

The page features several thin, black, curved lines that sweep across the page from the top-left towards the bottom-right, creating a dynamic, abstract background. A single horizontal line is positioned across the middle of the page, intersecting the curved lines.

Kommunal sundhedspolitik

- en KL-vejledning om indhold og indsatser

Den 15. marts 2006

Indhold

1. Forord	4
2. Hvorfor en sundhedspolitik?	6
Synlighed om mål og indsats	6
Sammenhæng i indsatsen	7
Samarbejde med andre parter	7
Økonomistyring.....	8
3. Hvilke opgaver bør indgå i en sundhedspolitik?	10
Træning.....	11
Misbrugsområdet.....	11
Specialtandpleje mv.	12
Psykiatri	12
Forebyggelse og sundhedsfremme.....	13
Patientrettet forebyggelse.....	14
Borgerrettet forebyggelse	16
4. Hvordan kan en sundhedspolitik udarbejdes?	18
Vision.....	19
Kortlægning af borgernes sundhed	19
Valg af mål og indsatsområder	20
Iværksættelse af indsatser	24
Organisering	27
5. Dokumentation af indsats og effekt samt opfølgning	30
Dokumentation	30
Opfølgning	33

Bilag 1. Oversigt over delelementer, som kan indgå i en kommunal sundhedsprofil.....	34
Bilag 2: Eksempler på målsætninger	36
Bilag 3. Inspiration og nyttige links.....	38

1. Forord

Kommunerne skal fra 1. januar 2007 både varetage nye sundhedsopgaver og medfinansiere det regionale sundhedsvæsen. Sundhed kommer dermed til at fylde væsentligt mere i kommunerne end hidtil.

Baggrunden for reformen på sundhedsområdet er for det første den udvikling, som har fundet sted i sygdomsmønstret. Der bliver stadig flere med livsstils sygdomme, og der bliver flere kronisk syge. Det giver behov for ikke blot at fokusere på sygdomsbehandling, men også på forebyggelse.

Udviklingen indebærer for det andet, at der hele tiden udvikles nye og mere avancerede behandlingsmetoder. Det har medført en øget specialisering og centralisering af sygehusvæsenet. Samtidig betyder udviklingen i behandlingsteknologien, at der er blevet mulighed for at indføre mere skånsomme og effektive behandlingsmetoder. Det har givet flere ambulante behandlinger og kortere liggetid på sygehusene, men også øget kravene til opfølgning, fx i form af genoptræning.

Med opgave- og strukturreformen fortsættes tendensen mod et mere specialiseret og centraliseret sygehusvæsen. Samtidig har den forebyggende indsats og opfølgning fået en større rolle. Fremover vil kommunerne, på netop disse områder, få en central rolle i samarbejde med de øvrige parter på sundhedsområdet.

Den opgave, kommunerne er blevet givet, er ikke på alle områder veldefineret. Lovgivningen fastlægger fx ikke entydigt, hvilken indsats kommunerne skal gøre for at forebygge sygdom. Og det fremgår heller ikke, hvad kommunerne præcist skal gøre for at sikre en opfølgning for kronisk syge borgere. Samtidig er der kun begrænsede ressourcer til at iværksætte nye tiltag. KL anbefaler derfor, at alle kommuner udarbejder en sundhedspolitik. En sundhedspolitik er et godt redskab til at fastlægge kommunalbestyrelsens målsætninger og til at sikre en overordnet prioritering af indsatsen.

Formålet med denne vejledning er at inspirere og give gode råd om, hvordan kommunerne kan udforme en sundhedspolitik. Vejledningen beskriver både hvilke områder og indsatser, som kan inddrages i en sundhedspolitik, og hvordan indsatsen kan dokumenteres, så der sikres en opfølgning.

I bilagene er det muligt at finde inspiration til målsætninger og vejledning til, hvor man kan finde talmateriale, som kan belyse kommunens sundhedsprofil.

Bilagene henviser endvidere til, hvor man kan finde relevant information, både i form af trykt materiale og nyttige hjemmesider.

KL vil løbende udarbejde yderligere inspirationsmateriale og vejledninger om de nye sundhedsopgaver. Kommunerne opfordres derfor til at holde øje med KL's hjemmeside www.kl.dk/sundhed, hvor materialet bliver offentliggjort.

2. Hvorfor en sundhedspolitik?

- Alle kommuner bør vedtage en sundhedspolitik
- En sundhedspolitik:
 - Sikrer synlighed om mål og indsats
 - Skaber sammenhæng i indsatsen
 - Udgør et grundlag for samarbejde med andre parter
- Bidrager til at sikre en økonomisk styring
- En sundhedspolitik kan udmøntes i konkrete handlingsplaner

Kommunerne har en lang tradition for at varetage sundhedsopgaver, fx i forbindelse med sundhedspleje og ældreomsorg. Opgave- og strukturreformen medfører imidlertid, at kommunerne fremover får en mere central rolle på sundhedsområdet. Med reformen får kommunerne en række nye sundhedsopgaver. Samtidig gennemføres en finansieringsreform, som betyder, at kommunerne fremover skal medfinansiere omkring 20% af de regionale sundhedsudgifter.

De nye opgaver, kommunerne får, er ikke i alle tilfælde veldefinerede. Det gælder særligt de opgaver, som vedrører den borger- og patientrettede forebyggelse. Dette skaber i sig selv behov for, at kommunalbestyrelsen aktivt forholder sig til hvilken indsats, den ønsker at iværksætte. Lægges det oveni, at kommunerne skal forholde sig til mange nye opgaver, og at sundhedsområdet fremover vil komme til at veje tungt i det kommunale budget, er der meget, som taler for, at kommunalbestyrelsen bør formulere en sundhedspolitik.

Der er en række fordele ved at formulere en sundhedspolitik:

Synlighed om mål og indsats

En sundhedspolitik er først og fremmest et redskab til at skabe synlighed om mål og indsats. Hvad ønsker kommunen at opnå på sundhedsområdet? Og hvordan skal det ske?

Ved at formulere en sundhedspolitik sikres det, at der bliver skabt et grundlag for at foretage overordnede prioriteringer og få fastlagt et tidsperspektiv. Det vil ikke være muligt fra første dag at tage fat på alle indsatsområder. Der er derfor behov for at tage stilling til, hvad der skal iværksettes fra den 1. januar 2007, hvad der skal gøres på kort sigt herefter, og hvad der er pejlemærker med et længere tidsperspektiv.

Synlighed om, hvad der skal ske og hvornår, bidrager ikke kun til en politisk afklaring. Det er også en fordel, at medarbejdere, borgere og eksterne samarbejdspartnere kender de kommunale prioriteringer og målsætninger.

Sammenhæng i indsatsen

Et vigtigt mål med opgave- og strukturreformen er at sikre sammenhæng i indsatsen over for borgeren. Kommunen bør derfor i sin sundhedspolitik beskrive, hvordan den vil bidrage til, at der bliver sammenhæng i indsatsen, fx ved indlæggelse og udskrivning.

Det er også væsentligt, at der er sammenhæng på tværs af de kommunale opgaveområder og mellem sundhedsopgaverne og kommunens øvrige opgavevaretagelse. Et eksempel er hjemmesygepleje og genoptræning og disse sundhedsopgavers sammenhæng med pleje- og trænings-ydelser efter serviceloven. Et andet eksempel er, hvordan kommunen kan udnytte, at den møder borgeren i mange sammenhænge.

I forhold til børn og unge er indsatsen i daginstitutioner og folkeskoler afgørende. Og i forhold til ældre er indsatsen på hele ældreområdet i sagens natur central. Men derudover er der også mange andre områder, hvor sundhed bør tænkes ind. Det kan fx ske i trafikplanlægningen, i de kommunale tilbud om idræts- og fritidsaktiviteter, mv.

Samarbejde med andre parter

Kommunernes mulighed for at løfte de nye opgaver på sundhedsområdet vil afhænge af, at de indgår i et tæt samarbejde med andre parter.

I hver region vil der blive oprettet et sundhedskoordinationsudvalg med repræsentanter fra kommunerne, regionerne og praksissektoren (de praktiserende læger). Sundhedskoordinationsudvalget vil bl.a. skulle drøfte og forhandle de lovpligtige sundhedsaftaler mellem region og kommuner. Som forberedelse til det arbejde, som skal foregå i sundhedskoordinationsudvalgene, vil det være en fordel, hvis hver kommune i sin sundhedspolitik har klargjort de overordnede prioriteringer.

Ny landsoverenskomst på PLO-området

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og den offentlige sygesikring har netop indgået en ny landsoverenskomst. Med den nye overenskomst er der især to ”nyskabelser”, som er relevante for det styrkede samarbejde mellem kommunerne og almen praksis:

1. Overenskomsten indeholder et særligt kapitel, der samler alle bestemmelser vedrørende lægerne og kommunerne. Samtidig sker der en udbygning og modernisering af de enkelte samarbejdsområder.

2. Indførslen af en forløbsydelse for diabetespatienter. Det vil sige et årligt honorar for løbende at følge om patienten er i et tilfredsstillende behandlingsforløb. Konkret skal honoraret bl.a. dække udarbejdelsen af en handlingsplan og en årsstatus, nødvendige kontroller, drøftelse af egenomsorg mm. Og ikke mindst dækker ydelsen også samarbejde med og evt. henvisning til andre dele af sundhedsvæsenet herunder kommunerne. Med den nye ydelse retter overenskomsten fokus på behovet for samarbejde om en effektiv opgavefordeling i indsatsen over for kronikergruppen og er dermed et godt udgangspunkt for den lokale tilrettelæggelse af indsatsen, fx. i forbindelse med indgåelse af sundhedsaftaler om den patientrettede forebyggelse

Udover regionerne og praksissektoren vil der være andre parter, det vil være nyttigt at indgå i et samarbejde med for at nå de sundhedspolitiske mål. Det gælder fx de lokale patientorganisationer og det frivillige foreningsliv i øvrigt.

Økonomistyring

Med opgave- og strukturreformen får kommunerne ansvar for at medfinansiere de regionale sundhedsopgaver. Omkring halvdelen af medfinansieringen indføres gennem et generelt grundbidrag pr. indbygger til løsning af regionens sundhedsopgaver. Derudover indføres en aktivitetsbestemt medfinansiering af de regionale sundhedsydelser, hvor hovedvægten er lagt på at medfinansiere indlæggelser på (somatisk) sygehus.

Hensigten med den kommunale medfinansiering af de regionale sundhedsudgifter er at tilskynde den enkelte kommune til dels at etablere sundhedstilbud, der dækker borgerens behov bedre og billigere end sygehusbehandling, dels til at forebygge, at behovet for sygehusbehandling overhovedet opstår.

Finansieringsreformen vil give kommunerne store udfordringer i forhold til styring og prioritering på det sundhedsøkonomiske område. I det lys bliver kortlægning af borgernes sundhedstilstand med henblik på at etablere måltret-

tede, effektive tilbud helt nødvendigt. Sundhedspolitikken skal altså medvirke til at prioritere indsatserne og skabe grundlag for en hensigtsmæssig økonomistyring.

For at sikre, at sundhedspolitikken gennemføres som forudsat, kan den ud møntes i handlingsplaner, fx for, hvordan genoptræningsindsatsen skal gennemføres eller for, hvordan forebyggelsesopgaven skal løftes. Handlingsplanerne skal ikke nødvendigvis være en del af sundhedspolitikken, men i sundhedspolitikken bør der tages stilling til på hvilke områder, der er behov for at udarbejde handlingsplaner.

3. Hvilke opgaver bør indgå i en sundhedspolitik?

- Sundhedspolitikken bør omfatte både eksisterende og nye sundhedsopgaver
- Sundhedspolitikken bør tage stilling til overordnede målsætninger på de 6 områder, hvor der fremover skal indgås sundhedsaftaler med regionen

Kommunerne har altid løftet opgaver på sundhedsområdet. Med reformen på sundhedsområdet videreføres kommunernes kendte og eksisterende opgaver, men der er med samlingen af flere opgaver, herunder også på det sociale område, skabt grundlag for, at opgaveløsningen sker mere effektivt og koordineret, og dermed opleves mere sammenhængende af borgeren.

Kommunernes eksisterende sundhedsopgaver, der med sundhedsreformen videreføres som kommunalt ansvar, er:

- Hjemmesygeplejen
- Børnetandplejen
- Omsorgstandplejen
- De forebyggende sundhedsordninger for børn og unge

De nye sundhedsopgaver, som kommunerne overtager pr. 1. januar 2007 er:

- Genoptræning efter sygehusbehandling
- Misbrugsbehandling
- Specialiseret tandpleje til særlige målgrupper
- Forebyggelse og sundhedsfremme

I den kommunale sundhedspolitik vil det være naturligt at tage stilling til, hvordan der ved løsningen af sundhedsopgaverne er sikret sammenhæng til løsningen af andre opgaver med et sundhedsmæssigt indhold. Fx vil det i formuleringen af en sundhedspolitik være relevant at medtænke de forebyggende hjemmebesøg, træning, pleje, hjælpemidler og andre opgaver på det sociale område, men også opgaver på andre områder. Særligt beskæftigelsesområdet (sygedagpenge, revalidering) vil det være relevant at medtænke.

Et oplagt udgangspunkt for valg af indsatsområder er derudover de temaer, som lovgivningen pålægger kommunen at indgå aftaler med regionen om.

I det følgende fremhæves de sundhedsopgaver, der som minimum bør medtænkes i en kommunal sundhedspolitik.

For trænings-, misbrugs- og tandplejeområdet gælder det, at der er tale om nye og lovgivningsmæssigt veldefinerede opgaver.

For psykiatriområdet gælder det, at det er et af de seks områder, som kommunerne og regionen skal medtage i de obligatoriske sundhedsaftaler for derigennem at sikre det fornødne samarbejde og sammenhæng i indsatsen.

Forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet beskrives lidt mere uddybende end de øvrige områder. Sundhedsfremme og forebyggelsesopgaverne er ikke nærmere defineret i lovgivningen, og det er derfor ikke nærmere defineret, hvilke målgrupper eller hvilke tilbud kommunens indsats skal omfatte. Et hovedformål med formuleringen af en kommunal sundhedspolitik vil derfor være at beskrive de indsatser, kommunen vælger at prioritere i forhold til den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse og sundhedsfremme.

Træning

Kommunerne har med sundhedsreformen fået et mere samlet ansvar for træningsområdet. Al træning (vedligeholdelsestræning, genoptræning, voksenspecialundervisning, revalidering) bortset fra den genoptræning, der sker under indlæggelse, er kommunalt ansvar.

Genoptræningsområdet er derfor et af de vigtige områder at få beskrevet og planlagt i den kommunale sundhedspolitik. Det skyldes bl.a., at der vil være behov for samarbejde mellem kommune og sygehus, og at træningsområdet er ét af de obligatoriske temaer for sundhedsaftalerne. Endelig vil kommunerne fremover skulle tænke genoptræningsopgaven efter sundhedsloven sammen med rehabiliteringsopgaver efter anden lovgivning.

Endelig er spørgsmålet om, hvordan opgaven skal tilrettelægges, centralt på genoptræningsområdet. Det er gennem formuleringen af en politik for træningsområdet, at kommunen kan etablere samarbejde med andre kommuner, regionen, privatpraktiserende fysioterapeuter og andre mulige, private leverandører. Herudover er politikken grundlag for at få kortlagt kompetencer i kommunen og sikre og styre økonomien på området.

Misbrugsområdet

Med reformen får kommunerne det samlede ansvar for hele misbrugsområdet, herunder også den forebyggende indsats. Misbrugsområdet er et komplekst område, som kræver samarbejde mellem mange sektorer. Det er derfor vigtigt, at kommunen, i formuleringen af sin politik på misbrugsområdet, ikke kun fokuserer på den behandlingsmæssige indsats, men også indtænker det forebyg-

gende og det sociale arbejde. Et væsentligt element i det forebyggende arbejde er den tidlige opsporing, hvor indsatserne rettes mod misbrugere i voksen-gruppen, herunder deres eventuelle børn. Indsatserne bør være koncentreret om identificering af målgruppen via sagsbehandlere, ansatte på aktiveringssteder, pædagogisk personale i daginstitutioner og skoler og de praktiserende læger.

Et andet meget vigtigt element i den forebyggende indsats er efterværnet overfor misbrugere, der forlader behandlingssystemet, så disse ikke er overladt til at klare sig selv. Med det samlede ansvar får kommunerne mulighed for at formulere en sammenhængende misbrugspolitik, hvor forebyggelse og behandling er tænkt sammen med, hvad der skal ske i det videre forløb, herunder bolig, arbejde/uddannelse, netværk mv.

Specialtandpleje mv.

Kommunerne skal pr. 1. januar 2007 tilbyde et specialiseret tandplejetilbud til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl., der ikke kan udnytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, praksistandplejen eller omsorgstandplejen. Kommunen kan opfylde sin forsyningsforpligtigelse ved brug af egne klinikker eller ved samarbejde med andre kommuner, regioner eller private klinikker. Kommunen skal udarbejde en årlig redegørelse over forventet brug af pladser i regionen, hvorefter der udarbejdes en rammeaftale mellem kommunalbestyrelse og regionsråd.

Det nye ansvar for specialtandpleje bør tænkes sammen med løsningen af kommunens øvrige tand-plejeopgaver, herunder særligt omsorgstandplejen, hvor der i praksis ofte vil mangle en klar afgrænsning mellem de to patientgrupper.

Psykatri

Med opgave- og strukturreformen har kommunerne fået det samlede myndigheds- og forsyningsansvar for socialpsykiatrien. Kommunerne har dermed mulighed for at skabe sammenhæng i indsatsen og for at iværksætte en hensigtsmæssig social indsats, der vil skabe sammenhæng og kvalitet for borgeren og samtidig reducere behovet for psykiatrisk behandling og dermed nedbringe antal indlæggelsesdage m.v. Derfor bør det nye, samlede socialpsykiatriske ansvar ses som et område, der skal medtænkes i kommunens sundhedspolitik.

Med finansieringsreformen skal kommunerne medfinansiere de sundhedsudgifter, der knytter sig til indlæggelser og ambulante behandling i psykiatrien. Samtidig skal kommunerne fremover - som det er tilfældet på det somatiske

område - betale en takst for færdigbehandlede patienter, der afventer socialt tilbud. Taksterne er dobbelt så høje som for somatiske patienter. Det er derfor afgørende, at kommunerne i styringen på det sociale område overvejer den mulige effekt af indsatsen i forhold til at kunne nedbringe behovet for regionale sundhedsydelse.

Forebyggelse og sundhedsfremme

Forebyggelse og sundhedsfremme har ikke tidligere været et lovgivningsmæssigt placeret ansvars-området. Amterne har efter lovgivningen haft pligt til at behandle sygdom og til at drive sygesikringsområdet. Som integreret del af behandlingsydelse i hhv. sygehus- og praksissektor har amterne varetaget visse forebyggelsesopgaver, fx. på svangreområdet og i tilknytning til behandlingen af særlige patientgrupper (fx hjertepatienter). Amterne har ligeledes løst en del meget brede forebyggelsesopgaver, fx i form af kampagner (fyrværkeri, trafik, rygestop). Kommunerne har på sin side haft eksplicite forebyggelsesopgaver efter særlig lovgivning, nemlig børnetandplejen, de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge og hjemmesygeplejen.

Af den nye sundhedslov fremgår det, at kommunerne har ansvaret for varetagelsen af opgaver i forhold til at skabe rammer for en sund levevis, og at kommunen skal etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Det fremgår endvidere af bemærkningerne til loven, at kommunerne skal være med til at hindre, at sygdomme opstår og udvikler sig. Sundhedsfremme og forebyggelse er et område, hvor kommunerne, tilskyndet af de økonomiske incitamenter, som sundhedsreformen i vidt omfang hviler på, skal beslutte sig for hvilke indsatsområder, der skal sættes på.

Den forebyggende indsats opdeles i hhv. *borgerrettet* forebyggelse og *patientrettet* forebyggelse. I forhold til lovgivningens definitioner omfatter kommunernes opgaver på det forebyggende og sundhedsfremmende område dels indsatsen i forhold til kommunens indbyggere med henblik på at forebygge sygdom og ulykker (borgerrettet forebyggelse), dels en indsats med henblik på at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer (patientrettet forebyggelse).

Ifølge sundhedsloven er ansvaret for den patientrettede forebyggelse delt mellem region og kommune. Loven viderefører regionernes ansvar for den forebyggelse, der sker i tilknytning til behandling (på sygehus og i privat praksis). Det er således afgørende, at det i den kommunale sundhedspolitik beskrives, hvorledes der ved varetagelsen af opgaverne på forebyggelses- og sundhedsfremme-området generelt sikres en sammenhæng med varetagelsen af opgaver på andre områder, og at der sikres et godt samarbejde med regionerne i form af gennearbejdede sundhedsaftaler.

Patientrettet forebyggelse

Sundhedsreformens forudsætning om, at kommunerne løser opgaver indenfor den patientrettede forebyggelse og sundhedsfremme hviler som nævnt på en forventning om, at de økonomiske tilskyndelser, som er indeholdt i sundhedsreformen, vil sikre relevante og effektive tilbud til de kronikerne i kommunen.

I valg af indsatsområder er det derfor vigtigt at vurdere, hvorvidt indsatsen og målgruppen har en effekt i forhold til kommunens økonomi. Det gælder ikke mindst om indsatsen har effekt i form af sparede udgifter til medfinansieringen af sygehusbehandlingen, men også om der ved den valgte indsats kan opnås sparede udgifter på andre kommunale områder, fx pleje-, hjælpemiddel- og/eller sygedagpengeområdet.

Som et konkret eksempel kan nævnes etablering af tilbud som alternativ til akutindlæggelse på sygehus (kommunal akutplads). Valg af en sådan indsats kan begrundes dels i ønsket om at sikre et bedre tilbud til borgere, der reelt ikke har brug for sygehusbehandling, men også i den sparede medfinansiering til indlæggelsen. Svage ældre borgere eller patienter med kroniske sygdomme genindlægges ofte flere gange på et år, fordi der ikke synes at være andre muligheder for at tilvejebringe den nødvendige omsorg og pleje. For at få det fulde overblik over de økonomiske incitament i forbindelse med eventuel etablering af akutpladser, skal kommunen derfor lægge besparelser i forhold til udgifter til gentagne hospitalsindlæggelser sammen. Det skal i øvrigt bemærkes, at regionen efter aftale kan betale for borgere, der henvises til et tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse (Sundhedsloven, § 239).

Akutstuer

Det overordnede formål med akutstuer er, at borgerne undgår at blive indlagt på sygehuset, når det ikke er hensigtsmæssigt - eller får en kortere indlæggelsestid på sygehuset.

En akutstue er fortrinsvis et tilbud til kommunernes ældre borgere, som har behov for en behandling, og hvor det vurderes, at behandlingen kan foretages i hjemkommunen frem for på et sygehus. Det er det kommunale personale, der i samarbejde med sygehus eller praktiserende læge er ansvarlige for opgaven.

Eksempler på borgere, der kan modtages på akutstuerne:

- borgere, der er faldet i hjemmet og som har behov for genoptræning for at undgå yderligere tab af førlighed
- borgere med ukomplicerede knoglebrud
- borgere, der er svækket på grund af infektionssygdomme
- borgere, der lider af væskemangel
- borgere, der har behov for forbehandling, inden en forestående ambulant undersøgelse på sygehus
- borgere, der har behov for at blive observeret i forbindelse med regulering af medicin
- borgere, der er i ernæringsbehandling eller intravenøs væskebehandling
- borgere der er færdigbehandlet på sygehus og som har behov for ekstra genoptræning
- borgere, der lider af demens i et tidligt stadie og som skal vurderes med henblik på en fremtidig behandling.

Et andet eksempel er patientundervisning og rehabiliteringsforløb for borgere med kroniske lidelser. Udover sparet medfinansiering af både indlæggelser og ambulante besøg, vil en indsats, der har til formål at gøre borgeren bedre til at mestre sin sygdom og dermed forebygge funktionstab og forværring af sygdommen, betyde sparede udgifter til fx. sygedagpenge, til mere intensiv pleje, til hjælpemidler mv.

Et amerikansk koncept for patientundervisning, som er udviklet på Stanford Universitet, har vist gode resultater i forhold til at give kroniske patienter bedre livskvalitet, bedre symptomkontrol og et reduceret behov for ydelser fra sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen har efter en vellykket pilotafprøvning besluttet at indføre konceptet i Danmark og planlægger at etablere en organisation, som skal stå for implementeringen. Her skal bl.a. opgavefordelingen mellem region, kommuner og private organisationer (typisk patientforeninger) nærmere beskrives.

Borgerrettet forebyggelse

Baggrunden for at bruge begreberne sundhedsfremme og forebyggelse i sammenhæng er at synliggøre forskellige indsatser for at opnå sundhed hos borgerne. Forebyggelse handler om at fjerne de risikofaktorer, som kan gøre os syge. Alle risikofaktorer kan imidlertid ikke fjernes, så derfor handler sundhed også om at fremme borgernes/patienternes evner til at passe på sig selv.

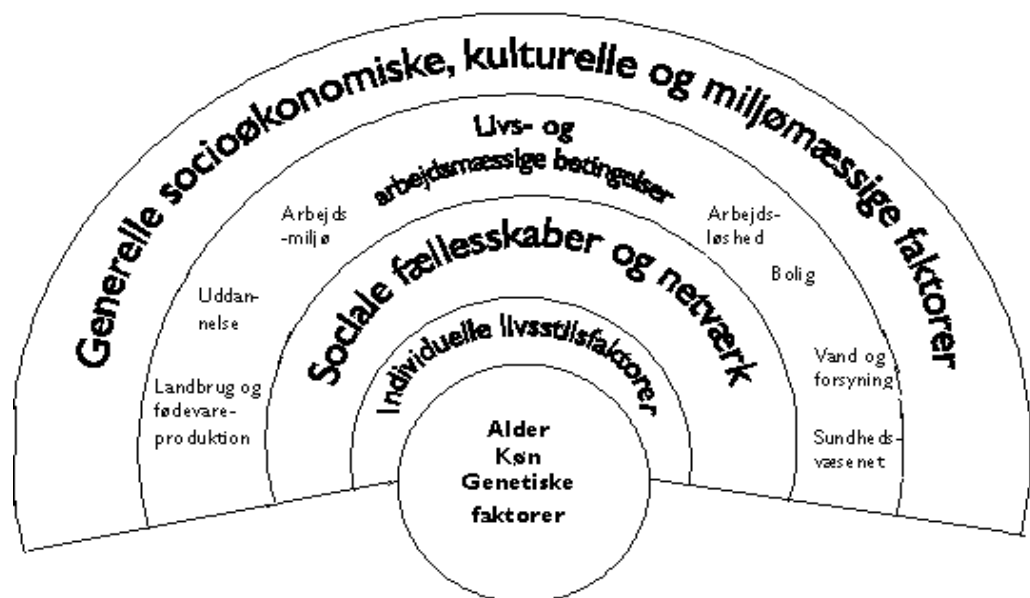
Forebyggelse og sundhedsfremme

Forebyggelse: "En sundhedsrelateret aktivitet, der forsøger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden".

Sundhedsfremme: "En sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgers ressourcer og handlekompetence".

(Terminologi – forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed", SST 2005)

Den enkeltes sundhed påvirkes af mange forhold. Det illustreres i nedenstående model, som beskriver alle de faktorer, der påvirker den enkeltes sundhed:



Frit efter Whitehead, M. & Dahlgren, G. (1991)

Omsat til kommunernes virkelighed betyder det, at de fleste af de områder, som kommunerne har ansvar for, har betydning for sundheden. Det gælder børne- og ungeområdet, ældreområdet, sundhedsområdet, socialområdet, arbejdsmarkedsområdet, kultur- og fritidsområdet samt teknik- og miljøområdet.

Menneskers sundhed påvirkes af livsstil, levevilkår, alder, arv og kvaliteten i sundhedsvæsnets indsats. Derfor er Horsens Kommunes sundhedspolitik en sammenfatning af alle de sundhedsfremmende og forebyggende initiativer, der bliver taget i alle fagudvalg. Alle fagudvalg, Økonomiudvalget og Byrådet har forpligtet sig til at formulere mål, gennemføre virksomhedsplaner og handleplaner med udgangspunkt i det brede sundhedsbegreb og med sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv.

(Horsens Kommune, sundhedspolitik 2005)

Derfor er det også relevant at være opmærksom på, hvilke potentielle sundhedsmæssige effekter et politikforslag, en strategi mv. har på borgernes sundhed – uanset hvilket sektorområde, der har rejst forslaget. Herved kan kommunen sikre, at strategier, politikker, mv. ikke har uønskede effekter på borgernes sundhed. Et eksempel kunne være etablering af et boligområde – her skal tænkes på borgernes sundhed i forhold til bl.a. trafikløsningerne (er det muligt at komme sikkert til og fra området på cykel og til fods?) og de grønne områder (er der adgang til grønne områder?).

4. Hvordan kan en sundhedspolitik udarbejdes?

- Sundhedspolitikken bør tænkes som et forløb, der starter med en vision og målsætninger, som omsættes til indsatser, der dokumenteres, så det er muligt at følge op på den hidtidige indsats.
- Udvælgelsen af indsatsområder til sundhedspolitikken bør ske på så godt et vidensgrundlag som muligt. Det kan fx tilvejebringes gennem udarbejdelsen af en sundhedsprofil.
- Udvælgelsen af indsatsområder for så vidt angår den borgerrettede forebyggelse bør tage udgangspunkt i ”de lavthængende frugter”.
- Udvælgelsen af øvrige indsatsområder bør ske dels med fokus på ”sammenhængende forløb for borgeren”, dels med udgangspunkt i de incitament, som den aktivitetsbestemte medfinansiering skaber.

En sundhedspolitik vil kunne opbygges på mange måder. Det er imidlertid vigtigt, at sundhedspolitikken ses som et forløb, hvor der på baggrund af en vision og målsætninger igangsættes en indsats, der kan dokumenteres, og som der følges op på. Sundhedspolitikken bør revideres efter nogen tid, når der er opnået erfaringer med sundhedsindsatsen.

En sundhedspolitik kan bestå af følgende elementer:

- En vision
- Status i forhold til borgernes sundhed
- Overordnede mål
- Indsatsområder
- Organisering af indsatsen
- Dokumentation
- Opfølgning

Det er en god idé at begynde med at se på de politikker, der allerede eksisterer i kommunen og som relaterer sig til sundhedsområdet. Det kan være inden for de områder, hvor kommunen i dag har ansvaret for forebyggelse (fx de forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, forebyggende hjemmebesøg blandt ældre) eller andre områder, som omfatter bestemte målgrupper eller temaer (fx ungepolitik, ældrepolitik, alkoholpolitik mv.). Kommunen kan også tidligere have udarbejdet andre dokumenter, som det kan være relevant at lade sig inspirere af, fx sundhedsplaner, sundhedsstrategier mv.

Vision

Sundhedspolitikken vil med fordel kunne tage udgangspunkt i en vision. Visionen skal lægge kursen for arbejdet med sundheden i kommunen, og den bør være langsigtet. En forbedring af borgernes sundhedstilstand kommer ikke fra den ene dag til den anden.

En sundhedspolitisk vision vil kunne stå selvstændigt, men kan med fordel knyttes til det værdi-grundlag og de visioner, som kommunen allerede har på andre områder, fx på erhvervs- eller miljø-området. Hvis kommunen i sit Agenda 21-arbejde har en vision om at være en grøn by, vil det fx være relevant, at sundhed også indgår som et element i denne strategi. Dermed kommer sundhed på dagsordenen som et tværgående område, der vedrører alle kommunens borgere, og som alle kommunens forvaltninger har en andel i at arbejde for at fremme.

Gladsaxe Kommune er en sund kommune med sunde borgere, hvor der er mindst mulig sygdom som følge af livsstil og ulykker.

(Gladsaxe Kommune, vision for sundhedspolitik 2005)

*Længere liv med højere livskvalitet
Lighed i sundhed*

(Nordborg Kommune, vision i Sundhedsredegørelse 2003)

Kortlægning af borgernes sundhed

Som led i kortlægningen af, hvad status er, kan det være hensigtsmæssigt at udarbejde en sundhedsprofil – altså skabe et overblik over sundhedstilstanden blandt borgerne. En sundhedsprofil kan indeholde en række forskellige elementer, som på hver deres måde beskriver forhold, der har betydning for planlægningen af indsatser til forbedring af borgernes sundhed. Nogle oplysninger kan kommunen få gratis via eksisterende registre (kommunens egne eller fx Sundhedsstyrelsens), andre vil skulle købes.

Hvis kommunen gerne vil have et lokalt billede af borgernes sundhedsvaner og livsstil, er det nyttigt at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse blandt et repræsentativt udsnit af borgerne i kommunen. Fx har Statens Institut for Folkesundhed (SIF) udarbejdet et modelspørgeskema, som der kan tages udgangspunkt i. Endvidere har KL og SIF etableret et samarbejde om et analysekoncept, hvor der tilbydes dataindsamling og rapportskrivning, se

www.kl.dk/sundhedsprofiler. Endelig kan det nævnes, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet i samarbejde med Tryk Fonden iværksætter en stor undersøgelse af befolkningens sundhed med vægt på fysisk aktivitet (kaldet KRAM-undersøgelsen, der sætter fokus på Kost, Rygning, Alkohol og Motion). 15-20 kommuner vil få mulighed for at deltage i initiativet, hvori der også indgår en spørgeskemabaseret sundheds-profil.

Det anbefales, at det gøres klart, hvilke ønsker kommunen har til en sundhedsprofil og holder dette op imod omkostningerne ved at lave en omfattende sundhedsprofil. For de fleste kommuners vedkommende vil der ikke være store afvigelser i forhold til lands- eller regionstallene. I hvert fald ikke, når det drejer sig om de mest almindelige risikofaktorer (kost, rygning, alkohol og motion), eller de otte store folkesygdomme. Der vil herudover være en række tilgængelige nøgletal på kommuneniveau, som kan bruges til at tegne et billede af kommunens sundhedstilstand.

En fordel ved den mere omfattende sundhedsprofil, baseret på spørgeskemaundersøgelser, er, at det er et godt redskab til at måle effekten af kommunens indsats. Tallene om borgernes sundhed kan også have stor politisk betydning, dels som udgangspunkt for konkrete drøftelser af overordnede mål, dels som mulighed for at dokumentere effekten af politikernes prioriteringer ved slutningen af en valgperiode. Udgiften til en spørgeskemabaseret sundhedsprofil er endvidere en udgift, der kun skal afholdes fx hvert fjerde år.

I tabellen i bilag 1 ses en oversigt over nogle af de elementer, der kan indgå i en samlet sundhedsprofil for borgerne i kommunen.

Valg af mål og indsatsområder

For at definere, hvad kommunen aktivt vil arbejde for, er det en god idé at opstille nogle overordnede mål i kommunens sundhedspolitik. I formuleringen af de overordnede, sundhedspolitiske mål vil det være naturligt at skelne mellem mål på kort og længere sigt. De mål, der fastsættes på kort sigt, vil typisk være mål for den konkrete opgavevaretagelse, fx mål for lovpligtige opgaver som genoptræningsområdet.

Udover de opgaver, der er lovgivningsmæssigt veldefinerede opgaver, og som skal løses efter 1. januar 2007, kan der også formuleres mål på kort sigt for andre opgaver, fx for den patientrettede forebyggelse. Formuleringen af mål på kort sigt på dette område vil dels afspejle hensynet til sammenhængende patientforløb og pligten til at indgå aftaler med regionen herom og dels den kommunale medfinansiering af sygehusindlæggelser. Sundhedspolitikken bør dog også indeholde fremtidsrettede og visionære mål, som skal indfries på længere sigt.

I praksis vil opstillingen af mål typisk finde sted, når kommunen har afdækket sundhedstilstanden i kommunen. Kommunen bør endvidere, ved valg af indsatsområder, vurdere, hvorledes den optimale udnyttelse af eksisterende medarbejderkompetencer på sundhedsområdet og tilgrænsende områder sikres, herunder beskrive evt. strategier for kompetenceudvikling af kommunens medarbejdere. Samtidig skal ønskerne til og mulighederne for at inddrage eksterne kompetencer, herunder etablering af partnerskaber med fx patientforeninger, idrætsforeninger, aften-skoler mv., beskrives.

Uanset om kommunen kun har registerbaserede data eller har valgt at udarbejde en spørgeskemabaseret undersøgelse af borgernes livsstil, så er der nogle forhold, der gør sig gældende for befolkningen som helhed. Blandt de hyppigste dødsårsager i Danmark er hjerte-karsygdom, blodprop i hjernen, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og kræft. Disse sygdomme har så stor udbredelse, at de kan kaldes folkesygdomme. Det er også de sygdomme, som oftest giver langvarig lidelse og store funktionstab, suppleret af sygdomme som bl.a. diabetes 2, depression, alkoholmisbrug, muskel- og skeletlidelser, knogleskørhed og overfølsomhedssygdomme. Mange af de borgere, der lider af disse sygdomme, indlægges ofte på sygehus og modtager plejeydelser, ofte i lange forløb, fra kommunen.

Heldigvis er det sygdomme, som i høj grad kan forebygges. Man ved nemlig en hel del om, hvilke risikofaktorer, der kan udløse folkesygdommene. Risikofaktorerne kan findes i forhold hos den enkelte, i livsstilen eller i det omgivende miljø. Kendskab til risikofaktorerne er grundlaget for målrettet forebyggelse, som kan reducere tidlige dødsfald og tab af livskvalitet.

Blandt de væsentligste risikofaktorer er:

- **Kost** (usund – herunder for fed kost)
- **Rygning**
- **Alkohol** (storforbrug og misbrug)
- **Motion** (for lidt)

Andre relevante risikofaktorer er ulykker (herunder trafikulykker og fald blandt ældre), arbejdsmiljø og miljøfaktorer (som fx støj).

Risikofaktorer

I en gennemsnitskommune på 30.000 indbyggere vil der være ca.:

- 3.650 storrygende borgere mellem 25 og 64 år
- 3.000 fysisk inaktive borgere. 2/3 af dem vil være under 65 år
- 10.000 overvægtige borgere (BMI over 25), heraf 3.000 svært overvægtige (BMI over 30)
- 2.200 borgere, der overskrider genstandsgrænserne for alkohol (14 genstande for kvinder/ 21 for mænd)

(Statens Institut for Folkesundhed)

Ulykker

I en gennemsnitskommune på 40.000 indbyggere vil der årligt være ca.:

- 4.200 borgere, der behandles på skadestue
- 360 borgere, der indlægges
- 45 borgere over 64 år, der får hoftebrud – ca. 670 sengedage
- 155 cyklistulykker
- 280 børn, der kommer til skade i skolen og i institutioner
- 480 borgere, der kommer til skade ved sportsaktiviteter

(Center for Ulykkesforskning, Statens Institut for Folkesundhed)

Kommunen bør prioritere at opstille mål med tilhørende sundhedsfremmende og forebyggende indsatser inden for disse områder. Det gælder både for den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse. Derudover kan det for forskellige målgruppers vedkommende være relevant at fokusere på særlige områder. Blandt unge kan det fx være illegale rusmidler, uønsket graviditet, seksuelt overførbare infektioner mv.

Forebyggelse af fald og lårbenshalsbrud

Københavns Kommune har siden 1994 arbejdet med forebyggelse af ældres faldulykker og udviklet et koncept for faldforebyggelse, der via Sund By Netværket er formidlet ud til alle landets kommuner og amter, i form af håndbøger for faldforebyggelse i hjemmet, på hospitalet og på plejehjemmet. Konceptet bygger på undervisning af medarbejdere, der har med ældre at gøre, registrering af de konkrete faldulykker med beskrivelse af detaljer vedr. omstændighederne ved faldet, identifikation af risikofaktorer, handling og opfølgning.

Den samlede faldforebyggende indsats evalueres ved at følge udviklingen af lårbenshalsbrud. Forekomsten af lårbenshalsbrud pr. 100.000 ældre københavnere er i perioden 1995-2002 blevet reduceret med 14%. Det samme tal er for landet som helhed 5%. Den betydelige reduktion i Københavns Kommune indikerer, at det vil være muligt at få tallet bragt endnu længere ned, hvis en systematisk indsats udbredes i alle byens lokal-områder.

(Københavns Kommune, Ældrehandlingsplan 2004-2005)

Et godt udgangspunkt for at udarbejde kommunale mål kan være de nationale mål, som regeringen har opstillet for folkesundheden i programmet ”Sund hele livet”.

Hvis kommunen har udarbejdet en spørgeskemabaseret undersøgelse af borgernes livsstil, har den et godt udgangspunkt for at gøre sine overordnede mål

målbare. Hvis der fx er 15% af borgerne, der er fysisk inaktive i fritiden, kan der opstilles et konkret mål om at reducere denne andel til fx 10% inden for en given årrække. Herudover gælder det, at der både i forhold til den borgerrettede og den patientrettede indsats kan være særlige lokale behov for en indsats, fx på baggrund af en lokal sundhedsprofil.

Der er ofte fokus på den raske borger i forbindelse med usund livsstil, men det er bestemt også relevant med indsatser, som er rettet mod borgere med kronisk sygdom. I den patientrettede forebyggelse vil indsatser vedrørende livsstilsændringer desuden medvirke til at styrke livskvaliteten, funktionsevnen og forhindre tilbagefald. Et eksempel på en patientrettet indsats er patientskoler, hvor patienter underviser andre patienter i at håndtere deres sygdom. Det er væsentligt at huske på, at sårbare grupper, som pga. personlige, sociale eller etniske forhold kan have særlig svært ved at fast-holde og gennemføre adfærdsændringer, har brug for en særlig indsats.

Træning af KOL-patienter (patienter med rygerlunger)

I Gladsaxe kommune er i de seneste år udviklet et træningstilbud til KOL-patienter. Tilbuddet består af holdtræning på dagcenter i 7 ugers forløb 2 gange ugentligt med en kombination af fysisk træning, vejledning i at leve med KOL og mulighed for at udveksle erfaringer med andre KOL-patienter. Undervisningen varetages af ergo- og fysioterapeuter, sygeplejerske, kostvejleder og én gang i forløbet af en læge.

Første hold startede i oktober 2004, og der er gennemført 2 holdforløb. Test af deltagerne har vist øget kondition og udholdenhed for alle. Deltagerne vil blive testet 3, 6 og 12 mdr. efter træningsforløbets afslutning for på sigt at se effekten af træningen. Optagelse på KOL-hold sker efter henvendelse fra egen læge, så tilbuddet målrettes KOL-patienter i alle aldersgrupper, der vurderes fysisk at kunne profitere af træningen.

Det seneste år har Gladsaxe Kommune på omsorgscenter Kildegården gennemført et forsøgsprojekt omkring sygdommen KOL (rygerlunger). Projektet har været rettet mod personer, som ikke længere har tilknytning til arbejdsmarkedet. De foreløbige erfaringer fra forsøget viser, at deltagerne får forbedret deres funktionsniveau. Indtil nu kendes erfaringerne kun på kort sigt.

(Gladsaxe Kommune, Sundhedspolitik 2005)

I og med at kommunerne med opgave- og strukturreformen har fået et samlet ansvar for al træning, der ikke foregår under indlæggelse, samt ansvar for såvel borgerrettet som patientrettet forebyggelse, betyder det også, at kommunerne kan tilrettelægge og organisere sammenhængende indsatser for ældre medborgere, der både har behov for genoptræning efter et hospitalsophold, får ydelser

fra hjemme(syge-)plejen og samtidig har behov for særlige forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, der skal modvirke forværring og funktionstab som følge af en kronisk sygdom.

Et andet eksempel kunne være en yngre rygpatient, som efter sin prolapsoperation både har behov for genoptræning og behov for en socialmedicinsk indsats, med henblik på at øge muligheden for en hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

En udbygget kommunal indsats i forhold til borgere med kronisk sygdom, vil være en kvalitetsforbedring for disse borgere, samt for borgere som er ramt af fagligt set ukomplicerede sygdomme og med problemer af f.eks. social karakter. Disse borgere vil kunne undgå belastende hospitalsindlæggelser f.eks. ved en udbygget mulighed for akut døgnophold og kortvarige døgnpleje- og behandlingspladser i lokalmiljøet.

(Søllerød Kommune, sundhedspolitik 2005)

Succeskriterierne for den sammenhængende indsats er bl.a., at samarbejdet med de praktiserende læger, regionen - herunder sygehusene - fungerer optimalt, samt at kommunen i sin interne organisering af og visitation til tilbudtene sætter fokus på god kommunikation på tværs af de kommunale forvaltninger.

Iværksættelse af indsatser

Målgrupper og miljøer

Ved kommunens tilrettelæggelse af konkrete indsatser kan der tages udgangspunkt i både forskellige målgrupper, miljøer og temaer. Hvis kommunen tager udgangspunkt i temaerne Kost, Rygning, Alkohol og Motion, kan den fx opstille nedenstående overordnede målgrupper og miljøer:

Tabel 1. Målgrupper og miljøer

Målgruppe	Forebyggelsesmiljø/arena
Børn og unge	Familie, daginstitution, skole, fritidsinstitution, klub, sportsaktiviteter, boligområdet, mv.
Voksne	Arbejdspladser, aktiveringssteder, væresteder, lokalområdet, boligområdet, mv.
Ældre	Aktivitetssteder for ældre, ældreboliger, lokalområdet, mv.

Inden for hver målgruppe kan der være særlige undergrupper, fx udsatte unge, personer med anden etnisk baggrund end dansk mv., der skal gøres en særlig indsats for. Borgere med kortvarig eller ingen uddannelse, manglende indflydelse på eget arbejde og borgere, der er udstødt af arbejdsmarkedet, har større

risiko for at blive syge end andre, og andelen af borgere, som fx ryger eller er overvægtige, er langt højere i disse grupper end i befolkningen som gennemsnit. Ulighed i sundhed er således et stort problem, og det er vigtigt, at kommunerne indtænker dette i de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, bl.a. ved differentierede tilbud.

Det kan anbefales at udarbejde handleplaner inden for de målgrupper, miljøer eller temaer, som man vælger at prioritere. I handleplanerne kan kommunen opstille mere konkrete mål for, hvad den vil opnå og gerne med målbare mål, jf. bilag 2. Et eksempel kan være: Andelen af rygere i kommunen skal være under landsgennemsnittet i 2008 målt ved en repræsentativ spørgeskemaundersøgelse.

Indsatser

Hvilke indsatser skal kommunen så vælge at igangsætte? Et godt udgangspunkt for prioritering er den videnskabelige dokumentation for effekten af en given indsats. Man ved meget om sammenhængen mellem risikofaktorer og udvikling af sygdom. Men viden om, hvad der skal få folk til at ændre gamle vaner og fastholde nye vaner, er mere sparsom. Derfor er en tidlig indsats i barneårene vigtig, og her har kommunerne unikke muligheder for at gøre en forskel.

Udvælgelsen af konkrete tiltag er så vidt muligt baseret på videnskabelig dokumentation. Den eksisterende forskning på området giver dog ikke et entydigt svar på, hvilke typer af initiativer, der har størst effekt i forhold til at forebygge og ændre folkes sundhedsadfærd. Det er svært at påvise en effekt af store enkeltstående aktiviteter. Derimod er det den længerevarende og ofte daglige indsats, der giver resultater.

(Gladsaxe Kommune, Sundhedspolitik 2005)

På *kostområdet* er overvægt og fedme de største problemer. Forebyggelsen bør koncentrere sig om dels at forebygge udvikling af fedme, dels forebyggelse/behandling af fedme. Evidensen viser, at der er god effekt af ændring af kostvaner gennem forskellige former for rådgivning, men det store problem er tilbagefald. De fleste er tilbage på udgangsvægten efter 5 år. På trods af den manglende langtidseffekt bør kommunerne ikke afholde sig fra at iværksætte tilbud og arbejde med kost i fx skoler og på arbejdspladser, da problemet er alvorligt og voksende. Det positive er, at selv en mindre vægtreduktion reducerer en række af de risikofaktorer, der er knyttet til fedmen (diabetes 2, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol).

Rykning er det største forebyggelige folkesundhedsproblem. Rygeophør har en stor og langtidsvirkende effekt på sundheden. Evidensen på området er overbevisende og viser, at gode rådgivningstilbud, med tilbud om nikotinsubstitu-

tion ved uddannede rygestopinstruktører, giver succesrater på 20-30% efter et år. Mange skal dog prøve adskillige gange før ophør lykkes. Der er også god effekt af, at sundhedsprofessionelle spørger til rygevaner, opfordrer til rygestop og tilbyder rådgivning. Strukturelle tiltag som rygepolitikker/rygeforbud har også god effekt og kan anvendes på kommunale arbejdspladser, institutioner mv.

Overforbrug og misbrug af *alkohol* har alvorlige helbredsmæssige konsekvenser, og herudover er der også en række psykosociale problemer forbundet med et for stort alkoholforbrug, hvilket ikke mindst går ud over de nærmeste pårørende, herunder børn. Der er evidens for, at hvis fagpersoner identificerer alkoholoverforbrug, informerer og foretager motiverende samtaler og tilbyder støtte, så kan forbruget reduceres. Udfordringen er at opspore storforbrugere/misbrugere på et tidligt tidspunkt. Et højt forbrug af alkohol i ungdommen forøger risikoen for overforbrug/misbrug i voksen-alderen. Derfor er indsatser rettet mod alkohol i skoler, ungdomsklubber mv. oplagte indsatsområder for kommunerne. Strukturelle indsatser som alkoholpolitikker i skoler og på arbejdspladser har god effekt.

I Herlev Kommune vil vi arbejde for at antallet af storforbrugere nedsættes og antallet af folk med alkohol-problemer, som søger behandling øges. Børn, som lever i hjem med misbrug, skal støttes. Unges alkoholdebut skal udskydes og deres eksperimenteren med hash og andre illegale rusmidler forebygges.

(Herlev Kommune, Sundhedsredegørelse 2005)

Manglende *motion* og fysisk inaktivitet er medvirkende til en række livsstilssygdomme og for tidlig død. For at undgå dette bør voksne være aktive mindst 30 minutter om dagen, og børn mindst 60 minutter. Som på kostområdet er udfordringen at fastholde et øget aktivitetsniveau. Der er ikke påvist indsatser, som i højere grad end andre kan fastholde en adfærdsændring over længere tid. Imidlertid er konsekvenserne af fysisk inaktivitet så alvorlige, at der bør sættes ind. Kommunerne er i direkte kontakt med mange borgere i alle aldersgrupper, og strukturelle initiativer som motionspolitikker på skoler og arbejdspladser har god effekt. Samarbejde med lokale idrætsforeninger, patient-foreninger mv. er oplagt.

I forhold til den borgerrettede forebyggelse udgiver Sundhedsstyrelsen løbende vejledninger, anbefalinger og retningslinier. Sundhedsstyrelsen har også en videns- og dokumentationsenhed, som udarbejder oversigter over den kendte viden om metoder og effekt på forebyggelsesområdet. Faglige og videnskabelige selskaber/organisationer udgiver også anbefalinger og retningslinier inde for forskellige områder.

I forhold til den patientrettede forebyggelse vil mange af indsatserne i den borgerrettede forebyggelse også være relevante – fx rygestop, fysisk træning og diætvejledning. Patienterne har oftest også behov for psykosocial støtte og støtte til forbedret egenomsorg generelt.

Når indsatserne skal planlægges, kan der med fordel skelnes overordnet mellem indsatser, som er rettet mod individer, og indsatser rettet mod befolkningen generelt eller mod de miljøer, hvor målgrupperne færdes. Den individrettede forebyggelse kræver ofte flere ressourcer og kan være dyrere end en indsats rettet mod miljøerne, men den kan også være mere omkostningseffektiv. Et eksempel herpå kan være faldforebyggelse blandt ældre med hoftebeskyttere.

For alle områder gælder det, at en kombination af individrettede aktiviteter og lokalsamfundsrettede aktiviteter i det miljø, hvor målgruppen færdes, har størst effekt. Fx en oplysningskampagne om rygningens skadelige virkninger, kombineret med tilbud om rygestopkursus lokalt – fx på kommunale arbejdspladser. Kampagner kan således ikke stå alene. På nationalt niveau gennemføres årlige kampagner om fx alkohol og motion, og det er oplagt for kommunerne at indgå i kampagnerne med konkrete, lokale aktiviteter.

Det er desuden en god idé, at kommunerne ”fejrer for egen dør” – dvs. går foran i forhold til at skabe sunde miljøer, udarbejde politikker (fx rygepolitik og alkoholpolitik) og tilbyde sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter på kommunale arbejdspladser. Desuden er udarbejdelse af politikker, som sætter rammer for fx rygning, ganske omkostningsfrit for kommunen, men har en god effekt på borgernes sundhed i form af, at rygere ryger mindre og ikke-rygere ikke udsættes for passiv rygning.

Arbejds miljøet på virksomhederne har en betydelig indflydelse på medarbejdernes fysiske og psykiske sundhedstilstand og deres levetid. Både offentlige og private arbejdspladser er en naturlig indgang til forebyggelse og sundhedsfremme med henblik på at fremme befolkningens sundhed. Arbejdspladsen kan bidrage ved at forebygge skader som følge af selve arbejdet og ved at tilvejebringe sundhedsfremmetiltag. Desuden kan virksomhederne påtage sig et socialt medansvar ved blandt andet at forebygge udstødning fra arbejdspladsen og fremme de sociale aspekter i personalepolitikken.

(Horsens Kommune, Sundhedspolitik 2002)

Organisering

De flere og nye opgaver på sundhedsområdet giver kommunerne en god anledning til at tænke omorganisering af sundhedsindsatsen på en ny måde. En af

forudsætningerne for at kunne vælge en hensigtsmæssig organisationsform er, at opgaver og funktioner på sundhedsområdet er veldefinerede.

De væsentligste opgaver på centralt niveau i kommunen handler om koordinerende funktioner i forhold til at sikre, at der tænkes sundhed på tværs i kommunen. Det centrale niveau vil også skulle løse opgaver som at udarbejde en sundhedsprofil, forberede og understøtte det politiske niveau i forhold til at formulere kommunens sundhedspolitik og sikre, at den vedtagne sundhedspolitik udmøntes i praksis med udgangspunkt i de ressourcer, der er til rådighed. Endelig er det en væsentlig opgave på centralt niveau at forberede og understøtte det politiske niveau i forhold til indgåelse af sundhedsaftaler med regionen.

Organiseringen af selve opgaveudførelsen er mere kompleks. På den ene side er der en række krav til det kommunale sundhedsområde om sammenhæng mellem indsats, politik og sundhedsaftaler. På den anden side leveres sundhedsydelse af frontpersonale såsom pædagoger, sundhedsplejersker, sygeplejersker, terapeuter, lærere, kommunelæger mv. Hertil kommer en stærk forventning om økonomistyring og opbygning af en evalueringskultur, således at effekten af indsatsen, omkostningerne og de forventede besparelser hele tiden holdes for øje.

For at imødekomme disse hensyn vil det være naturligt at skabe stor synlighed omkring sundhedsopgaven, ligesom området kan gives en synlig og eksplicit placering i den kommunale organisation. Det kunne være en mindre enhed med fokus på at løse de førnævnte centrale opgaver, herunder igangsætte, evaluere og koordinere sundhedstiltagene, eller en større enhed, hvori der også indgår egentlige driftsopgaver. En mindre enhed kunne være en (midlertidig) projektorganisation, et udviklingssekretariat eller et (evt. matrikelløst) sundhedscenter, som er løsninger, der planlægges i nogle kommuner. En større enhed kunne være enten en selvstændig sundhedsforvaltning eller fx en kombineret social- og sundhedsforvaltning.

Uanset valget af form og størrelse af sundhedsenheden og de opgaver og funktioner, denne afgrænses til at have, er det anbefalelsesværdigt at gøre sig kravene og forventninger til enhedens resultater helt bevidste. På kort sigt kan forventninger overvejende omhandle krav til sikker drift på de lovgivningsmæssigt veldefinerede opgaveområder, hvorimod forventningerne på lidt længere sigt kan rette sig mod opstillede effekt- og kvalitetskrav.

Kommunerne har igennem mange år opbygget kapacitet og ekspertise inden for ældreområdet i forhold til fx genoptræning og vedligeholdelsestræning. Det er nu en udfordring for kommunen dels at brede træningsindsatsen ud til alle relevante borgere, dels at sikre sammenhæng mellem genoptræningsindsatsen

og andre indsatser inden for rehabilitering. Samtidig skal det sikres, at indsatserne har et sundhedsfremmende og forebyggende sigte. Den øvelse kræver en høj grad af organisatorisk nytænkning i forhold til tværfaglighed og netværksorganisering.

5. Dokumentation af indsats og effekt samt opfølgning

For at sikre en effektiv indsats og en høj kvalitet i indsatsen er det vigtigt dels at basere sit valg af indsatser på områder, hvor der findes evidens for effekt, dels at følge op på indsatsen gennem løbende dokumentation og effektmåling.

Dokumentation

Der er mange indsatsområder, hvor evidensen er sparsom, og det er ikke mindst på disse områder, at det er vigtigt at dokumentere, hvad der gøres og hvad kommunen vil opnå, dvs. både proces og effekt. På den måde vil den enkelte kommune bidrage til den samlede viden om, hvad der virker og hvad der ikke virker.

Gladsaxe Kommune vil løbende følge op på de iværksatte aktiviteter med henblik på at vurdere, om de igangsatte projekter har en effekt. På den måde skal initiativer, der ikke har den ønskede effekt stoppes, og nye initiativer sættes i stedet. Sundhedspolitikken vil således løbende blive justeret, og i forbindelse med den årlige budgetlægning skal der tages stilling til, hvilke nye aktiviteter der skal sættes i gang, hvilke der skal fortsætte, og hvilke der eventuelt skal ophøre. Herefter skal politikken tages op en gang i hver byrådsperiode til en grundlæggende revidering.

(Gladsaxe Kommune, Sundhedspolitik 2005)

For at kunne lave brugbar dokumentation af en indsats, kræver det, at projektet er gennemtænkt fra start til slut, dvs. at der er udarbejdet en grundig projektbeskrivelse eller plan for indsatsen. I denne proces formuleres, hvad der er fokus for indsatsen, og hvordan målet skal nås. Når dette er klart, bliver det lettere at vurdere, hvad det vil være relevant at måle på, hvordan det skal gøres og hvilke systemer, der eksisterer eller skal opbygges for at kunne registrere data.

Dokumentationen bør indtænkes tidligt, og der bør udarbejdes en dokumentationsplan. I denne proces bør bl.a. spørgsmålene i nedenstående tabel besvares. Der kan være forskellige detaljeringsgrader i forhold til beskrivelsen af projektet, men jo bedre, projektet er beskrevet i forvejen, desto nemmere er det at gennemføre og dokumentere undervejs og bagefter. Finansieringen af indsatserne er ligeledes relevant at tænke på. Kan pengene findes i egen eller anden forvaltning, kan der søges puljemidler, kan der opnås regional (med)finansiering eller er der andre muligheder?

Tabel 2. Relevante spørgsmål at besvare i relation til dokumentation af forebyggelsesindsatser i kommunen

Hvilken type indsats er der tale om?	Hvad er målet med indsatsen?	Hvordan måles om processen forløber som forventet?	Hvordan måles om effekten af indsatsen bliver som forventet?	Hvordan og hvornår indsamles data?	I forhold til hvem skal man vurdere effekten?
<i>Ex på indsats</i>	<i>Ex på formål</i>	<i>Ex på procesmål</i>	<i>Ex på effektmål</i>	<i>Ex på dataindsamlingsmetode</i>	<i>Ex på gruppe at sammenligne med</i>
Rygestopkursus	At få en udvalgt gruppe borgere til at holde op med at ryge	Andelen af de inviterede rygere, der siger ja til at deltage i rygestopkurset. Andelen af deltagere i rygestopkurset, som gennemfører kurset	Andelen af rygere ved kursets afslutning og ½ år efter	Opfølgende samtaler med deltagerne i rygestopkurset ved kursets slutning og ½ år efter	Rygere, som valgte ikke at deltage i kurset. Kendt sandsynlighed for at holde op med at ryge blandt rygere
Etablering af flere grønne områder	At øge andelen af fysisk aktive i kommunen	Etablering af stier med belysning i alle dele af kommunen	Andelen af borgere, der benytter de grønne områder til fysisk aktivitet	Spørgeskemaundersøgelse blandt et repræsentativt udsnit af befolkningen før og efter	Kommunens borgere før og efter. Hele landet eller andre kommuner

Hvad skal dokumenteres?

Ved beskrivelse af, hvad der skal dokumenteres, må det vurderes hvilke data, der er behov for. Dette afhænger af, hvad man gerne vil dokumentere. Er det processen eller effekten eller begge dele?

Indsatsen kan være en form for operationalisering af et af kommunens overordnede mål i sundhedspolitikken, fx ”Vi vil nedbringe andelen af rygere i kommunen til X %”. En konkret indsats kunne herunder være et rygestoptilbud, men det kunne også være undervisning i folkeskolen eller rygeforbud på alle kommunens arbejdspladser. I forhold til de enkelte indsatser opstilles nogle specifikke mål, der kan opfattes som indikatorer på, om det overordnede mål nås. Disse mål kaldes effektmål. Hvis en indsats har som formål at mindske antallet af faldulykker blandt ældre ved at uddele hofte-beskyttere, vil et relevant effektmål være antallet af faldulykker.

Udover at dokumentere effekten af en indsats er det relevant at måle, om den måde indsatsen laves på, er hensigtsmæssig. Sådanne mål kaldes procesmål. I forhold til fx en indsats om at indføre sunde madordninger i folkeskolerne, vil et procesmål være en måling af, hvor mange folkeskoler i kommunen, der har indført sunde madordninger. Et andet procesmål kunne være at måle andelen af deltagere i en given indsats i forhold til målgruppen.

Det er også relevant at beskrive, hvad det er, indsatsen indeholder, og hvordan den er organiseret. Særligt fordi det netop er dette, der mangler viden om. Fx er det veldokumenteret, at en indsats for at sikre bedre motionsvaner er godt,

og at der vil kunne måles en positiv effekt af træningen med fysiologiske målinger (kondital, muskelmasse etc.). Det er derfor ikke så relevant at fokusere på disse mål. Derimod er der begrænset viden om, hvad der får folk til at møde op til et motionstilbud og hvad der fastholder den gode motionsvane på sigt.

Valg af metode

Uanset om man vil måle på effekt- eller procesmål, skal det overvejes, hvilke data der kan understøtte dokumentationen. Findes data i forvejen, fx i journaler eller i eksisterende IT-systemer, eller er det nødvendigt selv at lave målinger?

Valget af metode til indsamling af data bør spille en rolle, når der opstilles mål for indsatsen, så det overvejes, hvor stort et ressourcetræk, det vil kræve at gennemføre en ordentlig dokumentation. Der er stor forskel på at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse selv, hvilket er meget ressourcekrævende, eller at trække data fra et eksisterende kommunalt system som fx omsorgsjournalerne. Det bør overvejes, hvornår der skal måles (før, undervejs, bagefter eller flere gange), hvilken type dataindsamling, der er behov for, og hvem eller hvad, der skal sammenlignes med.

Det kan generelt anbefales, at der opstilles relativt enkle mål, så det er muligt at vurdere en ændring over tid.

Det skal endelig understreges, at det er nødvendigt at have et billede af, hvordan kommunen ser ud, inden indsatsen igangsættes, for at kunne vurdere, om kommunen har ændret noget med sin indsats. Her kan sundhedsprofilen oplagt bruges som en ”før”-måling.

Hvem eller hvad skal kommunen sammenligne med?

Udover at det er hensigtsmæssigt at have en før-måling at sammenligne med, kan det også være relevant at lave andre sammenligninger. Andre måder at vurdere det opstillede mål er ved at sammenligne med:

- Andre kommuner, som ligner kommunen på en række relevante parametre (en metode, som ofte bruges i fx brugertilfredshedsundersøgelser, se www.kl.dk/KL-kompasset)
- Regionen eller hele landet
- En kontrolgruppe i samme kommune, som udpeges inden indsatsen igangsættes (fx en dag-institution, hvor man ikke har lavet en indsats). Benyttes denne metode, skal man være opmærksom på, at der kan ske afsmitning fra den ene gruppe til den anden, selv om det ikke var tiltænkt
- Kendt viden om et sygdomsforløb uden en rehabiliteringsindsats. Fx viden om risiko for komplikationer ved diabetes 2, hvis sygdommen ikke opspores på et tidligt tidspunkt

Samarbejde med forskningsinstitutioner

Kommunerne skal i følge Sundhedslovens §194, stk. 2 medvirke til udvikling og forskning på det kommunale sundhedsområde. En måde at bidrage aktivt til forskningen er ved at gennemføre veldokumenterede indsatser og have en løbende kontakt med forskningsverdenen, dels ved deltagelse i og præsentation af arbejdet på konferencer, dels ved direkte samarbejde med relevante forskningsinstitutioner. Ved at inddrage forskere og/eller studerende tidligt i projektfasen kan der i fællesskab udvikles en indsats, som bliver veldokumenteret, og som kan bruges i forskningsmæssig sammenhæng.

Opfølgning

Sundhedspolitikken skal opfattes som et dynamisk dokument, der skal kunne ændres løbende i forhold til udviklingen i indsatser og målopfyldelse. Og politikken vil i lyset af sundhedsområdets karakteristika og de lovgivnings- og finansieringsmæssige rammer, der er givet for kommunerne, skulle revideres løbende, særligt for de mål, der er sat på længere sigt.

I formuleringen af sundhedspolitikken bør det fremgå, hvornår den skal evalueres. Evalueringen kan dermed være udgangspunkt for en vurdering af, om målene er nået, om de skal revurderes, eller om der skal opstilles nogle nye mål.

Bilag 1. Oversigt over delelementer, som kan indgå i en kommunal sundhedsprofil

	Beskrivelse	Ex på adgang til data	Ex på oplysninger
Helbredsprofil	Om borgernes sundhed, sygelighed og dødelighed	www.sundhedsdata.sst.dk	Hvor mange borgere i kommunen udskrives fra sygehus med psykiske lidelser?
		www.eli.dk	Hvor mange ulykker sker der blandt 0-24-årige i kommunen?
		Spørgeskemaundersøgelse, som kommunen selv gennemfører. Se www.kl.dk/sundhedsprofiler . Landstal findes på www.si-folkesundhed.dk	Hvor stor en andel af borgene oplever, at deres sundhedstilstand er dårlig/meget dårlig?
		Ulykkesprofil kan købes hos Center for Ulykkesforskning www.si-folkesundhed.dk/cuf	Hvor mange ulykker sker der i kommunen om året?
Livsstilsprofil	Om borgernes sundhedsvaner	Spørgeskemaundersøgelse, som kommunen selv gennemfører. Lands- og regionstal findes på www.si-folkesundhed.dk	Hvor stor er andelen af rygere i kommunen?
Social ressourcprofil	Om borgernes sociale ressourcer	Spørgeskemaundersøgelse, som kommunen selv gennemfører. Lands- og regionstal findes på www.si-folkesundhed.dk	Hvor stor en andel af borgerne føler sig ensomme?
Levekårsprofil	Om sociale forhold, bolig-, miljø- og indkomstforhold	Kommunens egne systemer og fx www.jobindsats.dk	Hvor mange borgere i kommunen får udbetalt sygedagpenge, og hvor lange er sygedagpengeforløbene?
		www.statistikbanken.dk . Om andelen af personer med længerevarende uddannelse ift. andre kommuner i KL's Mini-ressourcelup www.kl.dk/sundhedsprofiler	Hvordan er borgernes uddannelsesniveauer?
Sundhedsvæsensprofil	Om borgernes forbrug af sundhedsydelser, tilgængelighed m.m.	KL's Mini-ressourcelup for sundhedsområdet: www.kl.dk/sundhedsprofiler	Hvor store udgifter får kommunen til medfinansiering af indlæggelser for borgerne?
		www.sundhedsdata.sst.dk	Hvor mange borgere i kommunen indlægges på sygehus på grund af cancer?
		Kommunens elektroniske omsorgsjournal. Landstal på www.statistikbanken.dk	Hvor mange borgere får hjemmehjælp, og hvor mange timer om ugen?
		Spørgeskemabaserede data. Lands- og regionstal på www.si-folkesundhed.dk	Hvor mange borgere har inden for de sidste 3 måneder gjort brug af en fysioterapeut?

Demografisk profil	Om fordelingen af borgerne på køn, alder, uddannelse, socioøkonomisk status, urbanisering m.m.	Kommunens egne systemer. Landstal på www.statistikbanken.dk	Hvor mange arbejdsløse er der i kommunen?
---------------------------	--	---	---

Bilag 2: Eksempler på målsætninger

Med udgangspunkt i den eksisterende viden om folkesygdommene kan man opstille mål for henholdsvis den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse. Som nævnt tidligere har regeringen opstillet nationale mål i folkesundhedsprogrammet ”Sund hele livet”. Der er opstillet nationale mål for både risikofaktorerne og for de otte folkesygdomme. Mange af de indsatser, som er relevante i den borgerrettede forebyggelse, er også relevante i den patientrettede forebyggelse, da det ofte er de samme risikofaktorer, der skal tages fat i. Med udgangspunkt i de nationale mål er det muligt at opstille et målhierarki helt ned på det niveau, hvor den enkelte indsats skal iværksættes i kommunen. Fx kan man i forhold til de centrale risikofaktorer som Kost, Rygning, Alkohol og Motion forestille sig følgende målhierarki:

Kost/Overvægt

Nationalt mål
Antallet af danskere, der spiser sundt, skal øges markant, og sunde kostvaner skal være en naturlig del af dagligdagen. Stigningen i antallet af svært overvægtige skal stoppes
Kommunalt mål
1. Kommunen vil motivere til at flere borgerne - særligt børn og unge - spiser sundt
2. Kommunen vil forebygge, at borgerne bliver overvægtige
Kommunal indsats
1. Indførelse af kostpolitik i kommunens skoler og fritidstilbud
2. Udvikle særlige tilbud til overvægtige, som praktiserende læge kan henvise til

Rygning

Nationalt mål
Antallet af rygere skal reduceres markant. Dels gennem rygestop, dels gennem begrænsning af antal nye rygere. Røgfri miljøer skal udbredes
Kommunalt mål
1. Kommunen vil fremme røgfri miljøer - særligt hvor børn og unge færdes - og tilbyde rygestop til borgerne
Kommunal indsats
1. Indførelse af rygepolitik i kommunens skoler, fritidstilbud og arbejdspladser
2. Rygestop tilbydes borgerne – med særligt fokus på de miljøer, hvor der er mange rygere
3. Særligt intensivt rygeafvænnings tilbud tilbydes patienter med begyndende rygerlunger

Alkohol

Nationalt mål
Antallet af storforbrugere af alkohol skal nedbringes markant, unges forbrug af alkohol skal nedbringes og alkoholforbruget blandt børn skal fjernes
Kommunalt mål
1. Kommunen vil øge den forebyggende indsats, så debutalderen for brug af alkohol hæves blandt unge
2. Kommunen vil begrænse alkoholforbruget blandt borgere og ansatte

Kommunal indsats
1. Indførelse af alkoholpolitik i kommunens skoler og fritidstilbud
2. Støtte kommunale arbejdspladser i at udvikle en alkoholpolitik
3. Storforbrugere og misbrugere af alkohol skal identificeres, med henblik på at tilbyde hjælp til at nedsætte forbrug/iværksætte behandling

Motion

Nationalt mål
Antallet af fysisk aktive skal øges markant, og fysisk aktivitet skal være en naturlig del af hverdagen
Kommunalt mål
1. Kommunens borgere skal være mere fysisk aktive
2. Kommunen vil skabe rammer, der fremmer fysisk aktivitet
Kommunal indsats
1. Dagtilbud for børn skal fremme, at børn bevæger sig minimum 60 minutter om dagen, jf. Sundhedsstyrelsens anbefaling
2. Ældre skal have tilbud om fysisk aktivitet – fx stavgang
3. Sikre at infrastruktur og grønne områder indbyder til fysisk aktivitet på en sikker måde
4. Patienter med forhøjet blodtryk, diabetes 2 og andre relevante kroniske sygdomme tilbydes at deltage i motionsaktiviteter

Fokus for opstillingen af mål kan være forskelligt, men ofte vil det være naturligt at tænke på, hvilke målgrupper, der skal sættes ind over for. Når målene er opstillet, skal der naturligvis opstilles nogle effekt- og/eller procesmål, så indsatsen kan dokumenteres og effekten vurderes – jf. kapitel 5.

Bilag 3. Inspiration og nyttige links

De nye kommunale sundhedsopgaver

”Forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning/rehabilitering – nye kommunale opgaver efter strukturreformen”, KL og Muusmann Research & Consulting 2005, www.kl.dk/335936

”Sundhed i kommunen – nye opgaver og muligheder”, Sundhedsstyrelsen 2005, www.sst.dk/publ/Publ2005/CFF/Pixi_kommunen/Sundhed_kommunen.pdf

”Forebyggelse, sundhedsfremme, rehabilitering i kommunalt regi – fremtidigt samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og kommunerne”, Sundhedsstyrelsen 2005, http://www.sst.dk/publ/publ2005/dir/Kommunesamarb/Forebyggelse_endelig_net.pdf

Patientrettet forebyggelse

”Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund – forudsætninger for det gode forløb”, Sundhedsstyrelsen 2005, http://www.sst.dk/Nyheder/Seneste_nyheder/Krsygd_konf12jan05.aspx?lang=da

”Guide til – Lær at leve med kronisk sygdom”, Sundhedsstyrelsen 2005, http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/guide_krsygd/guide_87767652017_nov05.pdf

”Licensaftale med Stanford Universitet om program for patientuddannelse”, Sundhedsstyrelsen 2006, http://www.sst.dk/Nyheder/Seneste_nyheder/Patientudd_licens_stanford.aspx?lang=da

”Udkast til Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning og rehabilitering af KOL”, Sundhedsstyrelsen 2005, <http://www.sst.dk/upload/forebyggelse/cff/folkesygdomme/kol-anbefalinger%20juli%202005.pdf>

Borgerrettet forebyggelse

”Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10”, Regeringen 2002, <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf>

”Terminologi – forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed”, Sundhedsstyrelsen 2005, <http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf>

”Borgerrettet forebyggelse i kommunen – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen”, Sundhedsstyrelsen 2006, http://www.sst.dk/publ/Publ2006/CFF/Borgerrettet_forebyggelse/Borgerrettet_forebyggelse_kommuner.pdf

”Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse”, Sundhedsstyrelsen 2005, <http://www.sst.dk/publ/Publ2005/CEMTV/VDE/Risikokommunikation.pdf>

Fysisk aktivitet

”Kommunens handlingsplan for fysisk aktivitet”, Det Nationale Råd for Folkesundhed 2005, <http://www.folkesundhed.dk/ref.aspx?id=322>

”Evaluering af Sundhedsstyrelsens kampagne ”Børn og Bevægelse”, Sundhedsstyrelsen 2005, http://www.sst.dk/publ/Publ2005/CFE/60_minutter/Eva_60minutter.pdf

Alkohol

”Alkoholpolitiske handleplaner – en håndbog for kommuner”, Sundhedsstyrelsen 2002, <http://www.sst.dk/publ/Publ2003/alkoholpolitiskehandleplaner/alkohol.pdf>

Rygestop

”Metoder til rygeafvænning - dokumentation og anbefalinger, Sundhedsstyrelsen og Nationalt Center for Rygestop 2003, http://www.sst.dk/upload/metoder_rygeafvaenning.pdf

Kost

”Børn, mad og bevægelse”, Sundhedsstyrelsen 2000, http://www.sst.dk/publ/Publ2000/Mad_grund_fri/rapport.pdf

Forebyggelsesmiljøer

”Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladsen – sådan kan kommunen leve op til sit nye myndighedsansvar”, Nationalt Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladsen 2005, http://www.ncsa.dk/fileadmin/template/ncsa/pdf_filer/Kommunalforebyggelse.pdf

”Forebyggelse i festmiljøer – om alkohol og stoffer”, Sundhedsstyrelsen 2005, http://www.sst.dk/publ/Publ2006/CFE/NUB_Festmiljoe/NUB_Festmiljoe.pdf

”Forebyggelse og sundhedsfremme målrettet socialt udsatte grupper - med særligt fokus på etniske minoriteter”, Sundhedsstyrelsen 2005, http://www.sst.dk/publ/Publ2006/CFE/Socialt_udsatte/Socudsat.pdf

”Rygestop for unge – en vejledning til skolesundhedsplejersker”, Sundhedsstyrelsen 2001, <http://www.rygelov.dk/pdf/ungeryge.pdf>

”Gå-tur – som sundhedsfremmende metode blandt ældre”, Sund By Netværket, Ulykkestemaet 2005, <http://www.sund-by-net.dk/> (Publikationer)

Dokumentation

”Sundhedsprofiler og sundhedsøkonomiske nøgletal”, KL 2006, www.kl.dk/sundhedsprofiler

”MTV og viden om effektiv forebyggelse – hjælpemidler i den nye struktur”, MTV-nyt 2005, http://www.sst.dk/publ/Publ2005/CEMTV/MTV_nyt/MTVnyt_02_05.pdf

”Sundhedskonsekvensvurderinger”, Statens Institut for Folkesundhed 2005, <http://www.si-folkesundhed.dk/upload/Sundhedskonsekvensvurderinger.pdf>

”Metodekataloget”, Sundhedsstyrelsen, http://www.sst.dk/Forebyggelse/Tal_og_undersoegelser/Metodekataloget.aspx?lang=da

Medfinansiering

”Hvor meget skal din kommune medfinansiere?”, KL 2005, www.kl.dk/330889