

INTRODUKTION TIL SUNDHEDSSTYRELSENS FOREBYGGELSESPAKKER



INDHOLDSFORTEGNELSE

KONTEKST 5

| | |
|---|----|
| FORMÅL | 6 |
| BAGGRUND | 7 |
| AKTØRER | 8 |
| SUNDHEDSUDFORDRINGER I KOMMUNERNE | 10 |
| KOMMUNALE MÅL | 12 |
| ØKONOMISKE KONSEKVENSER AF RISIKOADFÆRD | 13 |
| KVALITET I FOREBYGGELSE SARBEJDET | 15 |

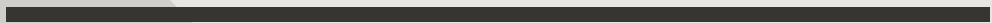
ANBEFALINGER – OPBYGNING OG PRIORITERING 17

| | |
|------------------------------|----|
| GRUND- OG UDVIKLINGSNIVEAU | 17 |
| PRIORITERING AF ANBEFALINGER | 18 |
| EVIDENS OG VIDENSGRUNDLAG | 19 |

IMPLEMENTERING OG OPFØLGNING 20

| | |
|-----------------------------|----|
| IMPLEMENTERING | 20 |
| DIMENSIONERING | 22 |
| KOMPETENCEUDVIKLING | 24 |
| DOKUMENTATION OG EVALUERING | 25 |

LITTERATUR OG HENVISNINGER 26



FORORD

Sundhedsstyrelsen har udviklet en række forebyggelsespakker, som indeholder faglige anbefalinger til en kommunal sundhedsfremmende og forebyggende indsats af høj kvalitet.

Kommunerne har i de seneste år haft et stigende fokus på indsatsen i forhold til kronisk syge borgere. Der er sket en hastig udvikling på dette område, og sundhedsaftalerne er med til at fastholde et fælles fokus på sammenhæng og koordinering på tværs af sektorer. Samtidig er der en stigende erkendelse af behovet for at udvikle og fastholde fokus på den generelle sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats, som kommunerne har ansvaret for.

Sundhedsstyrelsen udarbejder forebyggelsespakker om alkohol, fysisk aktivitet, hygiejne, indeklima i skoler, mad og måltider, mental sundhed, overvægt, seksuel sundhed, sol, stoffer og tobak. I første omgang foreligger der pakker indenfor områderne tobak, alkohol, fysisk aktivitet, seksuel sundhed og mental sundhed. De øvrige pakker vil blive udarbejdet i løbet af efteråret 2012 og foråret 2013.

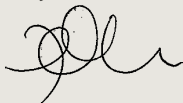
Ulighed i sundhed er et tema, som er gennemgående i alle forebyggelsespakker. Anbefalingerne indeholder bl.a. rammesættende indsatser, der har en effekt på hele befolkningens sundhedsadfærd og dermed også en stor effekt i forhold til ulighed. Andre indsatser i pakkerne er særlig målrettet socialt udsatte grupper.

Formålet med denne publikation er at give en fælles introduktion til alle forebyggelsespakkerne. Publikationen er målrettet sundhedschefer og planlæggere i kommunerne, som har ansvaret for at prioritere, planlægge og tilrettelægge udførelsen af det kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejde.

Sundhedsstyrelsen vil gerne takke den rådgivende eksterne sparringsgruppe, alle review- og høringsparter samt KL og øvrige samarbejdspartner, som alle har bistået med at udvikle forebyggelsespakkerne.

Vi håber, at forebyggelsespakkerne kan være med til at fastholde sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse på den kommunale dagsorden, og at de vil blive anvendt i kommunernes planlægning og kvalitetsudvikling af forebyggelsesarbejdet fremover.

Jette Jul Bruun



Enhedschef
Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud
Sundhedsstyrelsen

Else Smith



Adm. Direktør
Sundhedsstyrelsen

FORMÅL

Formålet med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker er at bidrage til at styrke folkesundheden gennem en kommunal forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats af høj faglig kvalitet.

Forebyggelsespakkerne indeholder faglige anbefalinger til det kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejde. Forebyggelsespakkerne omhandler faglige anbefalinger på væsentlige risikofaktorområder, som kommunerne allerede arbejder med, og som forventes at kræve betydeligt fokus de kommende år som følge af ny viden, samt udviklingen i holdninger og normer i samfundet.

Forebyggelsespakkerne udarbejdes særskilt for hver risikofaktor, dels for at skabe overblik over fakta og anbefalinger, og dels for at tilgodese beskrivelsen af specifikke metoder og erfaringer indenfor hvert område. Pakkernes anbefalinger retter sig mod både raske og syge borgere i kommunen.

BAGGRUND

Borgerens sundhed og trivsel er et fælles anliggende for den enkelte, familie og netværk, lokalsamfundet, kommuner, regioner og stat. Den enkelte borger har ansvar for eget liv og for de valg og handlinger, som skaber sundhed og trivsel. Mens staten sætter de overordnede rammer for sundheden, har kommunerne ansvar for at sikre sunde rammer og tilbud i lokalområdet, der fremmer sundhed og forebygger sygdom. Sammen har kommuner og regioner en fælles opgave i at forebygge, at sygdom udvikler sig yderligere. Fremadrettet er der stadig udfordringer og uudnyttede potentialer i den sundhedsfremmende- og forebyggende indsats.

Siden 2007 har sundhedsloven eksplicit udtrykt kommunernes ansvar for sundhedsfremme- og forebyggelse, og kommunernes arbejde på sundhedsområdet er styrket overalt i landet. Særligt har indsatserne for kronisk syge borgere været i fokus, og i løbet af de seneste år har kommunerne særligt styrket indsatsen for denne gruppe.

Kommunerne er forskellige, hvad angår størrelse, kapacitet, befolknings- og ressourcemæssige forudsætninger, samt erfaringer på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet. Overalt foretages der en skarp prioritering af de kommunale ydelser som følge af begrænsede midler – herunder også indsatsen på forebyggelsesområdet.

Sundhedsloven § 119

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

Stk. 2 Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne^{1,2}.

Stk. 3 Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren mv. samt rådgivning mv. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2¹⁴.

AKTØRER

Udover de kommunale aktører spiller en lang række aktører en afgørende rolle i arbejdet med sundhedsfremme- og forebyggelse. Det drejer sig bl.a. om:

Borgere

Mandag Morgen og TrygFonden publicerede i april 2012 undersøgelsen "Forebyggelse – ifølge danskerne". Undersøgelsen peger bl.a. på, at befolkningen generelt tror på, at forebyggelse og sundhedsfremme nytter noget. Mere end seks ud af ti danskere mener, at der på lang sigt kan spares penge på behandling, hvis der satses på forebyggelse her og nu. Det ser også ud til, at befolkningens holdninger påvirkes af den offentlige debat og af konkrete gennemførte forebyggelsesinitiativer⁵.

Undersøgelsen peger også på, at borgerne ønsker konkret hjælp til at træffe sundere valg i hverdagen – uden at overlade styringen af deres liv til andre. Med denne viden har kommunerne et godt grundlag for at arbejde med borgerinddragelse som led i kvalificering og målretning af deres sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser. Borgerne besidder ressourcer, som kommunen vil kunne drage stor nytte af, hvis der skabes de nødvendige forudsætninger for aktiv deltagelse og engagement i forebyggelsesarbejdet.

Det er således hensigtsmæssigt, at kommunerne involverer borgerne, når det gælder om at skræddersy tilbud til særlige målgrupper i befolkning, fx udsatte borgere.

Civilsamfund

Civilsamfundet udgøres af en række aktører, som kan bidrage til at understøtte og løfte sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejdet. Frivillige foreninger, patient- og handicapforeninger, erhvervslivet m.fl. har fx mulighed for at nå ud til grupper af borgere, som kommunen kan have sværere ved at komme i kontakt med.

Almen praksis

Almen praksis spiller en vigtig rolle i forhold til den kommunale forebyggelsesindsats, og der ligger et potentiale i at understøtte implementeringen af forebyggelsestiltalene via et systematisk samarbejde mellem kommune og almen praksis. I forhold til tidlig opsporing af risikofaktorer, motivation og henvisning til kommunale tilbud og som tovholder på patientforløb i det nære sundhedsvæsen, spiller almen praksis en væsentlig rolle. Implementeringen af indsatserne vil kunne understøttes af, at kommunen har eller udvikler et godt og systematisk samarbejde med almen praksis (og sygehusene) om at informere om og henvise til kommunale forebyggelsestilbud.

Regionerne

I henhold til sundhedslovens § 119 stk. 3 har regionerne pligt til at rådgive kommunerne om varetagelsen af de kommunale forebyggelsesindsatser. Regionerne kan i samarbejde med kommunerne varetage tværgående opgaver, som fx overvågning af sundhedstilstanden, specialiseret rådgivning, kvalitetsudvikling og kompetenceudvikling, metodeudvikling og evaluering. Regionerne skal herudover sikre udviklings- og forskningsarbejde således at bl.a. forebyggelse- og sundhedsfremmeydelser samt uddannelse af sundhedspersoner kan varetages på højt fagligt niveau, jf. sundhedslovens § 194.

Siden 2007 har kommuner og regioner gjort sig erfaringer med fælles uddannelsesforløb for kommuner, almen praksis og hospitaler. Formålet er at styrke kompetencer, skabe relationer og fælles sprog samt tilskynde til refleksion over egen praksis. I flere regioner ydes rådgivning om lokale sundhedsprofiler samt om anvendelse af profilen i samarbejde på tværs af forvaltninger i kommunen. Ligeledes kan regionerne spille en rolle i dokumentation og generering af ny viden på forebyggelsesområdet.

Sund By Netværket

Sund By Netværket har gennem en årrække udviklet skabeloner til god faglig forebyggelsespraksis i en række hæfter om den gode kommunale model. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker tager bl.a. afsæt i disse modeller samt i udspillene ”Kommunal forebyggelse, der rykker” og ”Det borgernære sundhedsvæsen” fra KL.

SUNDHEDSUDFORDRINGER I KOMMUNERNE

Den Nationale Sundhedsprofil 2010 dokumenterer, at kommunerne står overfor en række sundhedsudfordringer. Nedenfor illustreres sundhedsudfordringer og – forebyggelsespotentialer i en kommune med 50.000 borgere.

Sundhedsadfærd og ændringsparathed hos personer på 16 år og derover i en gennemsnitskommune med 50.000 indbyggere (ca. 40.000 borgere er over 16 år) ¹¹.

| | Antal personer | Andel i procent |
|--|----------------|-----------------|
| Andel dagligrygere | 8.400 | 21 |
| Andel af dagligrygere, der gerne vil have hjælp til at holde op med at ryge | 3.100 | 36 |
| Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtagelse | 4.300 | 11 |
| Andel af personer, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholindtagelse, som gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug | 1.200 | 28 |
| Andel, der vurderer deres fysiske form som mindre god eller dårlig | 9.200 | 23 |
| Andel af personer, der vurderer deres fysiske form som mindre god eller dårlig, som gerne vil være mere fysisk aktive | 7.500 | 82 |
| Andel, der har et usundt kostmønster | 5.200 | 13 |
| Andel, af personer der har et usundt kostmønster, som gerne vil spise sundt | 2.800 | 54 |
| Andel overvægtige (BMI≥25) | 18.900 | 47 |
| Andel af overvægtige, der i høj grad vil tabe sig | 6.400 | 34 |
| Andel, der ofte føler sig nervøse eller stressede | 5.100 | 13 |

Der er klare sociale forskelle i forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed i befolkningen, og disse forskelle er steget markant de seneste 20 år. Usunde vaner er i stigende grad koncentreret blandt socialt dårligere stillede grupper opgjort på uddannelses- og indkomstniveau. Rygning, overforbrug af alkohol, usund kost og fysisk inaktivitet er centrale risikofaktorer, som spiller en afgørende rolle for den voksende ulighed i sundhed i form af forekomsten af følgende sygdomme^{6, 15}:

- Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL)
- Hjertesygdom
- Alzheimer (demens)
- Lungekræft
- Depression
- Alkoholafhængighed
- Hørenedsættelse
- Diabetes (sukkersyge)
- Levercirrose (skrumpelever)
- Slagtilfælde

De enkelte risikofaktorer forstærker desuden hinandens negative effekt med hensyn til udvikling af en række sygdomme, fx bidrager både rygning og alkohol til udvikling af mange af de samme kræftformer.

KOMMUNALE MÅL

Forebyggelsespakkerne kan være en anledning til at formulere og kvalificere kommunale mål for sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejdet. Følgende kan overvejes i arbejdet med mål for den kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats:

- Er målene både ambitiøse og realistiske?
- Er målene formuleret som flerårige mål – fx for hver valg-/sundhedsprofilperiode?
- Er målene relateret til både målgrupper og arenaer?
- Bidrager målene til at mindske den sociale ulighed i sundhed?

Der kommer løbende mere dokumentation af borgernes sundhed på kommunalt niveau, hvilket understøtter kommunernes mulighed for at prioritere og målrette forebyggelsesarbejdet og følge med i udviklingen i borgernes sundhed over tid. Det er vigtigt at monitorere, hvordan og om målene nås. Det giver viden om og muligheder for at revurdere og justere i indsatsen.

Eksempel på konkrete mål

Københavns Kommune har fastsat fireårige mål i deres sundhedspolitik ”Længe leve København” for perioden 2011-2014. Målene retter sig mod de områder, der resulterer i flest tabte leveår og dårligt helbred: Rygning, fysisk inaktivitet og alkohol. Desuden arbejdes der med et mål for selv vurderet helbred. Der er opsat mål for både unge og voksne fx:

- Andelen af unge københavnere med sunde alkoholvaner skal stige fra 55 procent til 65 procent. I 2011 svarer stigningen til 2.500 borgere.
- Andelen af voksne københavnere med sunde alkoholvaner skal stige fra 68 procent til 73 procent. I 2011 svarer stigningen til 20.000 borgere.

Målene skal nås ved et fokuseret samarbejde på tværs af forvaltningerne i Københavns Kommune.

Viden om borgernes sundhed i kommunen fås bl.a. gennem:

- Den Nationale Sundhedsprofil¹¹ og de regionale sundhedsprofiler
- Børnedatabasen¹²
- Sundhedsstyrelsens Kommunale Sundhedsindikatorer¹³

ØKONOMISKE KONSEKVENSER AF RISIKOADFÆRD

Borgernes uhensigtsmæssige sundhedsadfærd har store konsekvenser for kommunernes økonomi, men effekterne af en sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats ses ofte først flere år ud i fremtiden. Der er tale om langsigtede investeringer, når kommunen vælger at prioritere området. Kommunerne kan etablere et fælles grundniveau for forebyggelsesarbejdet på tværs af kommunegrænserne med henblik på at skabe mulighed for, at enkeltkommuner solidarisk både bidrager til og høster gevinster af kommunernes samlede forebyggende indsats.

Kommunerne bærer følgende merudgifter relateret til borgernes udsættelse for risikofaktorer:

- Udgifter til den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsenet.
- Udgifter til genoptræning og rehabilitering, pleje og omsorg, plejehjem.
- Udgifter til misbrugsbehandling.
- Udgifter til overførselsindkomster, som følge af påvirkning af arbejdsevnen, fx kontanthjælp, førtidspension, fleks- og skånejobordninger, sygedagpenge etc.
- Reducerede kommunale skatteindtægter som følge af nedsat arbejdsevne.
- Forskellige støttende tilbud i forbindelse med sociale følger af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, fx hjælp til familier, børn og unge.

På samfundsniveau er gevinsten ved forebyggelse de sparede omkostninger, der ville have været forbundet med den pågældende risikofaktor. Andre hensyn og ønsker, fx ønsket om at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed, kan dog gøre, at det i nogle tilfælde kan være fornuftigt at gennemføre en indsats, selvom det ikke umiddelbart betaler sig ud fra en økonomisk betragtning.

I praksis kan det være forbundet med store udfordringer at opgøre gevinster ved forebyggelse og omkostninger ved risikoadfærd. Det gælder både i forhold til at afgrænse, hvad der skal inkluderes af omkostninger og gevinster, men også hvordan de pågældende elementer skal værdifastsettes.

Samfundsmæssige gevinster ved forebyggelse

Samfundsmæssige gevinster ved forebyggelse inkluderer alle direkte, indirekte og afledte gevinster: Bl.a. sparede behandlingsudgifter, undgået tab i produktivitet som følge af sygefravær, førtidspension og for tidlig død, samt trivselsmæssige gevinster for den enkelte og pårørende ved undgået forringet livskvalitet og lidelse.

Samfundsmæssige omkostninger forbundet med risikoadfærd

Samfundsmæssige omkostninger ved risikoadfærd inkluderer alle direkte, indirekte og afledte effekter, jf. boks om "Samfundsmæssige gevinster ved forebyggelse", herunder fx effekten af den enkelte borgers uhensigtsmæssige sundhedsadfærd på andre borgere. Det kan fx være sociale følger af en forældres høje alkoholforbrug, hvor barnet som følge af disse forhold i familien får behov for fx støttepædagog eller specialundervisning.

Selvom der på mange forebyggelsesområder er behov for øget økonomisk dokumentation, er det ikke hensigtsmæssigt, at enkeltkommuner selv påbegynder komplicerede og ressourcekrævende økonomiske evalueringer af konkrete forebyggelsesinterventioner. Sådanne undersøgelser gennemføres mest hensigtsmæssigt på tværs af kommuner og i samarbejde med forskningsmiljøer.

KVALITET I FOREBYGGELSE SARBEJDET

En vigtig del af forebyggelsespakkerne er at kvalitetssikre både eksisterende og nye indsatser. Kvalitet handler dels om at sikre, at indsatserne er fagligt funderede og dels om, at der sikres en systematik og opfølgning på forebyggelsesarbejdet. KL tilbyder med konceptet ”Kommunernes Kvalitetsmodel” (KIK) redskaber, som gør det muligt at arbejde systematisk med kvaliteten i serviceydelse i alle dele af den kommunale organisation. Der ligger et uudnyttet potentiale i at anvende KIK i det kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejde.

Enkelte kommuner har gode erfaringer med at anvende metoder og fremgangsmåder fra kvalitetsstandarderne i den kommunale del af Den Danske Kvalitetsmodel, som rummer en generel standard om forebyggende og sundhedsfremmende indsatser og en specifik standard om rusmiddelområdet.

Kvalitetskontrakter som ramme for den borgerrettede forebyggelse

Hørsholm Kommune har i deres kvalitetskontrakt opstillet mål for kommunens forebyggelsesindsats. Følgende tre mål skal være med til at sikre, at der arbejdes med kvalitet i forebyggelsesarbejdet:

1. Forbedret samarbejde med de praktiserende læger. Kommunens sundhedstilbud markedsføres over for lægerne – bl.a. med udgivelse af et kvartalsvis nyhedsbrev samt en side for læger og andre sundhedsfaglige personaler på kommunens hjemmeside.
2. Politisk beslutning om etablering af et sundhedscenter, som skal være en fysisk og organisatorisk ramme for kommunens borgerrettede og patientrettede forebyggende og sundhedsfremmende tilbud.
3. Kommunikationsforum for unge (Youth Explorer). Via de unges egne kommunikationsfora og elektroniske medier involveres unge i kommunens kommunikation om sundhed om bl.a. alkohol, seksuel sundhed og fællesskaber. Herved tager de unge medansvar i den videre udvikling af kommunens sunde tilbud og dermed sikres relevansen i forhold til unge.

Målopfyldelsen følges op to gange årligt og er med til at fastholde et politisk og administrativt fokus på forebyggelsesindsatsen i kommunen.

ANBEFALINGER

– OPBYGNING OG PRIORITERING

GRUND- OG UDVIKLINGSNIVEAU

De anbefalede indsatser i forebyggelsespakkerne er opdelt i to niveauer: Et grund- og et udviklingsniveau.

Formålet med at inddele de anbefalede indsatser i grund- og udviklingsniveau er:

- At anbefale grundlæggende forebyggelsesindsatser, som på kort sigt kan styrke kvaliteten af forebyggelsesarbejdet.
- At anbefale indsatser, der kan videreudvikle forebyggelsesindsatsen i kommunerne på længere sigt.

Indsatser på grundniveau er relativt veldokumenterede, og der er betydelige kommunale erfaringer og kompetencer på indsatsområdet, som oftest kan løftes i regi af eksisterende kommunale rammer. Ofte vil kommunen have naturlig adgang til målgruppen og arenaer i indsatser på grundniveau.

Omvendt vil viden om indsatser på udviklingsniveau være svagere, ligesom kommunen vil have færre erfaringer på området. Der vil typisk være brug for udvikling af kompetencer, proaktiv rekruttering, opsøgende arbejde og indgåelse af nye partnerskaber for at løfte forebyggelsespakkerens udviklingsniveau.

Se de anbefalede indsatser i forebyggelsespakkerne opgjort på målgrupper på:
www.sst.dk/forebyggelsespakker

I forebyggelsespakkerne indgår fire typer af indsatser:

- Rammer (kommunale planer, politikker).
- Tilbud (rådgivning, træning, behandling af borgere).
- Informationsindsatser og undervisning (oplysning, markedsføring af kommunale forebyggelsestilbud, understøttelse af nationale/centrale initiativer).
- Tidlig opsporing (i denne sammenhæng screening og opsporing af risikofaktorer, som kommunen iværksætter i eget regi eller med andre sektorer).

Tidlig opsporing:

Tidlig opsporing vedrører opsporing af risikofaktorer hos borgere, som kommunens personale er i kontakt med i anden anledning. Fx har sundhedsplejen og hjemmeplejen gode muligheder for at identificere risikoadfærd som alkoholmisbrug, rygning og mistrivsel ved hjemmebesøg og kan på denne baggrund iværksætte tidlig indsats. Tidlig opsporing sker også, når den kommunale sundhedstjeneste på systematisk grundlag identificerer rygere og gennemfører en samtale om tobak ved udskolingssamtalen i folkeskolens afgangsklasser.

PRIORITERING AF ANBEFALINGER

I udvælgelsen af de anbefalede indsatser i forebyggelsespakkerne er der taget udgangspunkt i:

- Lovgivning
- Evidens for effekt, evt. omkostningseffekt
- Nationale og internationale anbefalinger
- Forebyggelsespotentiale
- Fremme af lighed i sundhed

EVIDENS OG VIDENSGRUNDLAG

Sundhedsstyrelsen formidler i forebyggelsespakkerne den aktuelt bedste viden, der findes i forhold til at skabe en systematisk og effektiv forebyggelsesindsats i en dansk kontekst.

- Systematisk vil sige, at der arbejdes efter samme overordnede mål og metoder i hele landet, og at implementering og kvalitetssikring af indsatserne er en del af driften i kommunerne.
- Effektiv vil sige, at indsatserne, der bygger på et varierende vidensniveau, er sammensat, så der er størst mulig sandsynlighed for at opnå den ønskede positive effekt på borgernes sundhed.

Evidensgrundlaget er generelt svingende på forebyggelsesområdet, hvilket også afspejler sig i forebyggelsespakkerne. Der er solid evidens for, at det vil styrke folkesundheden betragteligt at mindske borgernes udsættelse for de risikofaktorer, som forebyggelsespakkerne handler om, mens der er mere spredt evidens for, hvilke forebyggelsesmetoder der er mest effektive, og hvordan de bedst implementeres.

Forebyggelsespakkenes anbefalede indsatser bygger så vidt muligt på evidens fra systematiske forskningsoversigter. Der indgår ligeledes en bred vifte af forskellige videnskabelige undersøgelser samt ekspertskøn i den samlede vurdering af indsatsernes potentielle effekt i det danske samfund.

Sundhedsstyrelsen arbejder ud fra en bred definition af evidens, hvor evidensbaseret politik og praksis defineres som en omhyggelig, udtrykkelig og kritisk brug af den aktuelt bedste viden, når der træffes beslutninger om andre menneskers velfærd. Det vil sige, at man stadig har mulighed for at handle – også på områder, hvor evidensen ikke er så solid, som man kunne ønske sig. Det vil også sige, at man systematisk opdaterer sin viden og udvikler sit virke på baggrund deraf. Arbejdet med forebyggelsespakkerne i kommunalt regi er derfor en proces, som handler om at anvende den nyeste og bedste viden i praksis og om at undersøge, om de gennemførte indsatser virker som planlagt med henblik på at bidrage med nødvendig ny viden. Læs mere på:

www.sst.dk/evidens

IMPLEMENTERING OG OPFØLGNING

IMPLEMENTERING

Forebyggelsespakkerne indeholder en række faglige anbefalinger, som tilsammen vurderes at udgøre den sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats, der kan sikre en positiv udvikling i danskerne sundhed. Den bedste samlede forebyggelsesindsats kan kommunen opnå ved at beskæftige sig med indholdet af alle forebyggelsespakkerne. Kommunen kan prioritere igangsættelsen og implementeringen af de enkelte pakker og indsatser ud fra overvejelser om kommunens sundhedsforhold, muligheder og erfaringer:

- Hvilke sundhedsudfordringer er de største og vigtigste at få gjort noget ved i kommunen?
- Hvilke risikofaktorer er kommunen allerede godt i gang med?
- Hvilke risikofaktorer og målgrupper er der yderligere behov for at arbejde med?
- Hvordan skal sundhedstilstanden hos borgerne i kommunen se ud om fem og ti år?

De anbefalede indsatser på grundniveau i forebyggelsespakkerne bør der arbejdes med på kort sigt. Indsatserne i udviklingsniveauet forudsætter oftest, at indsatser i grundniveau er implementeret, at ny viden er udviklet, eller at der tilføres særlige kompetencer. Her giver det god mening at arbejde mere langsigtet.

Sundhed på tværs

Fremme af borgernes sundhed er hele kommunens ansvar på tværs af politikområder. De rammer og betingelser, der er med til at skabe sundhed, fordeles sig på mange forskellige kommunale forvaltningsområder. Derfor kan implementeringen af forebyggelsespakkerne med fordel ske på tværs af forvaltninger i kommunerne. På den måde vil de anbefalede indsatser komme til at indgå som en del af de eksisterende kerneydelser og politikker i kommunen, frem for alene at blive en indsats i sundhedsafdelingen. Det forudsætter, at der arbejdes med at få sundhed ind i alle politikker.

Der findes ikke én model for, hvordan forebyggelsespakkerne kan implementeres i kommunen. Der er behov for at få mere viden om, hvordan sundhed på tværs af forvaltningsområder kan organiseres og for at få indfriet potentialerne i at integrere sundhedsperspektivet i alle driftsområder i kommunen. Kommunernes erfaringer er her en vigtig kilde til viden om, hvordan sundhed kan integreres på tværs⁷.

Sundhed på tværs i Odense Kommune

I Odense Kommune er sundhedsområdet organiseret som en matrix med en strategisk sundhedsgruppe, der går på tværs af alle forvaltningsområder. Formålet med matrixorganiseringen er at lægge opgaverne så tæt på driften som muligt og synliggøre, at sundhed er en tværgående udfordring, der berører alle forvaltninger. Organiseringen på tværs skal skabe bedre og mere rentable måder at løse sundhedsopgaverne på og sikre, at sundhedsopgaverne er en fælles forpligtigelse. Målet er at opnå en bedre sundhed for alle Odenses borgere, og grundtanken bag denne matrixorganisering er at drage nytte af de mange kompetencer og erfaringer, som de forskellige kommunale aktører besidder. Der er etableret faglige netværk af nøglepersoner, som arbejder i spektret sundhedsfremme til behandling. Et eksempel på dette kan være et misbrugsnetværk, hvor nøglepersonerne spænder fra den forebyggende misbrugskonsulent, som rådgiver forældre og unge i forhold til alkoholdebut, til behandlere fra misbrugscentret.

Inspiration i forhold til implementering af forebyggelsespakkerne:

- "Inspiration til implementering af kommunale sundhedsindsatser". Sundhedsstyrelsen, 2011. Hæftet gennemgår syv forhold, der bidrager til vellykket implementering, og som er relevante at tage højde for i planlægningen og implementeringen af forebyggelsespakkerne⁹.
- "Sundhed på tværs". Sundhedsstyrelsen, 2010⁷.
- "Organisering og implementering af sundhed på tværs". Sund By Netværket, 2012⁸.

DIMENSIONERING

Formålet med at arbejde med dimensionering i forebyggelsespakkerne er at skabe sammenhæng mellem kommunens sundhedsudfordringer, de kommunale mål for borgernes sundhed, og den dimensionering som forebyggelsesindsatserne med fordel kan have for at opnå de kommunale målsætninger.

At sikre den rette dimensionering af de kommunale forebyggelsesindsatser er en del af kvalitetsudviklingen på området.

I forebyggelsespakkerne er der beskrevet forskellige dimensioneringseksempler, der kan bruges i vurderingen af den volumen, der sigtes mod i den enkelte kommunes forebyggelsesindsats, når borgere med en given sundhedsudfordring skal nås med et tilbud eller indsats.



Følgende er centralt i arbejdet med at dimensionere kommunale forebyggelsesindsatser:

- **Volumen:** Hvor mange tilbud og aktiviteter bør der etableres for at matche sundhedsudfordringen og for at nå de mål, kommunen har sat på området? Der kan opstå en øget efterspørgsel ved intensiveret annoncering/reklame, proaktiv rekruttering, samt tidlig opsporing blandt udvalgte målgrupper, som gør, at man evt. bør sikre større volumen i tilbuddene.
- **Hypighed:** Hvor ofte bør aktiviteter, tilbud, informationsindsatser mv. gennemføres for at matche efterspørgslen, herunder henvisninger fra almen praksis? Hvor mange årlige rygestop-tilbud skal der fx til i et boligområde, hvor halvdelen af beboerne er storrygere?
- **Differentiering:** Er det mest hensigtsmæssigt at prioritere gruppebaserede eller individrettede indsatser? Oftest vil en kombination af begge være meningsfyldt. Differentierede indsatser bør anvendes for at tilgodese målgrupper med forskellige forudsætninger og behov.

I de tilfælde hvor efterspørgslen overstiger udbuddet af specifikke forebyggelsestilbud, er det særligt vigtigt at sikre, at det er de rette borgere, der får tilbuddet ud fra kriterier om behov og motivation, samt med henblik på at imødegå social ulighed i sundhed.

KOMPETENCEUDVIKLING

Kompetenceudvikling handler om at udvikle de enkelte medarbejders og personalegruppers kompetencer, så kvaliteten i opgaveløsningen på tværs af forvaltningsområder fastholdes og understøttes nu og i fremtiden.

Videreudvikling og udvikling af kompetencer er en central del af hele det kvalitetsudviklingsarbejde, der i dag foregår i kommunerne, og som fremadrettet vil bidrage til en større professionalisering af forebyggelsesområdet. Hver forebyggelsespakke indeholder anbefalinger til specifikke kompetencer, der kan bedre mulighederne for at løfte de anbefalede indsatser.

For at styrke det samlede forebyggelsesarbejde i kommunerne er der behov for generelle kompetencer i forhold til:

- Planlægning (rammer og retning for forebyggelsesindsatserne)
- Varetagelse af drift af indsatser, dvs. forebyggelsestilbud til borgerne.
- Dokumentation, evaluering og monitorering
- Kommunikation til borgere, politikere, interne og eksterne samarbejdspartner

Der ligger et stort forebyggelsespotentialt i at opkvalificere de medarbejdere, som har den daglige tætte kontakt til borgerne, fx med kompetencer vedrørende tidlig opsporing af risikoadfærd, samt videreformidling af information om kommunale forebyggelsestilbud. Dette gælder kommunalt ansatte på tværs af forvaltningsområder, som dermed vil få bedre forudsætninger for at medtænke forebyggelsesaspekter i opgaveløsningen og dermed understøtte kommunens arbejde med at tænke sundhed ind i alle politikker.

DOKUMENTATION OG EVALUERING

Der er stor forskel på, i hvor høj grad forebyggelsesindsatsen dokumenteres og evalueres i kommunerne, og der eksisterer ikke et samlet overblik over hvilke indsatser, der implementeres rundt omkring i landet, og hvilke forebyggelsesmetoder kommunerne anvender.

Dokumentation af effekt af de indsatser, der anbefales i forebyggelsespakkerne, kan være nyttig både i kommunens egen kvalitetsudvikling og i forhold til det politiske niveau. Derudover kan den være af interesse for forskningsinstitutioner og ikke mindst for borgerne, der kan få indsigt i forebyggelsesindsatsen i kommunen.

Et af de mest udviklede dokumentationsværktøjer på forebyggelsesområdet er Rygestop-basen, der giver kommunerne mulighed for at indberette data fra rygestopforløb og derved monitorere rygestopindsatsen over tid. Læs mere på www.rygestopbasen.dk

På områder med stærk evidens for effekt er der stor sandsynlighed for, at man opnår den ønskede sundhedseffekt, hvis man implementerer indsatsen som foreskrevet, og effektundersøgelser på disse områder bør derfor ikke prioriteres højt. Det er fx ingen grund til at undersøge effekten af rygestopkurser. Derimod kan kurserne monitoreres med henblik på lokal kvalitetsudvikling, herunder om kurserne når de tiltænkte målgrupper¹⁶.

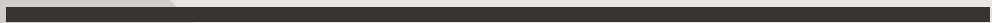
I princippet er det relevant at lave effektevalueringer af alle indsatser, hvor evidensen er mindre stærk. Det kræver undersøgelser af målgruppers adfærd og/eller sundhed, og sådanne undersøgelser er ofte komplicerede og omfattende. I praksis vil det være begrænset, hvor mange ressourcer, der kan afses til effektundersøgelser, og man bør i givet fald udvælge områder, hvor det er muligt at inddrage evalueringskyndige, evt. på tværs af flere kommuner. Se Sundhedsstyrelsens materiale om samarbejde mellem forskning og praksis og om evaluering^{10,17}.

Dokumentation af processer, dvs. af selve implementeringen af forebyggelsespakkerne, er nyttig, når man har brug for overblik over, hvad der er blevet gjort og hvor langt kommunen er nået med de indsatser, der er igangsat med afsæt i forebyggelsespakkerne. Mange ineffektive indsatser skyldes fejlslagen implementering, og viden om implementeringsprocesser kan bruges til at imødekomme de udfordringer, der ofte er, når nye indsatser implementeres. Se Sundhedsstyrelsens materialer om implementering⁹.

Udvikling af nye dokumentationsværktøjer og systematiske effektevalueringer foretages bedst på tværs af kommuner i partnerskab med forskningsinstitutioner samt på nationalt niveau.

LITTERATUR OG HENVISNINGER

- 1 Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2. Sundhedsstyrelsen; 2007.
- 2 Borgerrettet forebyggelse i kommunen – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen; 2006.
- 3 Patientrettet forebyggelse i kommunerne 2011. En opfølgende kortlægning af kommunale, patientrettede forebyggelsestilbud i samtlige danske kommuner. Af Kasper Norman og Astrid Blom. Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København; 2011.
- 4 Kommunale sundhedspolitikker – en oversigt over indsatsområder, målgrupper og mål i 25 kommuner. Kommunernes Landsforening; 2012.
- 5 Forebyggelse – ifølge danskerne. Huset Mandag Morgen A/S.; 2012.
- 6 Social ulighed i sundhed – Hvad kan kommunen gøre? Sundhedsstyrelsen; 2011.
- 7 Sundhed på tværs. Sundhedsstyrelsen; 2010.
- 8 Organisering og implementering af sundhed på tværs. Sund By Netværket; 2012.
- 9 Inspiration til implementering af kommunale sundhedsindsatser. Sundhedsstyrelsen; 2011.
- 10 Evaluering af forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter, Sundhedsstyrelsen; 2007.
- 11 Christensen, A.I., Davidsen, M., Ekholm, O., Hansen, S.E., Holst, M. & Juel, K. Den Nationale Sundhedsprofil. Sundhedsstyrelsen; 2011.
- 12 Børnedatabasen. www.kl.dk/bornedatabasen
- 13 Sundhedsstyrelsens Kommunale Sundhedsindikatorer. www.sst.dk, søg: "Kommunale sundhedsindikatorer".
- 14 Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til § 119 stk. 3. Sundhedsstyrelsen; 2009.
- 15 Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen; 2011.
- 16 Dokumentation af de kommunale forebyggelsesopgaver – en pragmatisk tilgang. Kommuneinformation A/S; 2008.
- 17 Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet. Sundhedsstyrelsen; 2009.



INTRODUKTION TIL SUNDHEDSSTYRELSENS FOREBYGGELSESPAKKER

© Sundhedsstyrelsen, 2012. Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
www.sst.dk

PROJEKTGRUPPE:

Malene Størup, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen
(Projektleder)
Barbara Hjalsted, overlæge, Sundhedsstyrelsen
Jørgen Falk, chefkonsulent, Sundhedsstyrelsen
Katrine Finke, akademisk medarbejder, Sundhedsstyrelsen
Niels Sandø, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen

MANUSKRIFT OG FAGLIG REDAKTION:

Malene Størup, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen
Barbara Hjalsted, overlæge, Sundhedsstyrelsen
Katrine Finke, akademisk medarbejder, Sundhedsstyrelsen

REDAKTIONEL BEARBEJDNING OG GENNEMSKRIVNING:

Lene Halmø Terkelsen, journalist

TAK FOR BIDRAG TIL

DEN EKSTERNE SPARRINGSGRUPPE:

Mia Fruergaard, sundhedschef, Gladsaxe kommune
Lis Høge, sundhedschef, Middelfart kommune
Jan Lindegaard, sundhedschef, Odense kommune
Hanne Vig Flyger, sundhedskordinator, Hørsholm kommune

Susanne Gyldenhof, afdelingschef, Sønderborg kommune
Aase Berthelin, chef for social, sundhed og ældre, Stevns kommune
Birgitte Holm Andersen, sundhedschef, Favrskov kommune
Rasmus Baagland, sundhedschef, Køge kommune
Helle Rasmussen, sundhedschef, Kolding kommune
Vibeke Olesen, chefkonsulent, Aalborg kommune
Christian Harsløf, sundhedspolitisk chef, Kommunernes Landsforening

EMNEORD: alkohol, forebyggelse, sundhedsfremme, behandling, kommune, evidens, metode, sundhedsprofiler, sundhedsøkonomi, social ulighed, planlægning

SPROG: Dansk

KATEGORI: Faglig rådgivning

VERSION: 1.0

VERSIONSDATO: 26. juni 2012

ISBN – TRYKT UDGAVE: 978-87-7104-370-9

ELEKTRONISK ISBN: 978-87-7104-369-3

DESIGN & LAYOUT: Bysted A/S

TRYKT OPLAG: 2.000

TRYK: Arco

Sundhedsstyrelsen har udviklet en række forebyggelsespakker, som indeholder faglige anbefalinger til en kommunal sundhedsfremmende- og forebyggende indsats af høj kvalitet. Forebyggelsespakkerne kan bruges til at prioritere og planlægge indsatsen i kommunerne.

Serien af forebyggelsespakker omhandler følgende temaer:

**ALKOHOL
FYSISK AKTIVITET
HYGIEJNE
INDEKLIMA I SKOLER
MAD & MÅLTIDER
MENTAL SUNDHED
OVERVÆGT
SEKSUEL SUNDHED
SOLBESKYTTELSE
STOFFER
TOBAK**

Som en introduktion til arbejdet med forebyggelsespakkerne har Sundhedsstyrelsen udarbejdet publikationen "Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker".

På www.sst.dk/forebyggelsespakker kan du bl.a. se introduktionspublikationen, samtlige forebyggelsespakker og anbefalinger fordelt på målgrupperne børn, unge, voksne, ældre og særlige målgrupper.

Publikationerne kan bestilles hos Sundhedsstyrelsens publikationer, c/o Rosendahls-Schultz Grafisk på tlf. 70 26 26 36.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
Telefon 72 22 74 00
Telefax 72 22 74 11
sst@sst.dk

 Sundhedsstyrelsen