



KOMMUNALE FOREBYGGENDE OG REHABILITERENDE TILBUD TIL MENNESKER MED KOL I DANMARK

En national kortlægning

Oktober 2026



Anvendt
Sundhedsforskning



**Kommunale forebyggende og rehabiliterende tilbud til mennesker med KOL i Danmark
- En national kortlægning.**

Udarbejdet af:

Astrid Bjørnholt, Yasmina Mojib, Nina Kamstrup-Larsen, Christina Bjørk Petersen og Heidi Klakk Egebæk.

©Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Hovedvejen, indgang 5, stuen
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg
Telefon: 38 16 31 00

www.forebyggelseslaboratoriet.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-93775-46-6

Sprog: Dansk

Version: 1

Versionsdato: Oktober 2026

Format: pdf.

Rapporten er lavet i et samarbejde mellem Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse og Anvendt Sundhedsforskning, UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole. Udgivet af Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium.

INDHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	4
CENTRALE POINTER	5
DEFINITIONER	6
BAGGRUND	7
Formål	8
METODE	9
Dataindsamling	9
Analyse	9
RESULTATER	11
Nationalt overblik over kommunale KOL-tilbud.....	11
Struktur, indhold og organisering af KOL-tilbud	12
Kommunernes arbejde med evaluering	21
Målgruppebeskrivelse	21
Henvisningsveje og erfaringer med rekruttering til kommunale KOL-tilbud	22
Brobygning til civilsamfundet efter et KOL-tilbud	25
Synlighed og kvalitet på Sundhed.dk	26
KONKLUSION	27
PERSPEKTIVERING	28
REFERENCELISTE	29
BILAG	31

FORORD

Denne rapport giver et landsdækkende overblik over kommunale forebyggende og rehabiliterende tilbud til mennesker med KOL. Formålet er at styrke det nationale vidensgrundlag om patientrettet forebyggelse og bidrage til det kommende arbejde med pakkeforløb for mennesker med KOL.

Sundhedsreformen fra 2024 peger på forebyggelse, nærhed og lighed som bærende principper for fremtidens sundhedsvæsen. Samtidig varsles et styrket fokus på kroniske sygdomme, fælles kvalitetsstandarder og mere sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Hvis ambitionen om et mere sammenhængende og lige sundhedsvæsen skal realiseres, er det nødvendigt at skabe et fælles billede af den praksis, der allerede findes.

Kortlægningen bygger på en gennemgang af kommunernes oplysninger på Sundhed.dk suppleret med interviews med kommunale ledere og fagprofessionelle. Rapporten er deskriptiv og indeholder ikke vurderinger af kvaliteten af de enkelte tilbud. Resultaterne skal derfor ses som et vidensbidrag til det videre faglige og politiske arbejde på området.

Rapporten henvender sig til beslutningstagere, ledere, fagprofessionelle og andre aktører med ansvar for forebyggende og rehabiliterende tilbud til mennesker med KOL. Vi håber, rapporten kan styrke dialogen og understøtte udviklingen af mere sammenhængende og virkningsfulde tilbud på tværs af regioner, kommuner og civilsamfund.

Rapporten er udarbejdet af forskere fra Anvendt Sundhedsforskning, UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole samt Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse. Rapporten er den anden fælles udgivelse fra de to forskningsmiljøer. Den første rapport kortlagde kommunale forebyggende lænderygforløb og kan læses på Det Sektorfri Forebyggelseslaboratoriums hjemmeside.

Vi vil gerne rette en tak til de kommuner, der har bidraget ved generøst at dele erfaringer, prioriteringer og udfordringer. Derudover takker vi medlemmerne af den rådgivende gruppe for værdifulde drøftelser og faglig sparring i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten (se medlemmerne af den rådgivende gruppe i bilag 1).

CENTRALE POINTER

- 1 Alle 98 danske kommuner tilbyder forebyggende og rehabiliterende tilbud til mennesker med KOL.
- 2 KOL-tilbuddene bygger på mange års kommunal praksis, men er organiseret forskelligt på tværs af landet og tilpasses typisk den enkeltes sundhedsmæssige, funktionelle og sociale behov. Patientuddannelse er et gennemgående element, mens træning, pårørendeinddragelse og samarbejde med civilsamfundet varierer mellem tilbuddene. Derudover tilbyder flere kommuner individuelt tilpassede tilbud, herunder digitale løsninger og andre fleksible tilbud, som gør det muligt for mennesker med KOL at deltage hjemmefra.
- 3 Kommunerne arbejder systematisk med test, opfølgning og overgange til civilsamfundet, men manglende standardisering og datadeling begrænser muligheden for at dokumentere og sammenligne kvalitet, effekt og gennemførelse på tværs af kommuner.
- 4 Kendskab til KOL-tilbuddene blandt praktiserende læger er afgørende for rekruttering og henvisning. Sen henvisning og manglende kendskab til kommunens KOL-tilbud opleves fortsat som en gennemgående udfordring. Flere kommuner arbejder derfor målrettet med dialog og samarbejde med almen praksis.
- 5 Kortlægningen synliggør erfaringer og variationer, som kan bidrage til at udvikle og tilrettelægge fremtidens tilbud til mennesker med KOL i lyset af sundhedsreformen.

DEFINITIONER

Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL) er en kronisk og progredierende lungesygdom karakteriseret ved vedvarende luftvejsobstruktion og nedsat lungefunktion. Sygdommen medfører begrænset luftpassage i luftvejene, hvilket kan føre til symptomer som åndenød, hoste og nedsat fysisk kapacitet (1).

Kommunale forebyggende og rehabiliterende tilbud til mennesker med KOL anvendes i denne rapport som samlet betegnelse for tidsafgrænsede kommunale indsatser målrettet mennesker med KOL. Fokus er på patientrettet forebyggelse med henblik på at forebygge sygdomsforværring, komplikationer og funktionstab. Da forebyggende og rehabiliterende indsatser ofte er integreret i praksis, omfatter kortlægningen begge typer. Tilbuddene kan være forankret i servicelovens §86 (2) eller sundhedslovens §119 (3) og §140 (4), men da lovgrundlaget sjældent fremgår af registreringerne på Sundhed.dk, indgår alle relevante tilbud til mennesker med KOL i kortlægningen. I det følgende benævnes disse samlet som *KOL-tilbud*.

BAGGRUND

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en af de største folkesygdomme i Danmark. Omkring 400.000 mennesker lever med sygdommen, mens kun cirka halvdelen har fået stillet diagnosen (5). Derudover er KOL den sygdom, der forårsager flest dødsfald i Danmark (6,7). KOL er tæt forbundet med tobaksrygning, som fortsat er den væsentligste risikofaktor for udvikling af sygdommen (8,9). Den forventede stigning i antallet af mennesker med KOL afspejler både historiske rygemønstre og den demografiske udvikling med flere ældre mennesker (5). På trods af vedvarende fald i andelen af dagligrygere forventes antallet af personer, der lever med KOL, fortsat at stige i de kommende årtier (5). Sygdommen er forbundet med et stort antal kontakter til almen praksis, ambulante forløb og hospitalsindlæggelser samt betydelige samfundsøkonomiske omkostninger i form af øgede sundhedsudgifter og tabt arbejdskraft (6). Samlet understreger dette betydningen af tobaksforebyggelse, tidlig opsporing, rehabilitering og støtte til sygdomsmestring (9).

KOL påvirker ikke alene den enkeltes fysiske funktionsevne, men har også konsekvenser for social deltagelse, arbejdsmarkedstilknytning, psykisk trivsel og er en væsentlig årsag til nedsat livskvalitet (6,10). Mange mennesker med KOL lever desuden med andre samtidige sygdomme, hvilket kan gøre sygdomsforløbet komplekst og øge behovet for sammenhængende sundhedsindsatser (10,11). KOL er ligeledes en sygdom præget af betydelig social ulighed i sundhed og forekommer hyppigere blandt personer med kort uddannelse, lav indkomst og andre sociale risikofaktorer (12).

Nationale anbefalinger fremhæver en række patientrettede forebyggelsesindsatser til mennesker med KOL, herunder rygestopstøtte og vejledning, fysisk aktivitet, patientuddannelse, ernæringsindsatser og støtte til egenomsorg med henblik på at forebygge sygdomsforværring, indlæggelser og tab af funktionsevne (11). Disse indsatser indgår ofte som en integreret del af rehabiliteringstilbud til mennesker med KOL, som har til formål at reducere symptomer, forbedre funktionsniveau og styrke egenmestring (13–16). De nyeste politiske ambitioner på området fremhæver desuden betydningen af digitale løsninger, pårørendeinddragelse og samarbejde med civilsamfundet (17).

Gennem de seneste årtier har kommunerne opbygget en række patientrettede forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til mennesker med KOL (11). Med sundhedsreformen fra 2024 er det besluttet, at ansvaret for den patientrettede forebyggelse overgår fra kommunerne til regionerne fra 1. januar 2027 (17). Samtidig etableres nye sundhedsråd og kronikerpakker med fokus på mere sammenhængende forløb for mennesker med kronisk sygdom – herunder KOL. Ambitionen er at skabe større nærhed, bedre kvalitet og mere ensartede tilbud på tværs af landet samt at styrke sammenhængen mellem forebyggelse, behandling og rehabilitering (18).

Hvis overgangen til den nye organisering skal bygge videre på eksisterende erfaringer og styrker, er der behov for et nationalt vidensgrundlag om de tilbud og indsatser, som kommunerne har udviklet gennem mange år. Et sådant grundlag kan synliggøre både fælles karakteristika og lokale variationer og dermed understøtte fremtidige beslutninger om organisering, kvalitetsudvikling og prioritering på KOL-området (18).

Formål

Formålet med kortlægningen er at beskrive kommunale forebyggende og rehabiliterende tilbud til mennesker med KOL på tværs af Danmark. Kortlægningen har særligt fokus på de elementer, der fremhæves i kvalitetsstandarderne, herunder træning, patientuddannelse, rygestop, ernæring, sygdomsmestring, tværfagligt samarbejde, pårørendeinddragelse og samarbejde med civilsamfundet (11). Formålet er at skabe et samlet billede af de tilbud, der aktuelt tilbydes mennesker med KOL i Danmark, frem for at evaluere kvaliteten af de enkelte tilbud.

Kortlægningen udgør dermed et handlingsorienteret vidensgrundlag for udviklingen af mere ensartede og evidensinformerede KOL-tilbud i regi af sundhedsreformen og det kommende pakkeforløb for mennesker med KOL.

METODE

Dataindsamling

Kortlægningen er gennemført i to trin.

- 1) En systematisk gennemgang af kommunernes oplysninger på Sundhed.dk af KOL-tilbud i landets 98 kommuner.
- 2) Kvalitative semistrukturerede interviews med udvalgte kommunale repræsentanter på tværs af landet.

Trin 1 blev gennemført i perioden december 2025 til februar 2026 og omfattede en systematisk gennemgang af oplysninger på Sundhed.dk for alle kommuner ved søgning på nøgleordet 'KOL'. For hver kommune blev det registreret, om der fandtes et eller flere KOL-tilbud samt centrale karakteristika ved tilbuddene, herunder struktur (tilrettelæggelse, varighed, længde og faggruppe) og indhold. Fokus har specielt været at identificere KOL-tilbud, der understøtter anbefalinger for forebyggende og rehabiliterende tilbud målrettet personer med KOL (11,13–16). Yderligere blev organisering, henvisningsveje og kriterier hertil registreret.

I trin 2 blev der gennemført 15 kvalitative interviews med kommunale repræsentanter fra udvalgte kommuner. Kommunerne blev udvalgt strategisk for at sikre geografisk spredning samt variation i størrelse og demografi. Interviewene fokuserede primært på forebyggende kommunale KOL-tilbud efter §119. Interviewene blev gennemført online, varede ca. 45 minutter og fulgte en semistruktureret interviewguide. Interviewene blev optaget og transskriberet i Microsoft Teams med deltagernes samtykke. Interviewguiden og en oversigt over de deltagende kommunale repræsentanter fremgår af bilag 2 og 3. Datakategorier og registreringsprincipper ved brugen af Sundhed.dk som datakilde er nærmere beskrevet i bilag 4.

Analyse

Data fra Sundhed.dk blev behandlet og analyseret med programmeringssproget Python. Data blev rensat og kvalitetssikret, hvorefter de blev analyseret deskriptivt med fokus på omfang, udbredelse og karakteristika ved kommunernes KOL-tilbud. De kvalitative interviews blev analyseret tematisk med henblik på at identificere centrale mønstre, tendenser og væsentlige pointer i materialet (19,20). AI blev anvendt som et understøttende redskab i analysen af interviewmaterialet, hvor Microsoft 365 Copilot blev benyttet til at strukturere tematiske opsummeringer af de transskriberede interviews med udgangspunkt i tematikker fra interviewguiden. Derudover blev Gemini Notebook anvendt som

støtte til at lokalisere og genfinde relevante citater og tekstpassager i interviewtranskriptionerne. Den endelige fortolkning, udvælgelse af temaer og citater samt analytiske vurdering blev foretaget af førsteforfatteren. Meningsbærende citater blev udvalgt på baggrund af den samlede analyse og efterfølgende genhørt i de oprindelige interviews for at sikre korrekt kontekst. Citaterne i rapporten blev gengivet i anonymiseret form i kursiv med reference til det respektive interview og blev udvalgt med henblik på at illustrere centrale temaer.

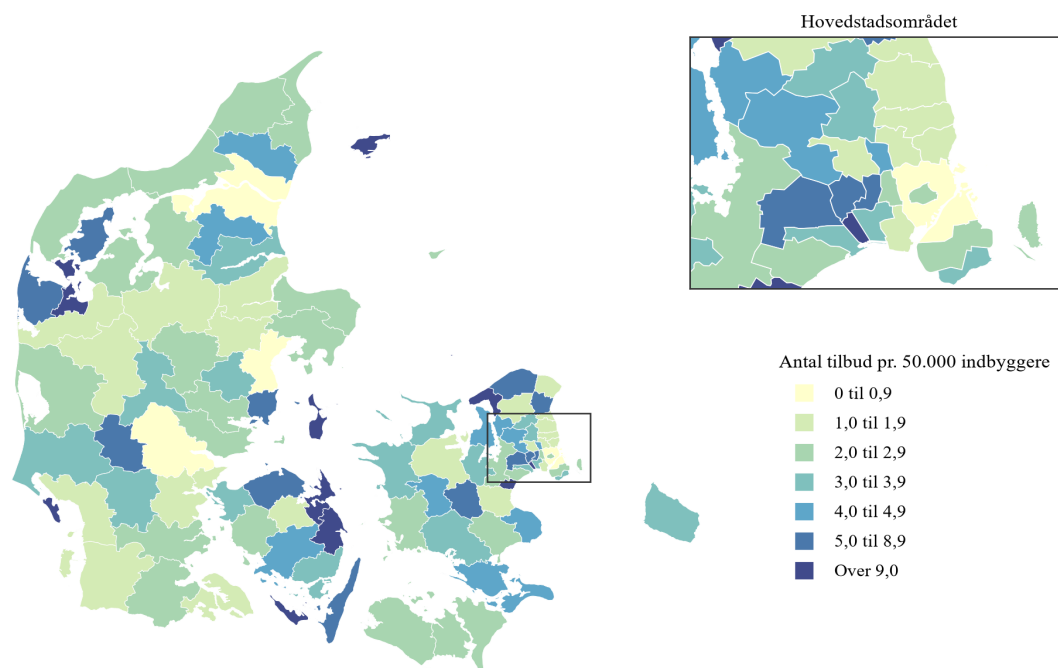
RESULTATER

Resultaterne fra Sundhed.dk og interviewene præsenteres samlet og er struktureret efter kortlægningens centrale temaer.

Nationalt overblik over kommunale KOL-tilbud

Kortlægningen viser, at alle danske kommuner har et eller flere tilbud til mennesker med KOL. I alt blev der registreret 305 KOL-tilbud, ved søgningen på Sundhed.dk med nøgleordet 'KOL'. KOL-tilbuddene var beskrevet under flere forskellige faner på Sundhed.dk. Hovedparten af KOL-tilbuddene er beskrevet under *somatiske sygdomme (lunge-sygdomme)* (209 tilbud, 68,5%). De resterende KOL-tilbud var hovedsageligt beskrevet under kategorierne *ernæring, bevægelse og træning* samt kombinationer af disse.

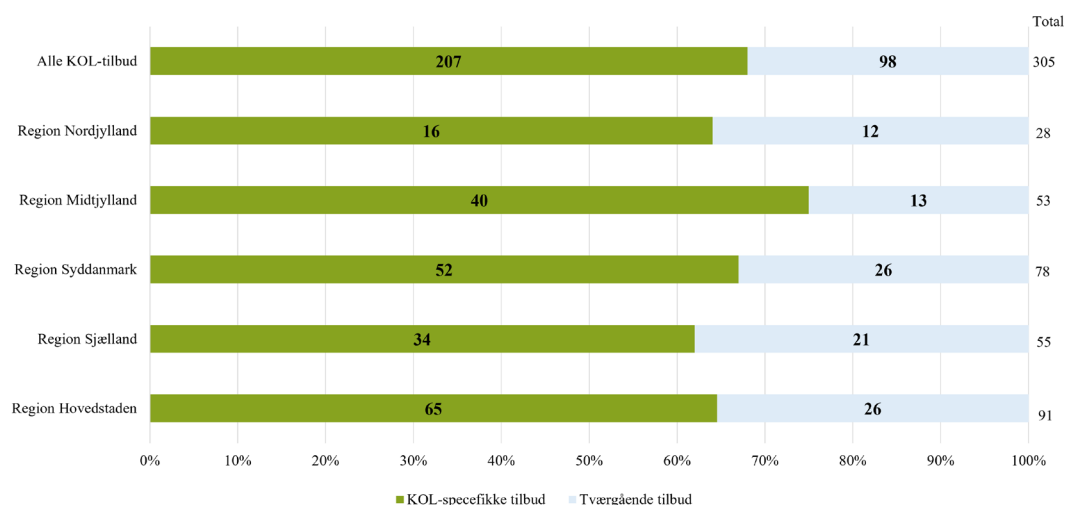
Figur 1 viser den geografiske fordeling af KOL-tilbud pr. 50.000 indbyggere på tværs af kommuner. Kommunerne er inddelt i syv kategorier. De lyseste farver angiver kommuner med færrest KOL-tilbud, mens de mørkeste farver angiver kommuner med flest KOL-tilbud. Der ses betydelig variation mellem kommunerne, men intet tydeligt geografisk mønster. Kommuner med relativt mange tilbud ligger side om side med kommuner med relativt få KOL-tilbud, både inden for og på tværs af regionerne.



Figur 1: KOL-tilbud pr. 50.000 indbyggere fordelt på kommuner. Beregnet på baggrund af data fra Sundhed.dk og folketal pr. 1. januar 2026 fra Danmarks Statistik (21). Danmarkskortet er opbygget som et choroplethkort ud fra DAGI's kommunegrænser (22).

Struktur, indhold og organisering af KOL-tilbud

De 305 registrerede KOL-tilbud omfatter både tilbud, der er specifikt målrettet mennesker med KOL (KOL-specifikke tilbud), og tværgående tilbud, hvor mennesker med KOL deltager sammen med mennesker med andre kroniske sygdomme. Størstedelen af tilbuddene er KOL-specifikke (207, 68%). De resterende tilbud er rettet mod mennesker med forskellige kroniske sygdomme, hvor KOL indgår som en del af målgruppen. Figur 2 viser fordelingen af KOL-tilbud i KOL-specifikke tilbud og tværgående tilbud opdelt på regionerne. Region Midtjylland er den region, hvor den største andel af KOL-tilbuddene er KOL-specifikke, hvilket gælder for 40 ud af 53 tilbud, svarende til 75%. Region Nordjylland er derimod den region med den laveste andel af KOL-tilbud, som er KOL-specifikke (16 tilbud, 57%).



Figur 2: Andel af KOL-specifikke tilbud og tværgående tilbud fordelt på regioner. Figuren viser både den procentvise fordeling og antallet af tilbud. Opgørelsen er baseret på oplysninger fra Sundhed.dk

Interviewene viser, at kommunerne tilrettelægger deres KOL-tilbud forskelligt, afhængigt af lokale ressourcer, borgergrundlag og faglige prioriteringer. Mens nogle kommuner tilbyder KOL-specifikke tilbud, vælger andre kommuner at samle mennesker med blandede kroniske sygdomme (tværgående tilbud til mennesker med kroniske sygdomme). Blandt kommuner med KOL-specifikke tilbud fremhæves det, hvordan deltagerne kan spejle sig i hinandens erfaringer og opleve et fællesskab med andre, der står i lignende situationer: *"Vi spørger borgerne, hvad de har fået ud af det: 'Det er delingen af viden med hinanden, og at det har været rart at høre andres historier'. Ofte kommer de [mennesker med KOL] og tror, de er alene om at have det, som de har det, så det med at høre: 'Jeg er ikke den eneste, der puster op ad trapperne eller er begyndt at sige nej til sociale sammenkomster', det er ofte det, de får ud af det"* (interview 9). Citatet peger på, at KOL-specifikke tilbud kan understøtte erfaringsudveksling mellem mennesker med KOL og mindske oplevelsen af at være alene med sygdommen. Flere informanter vurderer samtidig, at KOL-specifikke tilbud understøtter muligheden for at arbejde med KOL-relaterede problemstillinger og bevare en høj grad af faglig specialisering. Dette kommer blandt andet til udtryk i følgende citat: *"Jeg håber ikke, at vi kommer til at blande diagnoserne, med de fremtidige ændringer [.....]. Diagnoserne er meget forskellige. Så jeg håber, at det diagnosespecifikke forbliver, så det ikke bare bliver en pærevælling af alt sammen. Det vil stille et kæmpe krav til alle [...], og jeg synes det vil forringe kvaliteten væsentligt"* (interview 15). Derudover fremgår det af flere interviews, at muligheden for at oprette KOL-specifikke tilbud i høj grad afhænger af antallet af henvisninger (interview 2, 4 og 9): *"Vi er jo heldigt stillet, at der er mange med KOL, og vi får mange henvisninger, så vi kan lave særskilte hold"* (interview 9). Citatet indikerer, at kommunen modtager tilstrækkeligt mange henvisninger vedrørende mennesker med KOL til at kunne tilbyde særskilte hold, hvorimod andre kommuner beskriver den modsatte situation: *"Vi har ikke så mange eller nok, hvis vi skulle lave et rent KOL-hold [.....]. Det er jo mest hensigtsmæssigt, at man havde fuld fokus på det"* (interview 2). Et andet interview peger ligeledes på,

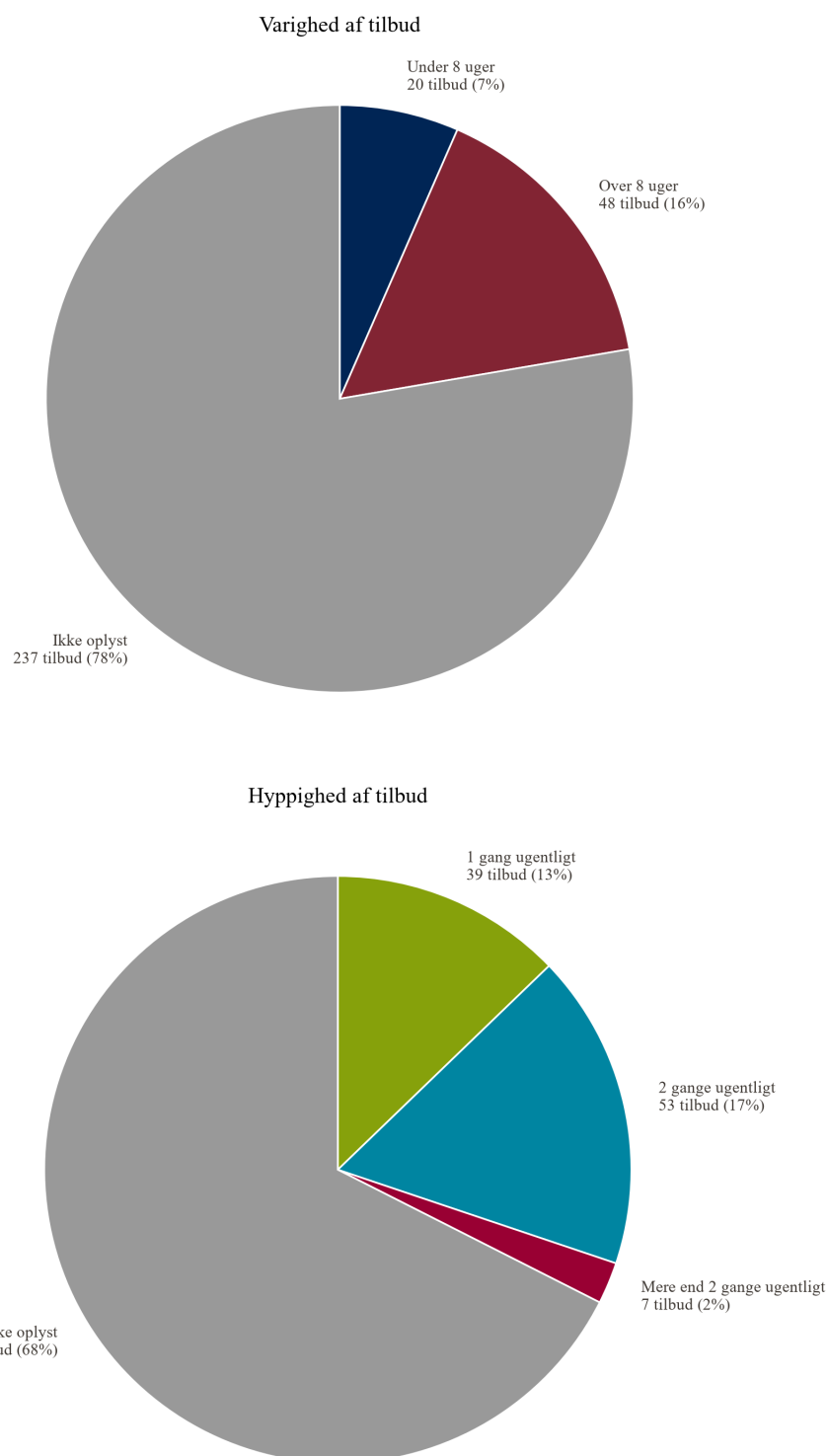
at et begrænset borgergrundlag udgør en barriere for at etablere KOL-specifikke tilbud: *”Vi træner dem sammen med hjertepatienter [...], fordi vi har et forholdsvis lille borgergrundlag”* (interview 4).

Andre interviews peger på fordele ved tværgående tilbud. Her fremhæves især, at deltage med forskellige sygdomme kan bidrage positivt til hinandens motivation: *”Det er en god ting ved at have dem [mennesker med blandede sygdomme] på et hold sammen i forhold til motivationen, f.eks. kan de lære af hinanden og blive mere motiverede, end hvis der står 10 mand og alle sammen hiver efter vejret, det smitter”* (interview 10). Denne pointe understøttes af et andet interview, hvor en repræsentant fra kommunen beskriver, at blandede hold ofte opleves som mere energifyldte end diagnosespecifikke hold: *”Vi har en enkelt gang prøvet, da vi var med i et projekt med KOL og sang, hvor vi havde træning [...]. Det var en virkelig tung gruppe at have med at gøre. De [mennesker med KOL] havde ingen energi. De er sværere at trække op, end når vi kører blandede forløb. Fordi her er nogle, der kommer med væsentlig bedre fysik [...] og med et andet overskud, end dem der går i konstant iltmangel”* (interview 12). På trods af de nævnte fordele fremhæves også udfordringer ved blandede hold, og de kommer til udtryk i følgende citat: *”Det vil kræve rigtig meget af mig, hvis jeg både skal vide noget om hjer-teområdet og kræftområdet [...] f.eks. bivirkninger på medicin [.....]. Man vil ikke føle sig kompetent på alle områder”* (interview 15).

Samlet viser interviewene, at der eksisterer en spænding mellem hensynet til diagnosespecifik specialisering og behovet for organisatorisk fleksibilitet. KOL-specifikke tilbud fremhæves især for deres målrettede faglige fokus og mulighed for gensidig spejling blandt deltagerne, mens tværgående tilbud beskrives som en pragmatisk løsning, der kan understøtte motivation, håndtere multisygdom og sikre tilstrækkeligt deltagergrundlag. Valget mellem de to organisatoriske modeller synes i høj grad at være påvirket af kommunernes størrelse, borgergrundlag og henvisningsvolumen.

Længde og varighed

Oplysninger om tilbuddenes hyppighed og varighed var kun tilgængelige for en mindre del af de 305 KOL-tilbud. Oplysninger om hyppighed var registreret for 99 KOL-tilbud (33%), mens oplysninger om varighed var registreret for 68 KOL-tilbud (22%) (figur 3). Blandt de KOL-tilbud, hvor varigheden er oplyst, har de fleste tilbud en varighed på otte uger eller derover (48 tilbud), mens et mindre antal tilbud har en varighed på under otte uger (20 tilbud). Hyppigheden varierer typisk mellem én og to mødegange ugentligt, og kun et mindre antal tilbud har mere end to mødegange ugentligt. 53 KOL-tilbud tilbyder to mødegange ugentligt, mens 39 KOL-tilbud tilbyder én mødegang ugentligt.



Figur 3: Varighed og hyppighed af KOL-tilbud. Procenter er beregnet ud fra det samlede antal KOL-tilbud (305).

Hvilke faggrupper varetager KOL-tilbud

Ifølge oplysninger fra Sundhed.dk varetages lidt mere end halvdelen (59%) af KOL-tilbud af en anden sundhedsfaglig person. En mindre andel af KOL-tilbuddene varetages af en kombination af flere faggrupper herunder sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og kliniske diætister.

Interviewene uddyber resultaterne fra Sundhed.dk og viser, at KOL-tilbuddene overvejende varetages af tværfaglige teams bestående af fysioterapeuter, sygeplejersker og diætister, mens enkelte kommuner også inddrager ergoterapeuter. Interviewmaterialet viser desuden, at de kommunale medarbejdere løbende deltager i KOL- og lungerelevante efteruddannelseskurser, og at nogle af patientunderviserne på KOL-tilbuddene har gennemført et sundhedspædagogisk kursus.

Individuelt tilpassede KOL-tilbud

Interviewene viser, at nogle kommuner differentierer KOL-tilbuddene for at matche funktionsniveau, sygdomssværhedsgrad og individuelle behov. Tilpasningen sker blandt andet på baggrund af fysiske test, GOLD-klassifikation¹, (23) samt vurdering af den fysiske og psykiske situation. Som det fremgår af et interview: *“Vi laver en test inden og ser, hvor niveauet ligger [...], herefter inddeler vi efter funktionsniveau”* (interview 7). Af andre interviews fremgår det, at de anvender GOLD-klassifikation, som grundlag for at differentiere KOL-tilbuddenes indhold og omfang. Dette illustreres i følgende citat: *“Vi differentierer i forhold til goldstandard [GOLD-klassifikation]. Så dem, der tilhører goldstandard B og E, de bliver tilbudt et almindeligt pakkeprogram, som er blevet opbygget ud fra forløbsbeskrivelser”* (interview 1). Samme kommunale repræsentant beskrev desuden, hvordan mennesker med GOLD-klassifikation A tilbydes en mindre omfattende indsats, hvilket kommer til udtryk i citatet: *“Til dem, der tilhører goldstandard A [GOLD-klassifikation A], der tilbyder vi noget helt andet [.....]. De får tilbudt en enkelt mødegang på 1,5 time i en gruppe [.....]. Her fortæller vi om KOL-sygdommen, og hvad man selv kan gøre. Og så afhænger det af, hvad der rører sig i gruppen, og hvad vi går mere ind i. Derudover hjælper vi dem med at downloade Mit liv min Sundhed”* (interview 1). Interviewene peger desuden på, at der tilbydes målrettede tilbud til mennesker med KOL med behov for ekstra støtte. Dette fremgår i følgende citat: *“Vi har et lidt mere hensyntagende hold, det vi kalder vores fleksible hold, det er til lungesyge, der har flere komorbiditeter og dem der måske lige er opstartet med ilt, eller dem der er mere sårbare - det kan være de har en psykisk lidelse eller på anden vis har svært ved at indgå på et hold”* (interview 14). Dette understøttes yderligere af følgende citat: *“Der er noget, der hedder lungehold, og det er til de rigtig dårlige [...] blandt andet dem med angst [...], dem som er lidt kognitiv udfordret eller dem, der ikke selv kan finde ud af at indstille maskinerne”* (interview 1).

Samlet peger interviewene på, at kommunerne søger at matche tilbuddenes indhold og intensitet til forskellige behovsgrupper. Differentieringen af KOL-tilbuddene baseres på

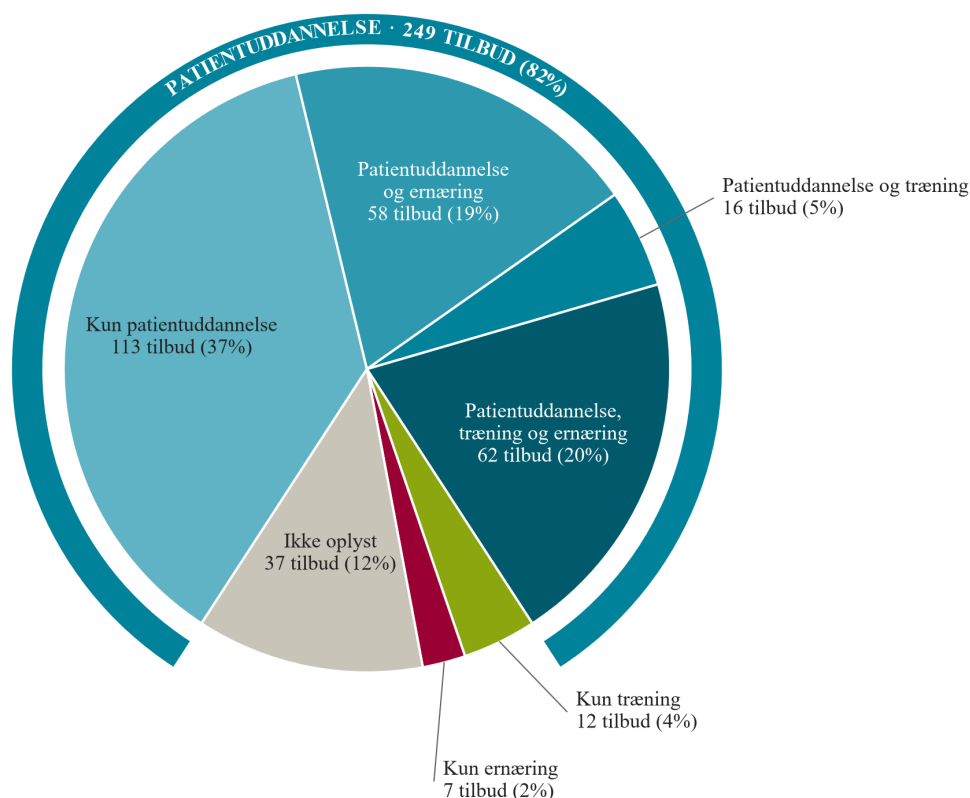
¹ GOLD-klassifikation anvendes til vurdering af KOL ud fra symptomer, lungefunktion og risiko for eksacerbationer og opdeles i A, B og E. A: Få symptomer og lav risiko for eksacerbationer, B: Flere symptomer og lav risiko for eksacerbationer og E: Høj risiko for eksacerbationer uanset symptomniveau.

en bred vurdering af den enkeltes situation. Tilpasningen omfatter ikke alene sygdomssværhedsgrad og fysisk funktionsniveau, men også komorbiditet, psykiske udfordringer, kognitive vanskeligheder og behov for støtte.

Indholdet af KOL-tilbud

Ved kortlægningen er der særligt lagt vægt på at undersøge, i hvilken grad de kommunale KOL-tilbud omfatter anbefalede komponenter såsom patientuddannelse, træning, indsatser til rygestop og ernæring, samt støtte til sygdomsmestring (11).

Ifølge oplysninger fra Sundhed.dk er patientuddannelse det mest udbredte element og indgår i størstedelen af de registrerede KOL-tilbud, hvilket gælder for 249 KOL-tilbud, svarende til 82%. Derudover fremgår det af figur 4, at patientuddannelse ofte kombineres med andre elementer. Den hyppigste kombination er patientuddannelse, træning, ernæringsscreening og -intervention (ernæring) (62 tilbud, 20 %), mens kombinationen af elementerne patientuddannelse og træning indgår i en mindre del (16 tilbud, 5%). Enkelte KOL-tilbud indeholder kun træning eller ernæring.



Figur 4: Fordeling af indholdselementerne patientuddannelse, træning og ernæringsscreening og -intervention (ernæring) blandt de 305 registrerede KOL-tilbud. Baseret på oplysninger fra Sundhed.dk. Tallene summerer ikke til 100% på grund af afrunding.

Ved opdeling af KOL-specifikke tilbud og tværgående tilbud til mennesker med kroniske sygdomme ses det, at de KOL-specifikke tilbud i højere grad indeholder patientuddannelse (187 ud af 207 KOL-specifikke) og styrke- og udholdenhedstræning (68 ud af 207 KOL-specifikke).

Interviewene peger på, at træningen i KOL-tilbuddene typisk omfatter både styrke- og udholdenhedstræning. Derudover er der et gennemgående fokus på lungespecifik træning, som omfatter træning i vejrtrækningsteknikker, håndtering af åndenød samt vejledning i brug af PEP-fløjte. Dette kommer blandt andet til udtryk i citatet: *“Åndedrætsteknikker det er især noget, vi oplever, at de her borgere [mennesker med KOL] har rigtig stor glæde af”* (interview 11). Dette fremhæves også i et andet interview: *“Selvfølgelig har fysioterapeuten også fokus på vejrtrækningsteknikker”* (interview 6). Patientuddannelse udgør ligeledes et centralt element i KOL-tilbuddene. Indsatsen fokuserer på sygdomsspecifik viden og sygdomsmestring, herunder forståelse af KOL, korrekt anvendelse af inhalationsmedicin samt håndtering af forværringer og symptomer. Interviewene viser desuden, at kommunerne også tilbyder indsatser rettet mod de hverdagsmæssige konsekvenser af at leve med KOL. Disse omfatter blandt andet undervisning i energiforvaltning, kostvejledning, søvn, seksualitet, nikotinstop samt støtte til håndtering af angst, herunder angst forbundet med åndenød. Interviewene peger samtidig på, at rygestop udgør en central forebyggende indsats i kommunerne. Dette tilrettelægges dog ofte med udgangspunkt i individets motivation og parathed til forandring, og flere kommuner beskriver, hvordan rygestop i nogle tilfælde introduceres gradvist som en del af KOL-tilbuddet.

Overordnet viser interviewene, at de kommunale KOL-tilbud omfatter en bred vifte af indsatser, der både adresserer fysiske, sygdomsspecifikke og hverdagsrelaterede udfordringer ved at leve med KOL.

Inddragelse af pårørende

Beskrivelserne på Sundhed.dk viser, at 54 KOL-tilbud (18%) omfatter inddragelse af pårørende. Interviewene peger på, at pårørende betragtes som en vigtig ressource i de kommunale tilbud til mennesker med KOL. Pårørende inviteres ofte til den indledende samtale samt til dele af undervisningen, mens de typisk ikke deltager i træningsaktiviteterne. Dette illustreres i følgende citat: *“Pårørende er altid en vigtig del i vores forløb, og vi inddrager dem, når vi synes, det er relevant. De bliver tilbudt at deltage i undervisningen, men ikke til træningen”* (interview 14). Et andet interview fremhæver også, at deltagelse fra pårørende kan styrke forståelsen af de udfordringer, der er forbundet med at leve med KOL: *“Jeg er stor fortaler for at have dem med på vores hold. Hvis de [mennesker med KOL] har en pårørende eller en ægtefælle, så vil jeg rigtig gerne have, at de er med på vores undervisningsforløb, fordi det giver god mening, at de også får en forståelse for, hvad det egentlig er deres ægtefælle eller pårørende kæmper med i hverdagen”* (interview 10). Selvom citaterne illustrerer, at de pårørende generelt anses som en vigtig del af KOL-tilbuddene, er det et gennemgående fund, at meget få pårørende, benytter sig af tilbuddet (interview 11, 12 og 14): *“Det er meget få, der benytter sig af muligheden. Tidligere havde vi en hel kursusgang for pårørende sammen med*

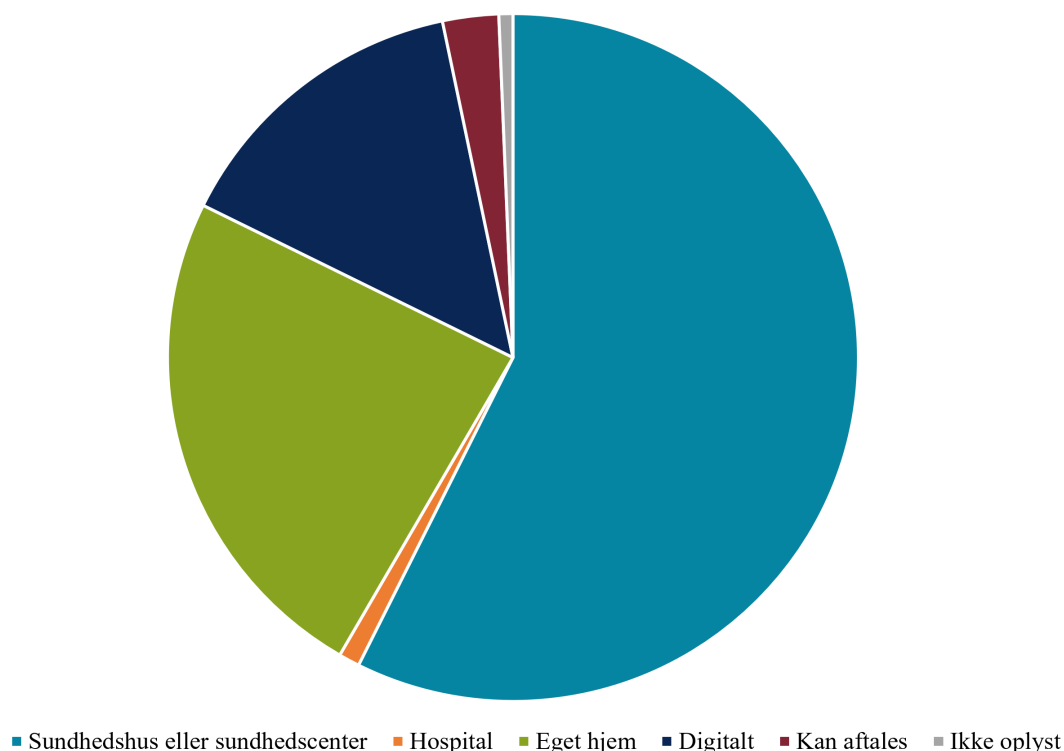
deres syge familiemedlem, men der var så få, der kom, så det blev nedlagt" (interview 14). Dette fremhæves også i et andet citat: *"Det er højest 5-10%, der gør brug af at have en pårørende med, men til den afklarende samtale, er der i højere grad en pårørende"* (interview 11). Et andet interview peger på, at det påvirker deltagernes oplevelse, hvis kun få har en pårørende med: *"Der sker altså noget, når der kun er én pårørende, så deltager de [mennesker der har sin pårørende med] ikke på samme måde som de andre gør"* (interview 3). Interviewmaterialet peger på flere mulige forklaringer på, hvorfor relativt få pårørende deltager. Et interview beskriver, at dette kan hænge sammen med organiseringen af tilbuddet, hvilket kommer til udtryk i følgende citat: *"Om det er, fordi vores tilbud ligger om formiddagen [...] eller vores struktur, hvor vi måske skulle lægge det på nogle andre tidspunkter"* (interview 7). Af andre interviews fremgår det, at mange mennesker med KOL ofte bor alene og ikke længere har en ægtefælle, hvilket kan være en medvirkende forklaring på den lave deltagelse blandt pårørende.

På trods af det lave fremmøde blandt pårørende i KOL-tilbud, tilbyder flere kommuner også særlige indsatser målrettet pårørende. Disse tilbud er dog sjældent KOL-specifikke, men retter sig bredt mod pårørende til personer med kronisk sygdom. Et eksempel er kurset *"Lær at tackle hverdagen som pårørende"*, som flere kommuner henviser til (24).

Generelt viser interviewmaterialet, at pårørende anses som en vigtig ressource i KOL-tilbuddene, da deres deltagelse kan øge forståelsen af de udfordringer, som mennesker med KOL oplever i hverdagen. Derfor har mange tilbud et fokus på pårørende, men interviewene peger samtidig på, at relativt få pårørende benytter sig af tilbuddet.

Organisering af KOL-tilbuddene

Det fremgår af oplysninger fra Sundhed.dk, at lidt over halvdelen af KOL-tilbuddene foregår i sundhedshuse eller sundhedscentre (175 tilbud, 57%), mens en mindre del af tilbuddene foregår i eget hjem (24%) eller digitalt (14%). For otte KOL-tilbud fremgår det, at afviklingen kan aftales individuelt, f.eks. som fysisk fremmøde i kommunens sundhedshus, sundhedscenter eller i eget hjem (figur 5).



Figur 5: Steder for afvikling af de 305 registrerede KOL-tilbud på baggrund af oplysninger fra Sundhed.dk.

Det fremgår af interviewene, at der på tværs af kommunerne anvendes en række forskellige digitale platforme, herunder appen Mit liv - min sundhed, Telma, PreCare KOL, Vita-com, Icura og Liva Healthcare. Særligt beskrives Mit liv - min sundhed som et redskab, der giver mennesker med KOL mulighed for at genbesøge information fra undervisningen. Dette kommer til udtryk i følgende udsagn: *"Der er nogle af dem, der har god gavn af det [Mit liv - min sundhed], fordi de bagefter kan sidde og sige: 'Okay, det var det her, vi snakkede om, men jeg har lige brug for at læse lidt mere op på det'. Så kan de gå ind og gennemgå forløbet inde på Mit liv - min sundhed, og det er de glade for at kunne"* (interview 10). Platformen beskrives som en vigtig kilde til information, hvor man selv kan opsøge viden og gense undervisningsmateriale efter behov. Det kommer også til udtryk i et andet citat: *"Vi viser film derfra og fortæller, at de kan genses der [på appen]. Det med, at man selv kan finde viden, det fylder ret meget"* (interview 3). I et andet interview fremhæves det desuden, at platformen kan erstatte skriftligt informationsmateriale: *"De kan sagtens lære noget af det, så det erstatter jo meget af det fysiske materiale, kan man sige"* (interview 6). Udsagnene peger på, at Mit liv - min sundhed bidrager til at understøtte egenmestring blandt mennesker med KOL.

Sammenfattende fremgår det af interviewene, at KOL-tilbuddene overvejende gennemføres fysisk i kommunale sundhedscentre og træningsfaciliteter, mens digitale løsninger, såsom online træning, kan anvendes som et supplement til de fysiske tilbud. Desuden

øger interviewmaterialet på en stigende anvendelse af digitale teknologier og apps i kommunale tilbud til mennesker med KOL.

Kommunernes arbejde med evaluering

I KOL-tilbuddene indgår løbende evaluering af den enkeltes udvikling som et centralt element. På tværs af interviewene fremgår det, at vurderingen af fysisk funktionsniveau primært testes vha. standardiserede funktionstests, herunder 6-minutters gangtest samt rejse-sætte-sig test: *“I forbindelse med træning, laver vi 6 minutters gangtest og rejse-sætte-sig test, og det laver vi både før og efter træningsforløbet for at se, om der er en effekt”* (interview 3). Citatet beskriver, hvordan fysiske tests anvendes til at måle effekten af træningen. Yderligere peger interviewene på, at kommunerne anvender forskellige spørgeskemaer, herunder nævnes CAT (COPD Assessment Test) (25), MRC-skala (Medical Research Council) (26) og WHO-5 (Trivselsindeks) (27), til at belyse sygdommens symptomer og dens betydning for hverdagslivet. Samlet peger interviewene på, at kommunerne systematisk indsamler data om fysisk funktion, symptomer og trivsel med henblik på at evaluere den enkeltes udvikling gennem forløbet og vurdere effekten af KOL-tilbuddet på individniveau. Det fremgår dog ikke, i hvilken udstrækning tilbuddene evalueres med hensyn til deres samlede effekt, ressourceforbrug og organisering.

Målgruppebeskrivelse

På tværs af interviewene beskrives mennesker med KOL ofte som en særlig sårbar gruppe præget af flere komorbiditeter, hvilket kommer til udtryk i følgende citat: *“Vi ved, at mange også har hjertesygdomme og diabetes samtidig med KOL”* (interview 3) og beskrives også i et andet citat: *“Det er jo sjældent, man bare har KOL. De har ofte andre lungelidelser og komorbiditeter i bevægeapparat”* (interview 14). Derudover fremhæves psykiske udfordringer som et væsentligt karakteristikum. Særligt angst relateret til åndenød, depression og social isolation beskrives som udbredte problemstillinger, og illustreres i de tre følgende citater:

“Jeg synes, det fylder meget, særligt hos borgere med KOL, det her med deres psykiske trivsel. Der er noget angst indover, og det her med, at det er så ubehageligt ikke at kunne trække vejret” (interview 2).

“Det er en borgergruppe, der ofte rammes på det mentale, og har en tendens til depression eller isolation” (interview 10).

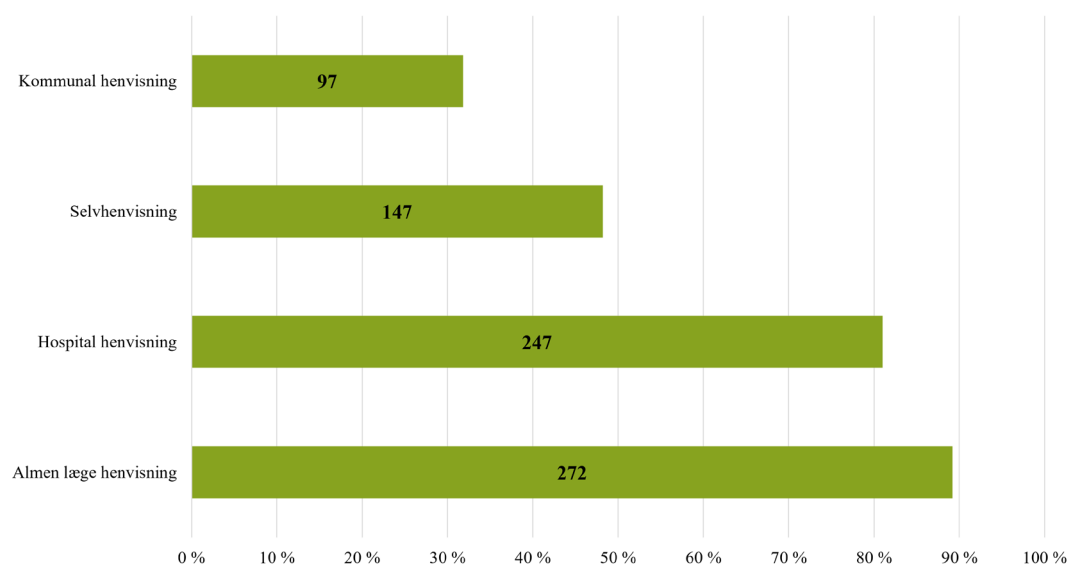
“Der er faktisk rigtig mange, der får en depression på grund af deres KOL [...]. KOL-borgerne, i hvert fald mange af dem, er lidt en social slagside, [...] mange er alene og har ikke ret meget netværk. Det synes jeg faktisk er meget kendetegnende for dem” (interview 9).

Et andet interview peger på, at mange oplever skyld og skam forbundet med sygdommen: *“Det med at få stempel på, at man har fået KOL..., det er en sygdom forbundet med*

meget skyld og skam, fordi mange et eller andet sted godt ved, at det var rygningen, der var årsagen til det. De har ikke brug for at blive dunket i hovedet og få at vide: 'Det var du også selv udenom'. Der er rigtig meget følelsen af, at: 'Det var min egen skyld' (interview 9). Overordnet peger interviewene på, at KOL sjældent forekommer alene, men ofte er ledsaget af andre fysiske, psykiske og sociale udfordringer, som samlet bidrager til en kompleks sygdoms- og livssituation.

Henvisningsveje og erfaringer med rekruttering til kommunale KOL-tilbud

Data fra Sundhed.dk viser, at mennesker kan henvises til KOL-tilbud gennem forskellige aktører, herunder almen læge, hospital, kommune samt via selvhenvisning. Figur 6 viser de mulige adgangsveje til de 305 registrerede KOL-tilbud. Figuren beskriver således, hvilke henvisningsmuligheder tilbuddene har, men ikke de faktiske henvisninger. Der kan være mere end én adgangsvej til det enkelte tilbud. På tværs af KOL-tilbuddene var henvisning via almen læge og hospital de hyppigst registrerede adgangsveje, mens kommunal henvisning og selvhenvisning forekom sjældnere. I relation til de registrerede deltagelseskriterier ses det, at 243 ud af 305 KOL-tilbud stiller krav om bopæl i kommunen (80%), ligesom 214 KOL-tilbud kræver en forudgående udredning for KOL (70%).



Figur 6: Mulige henvisningsveje til kommunale KOL-tilbud for de 305 registrerede tilbud på Sundhed.dk. Procenter er beregnet af det samlede antal KOL-tilbud. Der kan være mere end én henvisningsvej til KOL-tilbuddene.

Når de registrerede KOL-tilbud opdeles i KOL-specifikke og tværgående tilbud til mennesker med kroniske sygdomme, ses forskelle i de mulige henvisningsveje. KOL-specifikke tilbud har oftere almen læge og hospital som mulig henvisningsvej, mens selvhenvisning er hyppigere blandt de tværgående tilbud.

Af interviewene fremgår det, at størstedelen af henvisningerne til de kommunale KOL-tilbud kommer fra almen læge (interview 1, 3, 13 og 14). Dette kommer blandt andet til udtryk ved citatet: *“70% kommer fra almen praksis, 20% fra X [nævner bydel i kommunen] hospitals lungeambulatorier og 10% fra X [nævner anden bydel i kommunen] hospitals lungeambulatorier, så størstedelen er jo fra almen praksis”* (interview 3). Dette understøttes af følgende udsagn: *“Cirka 2/3 kommer fra de praktiserende læger og resten er fra sygehuset”* (interview 13). Samlet peger interviewmaterialet på, at kommunerne primært modtager henvisninger fra praktiserende læger.

Kommunernes erfaringer med henvisninger fra almen læge

Kommunerne har blandede erfaringer med henvisninger fra almen praksis. Nogle interviews peger på, at der er en stor variation mellem almenpraktiserende læger og lægehuse (interview 1, 9, 14 og 15). Dette kommer til udtryk ved: *“Det er jo som regel de samme praksisser, vi hører fra. Dem, der får nogle gode erfaringer med os, er rigtig gode til at sælge varen [KOL-tilbud], fordi de også ved, hvad det er. Der er også nogle praksisser, som vi desværre aldrig hører fra.”* (interview 1). Samme problematik beskrives også i et andet interview: *“Det er ingen hemmelighed, at det ikke er alle praktiserende læger, der er lige gode til at henvise”* (interview 9). Citaterne illustrerer, hvordan ansatte i kommunerne oplever at nogle almene lægepraksisser er rigtig gode til at henvise, mens andre slet ikke henviser til KOL-tilbuddene.

Et andet interview peger på, at besøg i almene lægepraksisser har synliggjort, at nogle almenpraktiserende læger ikke kender til de kommunale KOL-tilbud. Det illustreres i det følgende citat: *“[...] Mange gange bliver vi mødt med, at nogle læger siger: ‘Hold da op, det vidste jeg slet ikke eksisterede’* (interview 14). Yderligere peger interviewene på, at henvisning til KOL-tilbud ofte sker sent i sygdomsforløbet, hvilket fremgår af følgende citat: *“Mit indtryk er, at de [mennesker med KOL] kommer lidt sent til os. De kunne med stor fordel komme tidligere i deres forløb, lige når lægen begynder at mistænke udvikling af KOL, eller når diagnosen lige er blevet stillet”* (interview 11). I et andet interview fremhæves det, at kommunen ønsker at komme i kontakt med mennesker med KOL tidligere i sygdomsforløbet: *“Vi må generelt sige, at det er en problematik, at borgere med KOL bliver henvist meget sent i deres forløb, vi vil jo egentlig gerne have kontakt til borgerne, før de har udviklet svær KOL”* (interview 4). Andre interviews beskriver, at tidlig kontakt kan skabe bedre muligheder for at forebygge sygdomsudviklingen: *“Jo før vi kan få dem, jo mere kan vi også forebygge. Vi sidder nogle gange med borgeren, som har meget svær KOL, og ikke har ret meget tilbage af deres lungefunktion. Her er det minimalt, hvad vi kan flytte på”* (interview 9). Dette uddybes yderligere i samme interview: *“Fordi at udviklingen er sket, skal de selvfølgelig have et godt liv med det, som de har tilbage, men vi kan jo ikke forebygge ret meget”* (interview 9). Samlet peger udsagnene på, at de kommunale ansatte ser sen henvisning som en væsentlig udfordring, da den reducerer mulighederne for forebyggende indsatser og begrænser potentialet for at forbedre funktionsevne og sygdomsforløb.

På baggrund af den varierende henvisningspraksis beskriver et interview, at de har iværksat opøgende og kommunikative indsatser rettet mod almenpraktiserende læger

for at øge kendskabet til KOL-tilbuddene og styrke rekrutteringen af mennesker med KOL: *"Jeg går faktisk en gang imellem på rundtur i kommunen og besøger de praktiserende læger [....]. Vi kommer ud og fortæller om kronikertilbuddet. Vi tager en pjece med til dem, så de kan se, hvad tilbuddet går ud på. På den måde kan de blive inspireret til at huske tilbuddet, når de ser KOL-borgere til årskontrol og overveje, om det kunne gavne dem. Det plejer at generere nogle flere henvisninger"* (interview 6). Af andre interviews fremgår det, hvordan kommuner laver opsøgende arbejde for tidlig opsporing af mennesker med KOL (interview 1, 8 14 og 15): *"I forhold til KOL og tidligere opsporing har vi faktisk lavet nogle indsatser her i huset [.....]. En gang om måneden kommer jeg ude i et boligsocialt område og drikker kaffe, og har nogle sundhedssamtaler, som ofte kommer det til at handle om cigaretter [.....]. Så tilbyder vi nogle rygestopkurser ude hos dem, så de ikke skal herind i huset [kommunens sundhedshus]"* (interview 1). Citatet viser, at en kommune har forsøgt med tidlig opsporing i et boligsocialt område, hvor de kommunale medarbejdere indgår i dialog og tilbyder rygestopkurser ude i det boligsociale område. Andre kommuner har forsøgt at understøtte tidlig opsporing og rekruttering af mennesker med KOL gennem den nationale langedag, hvilket kommer til udtryk i følgende udsagn: *"Vi har f.eks. langedag her den 24. september. Der laver vi et stort PR-arbejde, og samarbejder med den lokale lungeforening [...]. Der meget stor fokus på rekruttering"* (interview 8). Betydningen af den nationale langedag for tidlig opsporing belyses også i et andet interview: *"Antallet af henvisninger og samtidig rekrutteringer under langedage stiger. Der kommer f.eks. mennesker, som ikke er diagnosticeret, og så sender vi dem til lægen, hvor de får diagnosen [KOL]"* (interview 15). Samlet illustrerer citaterne at flere kommuner arbejder aktivt med at øge kendskabet til KOL-tilbuddene gennem opsøgende kommunikation til almen praksis og initiativer som den nationale langedag.

Geografiske afstande

Geografiske afstande og lange transporttider fremhæves i interviewene som barrierer for deltagelse i kommunale KOL-tilbud. Særligt mennesker med nedsat fysisk funktionsevne kan have vanskeligt ved at transportere sig til tilbuddene, især i geografisk store kommuner, hvor transporten kan være både lang og krævende (interview 5, 9 og 13). Dette kommer til udtryk i følgende citat: *"Det er jo udfordringen for KOL-borgeren, at nogle af dem har svært ved at transportere sig hertil [...] De skal selv tage bussen eller køre hertil, og det er der bare mange, der er for dårlige til. X [nævner kommune] er en stor geografisk kommune, så hvis du bor i den anden ende af byen, kan du måske have 10-15 km hertil, hvilket betyder, at man f.eks. skal skifte bus to gange og så videre. Så er kræfterne brugt, inden man overhovedet når hertil"* (interview 9). En anden kommune understreger, at transport kan skabe ulighed i adgang til tilbuddene: *"Vi undersøger, om det kunne være noget for dem, der oplever uligheden: 'Jeg kan ikke komme på grund af mit arbejde', eller 'Jeg kan ikke komme på grund af transport'"* (interview 5). På baggrund af de oplevede udfordringer beskriver flere kommuner, hvordan der arbejdes med forskellige løsninger for at imødekomme dem. Dette illustreres i følgende citater: *"Vi har nogle kollegaer, der kører mobil rehabilitering, hvor de arbejder i nogle yderpunkter af kommunen, fordi vi geografisk er en stor kommune. Så kører de ud i lokalområdet"* (interview

14) og *"Kommunen er jo landets næststørste geografisk, og hvis man fysisk skal transportere sig fra en oplandsby og ind til centrum til fysisk træning, kan det betyde, at man faktisk slet ikke kan træne, når man kommer frem, fordi man har brugt al energien. Så tilbyder vi hjemmetræning via en iPad"* (interview 13).

Samlet peger interviewmaterialet på, at geografiske afstande og transportudfordringer kan udgøre væsentlige barrierer for deltagelse i kommunale KOL-tilbud. For at imødekomme disse udfordringer arbejder kommunerne med både mobile indsatser og digitale løsninger, der gør det muligt at deltage i eget hjem.

Brobygning til civilsamfundet efter et KOL-tilbud

Brobygning fra kommunale KOL-tilbud til civilsamfundet fremstår som et centralt element i tilbuddene, og illustreres i det følgende citat: *"Helt generelt, så brobygger vi helt vildt meget til lokalsamfundet og til civilsamfund i vores forløb, og anviser også til muligheder lokalt"* (interview 13). Det kommer også til udtryk i et andet citat: *"Det har vi ufattelig stor fokus på i sundhedscentret og i X [navn på kommune] generelt. Det er virkelig sat på landkortet. Vi lægger velfærden om i de her år, det er civilsamfundet og brobygning, som er det helt store"* (interview 8). Kommunerne benytter forskellige tilgange til at brobygge mellem kommunale KOL-tilbud og civilsamfundet. I et interview beskrives det, at de aktivt kan ledsage deltageren til forskellige tilbud: *"Hvis man har nogle barrierer, det kunne være en KOL-borger, der siger til mig: 'Jeg er ensom', jamen så kan man faktisk få en brobygger til at følge med ud til bankospil to-tre gange, indtil man selv følger: 'Nu er jeg tryk ved at være der'"* (interview 5). I et andet interview beskrives det, at de allerede træner i en forening, som de kan fortsætte i: *"Vi har nogle foreninger, hvor vi træner fast. Så når borgerne er færdige i vores forløb, så kender de stedet"* (interview 3). Derudover fremgår det af et interview, at der afsættes særlige uger til besøg i foreningslivet med henblik på at skabe kendskab til tilbud i civilsamfundet og give mulighed for at afprøve forskellige aktiviteter: *"Vi har en uge om foråret og en uge om efteråret, hvor vi tager alt almindelig aktivitet ud af skemaet og tager ud og besøger foreningslivet. Her har vi 13 forskellige tilbud, som borgerne kan vælge imellem, og de kan vælge at deltage i to aktiviteter"* (interview 12).

Selvom brobygning beskrives som et højt prioriteret område, peger flere kommuner på, at brobygning kan være ressourcekrævende. Nogle kommuner oplever, at ressourcerne primært anvendes på de eksisterende KOL-tilbud, hvilket begrænser mulighederne for at støtte mennesker med KOL i at besøge relevante tilbud: *"Det gør vi ikke så meget af, det er ressourcerne ikke til. Vi har generelt rigtig høj aktivitet på patientrettet forebyggelse, men ressourcerne bliver brugt på forløbene"* (interview 13). Tilsvarende beskriver en anden kommune udfordringer ved at afsætte personale til brobygning, når de samme medarbejdere også står for træningen: *"Det er rigtig svært at få sat i støbeskeen, når det er de samme terapeuter, der skal stå for træningen. Hvordan skal man så også afsætte ressourcer til at tage ud og afprøve?"* (interview 5).

Interviewene peger således på, at brobygning til civilsamfundet prioriteres højt i mange kommuner, men at de konkrete muligheder for brobygning ofte afhænger af de lokale ressourcer.

Synlighed og kvalitet på Sundhed.dk

Anvendelsen af Sundhed.dk som datakilde rummer både styrker og begrænsninger. Oplysningerne bygger på kommunernes egne registreringer, og både aktualitet, omfang og detaljeringsgrad varierer mellem kommuner. Kortlægningen er derfor afhængig af lokale registreringspraksisser og kan give et ufuldstændigt eller skævt billede af de kommunale KOL-tilbud. Samtidig er Sundhed.dk den centrale nationale platform for kommunale sundhedstilbud og den primære indgang for borgere, pårørende, almen praksis og andre henvisende fagpersoner, som ønsker information om lokale tilbud. Kortlægningen afspejler dermed ikke blot kommunernes KOL-tilbud, men også den information, som potentielle deltagere og henvisende aktører faktisk møder i praksis.

Det er desuden vigtigt at understrege, at kortlægningen dokumenterer tilstedeværelsen og organiseringen af kommunale KOL-tilbud, men ikke deres kvalitet, effekt eller mennesker med KOLs deltagelse, gennemførelse og fastholdelse. Resultaterne bør derfor fortolkes med det forbehold, at registreringernes aktualitet og detaljeringsgrad varierer på tværs af kommunerne.

KONKLUSION

Denne nationale kortlægning viser, at alle danske kommuner tilbyder forebyggende og rehabiliterende tilbud til mennesker, der lever med KOL. Tilbuddenes organisering og indhold varierer betydeligt på tværs af landet. Kortlægningen peger på, at kommunerne gennem en årrække har opbygget en omfattende praksis, der omfatter både KOL-specifikke tilbud og tværgående tilbud til mennesker med kroniske sygdomme.

På tværs af kommunerne fremstår patientuddannelse som et gennemgående element, mens træning, pårørendeinddragelse og samarbejde med civilsamfundet er udbredt, men i højere grad varierer mellem tilbuddene. Samtidig viser kortlægningen, at kommunerne i stigende omfang arbejder med fleksible løsninger, herunder individuelle og digitale tilbud og aktiviteter i eget hjem, som skal imødekomme forskellige behov.

Interviewene nuancerer billedet ved at vise, at tilrettelæggelsen af KOL-tilbuddene i praksis bygger på en helhedsvurdering af den sundhedsmæssige, funktionelle og sociale situation. Kommunerne anvender systematisk test og opfølgning, og der arbejdes aktivt med at skabe sammenhæng mellem lokale tilbud og fællesskaber efter afsluttet tilbud.

Kortlægningen peger samtidig på nogle gennemgående udfordringer. Flere kommuner oplever, at mennesker med KOL henvises sent i sygdomsforløbet, hvor funktionsniveauet allerede er reduceret betydeligt. Derudover fremhæves kendskab til de kommunale KOL-tilbud blandt almenpraktiserende læger som en væsentlig forudsætning for rekruttering, og flere kommuner arbejder derfor målrettet med dialog og samarbejde med almen praksis.

Samlet set viser rapporten, at der findes et solidt kommunalt fundament af erfaringer, metoder og samarbejdsformer, som kan danne afsæt for den videre udvikling af forebyggelsesindsatsen for mennesker med KOL. I lyset af sundhedsreformen kan kortlægningen bidrage med viden om både fælles karakteristika og lokale variationer, der bør inddrages, når fremtidens pakkeforløb til mennesker med KOL skal udvikles.

PERSPEKTIVERING

Sundhedsreformen og udviklingen af kommende pakkeforløb til mennesker med KOL giver en unik mulighed for at styrke sammenhængen mellem forebyggelse, rehabilitering og opfølgning på tværs af sektorer. Samtidig peger kortlægningen på, at udviklingen af fremtidens KOL-indsatser ikke alene handler om at etablere nye strukturer, men også om at omsætte eksisterende erfaringer til løsninger, der kan understøtte kvalitet, fleksibilitet og sammenhæng på tværs af lokale kontekster.

Rapporten peger samtidig på en række temaer med særlig relevans for den videre udvikling af KOL-området. Det gælder blandt andet tidlig opsporing, samarbejdet med almen praksis, anvendelsen af digitale tilbud samt indsatser, der understøtter overgangen fra tidsafgrænsede kommunale forebyggende og rehabiliterende tilbud til varige fællesskaber og aktiviteter i lokalsamfundet. Interviewene og ekspertgruppens drøftelser peger desuden på, at adgang til tilbuddene kan være mindst lige så vigtig som tilbuddenes indhold. Særligt betydningen af rettidig henvisning og et velfungerende samspil mellem kommuner, almen praksis og øvrige aktører fremstår som centrale opmærksomhedspunkter i den videre udvikling.

Ekspertgruppens feedback peger desuden på et behov for stærkere dokumentation af kvalitet, effekt og gennemførelse af KOL-tilbuddene. Dette afspejler ikke nødvendigvis mangel på data, idet mange kommuner allerede registrerer oplysninger om blandt andet fysisk funktion, fremmøde og gennemførelse. Udfordringen er snarere, at data i begrænset omfang kan sammenstilles, sammenlignes og anvendes på tværs af kommuner og sektorer. I takt med udviklingen af pakkeforløb til mennesker med kronisk sygdom, herunder KOL, kan der derfor være behov for større opmærksomhed på fælles kvalitetssindikatorer, monitorering af patientforløb samt tværsektoriel anvendelse af eksisterende data.

Samlet set peger rapporten på, at de næste væsentlige udviklingsområder omhandler adgang til tilbuddene, dokumentation af kvalitet og effekt, styrket vedligeholdelse efter et KOL-tilbud samt bedre udnyttelse af eksisterende erfaringer og data på tværs af sektorer. Det er vores håb, at rapporten kan bidrage til det fælles vidensgrundlag, som beslutningstagere, sundhedsråd, ledere og faglige miljøer kan trække på i arbejdet med at udvikle mere sammenhængende, nærværende og bæredygtige tilbud til mennesker med KOL.

REFERENCELISTE

- 1) Lungeforeningen. KOL - Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. [accessed 7 Sep 2026] Available from: <https://lunge.dk/lungesygdomme/kol/>
- 2) Serviceloven §86. [accessed 17 Sep 2026] Available from: <https://danskelove.dk/service-loven/86>
- 3) Sundhedsloven §119. [accessed 18 Feb 2026] Available from: <https://danskelove.dk/sundhed-sloven/119>
- 4) Sundhedsloven §140. [accessed 18 Feb 2026] Available from: <https://danskelove.dk/sundhed-sloven/140>
- 5) Mairey IP, Toftholm MH, Holst M, Lau A, Thygesen C. Fremskrivning af syv udbredte folkesygdomme til 2025, 2030, 2035 og 2040. 2025.
- 6) Det Etske Råd. KOL – Kronisk obstruktiv lungesygdom. 2018. [accessed 9 Sep 2026] Available from: www.etiskraad.dk/prioritering
- 7) Lungeforeningen. Aldrig før har så mange danskere mistet livet til KOL. 2025. [accessed 9 Sep 2026] Available from: <https://lunge.dk/wp-content/uploads/2025/10/Analyse-Aldrig-foer-har-saa-mange-danskere-mistet-livet-til-KOL.pdf>
- 8) Peter Lange. KOL, årsager til. Sundhed.dk. 2023. [accessed 30 Sep 2026] Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/lunger/sygdomme/kol/kol-aarsager-til/>
- 9) World Health Organization. Smoking is the leading cause of chronic obstructive pulmonary disease. 2023. [accessed 30 Sep 2026] Available from: <https://www.who.int/news/item/15-11-2023-smoking-is-the-leading-cause-of-chronic-obstructive-pulmonary-disease>
- 10) Region Syddanmark. Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med KOL - samarbejde og kommunikation. 2025. [accessed 8 Sep 2026] Available from: www.rsyd.dk/kronisksygdom
- 11) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder. 2024.
- 12) Thora Majlund Kjærulff, Mikkel Bukholt Nielsen, Michael Davidsen, Annette Kjær Ersbøll. Social ulighed i sundhed og sygdom. 2024. [accessed 8 Sep 2026] Available from: www.sst.dk
- 13) Martinez G, Hansen H, Johannesen G, Godtfredsen N. Dansk Lungemedicinsk Selskab. 2026.
- 14) Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, Zu Wallack R, Nici L, Rochester C, et al. An official American thoracic society/European respiratory society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med. 2013;188(8). [accessed 8 Sep 2026] Available from: https://www.researchgate.net/publication/257837111_An_Official_American_Thoracic_SocietyEuropean_Respiratory_Society_Statement_Key_Concepts_and_Advances_in_Pulmonary_Rehabilitation
- 15) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL. 2018. [accessed 8 Sep 2026] Available from: www.sst.dk
- 16) Holland AE, Singh SJ, Casaburi R, Clini E, Cox NS, Galwicki M, et al. Defining Modern Pulmonary Rehabilitation. An Official American Thoracic Society Workshop Report. Ann Am Thorac Soc. 2021;18(5):E12–29. [accessed 9 Sep 2026] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33929307/>
- 17) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale Om Reform 2024. 2024.
- 18) Notat: Ændret ansvar for den patientrettede forebyggelse. Sundhedsstyrelsen; 2025.

- 19) Ivankova N V, Creswell JW, Stick SL. Using Mixed-Methods Sequential Explanatory Design: From Theory to Practice. *Field methods*. 2006;18(1):3–20. doi: 10.1177/1525822X05282260
- 20) Terry G, Hayfield N, Clarke V, Braun V. Thematic Analysis. *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. 2017;17–37. doi: 10.4135/9781526405555.n2
- 21) Befolkningen den 1. i kvartalet efter område, køn, alder og civilstand - Statistikbanken - data og tal. Danmarks Statistik. [accessed 30 Sep 2026] Available from: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/selectvarval/saveselections.asp?MainTable=FOLK1A&PLanguage=0&TableStyle=&Buttons=&PXSid=205540&IQY=&TC=&ST=ST&rvar0=&rvar1=&rvar2=&rvar3=&rvar4=&rvar5=&rvar6=&rvar7=&rvar8=&rvar9=&rvar10=&rvar11=&rvar12=&rvar13=&rvar14=>
- 22) Kommuneinddeling. Dataforsyningen. [accessed 30 Sep 2026] Available from: <https://dataforsyningen.dk/data/3901>
- 23) Lange P. KOL - Lægehåndbogen på sundhed.dk. Sundhed.dk. 2023. [accessed 9 Sep 2026] Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/lunger/tilstande-og-sygdomme/obstruktive-lungesygdomme/kol/>
- 24) Hvad er LÆR AT TACKLE? Komiteen for sundhedsoplysninger. [accessed 30 Sep 2026] Available from: <https://www.laerattackle.dk/>
- 25) Danske fysioterapeuter. COPD Assessment Test (CAT). [accessed 9 Sep 2026] Available from: <https://www.fysio.dk/fafo/maleredskaber/copd-assessment-test-cat>
- 26) Medical Research Council (MRC) Dyspnøskala. Danske fysioterapeuter. [accessed 9 Sep 2026] Available from: <https://www.fysio.dk/fafo/maleredskaber/mrc-dyspnoskala>
- 27) World Health Organization. The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5). 2024.

BILAG

Bilag 1: Deltagere i den rådgivende gruppe

Bilag 2: Interviewguide

Bilag 3: Kommunale repræsentanter

Bilag 4: Datakatagorier og registreringsprincipper



BILAG 1: DELTAGERE I DEN RÅDGIVENDE GRUPPE

Navn	Titel og organisation
Anders Løkke Ottesen	Formand, Dansk register for kronisk obstruktiv lungesygdom Overlæge, Vejle Sygehus, Region Syddanmark
Ann Leistiko	Direktør, Lungeforeningen
Anna Boje	Teamleder/chefrådgiver, Center for Sundhed i det Nære og Uddannelse, Danske Regioner
Anja Methling	Chefkonsulent, Region Hovedstaden
Elisabeth Bomholt Østergaard	Lektor, fysioterapeut, M.Sc., Master i sundhedsantropologi, VIA University College
Finn Andersen	Sundhedsfaglig konsulent, TeleCare Nord, Region Nordjylland
Jeanett Guldager Olsen	KOL- koordinator og fysioterapeut, Sundhedscenter, Hvidovre Kommune
Jens Søndergaard	Professor, leder af Forskningsenheden for Almen Praksis, SDU
Jørgen Vestbo	Professor, SDU/University of Manchester, UK
Kristine Kolberg Madsen	Chef for Sundhedsfremme, Sundhedsforvaltningen, Odense kommune
Lea Nørgaard Bek	Chefkonsulent, programleder for Tværsektoriel Telemedicin, Region Midtjylland
Naja Sandal Rouat	Sygeplejerske og forløbskoordinator, KOL-området, Frederiksberg Sundhedscenter, Frederiksberg Kommune
Sara Neto	Rehabiliteringsleder, Odense kommune

BILAG 2: INTERVIEWGUIDE

Tema 1: Introduktion

Formål: At præsentere os selv og formålet med interviewet samt give en kort introduktion til relevante resultater.

- Lidt om mig/os
- Formål
- Resultater

Tema 2: Informantens rolle

Formål: At forstå informantens rolle i KOL-tilbuddet.

Hovedspørgsmål:

- Vil du introducere dig selv?
- Hvad er din rolle i forhold til KOL-tilbuddet?

Tema 3: Udvikling af KOL-tilbud

Formål: At få indsigt i, hvordan KOL-tilbuddene er blevet udviklet, hvilke faglige eller organisatoriske overvejelser det bygger på.

Hovedspørgsmål:

- Hvad var baggrunden for at etablere et KOL-tilbud i jeres kommune?
- Kan du fortælle om de økonomiske, organisatoriske eller politiske overvejelser, der har spillet ind i forbindelse med etableringen af tilbuddet?
- Hvilken paragraf ligger jeres tilbud under?

Uddybende spørgsmål:

- Hvilke faglige overvejelser er tilbuddet baseret på?
 - * F.eks. WHO, NKR, anden evidens, andre kommuners praksis?

Tema 4: Beskrivelse af KOL-tilbud

Formål: At få indsigt i kommunens KOL-tilbud.

Hovedspørgsmål:

- Kan du fortælle, hvordan jeres KOL-tilbud er bygget op, samt hvordan det fungerer i praksis?

Uddybende spørgsmål:

- Hvilken målgruppe henvender tilbuddet sig til f.eks. mild, moderat eller svær KOL?
- Hvilke indholdselementer indgår i tilbuddet?
- Varighed og hyppighed af tilbuddet?
- Evalueres tilbuddene løbende, og i så fald hvordan?
 - * Hvordan er tilfredsheden blandt borgerne?
 - * Hvilke former for evaluering anvendes f.eks. gangtest, RSS?
 - * Bliver resultater af rapporteret til egen læge?
 - * Bruger I de data (f.eks. fra tests eller henvisninger) aktivt i jeres kommune?
- Hvad er din vurdering af jeres tilbud?
 - * Fungerer det godt/dårligt?
 - * Ser du nogle områder hvor der er plads til forbedring?

Tema 5: Teknologi

Formål: at få indsigt i anvendelsen af sundhedsteknologi i KOL-tilbud.

Hovedspørgsmål:

- Hvilke former for sundhedsteknologi anvendes i KOL-tilbuddene i praksis?

Underspørgsmål:

- Kan du give konkrete eksempler på teknologier (f.eks. telemedicin, apps, spirometre, iltudstyr)?
- I hvilke dele af tilbuddet anvendes teknologien (diagnose, behandling, rehabilitering, opfølgning)?
- Hvem anvender teknologien (patienter, sygeplejersker, læger, pårørende)?
- Hvordan oplever patienter at bruge sundhedsteknologi i deres tilbud?

Tema 6: Pårørende

Formål: At få indsigt i, hvordan pårørende inddrages i KOL-tilbuddet, og hvordan kommunen forholder sig til pårørendes egen rolle og trivsel.

Hovedspørgsmål:

- Hvilken rolle spiller pårørende i jeres KOL-tilbud, og har I særlige tilbud eller indsatser rettet mod dem?

Uddybende spørgsmål:

- Inviteres pårørende med til dele af tilbuddet, f.eks. undervisning, samtaler eller afsluttende evaluering? Hvor og hvornår?
- Hvordan informerer I pårørende om sygdommen, tilbuddet og deres egen rolle?
- Har I selvstændige tilbud til pårørende (pårørendegrupper, samtaler, undervisning), eller foregår det udelukkende via borgeren?
- Hvilke overvejelser har I gjort omkring pårørendes egen belastning og trivsel?
- Hvordan håndterer I borgere uden et stærkt pårørendenetværk?
 - * Bliver det adresseret særskilt i tilbuddet?
- Oplever I, at pårørende kan være både en ressource og en barriere i tilbuddet?
 - * Kan du give eksempler?

Tema 7: Henvisningsveje

Formål: At få indsigt i, hvorfra borgere bliver henvist til KOL-tilbuddet og om henvisningsvejene fungerer efter hensigten.

Hovedspørgsmål:

- Kan du fortælle om, hvordan borgere typisk bliver henvist til jeres tilbud?

Uddybende spørgsmål:

- Hvordan oplever du fordelingen af henvisninger fra forskellige aktører som læger, hospitaler eller andre instanser?
 - * I hvilket omfang er I tilfredse med de henvisninger, der kommer ind til jer?
- Oplever I at modtage borgere fra andre målgrupper end den tiltænkte?

Tema 8: Fagpersoner, kompetencer og samarbejde internt og eksternt

Formål: At få indsigt i, hvordan KOL-tilbuddet varetages internt af fagpersoner, hvilke kompetencekrav der stilles, og hvordan samarbejdet fungerer både internt og med eksterne instanser.

Hovedspørgsmål:

- Kan du beskrive, hvem der står for at varetage KOL-tilbuddet, og hvordan deres roller og opgaver er fordelt?

Uddybende spørgsmål:

- Hvordan forholder det sig med krav til ekstra uddannelse eller kurser for det fagpersonale, der varetager tilbuddet?
 - * Hvis der IKKE er et krav: Hvad er baggrunden for det og er det noget, I har overvejet?
- Er der et samarbejde mellem de forskellige faggrupper?
 - * Hvis ja: Hvordan fungerer det i praksis?
- Samarbejder I med nogle instanser f.eks. joncentre eller arbejdspladser? Kan du beskrive hvilke og hvordan samarbejdet fungerer i praksis?

Tema 9: Brobygning og inddragelse af civilsamfundet

Formål: At forstå, hvordan kommunen understøtter overgangen fra KOL-tilbud samt at få indsigt i hvilken rolle øvrige civilsamfundsaktører (f.eks. Lungeforeningen, patientforeninger, frivillige foreninger) spiller.

Hovedspørgsmål:

- Hvilken rolle spiller civilsamfundet, f.eks. Lungeforeningen, patientforeninger, frivillige foreninger eller lokale netværk i jeres KOL-tilbud?
- Hvad sker der, når en borger afslutter jeres KOL-tilbud? Hvordan arbejder I med brobygning til tilbud uden for det kommunale tilbud?

Uddybende spørgsmål:

- Har I konkrete brobygningsaktiviteter, f.eks. besøg af foreninger, prøvetræning hos lokale træningstilbud, eller introduktion til lungekor eller KOL-netværk?
- Følger I systematisk op på, om borgerne rent faktisk fortsætter i et tilbud efter tilbudets afslutning?
- Hvilke barrierer oplever I hos borgerne, hos jer selv eller i de tilbud, I bygger bro til?
- Er der typer af borgere, hvor brobygning er særligt vanskeligt (f.eks. socialt sårbare, borgere uden netværk, borgere med komorbiditet)?

- Hvordan måler eller vurderer I, om brobygningen lykkes?
- Hvilke aktører er afgørende for, at brobygningen fungerer (f.eks. frivilligcentre, foreninger, almen praksis)?

Tema 10: Afrunding

Formål: At afslutte interviewet og give informanten mulighed for at tilføje eventuelle bemærkninger.

- Tak for din tid.
- Er der noget her til sidst, du synes er vigtigt at få tilføjet?

BILAG 3: KOMMUNALE REPRÆSENTANTER

Interview nr.	Titel	Region
1	1: Forløbskoordinator på KOL-tilbud	Region Hovedstaden
2	1: Fysioterapeut	Region Hovedstaden
3	1: Udviklingskonsulent for patientrettet forebyggelses forløb 2: Udviklingskonsulent for patientrettet forebyggelses forløb	Region Hovedstaden
4	1: Fysioterapeut og forløbskoordinator på KOL-tilbud 2: Forløbskoordinator for patientrettet forebyggelse	Region Hovedstaden
5	1: Konsulent for kronisk sygdom	Region Hovedstaden
6	2: Sygeplejerske og Forløbskoordinator for patientrettet forebyggelse	Region Sjælland
7	1: Forløbskoordinator for patientrettet forebyggelse	Region Sjælland
8	1: Fysioterapeut	Region Sjælland
9	1: Fysioterapeut	Region Syddanmark
10	1: Forløbskoordinator på KOL-tilbud	Region Syddanmark
11	1: Leder af Sundhedshus	Region Syddanmark
12	1: Fysioterapeut og forløbskoordinator på KOL-tilbud	Region Midtjylland
13	1: Sundhedschef	Region Midtjylland
14	1: Fysioterapeut	Region Nordjylland
15	1: Sygeplejerske	Region Nordjylland

BILAG 4: DATAKATEGORIER OG REGISTRERINGSPRINCIPPER

Organisering og tilrettelæggelse

Det blev registreret, om tilbuddet var et specifikt KOL-tilbud, eller om det indgik som en del af et bredere tilbud til mennesker med kroniske sygdomme, samt under hvilken kategori på Sundhed.dk KOL-tilbuddet var registreret (f.eks. somatiske sygdomme/lunge-sygdomme, bevægelse og træning, eller ernæring). Derudover blev det registreret, hvor tilbuddet foregik (sundhedshus, sundhedscenter, privat praksis, hospital, eget hjem, digitalt, eller efter aftale).

Indhold og struktur

KOL-tilbuddets indhold blev kortlagt ved registrering af, hvilke elementer fra nationale og internationale anbefalinger der fremgik af tilbuddet, herunder træning, opfordring til tidlig rehabilitering inden for 4 uger efter indlæggelse ved eksacerbation, ernærings-screening og relevant ernæringsintervention ved risiko for underernæring, struktureret patientuddannelse (inhalationsteknik, sygdomsforståelse og egenmestring), aktiv inddragelse af pårørende, samt mulighed for at blive henvist til andre relevante tilbud efter individuel samtale. Herudover blev det noteret, hvor mange uger tilbuddet varede, og hvor hyppigt det blev afholdt.

Henvisningsveje, deltagelseskriterier og fagpersoner

Henvisningsveje blev registreret for hver af følgende kategorier: almen læge, hospital/sygehus, selvhenvisning (henvendelse fra mennesker med KOL eller en pårørende) samt henvisning via kommunen. Flere henvisningsveje kunne være registreret for samme tilbud. Kriterier for deltagelse i tilbuddene blev ligeledes registreret, herunder krav til alder, bopæl i den pågældende kommune, samt krav om udredning. Derudover blev det noteret, hvilke fagpersoner der varetager KOL-tilbuddet. Kategorien 'anden sundhedsfaglig person' dækker over de faggrupper, som kommunerne på Sundhed.dk har registreret under denne samlebetegnelse, uden at den konkrete profession nødvendigvis er angivet. Hvis sygeplejersker fremgik af beskrivelsen af tilbuddet, blev disse registreret under kategorien 'anden sundhedsfaglig person'.