

Handlingsplan for implementering af Odder Kommunes sundhedspolitik 2007-2010

Anbefalinger udarbejdet af
Arbejdsgruppen for sundhedsfremme og forebyggelse
Odder Kommune
2007

Arbejdsgruppens medlemmer pr. 1.11.2007:

Lars Grønlund (A)

Hanne Thvilum (V)

Hanne Broe (L)

Teamkoordinator, sundhedsplejerske Marianne Sloth

Ledende tandlæge Marit Jøssing

Visitationschef Anne Stenbæk

Leder af genoptræning og sundhedscenter Ulla Reintoft Henriksen

Institutionsleder Dorritt Smed

Skoleleder Erik Bjerrum

Formand for folkeoplysningsudvalget Anne Marie Christensen

Medlem af ældrerådet Else Marie Lerche

Praktiserende læge Bente Tofte

Socialdirektør Jette Rud Knudsen

Sundhedskoordinator, Ph.D Malene Herbsleb

Redaktion:

Sundhedskoordinator, Ph.D Malene Herbsleb

Handlingsplanen er godkendt af Byrådet 10. december 2007 for perioden 2007-2008. Den er efterfølgende forlænget for perioden 2007-2010 i forbindelse med Socialudvalget (04.06.2008) og Økonomiudvalgets (23.06.2008) beslutning om at forlænge sundhedspolitikken og handlingsplanen, så de er gældende til og med 2010.

1	Processen vedr. udarbejdelse af sundhedspolitikken.....	4
1.1	Høringssvarene	4
2	Udarbejdelse af handlingsplan for udmøntning af sundhedspolitikken.....	7
2.1	Sundhedsloven, sundhedsaftalen og Odder kommunes sundhedspolitik.....	8
2.1.1	Sundhedsloven	8
2.1.2	Sundhedsaftalen	9
2.1.3	Sundhedspolitikken for Odder Kommune, 2007-2008	10
2.2	Definition af sundhed, sundhedsfremme, forebyggelse og evidens.....	10
2.2.1	Sundhed	10
2.2.2	Sundhedsfremme	11
2.2.3	Forebyggelse	11
2.2.4	Evidens	11
2.3	Risikofaktorer og folkesundhed for Odder Kommune.....	12
2.3.1	Risikofaktorer	12
2.3.2	Sundhedsprofilen for Region Midt – "Hvordan har du det?"	14
2.3.3	Dokumenteret effekt af forebyggelsesindsatsen	15
2.4	Første prioriteringsrunde: rammer og tilbud.....	16
3	Arbejdsgruppens endelige anbefalinger.....	18
3.1	Tilbud.....	18
3.2	Rammer.....	18
3.3	Forskning og udvikling.....	18
3.4	Midler til borgerdrevne initiativer.....	19
4	Referencer	20

1 Processen vedr. udarbejdelse af sundhedspolitikken

Som optakt til at løse de ny opgaver defineret i Sundhedsloven¹ nedsatte Byrådet i 2006 et ad hoc udvalg kaldet udvalget for forebyggelse og sundhedsfremme (F/S udvalget). Ad hoc udvalget havde blandt andet til formål at udarbejde Odder Kommunes første sundhedspolitik. Udvalget bestod af:

- fire politikere
- teamkoordinatoren for sundhedsplejerskerne
- den ledende tandlæge
- lederen af visitationsteamet
- lederen af genoptræning og sundhedscenteret
- lederen af ældresektoren
- formanden for folkeoplysningsudvalget
- en repræsentant for ældrerådet
- en repræsentant for de praktiserende læger
- socialdirektøren

Udvalget blev supporteret af skiftende medarbejdere i forvaltningen, ind til 1. april 2007, hvor der blev ansat en sundhedskoordinator, der blandt andet skulle varetage denne opgave.

I samarbejde med forvaltningen udarbejdede F/S udvalget et forslag til Odder Kommunes første sundhedspolitik. Kost og bevægelse udgør indsatsområderne i 2007-08, og der er i politikken lagt særligt fokus på børn, kronikere samt "ulighed i sundhed". Politikken blev sendt i offentlig høring ultimo marts 2007. I løbet af høringsperioden blev der afholdt en sundhedsdag på Rådhuset for at skabe opmærksomhed om politikens indsatsområder. Her havde borgere mulighed for at prøve forskellige motionsformer samt nyde sunde smagsprøver fra sundhedsplejen og cafe Pakhuset. Sundhedsdagen var ligeledes en anledning for borgerne til at afgive høringssvar, og det benyttede i alt 33 borgere og organisationer sig af.

1.1 Høringssvarene

Generelt var der stor opbakning til politikken, der blev betegnet som "fornem", "visionær" og "ambitiøs".

Høringssvarene kunne grupperes i tre grupper: 1) I flere høringssvar udtryktes der bekymring omkring politikken. Bekymringen vedrørte, om der var afsat tilstrækkelige ressourcer til udmøntning af politikken, og om politikken kunne bidrage til at minimere ulighed i sundhed. 2) Samtidig kom der enkelte konkrete ændringsforslag, blandt andet et ønske om ikke at bruge relative mål samt en kritik af formuleringen omkring borgeren versus kommunens ansvar for den enkeltes sundhed. 3) Endelig indkom der en lang række konkrete forslag til implementering af politikken. De indkomne forslag fordelte sig på følgende områder:

- Kost
- Bevægelse
- Kronikerområdet
- Rehabilitering
- Etablering af politikker
- Diverse

Kostområdet:

- Sund madordning på kommunens skoler og institutioner. Dette er et gennemgående tema i en række af høringsvarene. Der er delte meninger om, hvorvidt madordningen bør være brugerfinansieret eller helt eller delvist kommunalt finansieret.
- Mælk og evt. frugt til børnehavebørn (borger)
- Adgang til koldt drikkevand, frugt, grøntsager og sund kost i kantiner i skoler og idrætshaller (Kræftens Bekæmpelse (KB))
- Bedre kosttilbud på offentlige institutioner, ex. sygehuset (borger)
- Udelukkende sunde mad- og drikkevarer i cafeteriet i den ny OIC hal (borger)
- Kommunen kan stille krav om tilbud om frugt og grønt i sportsklubber og SFO'er (KB)
- Kostrådgivning til børn, unge og deres familier (KB)
- Kurser i sund mad i ungdomsskolen (KB)
- Kostvejledning (diætister) for hele familien (borger)
- Fokus på sunde frokostordninger for byens arbejdspladser (borger)
- På sigt at hindre tilgængelighed af sodavand og lignende (KB) produkter med højt sukkerindhold i skoler og idrætshaller (KB)
- Med udgangspunkt i kost- og motionspolitikkerne at integrere den forebyggende indsats i daginstitutioner, skoler, fritidstilbud og gerne i samarbejde med frivillige organisationer, idrætsforeninger med mere (KB)

Bevægelse:

- Tilskud til bedre/aktiverende legepladser (Gylling Skole)
- Tilskud til fitness på linje med tilskud til idrætsforeningerne (Odder Fysioterapi & Træningscenter)
- Tilskud til deltagelse i idræt (borger)
- Foreningstilskud (Gylling Skole)
- Levende træningsprogrammer op Oddernettet med mulighed for tilmelding med differentiering til forskellige målgrupper (Odder Kommuneliste)
- At gøre skolegårde bevægelsesfremmende
- At sikre at skolegårde er tilgængelige hele døgnet (KB)
- At sikre at bevægelse i skolen i samarbejde med SFO får høj prioritet, ex ved at indføre legepatruljer (KB)
- Cykle-til-skole kampagne for børn der bor under 1,5 km fra skolen (KB)
- Cykelkursus med mulighed for at erhverve cykelkørekort (KB)
- Etablering af cykel-føl ordning (KB)
- Opfordring til at børnehaver leger udendørs i mindst halvanden til to timer dagligt (KB)
- Flere idrætstimer/timer til sundhed i skolerne (borger, Gylling Skole)
- Ugentlig/månedlig løbetur for alle 0.-10.klasses elever (borger)
- Gratis træningstid for offentlige ansatte i svømmehal, træningscentre, løbeklubber o.l (borger)

- Øget lokaletilskud til idrætsaktiviteter (borger)
- Udvikling af motionstilbud til børn og unge, der er uvante med motion (KB)
- Aftenvandinger/motionsløb i lokalområdet (flere borgere)
- Gentag sundhedsdagen 1-2 gange årligt (flere borgere)
- Cykelsti til Balle (borger)

Kronikerområdet:

- Etablering af indsatsgrupper, hvor man intensivt 1-2 gange årligt laver forløb med udvalgte kroniker grupper
- Koncentreret træningsforløb 3-5 uger årligt efterfulgt af vedligeholdelsestræning en gang ugentligt for pensionister med kroniske lidelser (borger)
- Motion på recept for personer med kroniske lidelser (Gigtskolen)
- Mulighed for at få målt kolesterol, blodtryk samt fokus på "genetiske faktorer" (HjerneSagen)
- Mulighed for at kunne benytte svømmehallen en gang om ugen mellem 10-16, særligt vigtigt for udsatte grupper (borger)
- Vigtigt også i fremtiden at fokusere på rehabilitering, genoptræning og vedligeholdelsestræning til borgere med kroniske lidelser (HjerneSagen)

Rehabilitering:

- Udvikling af rehabiliteringspakke med bl.a. genoptræning og psykosocial støtte til kræftramte i samarbejde mellem kommunen, KB og arbejdspladserne (KB)

Politikker:

- Rygning:
 - Sammenhængende rygepolitik omfattende skoler, institutioner, fritidsliv for at forebygge rygestart blandt unge (KB)
 - Indendørs forbud med røg. Indsats inden for dagplejen (KB)
 - Tilbud om rygestop-kurser (KB)
- Solpolitik:
 - Indførelse af solpolitik på alle institutioner (forslag er udarbejdet af KB)
 - Ressourcer til at sikre skygge på legepladser (KB)
- Alkohol:
 - Væsentligt også at formulere alkohol som en del af kommunens sundhedspolitik (borger, leder af alkoholbehandlingen i Århus Kommune)
- Kost- og motionspolitikker:
 - Der stilles forslag om at stille krav om formulering af kost- og motionspolitikker på alle kommunens institutioner
 - Kommunen kan aktivt opfordre daginstitutioner til at følge retningslinjer fra "sundhedstegnet": <http://www.sundhedstegnet.dk> (KB)
- Byplanlægning:

- Der stilles forslag om at etablere et formalisere samarbejdet mellem teknisk forvaltning og sundhedsområdet, så sundhed indtænkes i planlægning af nyt byggeri og renoveringer (KB)

Diverse:

- Indførelse af en fast ugentlig sundhedstime i folkeskolen på alle klassetrin omfattende emner som kostvaner, motion, rygning, mobning, trafiksikkerhed, narkotika. Kommunens sundhedsfaglige personale tænkes inddraget i planlægning og undervisning (Odder Kommunaliste)
- Bedre udnyttelse af faciliteter i OIC i formiddagstimerne samt øget samarbejde mellem kommunen og OIC omkring foredrag, messer samt tilbud til overvægtige (OIC)
- Øget omfang og kvalitet i idræt og hjemkundskab fra 3. klasse (KB)
- Information om kroppens funktion (borger)
- Etablering af en sundhedsbørnehave (borger)

Der blev foretaget enkelte justeringer af politikken, hvorefter den blev vedtaget i byrådet 11. juni 2007. (Sagsfremstilling: dok.nr. 915618).

2 Udarbejdelse af handlingsplan for udmøntning af sundhedspolitikken

Ad hoc udvalget blev formelt nedlagt med udgangen af juni og overgik herefter til at være en arbejdsgruppe under socialudvalget. Arbejdsgruppens opgave var at udarbejde forslag til en handlingsplan med henblik på udmøntning af sundhedspolitikken. Handlingsplanen skal ses som arbejdsgruppens anbefalinger, der herefter skal politisk behandles i socialudvalg og økonomiudvalg med henblik på endelig godkendelse i byrådet. Arbejdsgruppen bestod af de samme medlemmer, som indgik i ad hoc udvalget suppleret med en repræsentant for skolelederne samt en repræsentant for daginstitutionslederne.

Med henblik på at udarbejde handlingsplanen afholdt arbejdsgruppen et indledende møde, hvor målet var 1) at præcisere de lov- og aftalemæssige rammer, 2) at opnå fælles forståelse for begreberne sundhed, sundhedsfremme, forebyggelse og evidens, 3) at få overblik over risikofaktorer for folkesundheden samt kendskab til sygdoms- og helbredsmønstret i Odder kommune samt at få kendskab til evidens i forebyggelse samt 4) indlede prioritering af sundhedsfremmende og forebyggende rammer og tilbud. Baggrunden for at arbejde med rammer og tilbud skal findes i Sundhedsstyrelsens vejledning til sundhedslovens paragraf 119, stk. 1-2. Ovenstående områder vil blive behandlet særskilt i nedenstående afsnit.

Målet med arbejdsgruppens arbejde var at udarbejde en handlingsplan bestående af følgende:

- Forslag til sundhedsfremmende og forebyggende tilbud
- Forslag til sundhedsfremmende og forebyggende rammer
- ramme for midler til forskning og udvikling
- rammer for midler til borgerdrevne initiativer

2.1 Sundhedsloven, sundhedsaftalen og Odder kommunes sundhedspolitik

Der er tre centrale love/aftaler, der danner rammen for den handlingsplan, arbejdsgruppen skulle vedtage, nemlig sundhedsloven fra 2005, sundhedsaftalen, som Odder kommune har indgået med Region Midt, gældende for 2007-11 samt Odder kommunes sundhedspolitik 2007-2009.

2.1.1 Sundhedsloven

Sundhedsloven blev vedtaget i 2005 og beskriver arbejds- og ansvarsdelingen på sundhedsområdet for stat, regioner og kommuner. Den væsentligste paragraf set med kommunal optik er §119 stk. 1-2, der omhandler de ny kommunale opgaver inden for borger- og patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme. Sundhedsstyrelsen udgav i 2006 en vejledning til loven², som redegør for og eksemplificerer kommunernes opgaver. I vejledningen lægges der vægt på to centrale ord i §119, nemlig *rammer* og *tilbud*.

Rammer, kommunen kan påvirke i sundhedsfremmende henseende er skoler og dagsinstitutioner, arbejdspladser, miljøer uden for arbejdsmarkedet, fritidsmiljøer og ældresektoren.

Som eksempler på kommunale tilbud nævnes rygeafvænnning, forebyggende alkoholrådgivning, tilbud relateret til overvægt, tilbud vedr. fysisk aktivitet samt tilbud vedr. etablering af seksuel sundhed. Det fremhæves i vejledningen og bemærkningerne til loven, at baggrunden for, at det blev opfattet som hensigtsmæssigt at placere sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaven i kommunerne er, dels at kommunen opererer i nærhed til borgerne og har god adgang til mange målgrupper, dels at kommunen kan sikre kontinuitet og sammenhæng i indsatsen, dels at kommunen er ansvarlig for mange centrale rammer for borgerne og har derved mulighed for at påvirke disse rammer, og dels at kommunen kan sikre et tæt samspil på tværs af sektorer.

Sundhedsloven

§ 1. Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte.

§ 3. Regioner og kommuner er efter reglerne i denne lov ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient.

§ 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.

Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

2.1.2 Sundhedsaftalen

I Sundhedslovens §204-205 beskrives rammerne for sundhedsaftalerne, der skal indgås mellem region og kommuner. Sundhedsaftalen er en forpligtende aftale mellem region og kommune omkring fælles ansvarsområder. Jf. §204-05 skal regionsrådet med hver kommunalbestyrelse i regionen indgå sundhedsaftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet, og disse aftaler skal som minimum vedrøre:

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

Det centrale tema omkring sundhedsaftalerne er at sikre sammenhængende patientforløb og indsats på tværs af de to myndigheder, region og kommune, og nøgleværdier er "Det gode samarbejde med brugerne – det brugerfokuserede sundhedsvæsen" samt "Det gode samarbejde mellem hospital, praktiserende læger og kommunerne".

I alle sundhedsaftaler indgået med Region Midt er man gået et skridt videre og lavet aftale for alle udskrivnings- og indlæggelsesforløb, og ikke blot som loven foreskriver for svage ældre patienter.

For hvert område er der en række krav til aftalen. Inden for forebyggelse og sundhedsfremme skal aftalen specificere:

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

Et væsentligt indsatsområde i sundhedsaftalen er kronikerne, dvs. patienter med en eller flere kroniske sygdomme. Odder kommune har sammen med de øvrige kommuner i Horsens Klyngen forpligtet sig til at implementere programmet, der er udviklet i det gamle Vejle Amt. Det er blevet besluttet at der i første omgang skal fokuseres på Kronisk Obstruktiv Lungesyndrom (KOL), diabetes samt hjertepatienter i nævnte rækkefølge.

2.1.3 Sundhedspolitikken for Odder Kommune, 2007-2008.

Som nævnt er indsatsområderne kost og bevægelse. Samtidig understreger politikken, at indsatsen især skal koncentreres omkring såvel børn og unge som kronikere. Værdigrundlaget bag politikken lyder således:

Værdier - hvilken vej vil vi gå?

Vi vil satse på forebyggelse

Vi vil styrke indsatsen tæt på borgerne

Vi vil gøre det sunde valg lettere

Vi vil støtte borgere som ønsker at leve sundere

Vi vil have fokus på at styrke borgernes egne ressourcer

Vi vil minimere uligheden i sundhed

Vi vil tænke sundhed ind i alle kommunale beslutninger

På kort sigt vil vi reducere de menneskelige og økonomiske omkostninger ved livsstilssygdommene

På lang sigt vil indsatsen sikre, at færre borgere overhovedet bliver syge

Endelig beskriver politikken, at der ved iværksættelse af konkrete tiltage skal arbejdes med SMARTE (Specifikke, Målbare, Accepterede, Realistiske, Tidsbestemte og Evaluerbare) mål. Der lægges således op til, at forebyggende og sundhedsfremmende indsatser skal evalueres i forhold til opstillede mål og succeskriterier.

2.2 Definition af sundhed, sundhedsfremme, forebyggelse og evidens

Sundhed, sundhedsfremme, forebyggelse og evidens er begreber, der bruges flittigt i såvel sundhedsloven, sundhedsaftalen som sundhedspolitikken. Arbejdsgruppen har imidlertid brugt tid på at diskutere, hvad gruppen forstår ved de enkelte begreber, og hvad der adskiller dem.

2.2.1 Sundhed

Arbejdsgruppen har valgt at tage afsæt i Aron Antonovskys definition af sundhed³. Ifølge Antonovsky handler sundhed om at kunne *mestre* livet og have en *følelse af sammenhæng* på trods af de belastninger, vi dagligt udsættes for. Der er tre forhold, der har betydning for, om livet opfattes som sammenhængende. For det første skal livet være *håndterbart*, dvs. de belastninger, det enkelte menneske udsættes for, ikke er større end, at de er til at klare. For det andet skal livet være *begribeligt*. Forudsætningen for, at livet er begribeligt, er, at der er en vis grad af *forudsigelighed* – at mængden af daglige overraskelser, der opfattes belastende, ikke er for høj. For det tredje skal livet opleves som *meningsfuldt*. Det kræver *delagtighed*, altså at vi til en vis grad selv føler os som herre over vores liv, og at livet opleves som værd at leve og investere kræfter i.

Som det fremgår af definitionen, er det at være sund således noget andet end at være rask. Man kan godt være syg med samtidig føle, man kan mestre livet og opfatte livet som håndterbart, begribeligt og meningsfuldt. Omvendt kan man også være rask uden at føle, at man mestrer livet.

2.2.2 Sundhedsfremme

Arbejdsgruppen kombinerer Antonovskys sundhedsbegreb med Ottawa charterets⁴ definition af sundhedsfremme. Sundhedsfremme bliver i Ottawa charteret overordnet beskrevet som "Den proces, som gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand". Det handler om "...at opnå en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende" og om at kunne honorere de krav, der stilles for "at kunne klare omverdenen". Sundhedsfremme har fokus på såvel den enkelte borger som på lokalsamfundets rolle.

Ifølge charteret handler en sundhedsfremmende indsats blandt andet om at udvikle en sundhedsfremmende politik. Målet er "at gøre de sundere valg til de lettere valg". Det tværsektorielle ansvar og den tværgående koordination fremhæves som afgørende. Samtidig handler det om at skabe støttende miljøer og styrke indsatsen i lokalsamfundet. Dette gøres ved "at øge menneskers evne til at hjælpe sig selv og andre" og ved "at udvikle fleksible systemer, der styrker befolkningens deltagelse i og opmærksomhed på sundhedsspørgsmål". En af forudsætningerne for dette er fri adgang til information.

Sammenholdt med definitionen på sundhed handler sundhedsfremme med andre ord om at tilvejebringe rammer, der muliggør, at den enkelte borger kan mestre livet og få følelsen af sammenhæng. Sundhedsfremmende tiltag har fokus på livet.

2.2.3 Forebyggelse

Man skelner mellem borgerrettet og patientrettet forebyggelse. Borgerrettet forebyggelse skal medvirke til at forhindre, at sygdom opstår. Patientrettet forebyggelse skal modvirke, at eksisterende sygdom forværres. Med strukturreformen har kommunerne fået ansvar for den del af den patientrettede forebyggelse, der foregår, når patienten ikke længere er i behandling på sygehus eller hos den praktiserende læge. I kommunalt perspektiv er alle borgere dog først og fremmest netop *borgere*, uanset om de er syge eller ej. Det handler derfor om at etablere sammenhængende tilbud.

Forebyggelse har fokus på helbredet. For at kunne skabe en fornuftig forebyggende indsats skal man have kendskab til de risikofaktorer, der øger risikoen for, at sygdom opstår. Ligeledes er det nødvendigt at kende effekten af de tiltag, der allerede er afprøvet for at minimere risikofaktorerne.

2.2.4 Evidens

"Kommunerne skal sammen med regionerne medvirke til udviklings- og forskningsarbejde med henblik på at sikre, at sundhedsarbejdet fremover udføres på et højt fagligt niveau.

Evidensbaseret er en vigtig brik i dette arbejde." Sådan skriver Sundhedsstyrelsen i vejledningen "Evidens i forebyggelsen" fra 2007⁵. Men hvad er evidens? I en forskningsbaseret tilgang forstås evidens ofte som viden frembragt ved såkaldte Randomised Controlled Trials (RCT), dvs. kontrollerede forsøg hvor en forsøgsgruppe udsættes for en påvirkning, mens en kontrolgruppe ikke påvirkes. Der trækkes lod om placering i de to grupper, og hverken forsøgspersoner eller den forsøgsansvarlige har kendskab til, hvem der udsættes for

interventionen. Denne metode skaber mulighed for meget præcist at undersøge effekten af en indsats. I kommunalt regi har der hidtil ikke været tradition for at benytte RCTs.

Med evidensbaseret forebyggelse i bredere forstand menes, at indsatserne bygger på en systematisk, eksplicit og kritisk anvendelse af eksisterende viden om sundhedstilstanden, risikofaktorer og effekten af forebyggelsesmetoder⁶.

2.3 Risikofaktorer og folkesundhed i Odder Kommune

Der findes enorme mængder national og international litteratur omkring risikofaktorerens betydning for helbred og livskvalitet. Arbejdsgruppen har forholdt sig til et væsentligt bidrag inden for dette forskningsfelt, nemlig rapporten Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark⁷ fra 2006. Dernæst har gruppen arbejdet med lokal viden om Odder Kommunens borgere med udgangspunkt i "Sundhedsprofilen for Region Midt – Hvordan har du det?"⁸ Sundhedsprofilens styrke er, at den er repræsentativ for Odder kommune, mens svagheden er, at den kun dækker voksne borgere i alderen 25-79 år. En tilsvarende viden på børne-unge området er under udarbejdelse i regionen i samarbejde med de 19 kommuner. Endelig har gruppen kigget på evidensen af forebyggelsesindsatser ved hjælp af rapporten Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne – dokumentation af effekt og omkostningseffektivitet⁹.

2.3.1 Risikofaktorer

Rapporten Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark, der er bestilt af Sundhedsstyrelsen og udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed (SIF), er udarbejdet ved at inkludere en lang række forskellige registre og undersøgelser: Dødsårsagsregistret, SUSY: Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SIF), DANCOS: The Danish National Cohort Study, Landspatientregistret, Sygesikringsregistret, Østerbro undersøgelserne, Danmarks statistik, Ankestyrelsens register over førtidspensioner. Der er i analyserne udelukkende kontrolleret for alder. Rapporten kortlægger en lang række risikofaktorerens betydning for sundhed og sygdom samt de samfundsmæssige konsekvenser heraf.

Ved en risikofaktor forstås et forhold, der på en eller anden måde øger risikoen for sygdom, funktionsnedsættelse eller død. For nogle risikofaktorer er der en direkte årsagssammenhæng med sygdom eller død. Det gælder fx for sammenhængen mellem rygning og lungekræft. Sammenhængen kan også være mere indirekte, fx når det drejer sig om kort uddannelse, sociale netværk og tidlige dødsfald. Risikofaktorerne, der er undersøgt i undersøgelsen, omfatter både individuelle livsstilsfaktorer og mere bagvedliggende sociale determinanter. Risikofaktorerne medtaget i undersøgelsen er følgende:

- Rygning (smårygere: 1-14 cigaretter dagligt, storrygere: mindst 15 cigaretter dagligt)
- Passiv rygning
- Alkohol (forbrug over genstandsgrænserne, som er maksimalt 21 genstande ugentligt for mænd og 14 for kvinder)
- Stofmisbrug (illegale stoffer og misbrug af afhængighedsskabende lægemidler)
- Fysisk inaktivitet (under anbefalingerne om 30 min. daglig motion for voksne, 60 min. for børn og unge)
- Usund kost (for meget mættet fedt og for lidt frugt og grønt i forhold til kostenbefalingerne)
- Overvægt (BMI > 25) – moderat overvægt (25 < BMI < 30), svær overvægt (BMI > 30)

- Forhøjet blodtryk > 140 mm Hg (systolisk)
- Usikker sex (seksuelt overførbare infektioner og aborter)
- Psykisk arbejdsbelastning (ubalance mellem krav og indflydelse)
- Hjemme- og fritidsulykker
- Kort uddannelse (< 13-15 års kombineret skole- og erhvervsuddannelse)
- Svage sociale relationer (ikke at kunne regne med hjælp fra andre, træffer sjældent familie)

Risikofaktorerne betydning kan sammenholdes med helbredsmæssige mål som fx dødelighed eller tab i middellevetid. Ser man på hvilke risikofaktorer, der forårsager flest dødsfald, er rygning den absolutte topscorer, da rygning koster 14.000 for tidlige dødsfald om året. Derudover er det mere bagvedliggende forhold som kort uddannelse, der bidrager med knap 8.000 tidlige dødsfald hvert år.

Et andet helbredsmål er middellevetid. Middellevetiden defineres som den forventede levetid for en nyfødt, altså hvor gammel man kan forvente at blive, når man bliver født. Rygning, alkohol og fysisk inaktivitet er de adfærdsrisikofaktorer, der er årsag til det største tab i middellevetiden. Middellevetiden påvirkes også væsentligt af den mere bagvedliggende risikofaktor kort uddannelse.

Nok så interessant er det imidlertid at se på "tabte gode leveår", der angiver hvor mange år, man kan se frem til at skulle leve med langvarig belastende sygdom, såfremt man udsættes for en given risikofaktor. Rygning, fysisk inaktivitet og overvægt er de risikofaktorer, der giver anledning til det største tab i gode leveår uden langvarig belastende sygdom. Kort uddannelse samt svage sociale relationer er ligeledes begge væsentlige forhold i den sammenhæng. Samlet set fremgår det, at indsatsområderne kost og bevægelse i Odder Kommunes sundhedspolitik er hensigtsmæssige. Endvidere bør det dog fremhæves, at en indsats for at fremme rygestop ligeledes har afgørende betydning både helbredsmæssigt og samfundsøkonomisk.

Risikofaktorerne effekt vist i helbredsmål og økonomiske konsekvenser ses af nedenstående tabel:

	Dødelighed (antal/år)	Tab i danskernes middellevetid (år) Mænd/kvinder	Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktorer (antal syge/år) Mænd/kvinder	Tabte gode leveår hos personer med risikofaktorer (år) Mænd/kvinder	Tab af kvalitetsjusterede leveår - QALY Mænd/kvinder	Hospitals-indlæggelser (antal/år)	Skadestuebesøg (antal/år)
Rygning	14.000	3,5/3	105.000/58.000	10/11 (storrygere)	10/11 (storrygere)	150.000	-
Passiv rygning	2.000	0,5/0,3	-	-	-	-	-
Alkohol	3.000	1,3/0,5	10.000/-	5/1	5/3	30.000	10.000
Stofmisbrug	1.000	0,4/0,3	-	-	-	4.000	1.500
Fysisk inaktivitet	4.500	0,8/0,8	20.000/27.000	8/10	7/7	100.000	-
For meget mættet fedt	2.200	0,4/0,3	-	-	-	-	-
For lidt frugt og Grønt	2.200	0,4/0,3	-	-	-	-	-
Overvægt samlet	1.350	0,3/0,7	15.000/61.000	-	-	55.000	-
Moderat overvægt	-	-	0/33.000	- 1/4	- 0,5/2	-	-
Svær overvægt	-	-	14.500/28.500	5/10	3/6	-	-

Forhøjet blodtryk	2.000	0,7/0,5	-	-	-	-	-
Usikker sex	300	0,04/0,1	-	-	-	10.000	-
Psykisk arbejdsbelastning	1.400	0,5/0,5	4.000/2.000	5/2	3/1	30.000	-
Hjemme- og fritidsulykker	1.800	0,4/0,3	-	-	-	32.000	440.000
Kort uddannelse	7.700	1,8/1,6	103.000/85.000	8/7	6/5	135.000	-
Kan ikke regne med hjælp	1.000	0,2/0,2	8.000/20.000	6/11	5/6	13.000	-
Træffer sjældent Familie	1.500	0,5/0,2	10.000/6.000	4/3	4/2	8.000	-

	Ambulante besøg (antal/år) Mænd/kvinder	Kontakter til praktiserende læge (mio./år)	Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	Førtids-pensioner (antal/år)	Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (mio. kr./år)	Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (mio. kr./år)
Rygning	-	2,7	2,8	5.000	4.500	3.400
Passiv rygning	-	-	-	-	-	-
Alkohol	50.000/22.000	0,2	0,3	500	950	600
Stofmisbrug	4.000/3.000	-	-	100	110	< 0
Fysisk inaktivitet	-	2,6	3,1	1.200	3.100	2.900
For meget mættet fedt	-	-	-	-	-	-
For lidt frugt og Grønt	-	-	-	-	-	-
Overvægt samlet	-	1,1	1,8	1.100	1.600	1.500
Moderat overvægt	-	-	-	-	-	-
Svær overvægt	-	-	-	-	-	-
Forhøjet blodtryk	-	-	-	-	-	-
Usikker sex	8.000/38.000	-	-	50	280	260
Psykisk arbejdsbelastning	-	0,5	1,5	2.800	860	690
Hjemme- og fritidsulykker	-	-	-	-	1.200	1.100
Kort uddannelse	-	3,7	4,8	2.600	3.800	3.200
Kan ikke regne med hjælp	-	0,3	0,1	190	400	300
Træffer sjældent Familie	-	0,2	-	160	280	150

Kilde: Tallene i tabellen kan findes i rapporten "Folkesundhed og risikofaktorer i Danmark. K. Juel et. al. 2006 og er sammenfattet i "Folkesundhed og risikofaktorer – tal på sundhed til kommunen. Sundhedsstyrelsen 2006¹⁰⁷".

2.3.2 Sundhedsprofilen for Region Midt – "Hvordan har du det?"

Sundhedsprofilen er udarbejdet på baggrund af selvudfyldte spørgeskemaer med mere end 400 spørgsmål, der er udsendt til en repræsentativt stikprøve fra hver kommune.

Spørgsmålene omhandler selvvurderet helbred, sygdomme (herunder kroniske sygdomme) samt sundhedsvaner (rygning, alkohol, overvægt, kost, fysisk aktivitet). Kroniske sygdomme er opdelt i syv potentielt livstruende (forhøjet blodtryk; hjertekrampe, blodprop i hjertet; hjerneblødning og blodprop i hjernen; sukkersyge; kræft; bronkitis, for store lunger,

rygerlunger) og ti ikke-livstruende kronisk sygdomme (astma; allergi; slidgigt, leddegigt; knogleskørhed; diskusprolaps, rygsygdom; forbigåede psykiske lidelser; Psykisk sygdom, mentale forstyrrelser; migræne, hyppig hovedpine; tinnitus; grå stær).

Hvis man ser på tallene for Odder kommune, fremgår det, at 7.200 personer lever med en eller flere kroniske sygdomme. 47% af de voksne borgere har ingen kronisk sygdom, 30% har 1 kronisk sygdom, 18% har 2-3, mens 5% har mere end 3 kroniske sygdomme. Rapporten viser samtidig, at behov for hjælp til daglige gøremål stiger kraftigt med antal kroniske sygdomme: hver tredje med 4 eller flere kroniske sygdomme mod kun hver syttende med en kronisk sygdom har behov for hjælp til daglige gøremål.

Selvvrurderet helbred har vist sig at være et troværdigt mål for borgernes sundhedstilstand. Det fremgår af undersøgelsen, at 12% af de voksne borgere i Odder kommune svarende til 1.700 personer oplever, de har et dårligt helbred. Der er generelt flere kvinder end mænd, der oplever et dårligt selvvurderet helbred, og dårligt selvvurderet helbred er relateret til uddannelse: 1 ud af 5 oplever et dårligt selvvurderet helbred blandt de lavt uddannede, mens det tilsvarende tal er kun 1 ud af 14 blandt de højtuddannede.

Ser man på sundhedsvanerne er der i Odder Kommune 25% daglig rygere svarende til 1.700 personer. Heraf angiver 53%, at de ønsker at holde op med at ryge, mens 43% (1.500 personer) angiver, at de ønsker hjælp til at holde op med at ryge. Andelen af rygere, der er motiveret for at holde op, er den næst-højeste i regionen.

Der er 37% (5.100 personer), der er moderat overvægtige i kommunen, mens 12% (1.700 personer) er svært overvægtige. Der er 21% (900 personer) af de moderat overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, mens andelen er 56% (900 personer) af de svært overvægtige. For 15 af de 17 kroniske sygdomme er andelen af overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig, særlig stor.

Det anbefales, at voksne er fysisk aktive 30 minutter om dagen. Ser man på, hvor mange dage om ugen, voksne borgere i Odder kommune følger denne anbefaling, ser man følgende fordeling: 22% (0-1 dag om ugen), 24% (2-3 dage om ugen), 18% (4-5 dage om ugen) mens 36% er fysisk aktive i 30 minutter om dagen 6-7 dage om ugen. I gennemsnit har borgerne 4 dage om ugen med mindst 30 minutters aktivitet. 46% dyrker regelmæssig motion i fritiden. 63% angiver, at de gerne vil være mere fysisk aktive.

En række spørgsmål i undersøgelsen drejer sig om kost. 24% af kommunens voksne borgere har et sundt kostmønster, mens 12% har et usundt kostmønster.

2.3.3 Dokumenteret effekt af forebyggelsesindsatsen

Når man skal igangsætte en forebyggende og sundhedsfremmende indsats, er det væsentlig at vide, om den påtænkte indsats har en dokumenteret effekt. Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har lavet en sammenfattende analyse¹¹ af, om der foreligger dokumentation for 1) at forebyggelsesindsatsen virker, dvs. har en effekt på risikofaktoren/-adfærden og dermed på sundhedstilstanden og 2) at forebyggelsesindsatsen er omkostningseffektiv, dvs. indsatsens effekt står mål med prisen. Analysen beskæftiger sig med tiltag vedrørende rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet, svær overvægt, faldforebyggelse samt de obligatoriske hjemmebesøg.

DSI har betragtet evidens som Randomised Controlled Trials eller metastudier af RCTs og har udelukkende vurderet nationale og internationale studier, der følger kriterierne for RCTs. Konklusionen på analysen er, at kun når det gælder indsats mod rygning samt faldforebyggelse foreligger der solid dokumentation for at indsatsen virker. For rygning gælder det, at såvel selvhjælpsmateriale, individuel eller gruppebaseret rådgivning samt nikotinsubstituerende tilbud har en effekt, og den økonomiske analyse viser, at indsatsen er særdeles omkostningseffektiv.

Den manglende dokumenterede effekt inden for de øvrige områder betyder ikke, at der ikke er en effekt af en indsats her. Rapporten konkluderer, at den ringe tradition for anvendelse af RCTs i kommunerne, mangel på generelle operationelle effektmål samt mangel på videnskabelig forskning inden for livsstilsfaktorer bevirker, at der ikke foreligger dokumenteret effekt endnu inden for det snævre evidensbegreb, rapporten har benyttet. Det betyder, at der ligger en stor udfordring i at udtænke kommende indsatser således, at kommunen kan være med til at tilvejebringe dokumentation for effekten.

Kigger man på effekten af indsatser rettet mod borgere med kroniske lidelser findes der imidlertid klare anbefalinger. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne følger de udviklede og dokumenterede programmer, der i dag findes på området. Der foreligger særdeles gode erfaringer med disse programmer fra Vejle Amt. Det er en af grundene til, at Horsens Klyngen og dermed Odder kommune har valgt at indgå aftale med Region Midt om at implementere den såkaldte Programledelse inden for KOL, diabetes og hjertesygdomme i den indeværende sundhedsaftale.

2.4 Første prioriteringsrunde: rammer og tilbud

Målet med arbejdsgruppens arbejde var at udarbejde et forslag til handlingsplan for udmøntning af sundhedspolitikken.

På baggrund af overordnet præsentation af love og aftalemæssige rammer, begrebsafklaringen samt risikofaktorer og evidens indledte arbejdsgruppen en prioriteringsrunde med henblik på at prioritere de vigtigste forebyggende og sundhedsfremmede rammer og tilbud, Odder kommune skal tilbyde borgerne.

Den indledende prioritering foregik ved, at medlemmerne hver især skulle opstille forslag til de 5 vigtigste rammer og tilbud. Disse skulle herefter diskuteres i tomandsgrupper, som derefter skulle vælge og prioritere de 5 vigtigste hhv. rammer og tilbud blandt de i alt 10 mulige. Disse blev så fremlagt for de 6 grupper.

Efter det første møde kunne de foreslåede rammer og tilbud samles til i alt 13 rammer og 13 tilbud:

Tilbud:

1	Tilbud	Rygestopkurser
2	Tilbud	Etablering af en offentlig sundhedscafe <ul style="list-style-type: none"> - vejledning/rådgivning om livstilsrelaterede spørgsmål samt støtte til borgerdrevne initiativer, - rådgivning/vejledning varetages af kommunens faglige personale (ex. tandplejer, sundhedsplejersker, sygeplejersker mv.)

		<ul style="list-style-type: none"> - vejledning/rådgivning udelukkende i forhold, der ligger uden for sygesikringsordningen - forbilleder: SundBy butikken i Horsens, Region Midtjyllands livsstilscafe
3	Tilbud	Sund kost til alle 0-16-årige
4	Tilbud	<ul style="list-style-type: none"> - 0-3-årige: Integreret mad i pasningstilbud
5	Tilbud	<ul style="list-style-type: none"> - 3-6-årige: Tilbud om køb af mad
6	Tilbud	<ul style="list-style-type: none"> - 6-16-årige: Etablering af skolekantiner med kvalificerede ansatte
7	Tilbud	Madordning i skoler og daginstitutioner til især 6.- 9. klasse
8	Tilbud	Gratis motionstilbud til alle offentligt ansatte
9	Tilbud	Tilbud til kronikere med KOL
10	Tilbud	Tilbud til kronikere med diabetes, ex. overvægtige diabetikere
11	Tilbud	Tilbud til overvægtige familier, herunder diætrådgivning
12	Tilbud	Adgang til koldt drikkevand i det offentlige rum
		Etablering af sundhedsportal: <ul style="list-style-type: none"> - til erfaringsudveksling samt til formidling af de gode historier af såvel ansatte som borgere - beskrivelse af idrætstilbud
13	Tilbud	Motionstilbud til alle raske ældre udført af idrætsorg.

Rammer:

14	Ramme	Etablering af kostpolitik på alle skoler og daginstitutioner samt tilhørende handleplaner
15	Ramme	Etablering af motionspolitik på alle skoler og daginstitutioner samt tilhørende handleplaner
16	Rammer	Etabler gode rammer i uddannelsesmiljøerne mhp at fremme et højt uddannelsesniveau
17	Rammer	Etablering af gode udendørsfaciliteter, der fremmer bevægelse
18	Ramme	En sundhedstime pr uge i folkeskolen
19	Ramme	Krav om decentral etablering af handleplan for udmøntning af sundhedspolitikken i alle institutioner <ul style="list-style-type: none"> - ud fra foruddefineret standarder
20	Ramme	Krav om decentral etablering af handleplan for udmøntning af sundhedspolitikken på alle arbejdspladser <ul style="list-style-type: none"> - ud fra foruddefineret standarder
21	Ramme	Krav om vurdering af sundhedsmæssige konsekvenser for alle beslutninger truffet af byrådet
22	Ramme	Sikring af optimal udnyttelse af halkapaciteter
23	Ramme	Etablering af legepatruljer <ul style="list-style-type: none"> - store børn der tilbyder aktiviteter for mindre børn i institutioner - Evt i samarbejde med DGIs legepatrulje
24	Rammer	Etablering af retningslinjer for kostudbud i kommunens haller evt. med økonomisk compensation
25	Rammer	Etablering af sundhedspolitik på alle arbejdspladser <ul style="list-style-type: none"> - rådgivning til arbejdspladserne
26	Ramme	Langsigtet plan for etablering af cykelstier til alle oplandsbyer i kommunen

Borgerdrevne initiativer:

27	Borgerdrevne initiativer	Etablering af pulje til borgerdrevne aktiviteter <ul style="list-style-type: none">- tildeling af midler sker efter fastlagte principper- aktiviteterne skal være relateret til sundhedspolitikens indsatsområder
----	--------------------------	--

Herefter blev medlemmerne forud for det andet møde bedt om at prioritere 3 rammer og 3 tilbud. Dette førte til en samlet prioritering, der herefter blev drøftet og justeret af gruppens medlemmer.

3 Arbejdsgruppens endelige anbefaling

Resultatet af disse drøftelser var, at arbejdsgruppen anbefaler følgende:

3.1 Tilbud:

1. Rygestoptilbud samt indsatser der søger at forebygge rygestart
2. Tilbud om forældrefinansieret mad til skoler og daginstitutioner
3. Indsats mod overvægt
4. Adgang til koldt drikkevand hvor børn og unge færdes
5. Tilbud til kronikere
6. Udarbejdelse af en webbaseret sundhedsportal

3.2 Rammer:

1. Etablering af kostpolitik på børn- og unge området med tilhørende lokale handlingsplaner
2. Etablering af bevægelsespolitik på børn- og unge området med tilhørende lokale handlingsplaner
3. Sundhedsmæssige konsekvensvurderinger på relevante byrådsbeslutninger. Det anbefales for at sikre tværsektorielt fokus på sundhedsfremme og forebyggelse i alle kommunale driftsopgaver.
4. Etablering af bevægelsesfremmende udendørsfaciliteter. Her foreslås blandt andet
 - afmærkning af motionsruter
 - motionsredskaber i det offentlige rum
5. Dialog omkring udbud af mad og drikke i hallerne
6. Undersøgelse om muligheden for at etablere en sundhedscafe, jf. forslag 2, s. 16.

3.3 Forskning og udvikling:

Kommunerne er jf. sundhedslovens §4 og §194 sammen med regionerne forpligtet til at varetage forskning og udvikling inden for sundhedsområdet.

Odder kommune indgår allerede i et stort forskningsprojekt omkring den kroniske patients hverdagsliv. Dette projekt udføres i samarbejde med Horsens Klyngen og DSI. Projektet forventes at give værdifuld indsigt i kroniske patienters liv. Det kan derved være med til at sætte fokus på, hvor region, kommune og almen praksis i fællesskab kan forbedre indsatsen

for disse borgere, således at de i højere grad bliver i stand til at mestre livet med kronisk sygdom, og således at u hensigtsmæssige indlæggelser kan spares.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der afsættes faste økonomiske rammer for, hvor stor en del af budgettet til forebyggelse og sundhedsfremme, der må benyttes til forskning. Arbejdsgruppen foreslår, at der maksimalt benyttes 5-10% af budgettet til forebyggelse og sundhedsfremme på decideret forskning.

3.4 Midler til borgerdrevne initiativer:

Ovenstående tiltag (rammer og tilbud) er alle eksempler på tiltag, der iværksættes af kommunen. Imidlertid finder arbejdsgruppen det vigtigt, at der også bliver plans til initiativer, der opstår hos og udføres af borgerne. Kommunens rolle vil være at fungere som sparringspartner og eventuelt bistå med løsning af mindre konkrete delopgaver som eksempelvis at informere om tiltaget. Effekten af disse tiltag skal dokumenteres på samme måde som øvrige tiltag.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der udarbejdes principper for hvorledes disse midler fordeles. Endvidere foreslår arbejdsgruppen, at der maksimalt benyttes 5-10% af budgettet til forebyggelse og sundhedsfremme til borgerdrevne initiativer.

4 Referencer:

- ¹ Sundhedsloven. Lov nr. 246 af 24. juni 2005.
- ² Borgerrettet forebyggelse i kommunen – en vejledning fra sundhedsstyrelsen, 2006
- ³ Aron Antonovsky: Unravelling the mystery of health. 1987.
- ⁴ Ottawa charteret. 1986.
- ⁵ Evidens i forebyggelsen. SST 2007.
- ⁶ Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til sundhedslovens §119, stk. 1-2. SST 2007
- ⁷ Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. K. Juel et. al. SIF, 2006.
- ⁸ Hvordan har du det? Sundhedsprofil for Region Midtjylland. F. Breinholt Larsen et.al. Center for folkesundhed, 2006
- ⁹ Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne – dokumentation af effekt og omkostningseffektivitet. B. Højgaard et.al. DSI 2006.
- ¹⁰ Folkesundhed og risikofaktorer – tal på sundhed til kommunen. SST 2006.
- ¹¹ Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne – dokumentation af effekt og omkostningseffektivitet. B. Højgaard et.al. DSI 2006.