter afslutningen af den superviserede træning. Det kan bl.a. opnås ved, at borgeren bliver støttet under forløbet i at finde de former for fysisk aktivitet der giver mening og livskvalitet for borgeren, og at der bliver fulgt op på indsatsen via en samtale med borgeren ved afslutningen af træningsforløbet.

Selvom der er evidens for den gavnlige effekt af træning, mangler der fortsat entydige beskrivelser af, hvad der er mest effektivt i forhold til træningsform, dosis (intensitet, frekvens og varighed), monitorering og progression.

---

## REFERENCER

---

(1) Sundhedsstyrelsen, 2011. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling.

(2) Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT., 2012 Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet July 2012: 9-19.

(3) Sundhedsstyrelsen, 2014. Danskernes sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2013.

(4) Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H., 2006. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed.

(5) Statens Institut for Folkesundhed, 2012. Estimering af niveauet for de samfundsmæssige omkostninger i 2012 på baggrund af resultater fra rapporten "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark". Internt notat udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsen.

(6) KORA, 2015. Baggrundsnotat – Til anbefalinger for patientrettede forebyggelsestilbud i forhold til fysisk træning i kommunerne.

# ERNÆRINGSINDSATS

---

## BAGGRUND

---

Sunde mad- og måltidsvaner har – i samspil med bl.a. fysisk aktivitet – stor betydning for at fremme og bevare et godt helbred og forebygge overvægt, underernæring og livsstilsrelaterede sygdomme som fx hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, visse kræftformer, knogleskørhed, muskel- og skeletsygdomme samt tab af funktionsevne. Sunde mad- og måltidsvaner spiller desuden en central rolle i forhold til tandsundheden (1). Mad og måltider har desuden en vigtig social funktion (2). Man er sammen om maden og måltiderne, hvor der er fokus på nydelse, smag og hygge (3). Mad og måltider har derfor indflydelse på sundhed og helbred, humør og generel livskvalitet (4).

Der findes ikke landsdækkende data for forekomsten af underernæring i Danmark. Undersøgelser har vist, at 20-30 % af patienterne ved indlæggelse på danske medicinske og kirurgiske afdelinger er underernærede. Det ses ofte i forbindelse med nyligt opstået betydeligt vægttab (5).

Vi har ikke data for forekomsten af uplanlagt vægttab blandt raske ældre, men den formodes at være lav (11). Op mod halvdelen af ældre, der bor i plejebolig eller modtager hjemmepleje, lider af uplanlagt vægttab (7, 12). De betegnes ofte som småtspisende og undervægtige ældre. Ca. 2/3 af de ældre, der udskrives til enten ambulant genoptræning eller genoptræningsophold, er i risiko for at komme i eller er allerede i dårlig ernæringsstilstand (7).

Ca. halvdelen (47 %) af den voksne befolkning (16 år eller derover) er overvægtige. 33 % er moderat overvægtige ( $25 \leq \text{BMI} < 30$ ), mens 14 % er svært overvægtige ( $\text{BMI} \geq 30$ ). Markant flere mænd end kvinder er moderat overvægtige, mens der ikke er kønsforskel i andelen af borgere med svær overvægt. Forekomsten af både moderat og svær overvægt stiger med alderen for begge køn – op til 74 år for moderat overvægt og op til 64 år for svær overvægt, hvorefter den falder (13).

Der ses klare sociale forskelle i forekomsten af overvægt, og forskellene er endnu større for svær overvægt. Jo færre års uddannelse, jo højere forekomst af både moderat og svær overvægt. Forekomsten af overvægt er 3-4 gange højere hos kortuddannede end hos længere uddannede (13, 14).

Befolkningen giver udtryk for en betydelig interesse for at spise sundt. Denne interesse er steget markant de sidste 20 år. I 1995 udtrykte 63 %, at de dagligt eller næsten dagligt bestræber sig på at spise sundt, mens det i 2008 var 78 %. Analyser viser en markant sammenhæng mellem intentionen om at spise sundt og de faktiske kostvaner (15-17). Omkring 1/3 med svær overvægt har modtaget råd fra egen læge om vægttab (44 % blandt mænd, 38 % blandt kvinder), om at ændre kostvaner (29 % blandt mænd, 27 % blandt kvinder) eller om at dyrke motion (38 % blandt mænd, 34 % blandt kvinder) (13).

---

## KONSEKVENSER AF UNDERERNÆRING OG UPLANLAGT VÆGTTAB

---

- Indlæggeshyppigheden blandt underernærede ældre er 3 gange højere end andres. Ydermere er indlæggelserne dyrere og af længere varighed. Imellem indlæggelserne er der desuden flere besøg hos praktiserende læge (6).
- Uplanlagt vægttab kan have alvorlige konsekvenser for fysisk, psykisk og social funktionsevne. Uplanlagt vægttab kan derfor øge behovet for hjælp og støtte i dagligdagen og øger risikoen for akut sygdom, indlæggelser, genindlæggelser og tidlig død (7).

- 
- Merudgifter i forbindelse med underernæring anslås til 6 mia. kr. om året, baseret på beregninger foretaget i andre europæiske lande (6).

---

## KONSEKVENSER AF OVERVÆGT

---

- 1.300-1.400 voksne dør hvert år af sygdomme relateret til overvægt, svarende til 2 % af alle dødsfald (8, 9).
- Borgere med svær overvægt har en kortere levetid, godt 2 år for mænd og godt 3 år for kvinder, i forhold til borgere med normalvægt. Svært overvægtige kan desuden forvente hhv. 5 og 10 færre gode leveår uden langvarig belastende sygdom sammenlignet med normalvægtige af samme køn (8, 9).
- Hvert år har borgere med overvægt 1,1 mio. flere kontakter til almen praksis end borgere med normalvægt, og 55.000 hospitalsindlæggelser om året er relateret til overvægt (8, 9).
- Sundhedsvæsenets nettoomkostninger som følge af overvægt anslås (i 2012-tal) til 1.988 mio. kr. pr. år (10).

---

## KONSEKVENSER AF UPLANLAGT VÆGTTAB OG OVERVÆGT FOR BORGERE MED KRONISK SYGDOM

---

Uhensigtsmæssige mad- og måltidsvaner kan forværre kronisk sygdom og øge risikoen for opståen af nye kostrelaterede livsstilssygdomme. Borgere med kroniske sygdomme, fx KOL, demens, gigt, knogleskørhed og inkompenseret hjertesygdom, er i særlig risiko for dårlig ernæringstilstand, og både uplanlagt vægttab (vægttab på minimum 1,0 kg) og overvægt (BMI  $\geq$  25, beregnet som vægten (i kg) divideret med kvadratet på højden (i m)) kan have alvorlige konsekvenser for borgere med kroniske sygdomme (5).

- Uplanlagt vægttab øger risikoen for tab af funktionsevne, komplikationer til sygdomme og hospitalsindlæggelser.
- Overvægt øger risikoen for andre sygdomme, komplikationer til disse og hospitalsindlæggelser, og risikoen øges med graden af overvægt.
- Både uplanlagt vægttab og overvægt øger risikoen for tidlig død.

Sunde mad- og måltidsvaner har gavnlig effekt i forhold til flere kroniske sygdomme, fx ved at reducere symptomer, eventuelt i kombination med fx medicin og fysisk træning.

---

## VIDENSRUNDLAG<sup>1</sup>

---

Der er dokumentation for, at en ernæringsindsats til patienter med kronisk sygdom, fx KOL, demens, type 2-diabetes samt iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt, der lider af hhv. overvægt og uplanlagt vægttab (uanset vægttabets størrelse), er vigtig i rehabiliteringen af borgere med kronisk sygdom. Der er generelt meget god dokumentation for en gavnlig effekt af en ernæringsindsats i forhold til en reduktion af de alvorlige konsekvenser, som følger af både overvægt og uplanlagt vægttab.

Litteraturen viser, at en individuel tilgang til og aktiv involvering af patienter med kroniske sygdomme i deres behandling har en positiv effekt på deres helbred. Det understøttes af litteratur med specifik fokus på hhv. behandling af svær overvægt og uplanlagt vægttab.

Indholdselementerne i en ernæringsindsats kan anvendes til både uplanlagt vægttab og overvægt og omfatter en indledende vurdering, for at afklare behovet for en ernæringsindsats. Ved behov tilbydes en individuelt tilpasset ernæringsindsats, der både kan foregå individuelt eller i grupper, afhængigt af om patienten er overvægtig eller har et uplanlagt vægttab, og af patientens formåen, ønsker og behov.

Den individuelle indsats bør omfatte følgende efter en indledende screening: Identifikation af risikofaktorer, vurdering af behov og ernæringsplan, handling, monitorering og evaluering, samt opfølgning, evt. revidering af ernæringsplan, samt dokumentation på alle niveauer. For patienter med kroniske progredierende sygdomme vil ernæringsindsatsen ofte skulle være livslang. Der peges specifikt på betydningen af det tværfaglige samarbejde ved ernæringsindsatsen med relevante faggrupper, som fx læge, sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut, tandpleje, m.v.

Det er en vigtig opgave at sikre, at patienten og evt. pårørende har en aktiv rolle. Den individuelle samtale suppleres efter behov med skriftligt informationsmateriale, der gennemgås med patienten. Med udgangspunkt i de indsamlede oplysninger om kostvaner og ernæringstilstand, patientens viden, færdigheder samt motivation udarbejdes der i fællesskab med patienten en ernæringsplan med strategi og mål for ernæringsindsatsen. Der kan indgå både kortsigtede og langsigtede mål for ændring af kostadfærd. Der udarbejdes et notat til patienten med de konkrete forslag/mål. Under de opfølgende samtaler kan følgende emner fx indgå: Evaluering i forhold til ernæringstilstanden, viden og forståelse for kostens betydning, compliance i forhold til ernæringsplanen, justering af ernæringsplanen, samt fysisk aktivitet og andre tværfaglige indsatser.

Sammenfattende viser litteraturen om effektive interventioner, at der er tale om en ernæringsindsats ved diætbehandling af klinisk diætist, der understøttes af andre fagprofessionelle, fx fysioterapeut og sygeplejerske. Litteraturen om effektive interventioner peger på, at der er tale om langvarige indsatser (flere år), med mange, regelmæssige opfølgninger og patientkontakter (ca. hver 2.-3. måned af op til en times varighed).

Som særlige sygdomsspecifikke hensyn nævnes, at patienter med KOL kan have problemer i form af både uplanlagt vægttab og overvægt, selvom uplanlagt vægttab formodentlig er det hyppigst forekommende. I forhold til ernæringsindsatsen ved uplanlagt vægttab er det vigtigt at være opmærksom på, om patienten har dysfagi. I forhold til en ernæringsindsats ved overvægt er det vigtigt at være opmærksom på, at overvægten muligvis har en beskyttende effekt ved fx hospitalsindlæggelser, hvorfor det er vigtigt altid at foretage en individuel vurdering. Problemstil-

---

1 Dette afsnit er baseret på "Notat til anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til patienter med kroniske sygdomme i forhold til en ernæringsindsats" (18). For referencer henvises til notatet. Se [www.sst.dk](http://www.sst.dk)



---

lingen med hensyn til dysfagi er også relevant i forhold til demens. Endvidere er der for denne patientgruppe særlige udfordringer, når det gælder en ernæringsindsats, der omfatter sondeernæring.

Selvom både type 2-diabetes og hjertekarsygdom ofte er forbundet med overvægt, så vil der være nogle patienter, der har det modsatte problem, nemlig uplanlagt vægttab. Og selvom overvægt er forbundet med øget risiko for komplikationer til sygdommen, så ses samtidig, at overvægten muligvis har en beskyttende effekt. Det samme ses hos overvægtige ældre, hvor der er begrænset eller ingen dokumentation for en positiv effekt af planlagt vægttab.

Fysisk træning samtidig med en ernæringsindsats synes generelt at være en fordel. Dog kan fysisk træning være kontraindiceret ved uplanlagt vægttab, hvis patienterne fortsat er småtspisende.

Litteraturen peger på, at de forskellige problemstillinger gør det nødvendigt med en individuel og evidensbaseret vurdering af, hvilken type ernæringsindsats patienten har behov for. Desuden er det nødvendigt, at der er fagpersoner involveret, som kan sikre, at der er tale om en tværfaglig ernæringsindsats, der kan tilgodese de forskellige problemstillinger.

### **Kostvejledning i form af forebyggende samtale**

Forebyggende samtale er en evidensbaseret metode, som kan anvendes til at støtte borgere i at ændre livsstil, fx med hensyn til alkohol, rygning, fysisk aktivitet, kost og stoffer. Man har arbejdet længst med metoden inden for alkohol og rygning.

I den videnskabelige litteratur anvendes lidt forskellige begreber for forebyggende samtale (brief intervention, kort intervention, very brief advice, enkle råd

mv), ligesom udformningen, indholdet og længden af samtalen varierer. Forebyggende samtale kan gradueres i tre niveauer: Korte råd (<5 min, information, korte standardiserede råd, evt. skriftligt materiale, og evt. henvisning til tilbud), Rådgivende samtale (10-15 min, dialog, information om risiko, individuel vejledning, støtte til at opsætte mål, kan inkludere motiveerende strategier og vurdering af motivation, evt. opfølgning) og Udvidet rådgivende samtale (>30 min, dialog, information om risiko, individuel vejledning, støtte til at opsætte mål, kan inkludere vurdering af motivation og motiverende samtale, tilbud om opfølgning).

Forebyggende samtale (oftest benævnt Brief Intervention) gennemført i almen praksis, sygehus eller kommune har vist moderat effekt i forhold til at opnå sundere kostvaner, nedsætte blodtryk og forbedre blodlipider, hvilket betyder reduceret sygdomsrisiko (19).

Der kan ikke peges på en optimal længde af den forebyggende samtale (<5 min, - >30 min), men litteraturen tyder på, at effekten øges, hvis forløbet som minimum består af tre personlige kontakter. Samtale i form af korte råd giver ringe effekt. I de fleste studier i litteraturen er samtalerne gennemført af diætister eller andet ernæringsuddannet personale (19).

Resultater fra litteraturen bør tolkes med nogen forsigtighed, idet en række forhold ikke er tilstrækkeligt beskrevet eller undersøgt, fx om effekt i forhold til forskellige målgrupper. Dog ses det, at raske personer med høj risiko for sygdom, og dermed større bevidsthed om deres øgede risiko for sygdom, opnår bedre resultater end grupper, der ikke har risiko (20).

---

## REFERENCER

---

- (1) Statens Institut for Folkesundhed, 2007. Folkesundhedsrapporten.
- (2) Holm L, Kristensen ST, (red), 2014. Mad mennesker og måltider – samfundsvidenskabelige perspektiver. Munksgaard.
- (3) Fischler C, Masson E, 2009. France, Europe, the United States: what eating means to us. Interview, 16. januar 2008, revideret af Fischler C 22. februar 2009.
- (4) Martins-Biggers JT, Berhaupt-Glickstein A, Worbey J, Byrd-Bredbenner C, 2012. Benefits of family mealtime across the growing years: A conceptual model. *FASEB J* 2012;26:815.10. 5
- (5) Sundhedsstyrelsen, DTU Fødevareinstituttet og Fødevarestyrelsen, 2015. Anbefalinger for den danske institutionskost.
- (6) Arla, Kost- og Ernæringsforbundet, 2014. Underernæring. Det skjulte samfundsproblem.
- (7) Socialstyrelsen, 2015. Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab.
- (8) Statens Institut for Folkesundhed, 2006. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark.
- (9) Sundhedsstyrelsen, 2013. Forebyggelsespakke – Overvægt.
- (10) Koch MB, 2012 Samfundsmæssige omkostninger og kommunale udgifter ved udvalgte risikofaktorer. Internt notat udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsen. (Upubliceret materiale).
- (11) Ernæringsrådet, 2001. Ernæring og aldring. Publ. nr. 28.
- (12) Socialstyrelsen, 2013. National handlingsplan for måltider og ernæring i hjemmeplejen og plejeboligen.
- (13) Sundhedsstyrelsen, 2014. Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013.
- (14) Koch MB, Davidsen M, Juel K, Statens Institut for Folkesundhed, 2012. Social ulighed i sundhed, sygelighed og trivsel 2010 og udviklingen siden 1987.
- (15) DTU Fødevareinstituttet, 2013. Danskernes faktiske kost og oplevelsen af sunde kostvaner.
- (16) DTU Fødevareinstituttet, 2009. Danskernes måltider, holdninger, motivation og barrierer for at spise sundt 1995-2008.
- (17) Knudsen VK et al., 2014. Identifying dietary patterns and associated health-related lifestyle factors in the adult Danish population. *Eur J Clin Nutr* 2014;68(6):736-40.
- (18) Bech AM, Professionshøjskolen Metropol, 2015. Notat til anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til patienter med kroniske sygdomme i forhold til en ernæringsindsats.
- (19) DTU Fødevareinstituttet, 2015. Brief interventions og uhensigtsmæssig kost.
- (20) Rees K et al., 2013. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;12: CD002128.

# FOREBYGGENDE SAMTALE OM ALKOHOL

## BAGGRUND

I Danmark drikker 10,3 % af mændene og 6,8 % af kvinderne over højriskgrænsen. Bortset fra de unge (16-24 år), er det iblandt de 55-74-årige, der er flest, som drikker over højriskgrænsen. Det gælder både for mænd og for kvinder (7).

På tværs af aldersgrupper drikker i alt 20,3 % af mændene og 20,8 % af kvinderne over lavrisikogrænsen (7). 38,8 % af mændene og 20,6 % af kvinderne drikker jævnligt (hver måned) fem eller flere genstande ved samme lejlighed (7).

Der er variation mellem aldersgrupper med hensyn til uddannelseslængde og alkoholvaner. Blandt mænd 25-44 år og 45-64 år er det tendensen, at jo kortere uddannelse, jo større andel drikker over højriskgrænsen. For kvinder i samme aldersgrupper er variationerne meget små, men med en tendens til at jo længere uddannelse, jo større andel drikker over højriskgrænsen.

Det er estimeret i 2008, at 140.000 personer i Danmark er afhængige af alkohol (8).

## KONSEKVENSER AF UHENSIGTMÆSSIGE ALKOHOLVANER

Alkohol har negativ betydning for mere end 200 sygdomme, herunder kræft-, lever-/mavetarm-, og hjerte-karsygdomme, forhøjet blodtryk og depression. Alkohol er skyld i ulykker som fald, forgiftning, drukning, trafikulykker, vold og selvmord (1,2,3).

Alkoholindtag under graviditeten øger risikoen for fosterdød og kan give skader på fosteret, lav fødselsvægt og for tidlig fødsel (2,4).

Alkohol er en af de enkeltfaktorer, som har størst negativ betydning for sygdomsbyrden. I Danmark er brug af alkohol skyld i 5 % af den samlede sygdomsbyrde (5). Hvis befolkningen undlod at drikke alkohol kunne følgende sygdomme og ulykkestilfælde hos europæiske mænd og kvinder forebygges (6):

Andel af sygdomstilfælde, der kan forebygges i Europa.

	Mænd	Kvinder
Skrumpelever	63 %	49 %
Hjerneblødning	26 %	0 %
Kræft i mund og svælg	41 %	28 %
Kræft i spiserør	46 %	36 %
Andre kræftformer	11 %	8 %
Epilepsi	45 %	36 %
Drab	41 %	32 %
Motorcykelulykker	45 %	18 %
Ulykker	32 %	16 %
Drukning	43 %	25 %

---

I 2013 var der 131.264 alkoholrelaterede kontakter til sygehus (9). Samme år var der 2.900 alkoholrelaterede dødsfald, hvor alkohol var den tilgrundliggende eller medvirkende årsag til døden (9).

Personer, der dør på grund af alkohol i Danmark, dør i gennemsnit 23-24 år tidligere, end hvis de ikke havde drukket alkohol (10).

Personer, der drikker over højrisikogrænsen, har hvert år mere end 150.000 ekstra kontakter til almen praksis (10).

De årlige kommunale merudgifter til alkoholoverforbrug er beregnet til mindst 3,6 mia. kr. årligt. Der er tale om et underestimat og er måske snarere 9 mia. kr. årligt (11). De årlige nettoomkostninger for sundhedsvæsenet som følge af alkoholoverforbrug anslås til 718 mio.kr. (12).

I 2013 var godt 13.000 i behandling på et alkoholbehandlingscenter (9).

---

## VIDENSGRUNDLAG

---

Omfattende forskning gennem mere end 30 år (13,14,15,16,17,18) peger generelt på, at forebyggende samtale i almen praksis (i litteraturen kaldet kort intervention) er en effektiv og økonomisk fornuftig indsats i forhold til borgere med storforbrug og skadeligt alkoholforbrug. Kun få undersøgelser er gennemført i sygehusregi og i kommuner.

To nyere enkeltundersøgelser har ikke vist samme grad af effekt for forebyggende samtale i almen praksis (19,20). Der pågår drøftelser blandt forskere om evidensgrundlaget. Der er enighed om nødvendigheden i at sætte fokus på implementeringsaspekter.

Ikke alle forhold er lige velbelyst i undersøgelserne, herunder tilbud til forskellige målgrupper. Indsatsen til borgere med særlig behov er fx ikke særlig velbelyst.

Der kan ikke peges på en optimal længde af samtalerne, men længere og mere intensive samtaler (udvidet rådgivende samtale), synes ikke at give yderligere effekt end en kortere indsats, men en helt kort indsats (korte råd på 5 min.) synes også at have en vis effekt. En OECD undersøgelse (21) viser, at forebyggende samtale i almen praksis er den ene af de to forebyggende indsatser på alkoholområdet, der giver mest gevinst i forhold til at vinde sundhed og leveår på alkoholområdet.

WHO har gennem mange år anbefalet implementering af forebyggende samtale (14,15), og implementering indgår i WHO European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020 (22).

---

## REFERENCER

---

- (1) WHO, 2014. Global status report on alcohol and health. 2011.
- (2) Sundhedsstyrelsen, 2013. Alkohol og helbred.
- (3) Sundhedsstyrelsen og DSAM, 2010. Spørg til alkoholvaner.
- (4) Andersen AN., et al., 2012. Moderat alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death. International Journal of epidemiology; 1-9.
- (5) Institute for Health Metrics and evaluation. <http://www.healthdata.org/results/country-profiles>
- (6) World health report 2002 statistical annex. Annex 7.
- (7) Sundhedsstyrelsen, 2014. Danskernes sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2013..
- (8) Statens Institut for Folkesundhed, 2008. Alkoholforbrug i Danmark. Kvantificering og karakteristik af storforbrugere og afhængige.
- (9) Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, 2015. Alkoholstatistik 2015. Nationale data.
- (10) Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H., 2006. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed
- (11) Sundhedsstyrelsen og KORA, 2013. Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol. Nr. 2.
- (12) Statens Institut for Folkesundhed, 2012. Estimering af niveauet for de samfundsmæssige omkostninger i 2012 på baggrund af resultater fra rapporten "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Internt notat udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsen.
- (13) O'Donnell A., et al., 2014 The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: A systematic review of reviews. Alcohol Alcohol. 2014 Jan-Feb; 49(1):66-78.
- (14) World Health Organization, 2009. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm.
- (15) World Health Organization, 2009. Handbook for action to reduce alcohol-related harm.
- (16) Socialstyrelsen, 2011. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 - vitenskapligt underlag - bilag.
- (17) Socialstyrelsen, 2011. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 - tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.
- (18) Socialstyrelsen, 2011. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 - hälsoekonomiskt underlag.
- (19) Christopher CB. et al., 2013 Training practitioners to deliver opportunistic multiple behavior change counselling in primary care: a cluster randomized trial. BMJ 346:f1191.doi:10.1136/bmj.f1191
- (20) Kaner E, Bland M, Cassidy P, et al., 2013. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomized controlled trial. BMJ;346:e8501.
- (21) OECD, 2015. Tackling harmful alcohol use. Economics and Health Policy.
- (22) World Health Organization, 2011. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020.



**Sundhedsstyrelsen**

Islands Brygge 67  
2300 København S  
sst@sst.dk  
Tlf. 72 22 74 00  
2016

