



# FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME I KOMMUNEN

– en vejledning til Sundhedslovens §119 stk. 1 og 2

2007

**Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen**  
**– en vejledning til Sundhedslovens §119 stk. 1 og 2**

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
URL: <http://www.sst.dk>

*Uarbejdet af en projektgruppe i Sundhedsstyrelsen:*  
Mette Lolk Hanak, 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: sundhedsloven, kommuner, vejledning, forebyggelse, sundhedsfremme  
Sprog: Dansk

Version: 1.0  
Versionsdato: 19. marts 2007  
Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978 87-7676-440-0  
Den trykte versions ISBN: 978 87-7676-473-7

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, marts 2007

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse



# Forord

Fra 1. januar 2007 har kommunerne fået en række nye opgaver indenfor forebyggelse og sundhedsfremme. Opgaverne har hjemmel i 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**

”Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til Sundhedslovens §119 stk.1 og 2” giver en beskrivelse af rammerne for det nye kommunale opgavesæt, der følger af denne paragraf i Sundhedsloven. §119 stk. 3 omhandler regionens opgaver og behandles således ikke i denne vejledning.

Formålet med vejledningen er at formidle de grundlæggende forpligtelser, som i henhold til loven pålægges kommunalbestyrelsen - under hensyntagen til såvel det kommunale selvstyre som den indgåede sundhedsaftale med regionen. Sundhedsaftalen fastlægger således den konkrete arbejdsdeling mellem region og kommune i forhold til de borgere, der er eller har været i behandling i det regionale sundhedsvæsen.

Vejledningen udlægger intentionerne med loven og er baseret på de lovbetragtninger, der knytter sig til lovens fremsættelse samt på regeringens sundhedsprogram ” Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10.”

I vejledningen fokuseres især på principielle organisatoriske, metode- og kvalitetsmæssige aspekter af det kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmearbejde. I forhold til mere konkrete råd og anvisninger henvises til det rådgivningsmateriale til kommunerne, som Sundhedsstyrelsen har udgivet.

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	7
1.1	Folkesundhed i Danmark	7
1.2	Levekår og livsstil	7
1.3	Sundhedsloven	8
1.4	Sundhedsaftaler	10
2	De største risikofaktorer for folkesundheden	12
2.1	Risikofaktorerens betydning for danskernes sundhed	12
2.2	De største risikofaktorer for danskernes sundhed	13
2.3	Sammenhæng mellem risikofaktorer	14
3	Vidensgrundlag for prioritering af indsatsen	15
3.1	Viden om risikofaktorer og konsekvenser for folkesundheden	15
3.2	Viden om kroniske sygdomme og belastningen på sundhedsvæsenet	16
3.3	Målgrupper og socioøkonomiske forhold	17
3.4	Viden om forebyggelsesmetoders effekter	17
3.5	Nationale registre og befolkningsundersøgelser	18
3.6	Kommunale sundhedsprofiler	18
4	Planlægning og forankring af den kommunale indsats	19
4.1	En kommunal sundhedspolitik	19
4.2	Koordinering i den kommunale organisation	20
4.3	Samspil med almen praksis	21
4.4	Samarbejde med lokale foreninger, frivillige og private	22
4.5	Samarbejde med regionen	23
4.6	De centrale sundhedsmyndigheders rolle	23
5	Kvalitet i den kommunale indsats	25
5.1	Evidensbaseret forebyggelse	25
5.2	Opbygning af kompetencer	26
5.3	Kvalitetssikring	27
5.4	Den Danske Kvalitetsmodel	29
5.5	Udvalgte publikationer fra Sundhedsstyrelsen	30



# 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 sygdomme som fx kræft og hjerte-karsygdomme.

Dette var sammen med den voksende viden om sammenhænge mellem risikofaktorer og sygdom, og et stigende antal mennesker med kroniske sygdomme medvirkende til at sætte fokus på nødvendigheden af at styrke forebyggelse og sundhedsfremme. Ikke kun for at øge middellevetiden, men også for at højne livskvaliteten i befolkningen og særligt i den del af befolkningen, der lider af en kronisk sygdom.

Det første nationale program for folkesundhed blev fremlagt i 1998. Programmet pegede bl.a. på vigtige målgrupper, miljøer og risikofaktorer og understregede den betydelige sociale ulighed, der er i sundhed.

Det seneste folkesundhedsprogram fra 2002 "Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10", har bl.a. fokus på sammenhængen mellem risikofaktorer og de store folkesygdomme som hjerte-karsygdomme, visse kræftformer, muskel-skeletlidelser, diabetes 2 og psykiske lidelser. Programmet lægger også vægt på, at målet med forebyggelse og sundhedsfremme ikke kun er at øge levetiden, men også at påvirke befolkningens livskvalitet positivt.

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 er der gode muligheder for at fortsætte den positive udvikling af forebyggelsesområdet, der allerede er i gang.

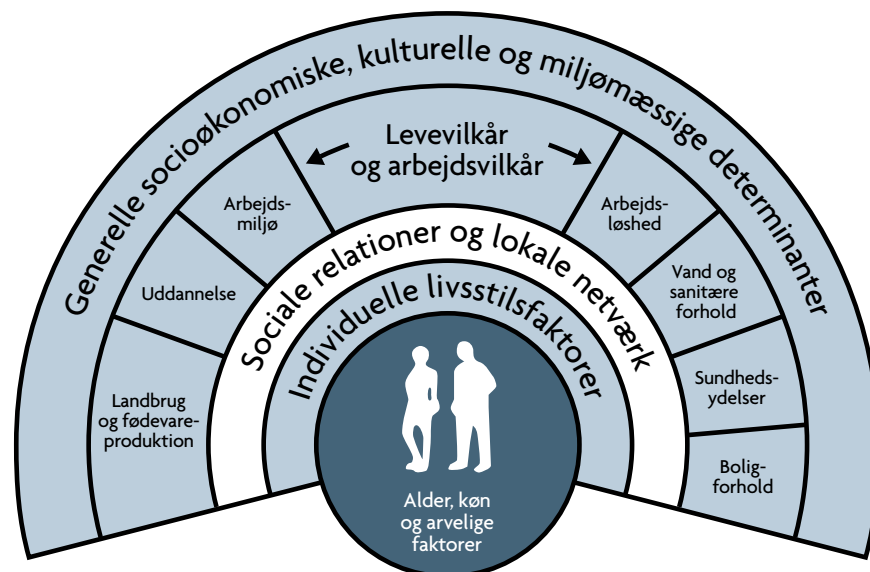
## 1.2 Levekår og livsstil

Befolkningen og det enkelte menneskes sundhedstilstand er afhængig af en lang række forhold. Den individuelle livsstil og sundhedsadfærd har stor betydning, men mindst ligeså afgørende er de levekår, vi lever under.

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. Væsentlige forbedringer af folkesundheden vil ofte kræve en indsats på flere niveauer jf. nedenstående figur.

### Risikofaktorer, der påvirker sundheden (efter Dahlgren og Whitehead 1991)



### 1.3 Sundhedsloven

Kommunerne har med Sundhedsloven fået hovedansvaret for at skabe sunde rammer og etablere forebyggende tilbud for borgerne. En vigtig begrundelse for at placere dette ansvar i kommunen 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 har direkte kontakt med mange borgere i fx hjemmepleje, sundhedspleje, 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 kommunen har et godt udgangspunkt for at løse de nye forebyggelsesopgaver, fordi de også før strukturreformen har varetaget en lang række forebyggelsesopgaver. Dette gør sig gældende på det socialpsykiatriske område og på ældreområdet i henhold til forebyggende hjemmebesøg, genoptræning og vedligeholdelsestræning. Øvrige eksempler på kommunale forebyggelsesopgaver er børnetandpleje 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.

**Borgerrettet forebyggelse** dvs. forebyggelse til raske borgere. Borgerrettet forebyggelse skal medvirke til at sikre, at sygdomme og ulykker ikke opstår.

**Patientrettet forebyggelse** skal modvirke, at sygdomme forværres hos den gruppe af borgere, der har en kronisk sygdom e.l. Kommunen får ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse, der finder sted, når patienten ikke er i behandling på sygehus eller hos den praktiserende læge.

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.



#### **Andre kommunale forebyggelsesopgaver i henhold til Sundhedsloven:**

- De forebyggende sundhedsydelse 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.

#### **1.4 Sundhedsaftaler**

Som noget nyt skal regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen indgå aftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Sundhedsaftalerne skal indsendes til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Dette er beskrevet i Sundhedslovens §203-205, og yderligere i Bekendtgørelse nr. 414 af 5. maj 2006 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Sundhedsstyrelsen udsendte i 2006 Vejledning til sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler med en uddybende beskrivelse af sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Vejledningen kan hentes på [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

#### **Sundhedsaftalerne skal omfatte:**

- Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter
- Indlæggelsesforløb
- Træningsområdet
- Hjælpemiddelområdet
- Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- Indsatsen overfor mennesker med sindslidelser

Den konkrete arbejdsdeling vedrørende den patientrettede indsats fastlægger regionsråd og kommuner lokalt med henblik på at sikre koordinering og sammenhæng for de borgere, der som patienter bevæger sig på tværs af region og kommune.

**I Bekendtgørelsen er der specificeret seks krav vedr. forebyggelse og sundhedsfremme, som skal behandles i sundhedsaftalerne:**

1. Arbejdsdelingen mellem regionens sygehuse, praksissektoren og kommunen i forhold til den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats
2. Hvordan parterne sikrer sammenhæng mellem de regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud
3. Hvordan parterne sikrer dialog i forbindelse med tilrettelæggelse, udvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats
4. Hvordan parterne sikrer, at indsatsen overfor patienter med et konstateret behov for patientrettet forebyggelse, koordineres i overensstemmelse med den faglige evidens og viden herom
5. Hvordan parterne sikrer kronisk syge patienter kontakt med de relevante aktører i region og kommune, som forestår patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud
6. Hvordan parterne følger op på aftalen

Sundhedsaftalerne omfatter således hovedsagelig den patientrettede forebyggelse, der er en delt opgave mellem region og kommune. Den patientrettede og den borgerrettede forebyggelse har forskellige målgrupper og mål, men 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.

**Borgerrettet forebyggelse i kommunen**

Sundhedsstyrelsens udgav i marts 2006 rådgivningsmaterialet ”Borgerrettet forebyggelse i kommunen”. Her kan kommunerne finde inspiration og konkrete forslag til indholdet af den borgerrettede forebyggelsesindsats. Rådgivningsmaterialet kan hentes på [www.sst.dk](http://www.sst.dk).



## 2 De største risikofaktorer for folkesundheden

Viden om risikofaktorerens 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. Som det fremgik af figuren i kapitel 1 bestemmes det enkelte menneskes sundhed af en lang række forhold. Både de generelle samfundsforhold og levekår og den måde det enkelte menneske forvalter sit liv på, har betydning for sundheden. Dette kapitel giver et aktuelt billede af de forskellige risikofaktorerers 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 downloades på Statens Institut for Folkesundheds hjemmeside [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

En kortere version af undersøgelsens resultater ”Folkesundhed og risiko – tal på sundhed til kommunen” kan downloades på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

### 2.1 Risikofaktorerens betydning for danskernes sundhed

Tabellen viser udvalgte risikofaktorerens belastning af sundheden opgjort i forskellige helbredsmål og brug af sundhedsvæsenet. Flere risikofaktorer og helbredsmål 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 kolonner, der er gjort op i antal pr. år, divideres med 100.

Tabellen på næste side viser udvalgte risikofaktorerens belastning af danskernes sundhed. 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.

Kolonnen yderst til højre viser tabte gode leveår. Ved tabte gode leveår forstås tab af forventet levetid uden langvarig sygdom, altså tab af *raske* leveår. En ryger dør ikke bare før, men vil også opleve flere år med sygdom og forringet livskvalitet.

Helbreds-mål	Dødelighed (Antal/år)	Hospitalsindlæggelser (Antal/år)	Ambulante besøg (Antal/år) Mænd/Kvinder	Kontakter til alm. prakt. læge (Mio./år)	Sygefravær hos erhvervsaktive (Mio.dg/år)	Førtidspensioner (Antal/år)	Tab i middellevetid (År) Mænd/Kvinder	Tabte gode leveår (År) Mænd/Kvinder
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 inaktivitet	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 arbejdsbelastning	1.400	30.000	-	0,5	1,5	2.800	0,5/0,5	5/2
Kort uddannelse	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

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

## 2.2 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 helbredsmaal. Derfor

er der al mulig grund til at fokusere på disse risikofaktorer i det forebyggende arbejde.

Andre risikofaktorer, som indebærer betydelige omkostninger både for samfundet og for den enkelte, er:

- Psykisk arbejdsbelastning
- Usikker sex
- Ulykker

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 sygdom er grund til et betydeligt antal kontakter til sundhedsvæsenet, mens trafikulykker er den hyppigste dødsårsag blandt unge mænd. Det kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmearbejde bør derfor også inddrage disse risikofaktorer.

### **2.3 Sammenhæng mellem risikofaktorer**

Der er en tendens til, at risikofaktorerne er indbyrdes forbundet. Ikke bare optræder flere risikofaktorer ofte hos de samme personer, men de forstærker også 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 overvægt er årsagen til fysisk inaktivitet, eller om det forholder sig omvendt.

Både kort uddannelse og svage sociale relationer medfører 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.

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 at være særligt opmærksom på personer med sammenfald af flere risikofaktorer. Ligesom køns- og aldersforskelle også bør tænkes ind i forebyggelsesindsatserne.

## 3 Vidensgrundlag for prioritering af indsatsen

Når kommunalbestyrelsen skal beslutte, hvilke indsatser, der skal afsættes ressourcer til, er der brug for viden. Det kan være viden om risikofaktorenes udbredelse og fordeling i befolkningen, kroniske sygdomme og belastningen på sundhedsvæsenet og viden om forskellige målgruppers sundhedsadfærd. Sammen med viden om effekten af forskellige forebyggelsesmetoder kan det give grundlag for at planlægge lokale forebyggende og sundhedsfremmende indsatser.

I dette kapitel gennemgås en række af de forhold, der kan lægges til grund, når kommunen skal beslutte hvilke konkrete forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser, man vil prioritere.

### 3.1 Viden om risikofaktorer og konsekvenser for folkesundheden

Kendskab til risikofaktorer er grundlaget for målrettet forebyggelse. 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. En målrettet indsats i forhold til de vigtigste risikofaktorer kan reducere tab af leveår og livskvalitet.

Som det fremgik af kapitel 2 er der en række risikofaktorer, der påvirker folkesundheden negativt. Der er en dokumenteret sammenhæng mellem risikofaktorerne og udviklingen af en række alvorlige sygdomme. Viden om risikofaktorenes udbredelse og konsekvenser for sundheden er et godt udgangspunkt, når kommunen skal beslutte, hvor der skal sættes ind. Som det fremgår af tabellen i kapitel 2 er der en række risikofaktorer, som har så betragtelige menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger, at de er umulige at komme udenom. Det gælder fx rygning og fysisk inaktivitet.

Der kan være geografiske forskelle i udbredelsen af risikofaktorer, men Danmark er et lille og forholdsvist homogent samfund, så den nationale viden om risikofaktorer vil være et godt udgangspunkt for kommunens forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats.

#### **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.



### 3.2 Viden om kroniske sygdomme og belastningen på sundhedsvæsenet

De kroniske sygdomme belaster det danske sundhedsvæsen betragteligt. 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 og luftvejslidelser. Disse sygdomme har så stor udbredelse, at det berettiger til betegnelsen folkesygdomme.

Kronisk sygdom har store menneskelige omkostninger og koster samtidig det danske sundheds- og socialvæsen dyrt. Mange mennesker kan undgå at udvikle disse sygdomme, hvis der iværksættes en relevant borgerrettet forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats. Patientrettet forebyggelse kan hindre tilbagefald og forværring hos dem, der er blevet syge.

Kommunalbestyrelsen får fremover en væsentlig opgave i at samarbejde med regionsrådene om at udvikle og bidrage til indsatsen overfor gruppen af borgere med kroniske sygdomme. Sigtet er især at optimere behandlingen og sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv. Det forudsætter, at kronikerne får kompetencer, den nødvendige viden og færdigheder til at tage vare på eget helbred og udøve god egenomsorg fx ved rehabilitering, patientundervisning og genoptræning.

Som nævnt aftales arbejdsdelingen mellem region og kommune i de sundhedsaftaler, der lokalt indgås mellem regionsrådene og den enkelte kommune.

Læs mere om kroniske sygdomme på [www.sst.dk](http://www.sst.dk) under Planlægning/Planer og indsatser/Kronisk sygdom.

### 3.3 Målgrupper og socioøkonomiske forhold

En målrettet kommunal forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats bør tage udgangspunkt i de forskellige grupper af borgeres sundhedsproblemer og de ressourcer, de har til rådighed. Med andre ord bør viden om risikofaktorer og sygdom suppleres med en målgruppetænkning. Når man arbejder med målgrupper i relation til forebyggelse og sundhedsfremme kan man anlægge to perspektiver.

Det første perspektiv handler om de grupper, der har en særlig risiko for at have eller få sundhedsproblemer. Som nævnt er der sammenhæng mellem en række socioøkonomiske forhold og sundhed og sygelighed. Det betyder at der ofte kan identificeres relevante målgrupper for forebyggelsesarbejdet med udgangspunkt i demografisk viden. I mange kommuner vil det være tydeligt, at der er behov for at gøre en særlig indsats for de socialt svageste borgere, fx i boligområder med mange ressourcetsvage borgere.

Det andet perspektiv handler om livsfaser. Vi ved, at både sundhedsadfærden og indstillingen til sundhed er påvirkelig af den aktuelle livssituation. Eksempler på livsfaser er fx graviditet og etablering af familie, pensionering, arbejds-



løshed og alvorlig sygdom. De forskellige livsfaser indebærer forskellige sundhedsmæssige problemstillinger, men kan også betyde, at motivation og ressourcer til livsstilsændringer ændrer sig. Fx kan mennesker, der får stillet en diagnose om alvorlig sygdom være motiveret til at ændre deres livsstil i sundere retning, hvis det kan forbedre deres situation. Det er vigtigt, at det forebyggende arbejde tager udgangspunkt i de forskellige målgruppers sundhedsproblemer og i de forskellige målgruppers livssituation, som den udvikler sig igennem livet.

I **Sund hele livet** udpeges seks målgrupper, der bør arbejdes særlig målrettet med: *Gravide, børn, unge, voksne udsatte, ældre og langvarigt syge.*

### 3.4 Viden om forebyggelsesmetoders effekter

Viden om forskellige forebyggelsesmetoders effekt kan sikre, at indsatserne faktisk gør borgerne gavn og har en vis omkostningseffektivitet.

Den videnskabelige viden om effekten af forebyggelse og sundhedsfremme indsatser øges kraftigt i disse år. Det er således muligt på en række områder at basere arbejdet på et regulært vidensgrundlag og ikke kun på formodninger om positive effekter. Det gælder fx tobaksområdet, hvor vi har meget viden om, hvilke metoder der er effektive.

På andre områder, fx forebyggelse af overvægt, er det sværere at svare entydigt på, hvordan indsatserne skal tilrettelægges for at have effekt. Der er fortsat stort behov for at udvikle og afprøve nye metoder og modeller og at dokumentere og kvalitetssikre de indsatser, der gennemføres.

Af Sundhedsloven fremgår det, at kommunen sammen med regionen skal medvirke til udviklings- og forskningsarbejde med henblik på at sikre, at sundhedsarbejdet udføres på et højt fagligt niveau.

Sundhedsstyrelsen udgiver løbende vejledninger, retningslinjer, anbefalinger og oversigter over evidens på specifikke områder som fx faldforebyggelse, hygiejne i daginstitutioner og forebyggelse af unges rusmiddelbrug. Disse materialer kan levere konkret input til kommunens arbejde.

#### **Evidensbasen: Forebyggelse**

På [www.sst.dk/evidensbasen](http://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.

### 3.5 Nationale registre og befolkningsundersøgelser

Viden om udviklingen i befolkningens sundhedstilstand og -adfærd samt ulykker er en forudsætning, når man fx skal beslutte, hvilke typer af indsatser kommunen skal prioritere i forhold til hvilke målgrupper. De centrale sundhedsmyndigheder er forpligtet til at overvåge befolkningens sundhed med henblik på tidlig identificering af nye udviklingstendenser i befolkningsgrundlag, risikoadfærd eller sygdomsmønstre.

Denne viden opbevares i en række registre, som bl.a. Sundhedsstyrelsen har ansvaret for. I fx Landspatientregistret, Dødsårsagsregistret og Sygesikringsregistret kan man finde viden om borgernes sundhedsadfærd, sygelighed, kontakt til sundhedsvæsenet, dødelighed m.v. Viden som kan belyse forekomsten af sygdomme og skader, som kan være påvirkelige af en forebyggelsesindsats. Selvom ikke alle registre kan levere data på kommuneniveau, kan de give en indikation på forebyggelsesbehovene. Data fra Sundhedsstyrelsens registre er bl.a. tilgængelige på Sundhedsstyrelsens hjemmeside på [www.sst.dk](http://www.sst.dk) under sundhedsdata.

Statens Institut for Folkesundhed gennemfører regelmæssigt befolkningsundersøgelser af sundheds- og sygelighedstilstanden på nationalt og regionalt plan bl.a. SUSY undersøgelsen. Men også universiteternes institutter for sundhedsvidenskab, sygdomsbekæmpende organisationer m.fl. har stor viden om, og gennemfører løbende undersøgelser af befolkningens sundhed.

#### **Sundhedsregistre og befolkningsundersøgelser i Danmark – til brug ved planlægning af borgerrettet forebyggelse**

Denne publikation fra Sundhedsstyrelsen er en oversigt over de registre og befolkningsundersøgelser, der kan bruges ved planlægning af kommunens forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats. Publikationen giver bl.a. eksempler på, hvordan viden fra de enkelte registre og befolkningsundersøgelser mere konkret kan bruges.

Publikationen kan downloades fra [www.sst.dk](http://www.sst.dk) fra april 2007

### 3.6 Kommunale sundhedsprofiler

Nogle kommuner har valgt at udarbejde en lokal sundhedsprofil, som led i analysen af de lokale sundhedsforhold. En lokal sundhedsprofil kan være med til at skabe politisk engagement i sundhedsområdet og kan afdække forebyggelsesønsker og -behov hos kommunens borgere.

Statens Institut for Folkesundhed, KL, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, regionerne, KRAM-undersøgelsen o.a. er nogle af de aktører, der har erfaring med at lave sundhedsprofiler for kommunerne.

## 4 Planlægning og forankring af den kommunale indsats

Det er kommunens opgave at medvirke til 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.

### **4.1 En kommunal sundhedspolitik**

En kommunal sundhedspolitik med klare målsætninger for indsatsen kan sikre koordinering, fælles fokus og forankring. Forebyggelse og sundhedsfremme er tværgående. Det gør det relevant at koordinere sundhedspolitikken med andre kommunale politikker.

Nogle kommuner har som led i deres sundhedspolitik 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 både 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. Desuden kan sundhedspolitikken pege på relevante samarbejdspartnere både i og udenfor kommunen.

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

Der kan arbejdes med de sunde rammer gennem udformning af handleplaner for forebyggelses- og sundhedsfremmearbejdet 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, kost, overvægt, fysisk inaktivitet, seksuelt overførbare sygdomme, ulykker mv. Tilbudene kan rette sig mod kommunens raske borgere og de 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 indgå, hvordan borgerne kan involveres med det formål at målrette indsatsene til borgernes 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 inddrage repræsentanter for målgruppen på individuel basis – fx i forhold til sårbare grupper.

Den konkrete udmøntning af kommunens sundhedspolitik kan ske ved handleplaner på udvalgte områder. Handleplaner kan fungere som redskab til at koordinere arbejdet med en bestemt målgruppe eller sundhedsproblem. Fx en handleplan for den alkoholforebyggende indsats overfor kommunens unge.

#### **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 flerårige planer mv.

## **4.2 Koordinering i den kommunale organisation**

Forebyggelse og sundhedsfremme lægger op til en tværsektoriel og tværfaglig indsats. Det forudsætter en løbende koordinering mellem kommunens forvaltninger, institutioner og medarbejdere. Ikke mindst samspillet mellem det sociale og det sundhedsfremmende arbejde er centralt.

Kommunen er efter eksisterende lovgivning fx ”Lov om social service” i kontakt med mange borgere - herunder også borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Det er oplagt at inddrage forebyggelse og sundhedsfremme i arbejdet med disse borgere.

Ud over sundheds- og socialområdet vil 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.

I stedet for udelukkende at 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, når de er ude hos borgerne.

### 4.3 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 som indgangen til det regionale sundhedsvæsen og i relation til de kommunale forebyggelsesopgaver.

Almen praksis er organisatorisk en del af det regionale sundhedsvæsen, men den lokale placering og forankring i kommunerne betyder, at lægerne har en stor viden om borgernes sundhedstilstand og forebyggelsesbehov. Desuden har den seneste overenskomst med Praktiserende Lægers Organisation muliggjort en række nye forebyggelsesydelser.

#### **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.

Almen praksis har god mulighed for at opspore livsstilsproblemer hos deres patienter og vil, når det er relevant, kunne henvise 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 er afgørende for en effektiv indsats – ikke mindst i relation til borgere med kroniske sygdomme m.v. Det forudsætter, at almen praksis inddrages i planlægningen af den kommunale indsats. Landsoverenskomsten om almen lægegering giver mulighed for at etablere et kommunalt-lægeligt udvalg, som kan bidrage med lægefaglig rådgivning og sikre et smidigt samspil mellem kommune og almen praksis. Flere kommuner har desuden valgt at ansætte en praksiskonsulent med det formål at initiere og koordinere samspillet mellem kommunen og almen praksis.



Hvis almen praksis skal kunne henvise patienter til kommunale forebyggelsestilbud kræver det, at de praktiserende læger har indsigt i og overblik over de tilbud, 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.

#### **4.4 Samarbejde med lokale foreninger, frivillige og private**

Kommunen kan i høj grad profitere af at samarbejde med fx frivillige og private aktører om at skabe sunde rammer og etablere forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud til borgerne.

Ildrætsforeninger, ældreorganisationer, sygdomsbekæmpende organisationer og patientforeninger har ligesom en række private udbydere af sundhedsydelser ofte en tæt kontakt med grupper af borgere. Derfor kan de bidrage med vigtig viden og input til planlægningen af kommunens indsats. De vil ofte være positive i forhold til at tænke sundhed ind i deres øvrige aktiviteter eller påtage sig konkrete opgaver indenfor forebyggelse og sundhedsfremme. Det kan være idrætstilbud til særlige målgrupper fx overvægtige eller etablering af selvhjælpsgrupper, besøgsordninger mv.

Når de lokale foreninger og organisationer inddrages er det vigtigt, at samarbejdet bygger på dialog og ligeværdighed, og at begge parter oplever, at de får noget ud af samarbejdet. Samarbejdet skal ske under hensyn til, at de lokale foreninger og organisationer ofte har et andet hovedformål med deres aktiviteter end at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme, og at de ofte baserer deres arbejde på frivillig arbejdskraft.

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 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.

Samarbejdet med foreninger, frivillige og private aktører kan have meget forskellig form og kan organiseres forskelligt. Der kan være tale om et løst og tidsbegrænset samarbejde mellem kommunen og fx en idrætsforening, men også om længerevarende og mere forpligtende aftaler om leverance af forebyggelsesydelser. Når der indgås aftaler med andre aktører om levering af kon-

krete forebyggelsesydelse, er det fortsat kommunens ansvar at sikre, at ydelsen lever op til de lovgivnings- og kvalitetsmæssige krav – herunder at tilbuddene også er tilgængelige for handicappede og andre grupper med særlige behov.

#### **4.5 Samarbejde med regionen**

Regionen er en væsentlig samarbejdspartner for kommunen. Først og fremmest skal kommunen og regionen indgå sundhedsaftaler om bl.a. den patientrettede forebyggelsesindsats.

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.

Der er også muligheder for samarbejde mellem regionen og en eller flere kommuner om model- og udviklingsprojekter og i forbindelse med forskningsaktiviteter.

#### **4.6 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.

Sundhedsstyrelsen vil i dialog med de lokale myndigheder udstikke overordnede retningslinjer og igangsætte udviklingsprojekter i samarbejde med kommuner, regioner mv. Sundhedsstyrelsen vil samtidig forestå nødvendig faglig opbakning til kommuner og regioner.





## 5 Kvalitet i den kommunale indsats

Det er afgørende for kvaliteten i den kommunale indsats, at arbejdet foregår systematisk, og at prioriteringen foregår på et veldokumenteret grundlag. Det betyder, at indsatserne skal være baseret på den bedst mulige 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



### **5.1 Evidensbaseret forebyggelse**

Der tales og skrives i disse år meget om evidensbaseret forebyggelse. Med evidensbaseret forebyggelse menes, at indsatserne bygger på en systematisk, eksplicit og kritisk anvendelse af eksisterende viden om sundhedstilstanden, risikofaktorer og effekten af forebyggelsesmetoder.

Den eksisterende viden giver et relativt godt overblik over danskernes sundhed. Det er også rimeligt velbeskrevet, hvilke faktorer, der påvirker danskernes sundhedsadfærd, mens der fortsat er behov for ny viden om, hvilke indsatser, der mest effektivt kan ændre og fastholde en sund livsstil, og hvordan de organiseres mest hensigtsmæssigt. Her kan kommunerne sammen med regionerne bidrage til at forbedre vidensgrundlaget bl.a. ved at gennemføre evalueringer eller ved at samarbejde med forskningsinstitutioner o.l. om praksisbaseret forskning.

Den omfattende viden om folkesundheden, om risikofaktorerens 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 for risikofaktorer og sygdom.

### **Evidens i forebyggelsen**

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med Syddansk Universitet lavet en publikation, der giver et bud på, hvordan man kan forstå og arbejde med evidens i forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen.

Publikationen kan downloades på [www.sst.dk/evidensbasen](http://www.sst.dk/evidensbasen) fra april 2007

## **5.2 Opbygning af kompetencer**

I bemærkningerne til Sundhedsloven fremhæves personalets kompetencer som en nødvendig forudsætning for et kvalificeret forebyggelses- og sundhedsfremmearbejde.

I de senere år er arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme samlet set blevet professionaliseret betydeligt. Det skyldes bl.a. at undervisning i forebyggelse og sundhedsfremme nu indgår helt naturligt i de fleste uddannelser indenfor sundheds- og socialområdet. Desuden er der etableret en række master- og kandidatuddannelser, som direkte sigter på folkesundhedsområdet.

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. sundhedsplejen og tandplejen. 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 allerede eksisterende kompetencer og opbygge nye, fx ved at ansætte personale med folkesundhedsfaglige og andre kompetencer. Desuden kan personalet tilføres viden om bl.a. forebyggelse- og sundhedsfremme i form af kurser, efteruddannelse og lignende. Men det er også vigtigt at udvikle de

organisatoriske strukturer og kompetencer for at fremme, at der kan arbejdes tværfagligt og – sektorielt med sundhed i kommunen.

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 eget personale.

### 5.3 Kvalitetssikring

I Sundhedsloven understreges det, at der skal være høj og ensartet kvalitet i de ydelser borgerne tilbydes i de enkelte kommuner, og i bemærkningerne 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.

Det kræver, at kommunerne overvåger kvaliteten af de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud og aktiviteter 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. Mål og målepunkter for indsatsen bør indgå i kommunens sundhedspolitik.

**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.

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

Monitorering kan 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. Monitorering er en forudsætning for kvalitetssikring, faglig udvikling og for den løbende prioritering af forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen i kommunen.

**Læs mere om evaluering:**

Sundhedsstyrelsen har udgivet to publikationer, der giver planlæggere og praktikere gode råd og formidler de vigtigste principper for evaluering. Den ene er en elektronisk guide, som findes på [www.sst.dk/evaluering](http://www.sst.dk/evaluering).

Den anden er en vejviser til evaluering udviklet til projekterne i ”Social ulighed i sundhed”. Denne findes på [www.sst.dk/lighedisundhed](http://www.sst.dk/lighedisundhed).

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 også med væsentlig viden om organisering og metoder til gavn for andre. Hermed kan det samlede vidensgrundlag blive styrket, og mere effektive metoder og projekter kan udvikles og spredes.

**Rygestopbasen**

Et konkret eksempel på, hvordan man kan arbejde med kvalitetssikring på tværs af projekter og indsatser, er rygestopbasen ([www.rygestopbasen.dk](http://www.rygestopbasen.dk))

Rygestopbasen er en database, hvor der samles information om rygestopforløb fra hele landet. Formålet med basen er at kvalitetssikre og dokumentere indsatsen samt at kunne planlægge fremtidige rygestoptilbud.

Mere end 210 enheder i Danmark er tilmeldt Rygestopbasen. Enhederne sender løbende oplysninger om afholdte rygestopforløb og kursusdeltagere til databasen, der aktuelt rummer data om mere end 31.000 deltagere fra hele landet.

*Kilde: Ti skridt til god tobaksforebyggelse – den gode kommunale model, Sund By Netværket 2006*

#### 5.4 Den Danske Kvalitetsmodel

Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet er et nationalt program for kvalitetsvurdering, der har til formål at fremme kvaliteten af patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, imellem institutioner og internt i institutionerne. Det vil ske gennem måling og vurdering af kvaliteten af sundhedsydelserne. Offentlige sygehuse er obligatoriske deltagere i Den Danske Kvalitetsmodel.

På sigt vil kvalitetsmodellen blive udvidet til at omfatte alle udbydere af offentligt finansierede sundhedsydelser herunder også kommunerne.

Institut for Kvalitetssikring og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) som varetager udviklingen og driften af kvalitetsmodellen har sammen med KL besluttet, at udviklingen af standarder og indikatorer vedr. kommunale sundhedsydelser, iværksættes som et pilotprojekt i samspil mellem ni kommuner, KL og IKAS. Der er udpeget fem kommunale temaområder indenfor hvilke, der skal udvikles standarder og indikatorer.

##### De fem kommunale temaområder omfatter:

- Koordinering, kontinuitet og overdragelse
- Rehabilitering
- Medicinering
- Kvalitets- og risikostyring
- Diabetes

Det er muligt at følge arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel på [www.kvalitetsinstitut.dk](http://www.kvalitetsinstitut.dk)



## 5.5 Udvalgte publikationer fra Sundhedsstyrelsen

Her er en oversigt over publikationer, som kan inspirere og kvalificere kommunens forebyggelses- og sundhedsfremmearbejde. Alle publikationer kan downloades i pdf format via [www.sst.dk/Udgivelsesdatabasen.aspx?lang=da](http://www.sst.dk/Udgivelsesdatabasen.aspx?lang=da). Enkelte af publikationerne vil det være muligt at bestille i en trykt udgave. Dette vil i givet fald fremgå af hjemmesiden.

### Andre publikationer fra Sundhedsstyrelsen om forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen

- Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund, 2005
- Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse, 2006
- Borgerrettet forebyggelse i kommunerne, 2006
- Folkesundhed og risikofaktorer, 2006
- Vejledning om sundheds- og koordinationsudvalg og sundhedsaftaler, 2006
- Evidens i forebyggelsen, 2007 (kan fra primo april findes på [www.sst.dk](http://www.sst.dk))
- Sundhedsregistre og befolkningsundersøgelser i Danmark – til brug ved planlægning af borgerrettet forebyggelse, 2007 (kan fra april 2007 findes på [www.sst.dk](http://www.sst.dk))

Udover de nævnte publikationer udgiver Sundhedsstyrelsen løbende rådgivningsmaterialer indenfor mere specifikke områder som fx tobak, alkohol og fysisk aktivitet. Disse bliver, når de udkommer, omtalt i Sundhedsstyrelsens elektroniske nyhedsbrev SundNyt og vil ligesom ovenstående publikationer være tilgængelige via [www.sst.dk](http://www.sst.dk).





Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
Tlf. 7222 7400  
E-mail [sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)  
[www.sst.dk](http://www.sst.dk)