SUNDHEDSPOLITISK UDSPIL

Handleevne, fællesskab, sundhedsfremme og livsglæde

Implementering af kostråd i sundhedsvæsenet med kulinariske sundhedskurser som positiv løftestang

Oktober 2026



UDARBEJDET AF

Dansk Vegetarisk Forening

MEYERS MADHUS

Plantebaseret Videnscenter
- mere økologi og flere planter

FORSLAGENE HAR OPBAKNING FRA

DEMOCRACY X

HOTEL OG RESTAURANT SKOLEN

INDLEDNING

Fra kostråd til køkkenkompetencer

Danmark har De officielle Kostråd, der anbefaler planterig kost for sundhed og klima. Vi har faglig dokumentation for, at sund, planterig kost kan forebygge blodpropper, type 2 diabetes, demens og kræftdødelighed med tocifrede procentsatser.

6–20 mia. kr.

i årlige sundhedsøkonomiske gevinster, hvis danskerne i gennemsnit eller alle spiser efter kostrådene

2 mio.+

borgere i metabolisk risiko for hjertekarsygdom (forhøjet kolesterol og blodtryk)

2028

kronikerpakker for type 2-diabetes og hjertesygdom giver ret til bl.a. kostvejledning

Sundhedsøkonomisk er der 6–20 mia. kr. i årlige gevinster, hvis danskerne i gennemsnit eller alle spiser efter kostrådene. Alligevel er efterlevelsen af kostrådene fortsat lav, og kostinterventioner er ikke systematisk integreret i forebyggelse og behandling på tværs af sundhedsvæsenet. Sygdomsbyrden fra kostrelaterede sygdomme er tung, og det udfordrer et i forvejen presset sundhedsvæsen ligesom det presser vores pensionsopsparinger, hvor vi kollektivt betaler til udbetalinger ved kritisk sygdom, tab af erhvervsevne og dødsfald.

Omfattende strukturelle og politiske indsatser er nødvendige for at implementere kostrådene i sundhedsvæsenet – både som forebyggende indsats og som led i behandling. Der er i det nuværende system hverken tid eller tilstrækkelige henvisningsmuligheder (kost.dk, Dansk Selskab for Almen Medicin). Det på trods af at der i kvalitetsstandarderne for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, er krav om ernæringsindsats for borgere med type 2 diabetes og hjertekarsygdom, og mulighed for at udbyde kurset 'Madlavning i praksis'. Det er meget forskelligt, hvad der reelt er af tilbud i Sundhedscentrene, og det betyder også, at der kan være eksisterende indsatser målrettet patienter med type-2 diabetes eller hjertekarsygdom i nogle kommuner/sundhedscentre, som kan netop dette og kan videreudvikles til strukturel udrulning i alle kommuner.

Tilsvarende muligheder findes ikke indenfor borgerrettet forebyggelse til personer med f.eks. prædiabetes, forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesterol. Folkesundhedsloven forventes at træde i kraft 1. januar 2027 og skal ifølge sundhedsreformaftalen fra 2024 forpligte kommunerne til at arbejde systematisk og på tværs af velfærdsområder med folkesundhed og ulighed i sundhed. En større forebyggelsesindsats med fokus på velsmagende grøn mad, køkkenkompetencer og fællesskab gennem kulinariske sundhedskurser for borgere med prædiabetes (målgruppe C) kan være afgørende for at bremse sygdomsudvikling og potentielt reducere uligheden i sundheden. For den brede målgruppe af de 2 mio. + borgere i metabolisk risiko for hjertekarsygdom (forhøjet kolesterol og blodtryk), kan selvbetalte madlavningskurser gennem f.eks. FOF og AOF være en del af løsningen, hvis disse risikomarkører i højere grad italesættes som forebyggelige gennem kostændringer. Aarhus Kommune afprøver netop denne model med delvis brugerbetaling for borgere med demens i tidlig fase eller MCI.

Madkurser, råvareudlevering og måltidsudlevering afprøves disse år, som tiltag der kan supplere klassisk diætistvejledning. Mad som medicin er en spirende global bevægelse (Food is Medicine Global Alliance) og specifikt kan kulinariske madlavningskurser for borgere og patienter styrke færdigheder og kostvaner (Hasan et al., 2019, Bernardo et al., 2018). Evidens fra flere videnskabelige

interventionsstudier viser, at kulinariske madlavningskurser bl.a. kan forbedre langtidsblodsukker (Sharma et al., 2021, Monlezun et al., 2015) og at effekten varer ved også et halvt år efter (Heredia et al., 2025).

Disse indsatser kan tjene sig hjem i sparede sundhedsudgifter og være med til at fremtidssikre sundhedsvæsenet (Ugeskriftet.dk), ligesom de kan give borgerne handleevne, nye fællesskaber, forbedret livskvalitet og flere gode leveår.

I 2028 skal der foreligge kronikerpakker på type 2 diabetesområdet og for hjertekarsygdomme. Kronikerpakkerne definerer eksplicit, at patienter inden for en given tidsfrist efter diagnose har ret til en personlig behandlingsplan og "relevante patientrettede tilbud, fx kostvejledning, træning, kurser i sygdomsmestring, rygestop mv." Forslag 1 udgør et konkret bud på, hvordan den kostvejledning, der allerede er indskrevet som en patientrettighed i kronikerpakkerne for diabetes og hjertesygdom, kan leveres med reel kvalitet og virkning, når den kombineres med kulinariske køkkenkompetencer. Herved hjælpes borgeren godt på vej til en varig adfærdsændring – fremfor måske at opleve velmenende råd som løftede pegefingre og uoverskuelige at efterleve. For patienter tager kurserne afsæt i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder og FaKD's rammeplaner for ernærings- og diætbehandling. Kurserne for borgere med prædiabetes tager afsæt i De officielle Kostråd.

> ANSVARSFORDELING FRA 2027
>
> Fra 2027 har regionerne ansvaret for den patientrettede forebyggelse, mens kommunerne har den borgerrettede. Kurserne er designet, så de kan drives i de lokale sundhedshuse, uanset om regionen selv driver dem eller aftaler, at kommunen gør det.

Forslag 2 skal sikre, at systemet har kapacitet til at levere disse kulinariske sundhedskurser med kvalitet, mens forslag 3 skal sikre fundamentet gennem opbakning og positiv italesættelse af de praktiserende læger og sygeplejersker, ligesom en mulighed for gruppekonsultationer ved almen praktiserende læge kan være en supplerende mulighed for udsatte borgere, der ikke magter et forløb i deres lokale sundhedshus.

Tre sammenhængende indsatser

Dette udspil beskriver 3 sammenhængende indsatser, der tilsammen skaber en systematisk vej fra de officielle anbefalinger til henvisningsmuligheder for de praktiserende læger og til reel adfærdsændring gennem øgede madkundskaber.

1. **Kulinariske sundhedskurser** i de lokale sundhedshuse for borgere med type 2-diabetes, hjertesygdom og prædiabetes – startende med en forsøgsordning
2. **AMU-kursus og diplommodul** uddanner kokke, diætister og sygeplejersker til at undervise
3. **Lægen og praksispersonalet** som aktive medspillere, der kender og anbefaler tilbuddet

FORSLAG 1

Kulinariske sundhedskurser: Det kræver køkkenkompetencer at lave sund og velsmagende mad, og borgerne skal have appetit på at ændre vaner

- Der afsættes midler til regionerne (målgruppe A og B) og kommunerne (målgruppe C), så sundhedshusene gennem en forsøgsordning kan udbyde kulinariske sundhedskurser til

  A Borgere med type 2-diabetes B Hjertepatienter C Borgere med prædiabetes

- Kurserne skal være bygget på stærke pædagogiske, didaktiske og adfærdsændrende erfaringer og gerne bygge videre på eksisterende muligheder
- Kurserne opbygges med fokus på fællesskab, madglæde og handleevne
- For målgruppe A og B ligger opfølgningen naturligt i kronikerpakkens behandlingsplan hos egen læge.
- For personer med prædiabetes anbefaler vi en struktur, hvor den praktiserende læge følger op med borgeren efter 16 uger: Kostændringernes effekt på langtidsblodsukker, LDL-kolesterol og blodtryk, og lægger en vedligeholdelsesplan.
- Forsøgsordningen evalueres forskningsmæssigt på kostvaner, HbA1c, LDL-kolesterol og blodtryk. Den samfundsøkonomiske effekt beregnes på baggrund af resultaterne.

FORSLAG 1 · OMKOSTNINGER

16–20 mio. kr.
Forsøgsordning over 3 år inkl. forskningsmæssig evaluering

49–67 mio. kr.
Målgruppe C (prædiabetes) ved national udrulning, pr. årgang af 18.000 borgere

7–8 år
før investeringen i målgruppe C er tjent hjem – alene i sparede sundhedsudgifter

Ved national udrulning finansieres kurserne for målgruppe A og B inden for de midler, der allerede er afsat til patientrettet forebyggelse i kronikerpakkerne. Kurserne for målgruppe C (prædiabetes) koster ca. 49–67 mio. kr. pr. årgang af 18.000 borgere. Alene i sparede sundhedsudgifter er investeringen tjent hjem efter 7–8 år, med en nettogevinst på ca. 31–49 mio. kr. over 10 år. Medregnes produktionstab, er nettogevinsten ca. 111–129 mio. kr. (samfundsøkonomisk regnestykke findes i uddybende materiale).

FORSLAG 2

AMU-kursus og diplommodul leverer undervisere til kulinariske sundhedskurser, der formår at motivere og give borgere appetit på nye madvaner

- Kulinariske sundhedskurser (forslag 1) afholdes af en klinisk diætist (målgruppe A og B) eller en sundhedsprofessionel med ernæringsfaglige kompetencer (målgruppe C), som har det faglige ansvar, i samarbejde med en kok med en AMU-specialisering, som står for den praktiske madlavning og det kulinariske aspekt. Diætisten eller sygeplejersken kan styrke den kulinariske formidling via et diplommodul.
- Udvikling af et program for det kulinariske sundhedskursus på 6 gange
- Udvikling af kulinarisk sundhedskursus i AMU-regi målrettet kokke
- Diplommodul i 'kulinarisk didaktik i ernæringsindsatser' målrettet kliniske diætister og sygeplejersker, der skal sikre at det sunde didaktisk kobles til velsmag og madglæde.

FORSLAG 2 · OMKOSTNINGER

- AMU-kurset finansieres gennem den eksisterende AMU-ordning, hvor kursusudbydere modtager takstfinansiering, og deltagende kokkes arbejdsgivere kan søge VEU-godtgørelse for tabt arbejdsfortjeneste. Der kræves ikke en ny statslig bevilling ud over udvikling og godkendelse af selve kursusindholdet.
- Et 9 ECTS-modul i 'kulinarisk didaktik i ernæringsindsatser' estimeres til at koste ml. 10.000–15.000 kr. per deltager. Det beløb kan i praksis dækkes uden statslig medfinansiering, fordi offentligt ansatte sygeplejersker og diætister allerede har mulighed for at søge overenskomstbaserede kompetencefonde, der betaler deltagerpris, materialer og transport ved efteruddannelse.

FORSLAG 3

Lægen og praksispersonalet er aktive medspillere for kostændringer og kender til henvisningsmuligheden i deres kommune

- Der bør afsættes midler til at styrke afdelingerne i Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen for strukturelt at have flere kræfter til forebyggelsesindsatser, bl.a. for at muliggøre at Fødevarestyrelsen kan arbejde strukturelt ind i de kommunale tilbud.
- Prioritering af midler til tværministerielt samarbejde ml. Sundhedsministeriet, Fødevareministeriet og Erhvervsministeriet.
- Sundhedsstyrelsen laver en implementeringsguide af kostrådene i klinisk praksis, som angiver hvordan sundhedsfaglige kan bruge kostrådene i samtalen med borgere med prædiabetes, forhøjet kolesterol eller forhøjet blodtryk (altså før sygdomsdiagnose)
- I forbindelse med ensretning af specialkurserne for almen praktiserende læger udbredes eksisterende 3-timers kursus i kostrådene som udbydes af Københavns Universitet, til kommende praktiserende læger i alle regioner (i stedet for nuværende beslutning om at droppe kurset).
- Hvis forslag 1 besluttes politisk, kan PLO Efteruddannelse og Danske Regioner beslutte at udvikle en kondenseret version af kurset, som de kan udbyde til lægeklinikker. Herved kan lægen eller sygeplejersken give en personlig anbefaling af kurset, hvilket markant øger patientens motivation for at deltage.
- Mulighed for at almenpraktiserende læger og klinik sygeplejersker, der har en efteruddannelse i planterig kost kan udbyde gruppekonsultationsforløb i sunde kostvaner for patienter i metabolisk risiko

FORSLAG 3 · OMKOSTNINGER

- Styrkelse på medarbejderfronten i Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen.
- Speciallægekurset i kostrådene er allerede udviklet af Københavns Universitet.
- Udvikling af kursus og kursusafholdelse finansieres via Fonden for Almen Praksis, som er oprettet i fællesskab af PLO og Regionernes Lønnings- og Takstnævn og finansieret af midler afsat i overenskomsten om almen praksis
- Omkostninger for gruppekonsultationer ved almenpraktiserende læge