

Vejledning til § 119

Høringsudkast

Vejledning til § 119

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Uarbejdet af en projektgruppe i Sundhedsstyrelsen: Mette Lolk Hanak, projektleder, Jørgen Falk, Malene Størup og Jette Jul Bruun.

Projektgruppen har ladet sig rådgive af en ekstern arbejdsgruppe: Jens Egsgaard (Københavns kommune), Anne Smetana (Region Syd), Inge Tengnagel (Brønderslev Kommune), Nina Gath (KL), Helle Rasmussen (Kolding Kommune), Lars Rytter (praktiserende læge)

Kategori: Vejledning
Emneord:
Sprog: Dansk

URL: <http://www.sst.dk>

Version: 1.0

Versionsdato: 15. januar 2007

Elektronisk ISBN: 978- 87-7676-440-0

Format: pdf

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, februar 2007

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Forord

Fra 1. januar 2007 har kommunerne fået hovedansvaret for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i Danmark, jf Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2.

§ 119 Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for sund levevis

Stk. 2 Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne

Formålet med denne vejledning er at give en beskrivelse af de kommunale opgaver, der følger af § 119, stk. 1 og 2. Vejledningen er primært baseret på de lovbetragtninger, der knytter sig til lovens fremsættelse samt regeringens sundhedsprogram ”Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10”

I vejledningen fokuseres især på organisatoriske, metode- og kvalitetsmæssige aspekter af forebyggelses- og sundhedsfremmearbejdet.

Vejledningen henvender sig til politikere, ledere og planlæggere, der arbejder med prioritering, planlægning og gennemførelse af kommunens opgaver inden for dette område.

Sundhedsstyrelsen håber, at vejledningen vil være et væsentligt bidrag til at udvikle kommunernes nye opgaveportefølje under hensyn til de økonomiske og ressourcemæssige muligheder og prioriteringer.

Else Smith

Kst. medicinaldirektør

Indhold

1	Forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsloven	5
1.1	Folkesundhed i Danmark	5
1.2	Sundhedsloven	5
2	De største risikofaktorer for sundheden	8
2.1	Risikofaktorer på mange niveauer	8
2.2	Risikofaktorerens betydning for danskernes sundhed	9
2.3	De største risikofaktorer for danskernes sundhed	10
2.4	Sammenhæng mellem risikofaktorer	10
2.5	Folkesygdomme	11
3	Planlægning og forankring af forebyggelsesarbejdet	12
3.1	En kommunal sundhedspolitik	12
3.2	Koordinering i den kommunale organisation	13
3.3	Samspil med almen praksis	14
3.4	Samarbejde med lokale foreninger, frivillige og private	14
3.5	Samarbejde med regionen	15
3.6	De centrale sundhedsmyndigheders rolle	16
4	Kvalitet i den kommunale forebyggelsesindsats	17
4.1	Opbygning af kompetencer	17
4.2	Kvalitetssikring	18
4.2.1	Monitorering	19
4.2.2	Evaluering	19
4.3	Viden om borgernes sundhed	19

1 Forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsloven

1.1 Folkesundhed i Danmark

I starten af 1990'erne blev det tydeligt, at den danske middellevetid ikke udviklede sig i samme positive takt som i en række af de lande, som vi normalt sammenligner os med. Dette skyldtes primært en overdødelighed blandt personer i alderen 35-65 år som følge af livsstilsrelaterede folkesygdomme som fx kræft og hjertekarsygdomme.

Dette var sammen med den voksende viden om sammenhænge mellem risikofaktorer og sygdom med til at sætte fokus på nødvendigheden af at styrke forebyggelse og sundhedsfremme.

Politisk betød det, at der blev udarbejdet nationale programmer for folkesundhedsarbejdet med mål for indsatsen. Programmerne pegede bl.a. på vigtige målgrupper, miljøer, risikofaktorer og sygdomme for indsatserne og understregede den betydelige sociale ulighed, der er i sundhed. Regeringens folkesundhedsprogram [Sundt le livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10](#), der kom i 2002 har bl.a. fokus på forebyggelse af folkesygdommene.

I de senere år er folkesundhedsområdet samlet set blevet professionaliseret betydeligt. Det skyldes bl.a., at der er samlet mere viden, og at der er etableret en række uddannelser, som direkte sigter på folkesundhedsområdet. Med Sundhedsloven (Lov nr. 546 af 24. juni 2005) er der gode muligheder for at fortsætte den positive udvikling af forebyggelsesområdet, der allerede er i gang.

1.2 Sundhedsloven

Kommunerne får med Sundhedsloven hovedansvaret for at skabe sunde rammer og etablere forebyggende tilbud for borgerne. En vigtig begrundelse for at placere dette ansvar i kommunerne er, at det er der, borgerne bor og lever. Forebyggelse og sundhedsfremme foregår bedst i de miljøer, hvor borgerne færdes. Nærheden til borgerne giver derfor gode muligheder for at påvirke og følge deres sundhed.

§ 119 Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for sund levevis

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne

Kilde: Sundhedsloven (Lov nr. 546 af 24. juni 2005)

Et andet vigtigt forhold er, at kommunen i medfør af kommunens opgaver har direkte kontakt med mange borgere i fx hjemmepleje, daginstitutioner, skoler og i jobcentret. Desuden er kommunen arbejdsgiver for mange medarbejdere på de kommunale arbejdspladser. Det giver kommunerne god adgang til en række vigtige målgrupper for forebyggelse og sundhedsfremme.

Sundhedsloven peger desuden på, at kommunerne har et godt udgangspunkt for at løse de nye forebyggelsesopgaver, fordi de også før strukturreformen har varetaget en lang række forebyggelsesopgaver indenfor fx tandpleje, ældreomsorg og de kommunale sundhedsordninger. Til gengæld er det nyt, at kommunerne nu også skal arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme i relation til gruppen af raske voksne.

Forebyggelse og sundhedsfremme er en tværsektoriel opgave. Kommunerne har gode muligheder for at anlægge en helhedsbetragtning på forebyggelsesopgaven og tænke sundhedsindsatsen sammen med indsatser i andre sektorer, fx i socialsektoren og på miljø-, arbejdsmiljø-, trafik-, beskæftigelses- og undervisningsområdet.

Kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaver omfatter både en *borgerrettet* indsats, der skal forebygge sygdom og ulykker, og en *patientrettet* indsats, der skal forebygge at en sygdom udvikler sig yderligere og begrænse eller udskyde komplikationer. I forbindelse med borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme er det vigtigt at være opmærksom på, at den omfatter alle borgere – herunder også fx handicappede, psykisk syge og andre grupper med særlige behov.

Med Sundhedsloven tildeles henholdsvis det kommunale og det regionale niveau ansvaret for forskellige dele af forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaverne.

Kommunen har entydigt ansvaret for den borgerrettede forebyggelse. Derudover har kommunerne sammen med regionerne ansvaret for den patientrettede forebyggelse. De sundhedsaftaler, der indgås, fastlægger den konkrete arbejdsdeling mellem region og kommune vedr. den patientrettede indsats.

Sundhedsaftaler

Den patientrettede forebyggelsesindsats vil for den største dels vedkommende være beskrevet i de sundhedsaftaler, kommuner og regioner skal indgå, og som er beskrevet i Sundhedslovens §§ 203-205, og yderligere i Bekendtgørelse nr. 414 af 5. maj 2006 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Her er specificeret seks krav vedr. forebyggelse og sundhedsfremme, som skal behandles i sundhedsaftalerne mellem region og kommune. Disse krav fokuserer især på arbejdsdelingen mellem kommune og region, og hvordan der koordineres og sikres sammenhæng og kvalitet i indsatserne.

Kravene vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme behandles uddybende i Sundhedsstyrelsens Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler fra 2006.

I praksis kan der ikke altid skelnes skarpt mellem den borgerrettede forebyggelse og den patientrettede forebyggelse, som kommunen i forlængelse af sundhedsaftalerne har ansvaret for. Begge indeholder en indsats overfor risikofaktorer som fx rygning, alkohol, uhensigtsmæssig kost og fysisk inaktivitet, og der anvendes i nogen udstrækning de samme metoder. Det er derfor vigtigt, at kommunerne tænker den borgerrettede og den patientrettede indsats sammen for at skabe sammenhæng for borgerne, men også for at udnytte ressourcer og kompetencer bedst muligt.

Andre kommunale forebyggelsesopgaver:

De forebyggende sundhedsydelser til børn og unge er beskrevet i § 120-126 i Sundhedsloven.

Den kommunale tandpleje til børn og unge er beskrevet i § 127-130 i Sundhedsloven.

Sundhedsstyrelsens udgav i marts 2006 rådgivningsmaterialet "Borgerrettet forebyggelse i kommunen". Her kan kommunerne finde inspiration til indholdet af den borgerrettede forebyggelsesindsats. Rådgivningsmaterialet kan hentes på www.sst.dk.

2 De største risikofaktorer for sundheden

Viden om risikofaktorenes fordeling og belastning af folkesundheden giver, sammen med viden om forebyggelsesmetoder og organisering af interventioner, et godt grundlag for at planlægge lokale forebyggende og sundhedsfremmende indsatser.

Dette kapitel giver et aktuelt billede af de forskellige risikofaktorens indflydelse på folkesundheden på nationalt niveau. Kapitlet bygger på rapporten [Risikofaktorer og folkesundhed fra 2006 fra Statens Institut for Folkesundhed](#).

Risikofaktorer og folkesundhed

Rapporten [Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark](#) kan hentes via linket.

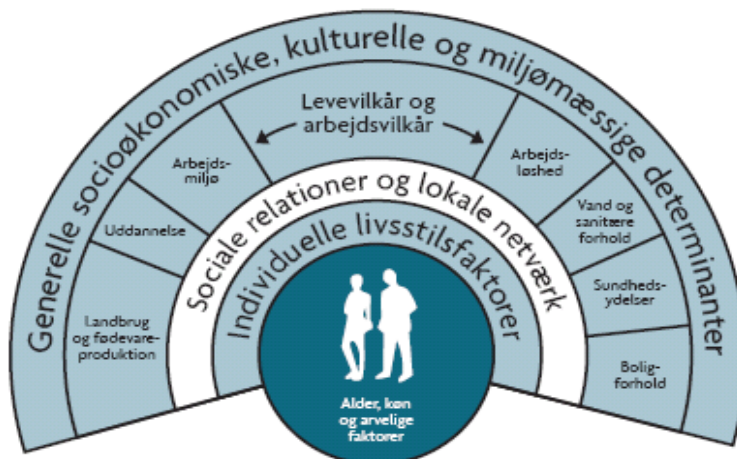
Sundhedsstyrelsens kortere version af undersøgelsens resultater [Folkesundhed og risiko – tal på sundhed til Kommunen](#) kan hentes via linket.

2.1 Risikofaktorer på mange niveauer

Mindst halvdelen af alle dødsfald herhjemme skyldes kendte forebyggelige risikofaktorer. En risikofaktor er et forhold, der på den ene eller anden måde øger risikoen for sygdom, funktionsnedsættelse eller død.

Det enkelte menneskes sundhed bestemmes af en lang række forhold. De generelle samfundsforhold og levekår – fx uddannelsesmuligheder, indkomst, boligforhold, arbejdsmiljø og sundhedsvæsenets indretning har stor betydning for den enkeltes mulighed for at leve sundt. Andre risikofaktorer er knyttet til køn, alder, arvelige faktorer. Endelig har den måde, det enkelte menneske forvalter sit liv på - herunder livsstil, sociale relationer og netværk - også betydning for den enkeltes sundhed.

Figur 1: Risikofaktorer, der påvirker sundheden (efter Dahlgren og Whitehead 1991)



Figur 1 illustrerer, at mange faktorer har betydning for det enkelte menneskes sundhedsadfærd og dermed også for risikoen for at blive syg eller dø.

Fx har både det økonomiske råderum, helbredsforhold, tilgængelighed til grønne områder og idrætstilbud, tidligere erfaringer og viden om motion betydning for det fysiske aktivitetsniveau.

2.2 Risikofaktorerens betydning for danskernes sundhed

Tabel 1 viser udvalgte risikofaktorerens belastning af sundheden opgjort i forskellige helbredsmaal og brug af sundhedsvæsenet. Flere risikofaktorer og helbredsmaal er at finde i Sundhedsstyrelsens publikation Folkesundhed og risikofaktorer – tal på sundhed til kommunen fra juni 2006. Resultaterne er for den samlede danske befolkning. Ønskes cirkatal for en gennemsnitskommune på 50.000 indbyggere, kan målene i de første seks rækker, der er gjort op i antal pr. år, divideres med 100.

Tabel 1: Udvalgte risikofaktorerens belastning af danskernes sundhed*

Helbreds- mål Risiko- faktor	Dødelighed (Antal/år)	Hospitalsindlæg- gelses (Antal/år)	Ambulante besøg (Antal/år) M/K	Kontakter til alm. prakt. læge (Mio./år)	Sygefravær hos er- hvervsaktive (Mio.dg/år)	Førtidspensioner (Antal/år)	Tab i middellevetid (År) M/K	Tabte gode leveår (År) M/K
Rygning	14.000	150.000	-	2,7	2,8	5.000	3,5/3,0	10/11**
Alkohol	3.000	30.000	50.000/ 22.000	0,2	0,3	500	1,3/0,5	5/1
Fysisk inak- tivetet	4.500	100.000	-	2,6	3,1	1.200	0,8/0,8	8/10
Overvægt	1.350	55.000	-	1,1	1,8	1.100	0,3/0,7	-
Forhøjet blodtryk	2.000	-	-	-	-	-	0,7/0,5	-
Psykisk ar- bejds- Belastning	1.400	30.000	-	0,5	1,5	2.800	0,5/0,5	5/2
Kort uddan- nelse	7.700	135.000	-	3,7	4,8	2.600	1,8/1,6	8/7
Kan ikke regne med hjælp fra andre	1.000	13.000	-	0,3	0,1	190	0,2/0,2	6/11

** storrygere: > 14 cigaretter daglig

* Tallene præsenteres ujusteret og en sammenligning af forbundne risikofaktorer kræver derfor stor forsigtighed. Man kan altså ikke blot lægge effekterne af de enkelte risikofaktorer sammen, da flere af dem overlapper hinanden

Kilde: Risikofaktorer og Folkesundhed i Danmark, Statens Institut for Folkesundhed 2006

2.3 De største risikofaktorer for danskernes sundhed

Uanset hvordan man måler belastningen af risikofaktorerne på folkesundheden, er der nogle faktorer som vejer tungere end andre. Det gælder først og fremmest:

- rygning
- fysisk inaktivitet
- kort uddannelse
- stort alkoholforbrug
- usund kost
- overvægt

Disse risikofaktorer spiller en stor rolle for langt de fleste helbredsmål. Derfor er der al mulig grund til at fokusere på disse risikofaktorer i det forebyggende arbejde.

Udover de nævnte risikofaktorer er der en række andre risikofaktorer som indebærer betydelige omkostninger både for samfundet og for den enkelte. Det kan derfor være hensigtsmæssigt også at inddrage stress, usikker sex og ulykker i den kommunale forebyggelsesindsats. Der tabes fx mange gode leveår (år uden langvarig belastende sygdom) på grund af psykisk arbejdsbelastning, ligesom denne risikofaktor har stor effekt på sygefravær og førtidspensioner. Usikker sex og deraf følgende abort eller sygdomme er grund til et betydeligt antal kontakter til sundhedsvæsenet, mens trafikulykker er den hyppigste dødsårsag blandt unge mænd.

Fra bemærkningerne til Sundhedsloven:

Som væsentlige områder for kommunerne for den borgerrettede forebyggende indsats kan nævnes: Rygning, alkohol, sund kost, svær overvægt, herunder børneovervægt, fysisk aktivitet, forebyggelse af ulykker og seksuelt overførte sygdomme og uønskede graviditeter.

2.4 Sammenhæng mellem risikofaktorer

Der er en tendens til, at risikofaktorerne er indbyrdes forbundet. Det betyder ikke bare, at flere risikofaktorer ofte optræder hos de samme personer, men at de også forstærker hinanden. Det betyder, at personer med et stort alkoholforbrug ofte også har et stort tobaksforbrug. Til gengæld er det vanskeligt at afgøre årsagssammenhængen mellem risikofaktorerne. Fx om storforbrug af alkohol er årsagen til det store tobaksforbrug eller om det forholder sig omvendt.

Både kort uddannelse og svage sociale relationer indebærer en større forekomst af forskellige livsstilsrelaterede risikofaktorer. Kort uddannelse - forstået som ingen eller mindre end 13-15 års kombineret skole- og erhvervsuddannelse - har stor effekt på samtlige sundhedsparametre i undersøgelsen, og belaster sundheden næsten ligeså meget som rygning og fysisk inaktivitet. Kort uddannelse kan ikke umiddelbart sammenlignes med de andre risikofaktorer, da en del af effekten kommer til udtryk via de livsstilsrelaterede risikofaktorer, der optræder hyppigere hos kortuddannede. Det betyder, at der blandt kort uddannede vil være flere rygere og overvægtige end blandt mennesker med et højere uddannelsesniveau. Det understreger,

hvor vigtigt det er at arbejde med den sociale ulighed i sundhed, ikke mindst inden for forebyggelse og sundhedsfremme.

Der er en velkendt sammenhæng mellem køn og de forskellige risikofaktorer. Fx er flere mænd end kvinder stofmisbrugere, får arbejdsbetingede lidelser og er storforbrugere af alkohol. Til gengæld er kvinders sundhed mere påvirket end mændenes, når det handler om usikker sex, fysisk inaktivitet og overvægt.

Når man tilrettelægger den forebyggende indsats, er det vigtigt arbejde med social ulighed og være særligt opmærksom på personer med sammenfald af flere risikofaktorer. Ligesom køns- og aldersforskelle også bør indtænkes i forebyggelsesindsatserne.

2.5 Folkesygdomme

Næsten hver tredje dansker lever med en langvarig kronisk sygdom og næsten en halv million med en meget hæmmende langvarig sygdom. Det drejer sig bl.a. om muskel-skelet lidelser, hjertekarsygdomme, luftvejslidelser og følger af ulykker. Disse sygdomme har så stor udbredelse, at det berettiger til betegnelsen folkesygdomme. Folkesygdommene har store menneskelige omkostninger og koster samtidig det danske sundheds- og socialvæsen dyrt. Mange mennesker kan undgå at udvikle disse folkesygdomme ved en relevant borgerrettet forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats. Patientrettet forebyggelse kan hindre tilbagefald og forværring hos dem, der har en af disse folkesygdomme.

3 Planlægning og forankring af forebyggelsesarbejdet

Det er kommunens opgave at skabe rammerne for en sund levevis og etablere sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til borgerne. Det er vigtigt, at dette arbejde forankres i kommunen og planlægges langsigtet og i sammenhæng med de øvrige driftsområder.

Fra bemærkningerne til Sundhedsloven:

Bestemmelsen [i § 119] har til formål at sikre den forebyggende og sundhedsfremmende indsats en forankring i kommunerne. (...) De større kommuner får samtidig forudsætninger for at driftssikre den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, eventuelt i samarbejde med andre kommuner eller andre samarbejdspartnere.

3.1 En kommunal sundhedspolitik

En kommunal sundhedspolitik med klare målsætninger for den forebyggende indsats kan sikre koordinering, fælles fokus og forankring og er et godt grundlag for at udarbejde konkrete handleplaner. Nogle kommuner har som led i sundhedspolitikken indført, at der i forbindelse med alle større beslutninger i kommunen laves en vurdering af konsekvenserne for sundheden. Dette kan være med til at sætte sundhed på dagsordenen blandt politikere og borgere.

En sundhedspolitik kan give en samlet beskrivelse af indsatsen og definere hvilke indsatser, miljøer og målgrupper, der især skal fokuseres på. Dette kan sikre klarhed og medansvar både politisk, administrativt og i de faglige miljøer, hvor opgaverne skal løftes. En kommunal sundhedspolitik kan også sikre, at der er sammenhæng, systematik og kvalitet i den samlede indsats. Sundhedspolitikken kan også udpege relevante samarbejdspartnere både i og udenfor kommunen.

Med afsæt i en sundhedspolitik har kommunen god mulighed for at arbejde med at etablere sundhedsfremmende rammer og forebyggelsestilbud til borgerne.

Der kan arbejdes med de sunde rammer gennem udformning af handleplaner for forebyggelsesarbejdet i de kommunale skoler og institutioner, på kommunens arbejdspladser, i bymiljøet, i boligområder, i ældreplejen og i forbindelse med planlægningen af det fysiske miljø mv.

De tilbud, kommunen etablerer, kan handle om rygning, alkohol, overvægt, fysisk inaktivitet, seksuelt overførbare sygdomme, ulykker mv.. Tilbuddene kan være rettet mod kommunens raske borgere og de af kommunens borgere, der har en sygdom, hvor yderligere forværring kan modvirkes gennem forebyggelse og sundhedsfremme. For at få en sammenhængende og effektiv indsats er det vigtigt, at kommunen integrerer de tilbud og aktiviteter, der allerede eksisterer, i den samlede planlægning af området.

I forbindelse med udviklingen og gennemførelsen af en sundhedspolitik bør det overvejes, hvordan borgerne involveres i udviklingen af rammer og tilbud inden for sundhedsfremme og forebyggelse med det formål at målrette indsatserne til bor-

gernes behov og sikre opbakning til arbejdet. Begge dele kan bidrage til mere effektive indsatser. Ofte eksisterer der allerede etablerede grupperinger, der repræsenterer de målgrupper, man gerne vil nå. Men det kan også være nødvendigt at konsultere og involvere repræsentanter for målgruppen på individuel basis – fx i forhold til sårbare grupper.

Fra bemærkningerne til Sundhedsloven:

Kommunernes meget brede opgaveportefølje giver dem et godt udgangspunkt for at prioritere tværgående og overordnet på forebyggelsesområdet. Dette kan fx ske gennem udformning af sundhedspolitikker (...) I forbindelse med at kommunerne fremover skal varetage væsentligt flere opgaver på sundhedsområdet, herunder vedr. forebyggelse og sundhedsfremme, forudsættes det, at der tilsvarende på andre driftsområder fx daginstitutioner, skolevæsenet, ældreplejen mv. udarbejdes.

3.2 Koordinering i den kommunale organisation

Karakteren af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde lægger op til en tværsektoriel og tværfaglig indsats, der involverer mange af kommunens forvaltningsområder, institutioner og medarbejdere. Ud over sundheds- og socialområdet vil øvrige områder som teknik og miljø, undervisning, kultur, beskæftigelse og fritid ofte have centrale roller i indsatsen. I relation til kommunens arbejdspladser er det vigtigt at tænke forebyggelse og sundhedsfremme sammen med arbejdsmiljøet, da arbejdsmiljøet også omfatter sundhed fx stress.

Det er vigtigt at anlægge en helhedsbetragtning på forebyggelse og sundhedsfremmearbejdet. En vellykket indsats vil ikke alene være afhængig af et tæt samspil mellem politikere, planlæggere og udførende personale, men også forudsætte en tæt koordinering på tværs af de involverede udvalg, forvaltninger og institutioner. Herunder kan det også være relevant at inddrage andre kommunale aktører – fx almen praksis.

I stedet for at betragte forebyggelse og sundhedsfremme som en særskilt opgave og udelukkende have fokus på at iværksætte en mængde forskellige tilbud, vil det være fornuftigt at tænke de nye forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaver sammen med allerede eksisterende opgaver. Et eksempel er at opbygge kompetencer i hjemmeplejen, så de ansatte kan inddrage forebyggelse og sundhedsfremme i arbejdet hos de borgere, de besøger.

3.3 Samspil med almen praksis

Der vil være behov for et tæt samspil mellem kommunen og de lokale praktiserende læger. Almen praksis spiller en vigtig rolle i forebyggelsesarbejdet som indgangen til det regionale sundhedsvæsen og i relation til de kommunale forebyggelsesopgaver.

Almen praksis er organisatorisk en del af det regionale sundhedsvæsen, men deres lokale placering og forankring i kommunerne betyder, at de har en stor viden om borgernes sundhedstilstand og forebyggelsesbehov hos borgere og patienter. Desuden har den seneste overenskomst med Praktiserende Lægers Organisation muliggjort en række nye forebyggelsesydelser. De praktiserende lægers viden og erfaring kan med fordel inddrages i planlægningen af den kommunale forebyggelsesindsats.

Fra bemærkningerne til Sundhedsloven:

Specielt i relation til et udbygget samarbejde med de alment praktiserende læger vil det være relevant at overveje ydelser, som kan aflaste eller supplere de praktiserende læger, fx i form af henvisningsmuligheder til rygestopkurser, kostvejledning, motion mv. Det kan eventuelt ske i samarbejde med sygdomsbekæmpende foreninger, apoteker mv.

Almen praksis har god mulighed for at opspore livsstilsproblemer hos deres patienter og vil, når det er relevant, kunne henvise borgerne til kommunale forebyggelsestilbud. Det kan være rygestopkurser, rådgivning om alkoholvaner, kostvejledning, motion og rådgivning om seksuel sundhed eller tilbud målrettet grupper med særlige behov fx socialt udsatte, indvandrere, hiv-smittede mænd, stofmisbrugere mm.

Et godt samspil mellem almen praksis og kommunens forvaltninger forudsætter, at almen praksis som minimum har indsigt i og overblik over de forebyggelsestilbud mv., som kommunen etablerer. Nogle kommuner har valgt at udvikle en netbaseret portal med omtale af relevante forebyggelsestilbud i kommunen. Dette kan være et godt redskab for de praktiserende læger, men også for andre nøglepersoner.

En del kommuner har desuden valgt at ansætte en praksiskonsulent med det formål at initiere og koordinere samspillet mellem kommunen og almen praksis.

3.4 Samarbejde med lokale foreninger, frivillige og private

Kommunerne kan i høj grad profitere af at samarbejde med fx frivillige og private aktører om at skabe sunde rammer og etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Disse lokale aktører spiller en vigtig rolle i mange borgers liv og dagligdag.

Idrætsorganisationer, ældreorganisationer, lejer- og grundejerforeninger er ofte positive i forhold til at tænke sundhed ind i deres aktiviteter og påtage sig konkrete opgaver indenfor forebyggelse og sundhedsfremme. Det kan være særlige idrætstilbud til bestemte målgrupper fx overvægtige eller etablering af selvhjælpsgrupper, besøgsordninger mv.

I kommunerne er der også en lang række private virksomheder, som kan motiveres til at arbejde med at sikre sunde forhold for de ansatte. Apoteker og private udbydere af forskellige sundhedsydelser vil også være oplagte samarbejdspartnere for mange kommuner.

I relation til alkohol og narkotikaforebyggelse er der gode erfaringer med at indgå samarbejdsaftaler med fx bevillingsnævn, restauratører og politi om at sikre en fornuftig udskænkningspolitik og narkofrit festmiljø.

I næsten alle kommuner er der bestemte boligområder, hvor der er en koncentration af udsatte borgere med sociale belastninger eller uden tilknytning til arbejdsmarkedet. I sådanne boligområder er der gode muligheder for at yde en målrettet forebyggende indsats fx i samarbejde med boligselskaber, botilbud, beboerråd og indvandrerorganisationer. Et sådant samarbejde kan medvirke til at mindske social ulighed i sundhed.

Om borgerinddragelse og social ulighed i Sund hele livet:

Sundhedsfremme, forebyggelse, omsorg og behandling i relation til udsatte voksne kræver en tværfaglig, tværsektoriel indsats, kombineret med opsøgende arbejde – og forudsætter inddragelse af frivillige organisationer og private institutioner.

Samarbejdet med foreninger, frivillige og private aktører kan have meget forskellig form og kan organiseres forskelligt. Der kan være tale om alt fra et løst og tidsbegrænset samarbejde mellem kommunen og fx en idrætsforening til længerevarende og mere forpligtende aftaler om leverance af forebyggelsesydelser. Når der indgås aftaler med andre aktører om levering af konkrete forebyggelsesydelser, er det kommunens ansvar, at sikre at ydelsen lever op til de lovgivnings- og kvalitetsmæssige krav.

3.5 Samarbejde med regionen

Regionen er en væsentlig samarbejdspartner for kommunen. Først og fremmest skal kommunen og regionen indgå sundhedsaftaler om den patientrettede forebyggelsesindsats, som finder sted på tværs af de to niveauer.

Regionen skal også være med til at formidle samarbejde og erfaringer mellem kommunerne i regionen. Desuden kan regionen bidrage til tværgående opgaver. Det kan fx dreje sig om regional overvågning af sundhedstilstanden, kvalitetsarbejde, kompetenceudvikling, metodeudvikling, evaluering og specialiseret rådgivning.

3.6 De centrale sundhedsmyndigheders rolle

Det fremgår af lovbemærkningerne, at de centrale sundhedsmyndigheder skal overvåge den generelle sundhedstilstand og udstikke overordnede retningslinjer og anbefalinger for forebyggelsesarbejdet i dialog med kommune og region. De centrale sundhedsmyndigheders opgaver vil fortsat omfatte udvikling og formidling af effektive metoder og distribution af generelle værktøjer mv. til brug for kommunerne. Herudover kan der i samarbejde med udvalgte kommuner igangsættes konkrete udviklingsprojekter bl.a. i forbindelse med udmøntning af puljemidler.

4 Kvalitet i den kommunale forebyggelsesindsats

Det er afgørende for kvaliteten i den kommunale forebyggelsesindsats, at arbejdet foregår systematisk og at den sundhedsfaglige prioritering foregår på et veldokumenteret grundlag. Det betyder, at indsatserne skal være baseret på den eksisterende viden, og at arbejdet følges og vurderes med henblik på at sikre kvalitet og effektivitet.

Fra bemærkningerne til Sundhedsloven:

Kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende indsats bør basere sig på en sundhedsfaglig prioritering, dokumenterede metoder og aktiviteter samt en løbende kvalitetsovervågning

Der er et relativt godt overblik over danskernes sundhed. Det er også rimeligt velbeskrevet, hvilke faktorer, der påvirker danskernes sundhedsadfærd. Til gengæld eksisterer der kun spredt viden om, hvilke interventioner, der kan ændre og fastholde en sund livsstil, og hvordan en indsats organiseres mest hensigtsmæssigt.

Den omfattende viden om folkesundheden, om risikofaktorenes betydning for folkesundheden og om danskernes sundhedsadfærd er et godt udgangspunkt for forebyggelsesarbejdet, fordi det betyder, at vi har kendskab til de største sundhedsproblemer og ved hvilke befolkningsgrupper, der især er udsat. På nogle områder fx tobaksområdet har vi også meget viden om, hvilke metoder der er effektive. Mens det på andre områder fx forebyggelse af overvægt er sværere at svare entydigt på, hvem indsatsen skal rettes i mod og hvordan den skal tilrettelægges for at have effekt.

Derfor er der fortsat stort behov for at udvikle og afprøve nye metoder og modeller. Samtidig er det så særligt vigtigt at dokumentere og kvalitetssikre de forebyggelsesindsatser, der gennemføres.

4.1 Opbygning af kompetencer

I bemærkningerne til Sundhedsloven fremhæves personalets kompetencer som en nødvendig forudsætning for en kvalificeret forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats i kommunerne.

Den brede opgaveportefølje i kommunerne betyder, at man råder over medarbejdere med meget forskellig uddannelsesbaggrund og kvalifikationer. I nogle sektorer har de ansatte en sundhedsfaglig uddannelse og i forvejen erfaring med at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme. Det gælder bl.a. sundhedspleje- og tandplejeområdet. I andre sektorer som fx socialforvaltning, skoler, daginstitutioner og ældrepleje er der et stort potentiale i at tilføre personalet viden og redskaber til at indarbejde forebyggelse og sundhedsfremme i deres arbejde.

Fra bemærkningerne til Sundhedsloven:

Også i forhold til de forebyggende og sundhedsfremmende opgaver er det væsentligt, at de varetages fagligt prioriteret på det bedst muligt dokumenterede grundlag og af personale mv. med de nødvendige kompetencer.

Med de nye forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaver bliver der både behov for at udvikle de allerede eksisterende kompetencer og opbygge nye fx ved at tilføre personale med folkesundhedsfaglige og andre kompetencer. Det kan være nødvendigt at give det eksisterende personale konkret viden om bl.a. forebyggelse- og sundhedsfremme i form af kurser, efteruddannelse og lignende. Men mindst ligeså vigtigt er det at udvikle de organisatoriske strukturer for at fremme, at der kan arbejdes tværfagligt og –sektorielt i kommunen.

Når det handler om at hjælpe de socialt svageste borgere med at forbedre deres sundhed, vil det fx ofte være hensigtsmæssigt at samarbejde på tværs af sundheds- og socialområdet.

Kommunen har gode forudsætninger for at overskride de barrierer, der kan være mellem forskellige sektorer og fagområder og dermed at drage nytte af de forskellige kompetencer, der rådes over. Men også frivillige organisationer og virksomheder i kommunen kan besidde relevante kompetencer, som kan være et vigtigt supplement til kommunens egne ressourcer.

4.2 Kvalitetssikring

I bemærkningerne til Sundhedsloven fremhæves kvalitetssikring som en forudsætning for en kvalificeret forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats i kommunerne. Kvalitetssikring skal medvirke til, at indsatsen gennemføres som planlagt, og at de ønskede effekter opnås. Kvalitetssikring har både et kontrollerende og et udviklende perspektiv.

I Sundhedsloven understreges det, at der skal være høj og ensartet kvalitet i de ydelser borgerne tilbydes i de enkelte kommuner. Det gælder også for forebyggelse og sundhedsfremme. Dette kræver, at kommunerne overvåger kvaliteten af de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud og aktiviteter. Dette kan ske gennem monitorering af indsatsen og evaluering af udvalgte aktiviteter.

For at kunne monitorere og evaluere kommunens forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats er det en forudsætning, at der foreligger klare mål for arbejdet, og at der udarbejdes indikatorer eller målepunkter, som indsatsen kan måles på. De kan fastlægges i en samlet plan eller i en sundhedspolitik for kommunen.

Monitorering = en løbende overvågning af en indsats eller et område med henblik på at sikre, at krav, standarder mv. efterleves.

Evaluering = en lejlighedsvis vurdering af værdien af en indsats. At evaluere handler om at måle eller vurdere processen i forbindelse med indsatsen, og/eller om indsatsen har været effektiv i forhold til de forventede mål.

4.2.1 Monitorering

I **Sund hele livet** fremhæves monitorering som et af de virkemidler, der er afgørende i arbejdet med folkesundhed.

Løbende overvågning af udviklingen i befolkningens sundhedstilstand, sygdoms- og ulykkesudvikling samt udvikling i risikofaktorerne er en forudsætning, når man fx skal beslutte hvilke typer af indsatser kommunen skal prioritere i forhold til hvilke målgrupper. Desuden er løbende overvågning nødvendig i forhold til tidlig identificering af nye udviklingstendenser i befolkningsgrundlag, risikoadfærd eller sygdomsmønstre med henblik på at justere kommunens indsats.

Monitorering kan både levere fagligt input og ledelsesinformation til faglige og politiske beslutningstagere i kommunen. Kommunerne kan gennem løbende monitorering sikre, at de planlagte aktiviteter gennemføres som forventet og har den ønskede kvalitet og effekt. Dermed er monitorering en forudsætning for kvalitetssikring, faglig udvikling og for den løbende prioritering af forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen i kommunen.

4.2.2 Evaluering

Udover den løbende monitorering af kommunens forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats, kan der være behov for at evaluere udvalgte indsatser og aktiviteter. Det gælder ikke mindst ved iværksættelse af udviklingsprojekter og nye aktiviteter. Men også kommunens samlede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats bør evalueres med jævne mellemrum med henblik på at vurdere, om den samlede indsats har den rigtige retning.

Evaluering kan bidrage til den interne læring i kommunen, men ligeså vigtigt er det, at velgennemførte evalueringer kan bidrage med væsentlig viden om organisation og metoder til gavn for andre. Hermed kan det samlede vidensgrundlag blive styrket, og mere effektive metoder og projekter kan udvikles.

4.3 Viden om borgernes sundhed

Kommunerne kan ved tilrettelæggelsen af deres indsats finde nyttig viden i de centrale registre, som bl.a. Sundhedsstyrelsen har ansvaret for. Nogle kommuner finder det hensigtsmæssigt at supplere de nationale data med viden om de lokale forhold.

Viden om borgernes sundhedstilstand er et nyttigt instrument, når det skal vurderes hvor og hvordan, der skal sættes ind med forebyggelse og sundhedsfremme. I mange kommuner vil det være tydeligt, at der er behov for at gøre en særlig indsats for de socialt svageste borgere. Men viden om sundhedstilstanden er også et godt instrument, når resultater og effekter af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats skal vurderes.

Kommunerne kan hente viden flere forskellige steder. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, universiteternes institutter for sundhedsvidenskab m.fl. har viden om befolkningens sundhedstilstand og om sammenhængen mellem risikofaktorer og sygdom mv.

Evidensbasen: Forebyggelse

På www.sst.dk/evidensbasen findes en lang række evidensrapporter om udvalgte forebyggelsesmetoders effekt. Evidensrapporterne bygger på systematiske gennemgange af videnskabelig litteratur.

Evidensbasen indeholder også link til andre relevante databaser over forskningslitteratur om forebyggelse og sundhed fx NICE og Cochrane.

Læs mere om evaluering:

Sundhedsstyrelsen har udgivet to publikationer, der giver planlæggere og praktikere gode råd og formidler de vigtigste principper ved evaluering. Den ene er et elektronisk guide som findes på www.sst.dk/evaluering. Den anden er en vejviser til evaluering udviklet i til projekterne i Social ulighed i sundhed. Denne findes på www.sst.dk.

Registre med sundhedsdata

Sundhedsstyrelsen har ansvaret for drift og udvikling af en række sundhedsregistre. Data er bl.a. tilgængelige på Sundhedsstyrelsens hjemmeside på www.sst.dk under sundhedsdata.

Sundhedsstyrelsen udgiver primo 2007 en oversigt over datakilder og registre med relevans for det kommunale forebyggelsesarbejde. Publikationen vil blive sendt ud til alle kommuner og vil også være at finde på www.sst.dk.

[Statens Institut for Folkesundhed](http://www.ssi.ssi.dk) gennemfører regelmæssigt befolkningsundersøgelser af sundheds- og sygelighedstilstanden på nationalt og regionalt plan (SUSY).