

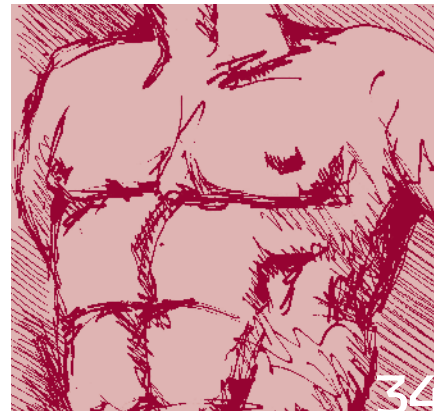
# midt liv

1

2009

## Sundhedsprofiler på arbejde





REGIONSRÅDSMEDLEM  
Johannes Flensted-Jensen

Der snakkes så meget om rapporter og undersøgelser, der bliver lavet, diskuteret på en konference – og lagt i skuffen på trods af alle fine ord om det modsatte. Men indimellem udkommer der nogle rapporter eller undersøgelser, der bare virker stik modsat: som

virker igangsættende, som leder videre til næste problemstilling, som kommer på arbejde ude i den virkelige verden. Kort sagt, som er så oplagte og nyskabende, at man må spørge sig selv – lidt dumt: Hvorfor har vi ikke lavet det noget før?

Sådan har jeg det med *Hvordan har du det?* En undersøgelse der blev igangsat i de tidligere amters tid, som et redskab, en gave, til de fremtidige kommuner i Region Midtjylland. En gave som isoleret set 'bare' beskriver, hvordan sundhedstilstanden er i den enkelte kommune for folk mellem 25 og 79 år. Men tanken var selvfølgelig, at den skulle kunne bruges til at tilrettelægge politikker, handleplaner og danne udgangspunkt for at stille nye spørgsmål. Og det er sket og sker!

Nogle få eksempler:

I Region Midtjylland arbejder region, kommuner og praktiserende læger sammen om at forbedre indsatsen bredt mod folk med kroniske sygdomme. Her er undersøgelsen brugt og bliver brugt. Region Midtjylland har haft et udvalg siddende til at udarbejde en sundhedsplan. Her er den også brugt. I udvalget vedrørende social ulighed i sundhed har den spillet en væsentlig rolle.

Region Midtjyllands psykiatriplan tager bl.a. afsæt i undersøgelsens afsnit om 'Helbred og sundhed hos psykisk syge'.

De efterhånden mange kommunale sundhedspolitikker bærer alle præg af at være baseret på de kommune profiler, undersøgelsen indeholder, og gør det dermed muligt at målrette indsatsen.

Men som alle andre rigtig gode tiltag, rejser *Hvordan har du det?* endnu flere spørgsmål:

Undersøgelsen handler om etniske danskere mellem 25 og 79 år. Gør der sig særlige forhold gældende blandt borgere med en anden oprindelse end dansk? Dette er nu undersøgt og offentliggjort i *Etniske minoriteters sundhed*, som var et samarbejdsprojekt mellem Region Midtjylland, Hovedstaden og Syddanmark, Århus, Odense og Københavns kommuner samt Sundhedsstyrelsen.

Hvordan har børn og unge det? Region Hovedstaden har taget hul på den udfordring, og Region Midtjylland deltager i den forberedende arbejdsgruppe. Men der er også behov for, at vi selv kommer i gang og – forhåbentlig – i et samarbejde med kommunerne.

Endelig har initiativet også affødt et ønske om at lave befolkningsundersøgelser i alle regioner på samme tidspunkt og med en kerne af fælles spørgsmål. Det arbejdes der med.

Jo, det var et rigtig godt initiativ, der blev igangsat og gennemført af de tidligere amter, og som nu har udviklet sig til et fælles arbejdsredskab for region, kommuner og almen praksis.

Se – det var ikke så ringe!

Johannes Flensted-Jensen, Regionsrådet (S)  
formand for Sundhedskoordinationsudvalget

#### mi(d)t Liv – april 2009

Bladet for beslutningstagere og sundhedspersonale i Midtjylland samt nationale samarbejdspartnere

#### Udgiver

Region Midtjylland, Center for Folkesundhed  
Sundhedsfremme og Forebyggelse  
Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N  
[www.centerforfolkesundhed.dk](http://www.centerforfolkesundhed.dk)

#### Redaktionspanel

Birgitte Holm Andersen  
kontorchef, Regionalt Sundhedssamarbejde  
Merete Bech Bennetsen  
MTV-konsulent, Center for Folkesundhed  
(indtil 1.3.2009)  
Lene Dørfler  
sundhedskonsulent, Silkeborg Kommune  
Anette Larsen  
socialrådgiver, Center for Folkesundhed  
Doris Nørgaard  
ledende sundhedskonsulent  
Center for Folkesundhed  
Anna Birte Sparvath  
chefsygeplejerske, Regionshospitalet Horsens,  
Brædstrup og Odder

#### Redaktion

Lucette Meillier  
sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed  
Tlf. 8728 4713, [lucette.meillier@stab.rm.dk](mailto:lucette.meillier@stab.rm.dk)  
Gerd Nielsen  
redaktionssekretær, Center for Folkesundhed  
Tlf. 8728 4711, [gerd.nielsen@stab.rm.dk](mailto:gerd.nielsen@stab.rm.dk)  
Kirsten Vinther-Jensen (ansvarsh.)  
kontorchef, Center for Folkesundhed  
Tlf. 8728 4707, [kirsten.vinther-jensen@stab.rm.dk](mailto:kirsten.vinther-jensen@stab.rm.dk)  
Louise Nordvig (gæsterektor)  
Sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed  
Tlf. 8728 4705, [louise.nordvig@stab.rm.dk](mailto:louise.nordvig@stab.rm.dk)

#### Kontakt

Redaktionssekretær Gerd Nielsen  
Tlf. 8728 4711, [gerd.nielsen@stab.rm.dk](mailto:gerd.nielsen@stab.rm.dk)

**Forside, tegninger:** Hanne Ravn Hermansen

#### Grafisk tilrettelæggelse

Weitemeyer Design & Communication

**Tryk:** Werks Grafiske Hus A/S

**Oplag:** 4.000 stk.

**Online version:** [www.midtliv.rm.dk](http://www.midtliv.rm.dk)

**Næste udgivelse:** august/september 2009

**ISSN 1902-7257**

Region Midtjyllands *Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner* blev offentliggjort i november 2006 – altså lige inden strukturreformen trådte i kraft. I de godt to år der er gået, har profilen fået mange ben at gå på og er nået vidt omkring. Den er blandt andet brugt som udgangspunkt for udarbejdelse af sundhedspolitikker, handleplaner og konkrete aktiviteter, den er brugt som referencemateriale og til at beskrive sundhedstilstanden til brug for midlertidige regionale politiske udvalg. De indsamlede data fra befolkningsundersøgelsen analyseres fortsat og offentliggøres i *Hvordan har du det? Online*. Konferencen *Hvordan har du det? – og hvad gør vi ved det?* i december 2008 gav eksempler fra sundhedsprofilen på arbejde i kommuner, region og almen praksis.

Nu da planlægningen af den nye sundhedsprofil i 2010 går i gang, har vi behov for at gøre status og lyst til at vise, hvordan en befolkningsundersøgelse af sundhedsvaner, sygelighed og trivsel bliver levende. Dette særnummer af *mi(d)t Liv* er både en opfølgning på konferencen og en midtvejsrapport. Derfor er det også mere omfangsrigt end tidligere udgivelser. Vi håber, det giver et godt og inspirerende billede af to år med *Hvordan har du det?* – også selv om eksemplerne ikke er udtømmende.

God læselyst  
REDAKTIONEN

**03 I dette nummer**  
Tema:  
Sundhedsprofiler på arbejde

**22 Trivsel og sundhed på arbejdspladsen**  
Holstebro Kommune

**32 Uddybende kommuneanalyser**

**04 Sundhedsprofiler i dansk udviklingsperspektiv**

**24 Tal på sundheden**  
Favrskov Kommune

**33 *Hvordan har du det?* – og hvad gør vi ved det?**

**08 *Hvordan har du det?***  
Region Midtjyllands sundhedsprofil

**26 ... et ordentligt KRAM**  
Silkeborg Kommune

**34 Når mænd rammes af uvished**

**11 Social kapital**  
Region Nordjyllands sundhedsprofil

**28 *Hvordan har du det***  
Århus?  
Århus Kommune

**36 Evalueringsværktøj som hjælpemiddel i patientuddannelse**

**14 Region Hovedstadens sundhedsprofil**

**30 Sundhedsprofiler som analyseredskab**  
Struer Kommune

**39 Behov for en sundhedsprofil af børn og unge**

**17 Også psykisk syge skal have et bedre fysisk helbred**

**42 Regionalt sundhedssamarbejde**

**19 Sundhedsprofilen og evaluering af den nye forebyggelsesydelse**

# Sundhedsprofiler i dansk udviklingsperspektiv

I løbet af de 30 år der er arbejdet med sundhedsprofiler i Danmark, synes der at være sket en forskydning fra fokus på vågn op- og alarmklokkefunktion til fokus på sundhedsplanlægning og evidensbaseret forebyggelse og sundhedsfremme.

■ Mette Kjeller, seniorforsker, konsulent

Arbejdet med sundhedsprofiler tog sin begyndelse i starten af 1980'erne, hvor der dels blev gennemført enkelte profiler, dels foregik der – som det altid sker, når nye ting dukker op – en række diskussioner om begrebsafklaring, definitioner og afgrænsninger. Inspirationen kom fra begrebet 'community diagnosis', der blev lanceret i 1952 af epidemiologer i forbindelse med ulandsarbejde og efterfølgende blev annekteret på vores breddegrader.<sup>(1)</sup>

Inden jeg går i detaljer med udviklingen i sundhedsprofilarbejdet i Danmark, må det være på sin plads at prøve at besvare det klassiske spørgsmål om, hvad en sundhedsprofil overhovedet er. Her vil jeg tage udgangspunkt i de tanker, overvejelser, definitioner og afgrænsninger, der var fremme i starten af 1980'erne, og som i vidt omfang også er fuldt gyldige i dag.

## Hvad er en sundhedsprofil

En sundhedsprofil forstås her som en helhedsbeskrivelse af et områdes sundhedsforhold. Typisk omfatter sundhedsprofilen beskrivelse af befolkningens sundhedstilstand og sygelighed, faktorer af betydning for sundhedstilstanden, konsekvenser af sygdom og dårlig sundhedstilstand samt sundheds- og sygdomsadfærden i befolkningen. Ofte anvendes betegnelsen 'lokal sundhedsprofil' om en profil, der dækker en kommune, mens betegnelsen 'national sundhedsprofil' bruges om profiler, der dækker hele landet. Som

noget nyt laves der nu også regionale sundhedsprofiler.

Sundhedsprofilerne kan afgrænses på forskellig vis. Der kan være tale om et bestemt aldersudsnit af befolkningen, fx børn, unge, ældre eller en bestemt befolkningsgruppe, eksempelvis ansatte på en arbejdsplads eller patienter indlagt på hospital inden for en given tidsperiode. Senere er betegnelsen også blevet brugt om beskrivelser af enkeltpersoners sundhedstilstand.

Sundhedsprofilen giver et oversigtsbillede af forholdene i et lokalområde. Traditionelt sondres der mellem forskellige typer af sundhedsprofiler:<sup>(2)</sup>

- **Helbredsprofil**, der er en beskrivelse af forekomsten og fordelingen i befolkningen af sundhed, sygelighed og dødelighed. En del af disse oplysninger kan fås gennem registeranalyser, andre kræver, at borgerne spørges direkte.
- **Livsstilsprofil**, der beskriver befolkningens sundhedsvaner og -adfærd i relation til fx kost, motion, tobak, alkohol, sex, fritid, holdning til sundhed og forebyggelse mv. Disse oplysninger kan kun fås ved direkte at spørge borgerne.
- **Levekårsprofil**, der beskriver sociale forhold, bolig, miljø, indkomstforhold. Mange af disse oplysninger kan fremskaffes gennem registeranalyser.

• **Sundhedsvæsenets profil**, der beskriver sundhedsvæsenets ressourcer, organisation og ydelser, sundhedsvæsenets målopfyldelser mht. kvalitet, kontinuitet og tilgængelighed samt befolkningens forbrug. En del af disse oplysninger kan kun fås ved direkte at spørge borgerne.

• **Demografisk profil**, der giver en beskrivelse af befolkningens fordeling på køn, alder, uddannelsesniveau, socioøkonomisk status, urbanisering mv. Næsten alle disse oplysninger kan fås via registeranalyser.

Som udgangspunkt er en sundhedsprofil kvantitativ, men den kan sagtens suppleres med kvalitative elementer. Som angivet, kan datagrundlaget baseres på både registerbaserede oplysninger og oplysninger indsamlet ved spørgeskemaundersøgelser.

I praksis varierer indholdet af en sundhedsprofil meget, ligesom den kan have mange forskellige formål. Den kan eksempelvis:

- Være et overordnet planlægningsværktøj for den forebyggende og behandlende indsats.
- Afdække sundhedsproblemer fx høj sygelighed, alkoholproblemer, fedmeudvikling mv. Problemerne afdækkes bl.a. ved sammenligning med andre lokalområder eller ved sammenligning med landsdækkende tal.



- Give aktuelle tal og oplysninger om emner og undergrupper i lokalbefolkningen, fx i forbindelse med landsdækkende debatter og problemstillinger. Profilen kan medvirke til at kvalificere og demokratisere debatten.
- Fungere som overvågningsinstrument og alarmklokke i forhold til utilsigtede eller uønskede udviklinger i sundhedstilstanden.
- Bidrage til målretning af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, hvor det er vigtigt at tage udgangspunkt i borgernes aktuelle viden, holdning og adfærd i relation til et givet sundhedsmæssigt problem.
- Bidrage til evaluering af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats.
- Bidrage til at bevidstgøre og engagere lokalområdets borgere og skabe debat om sundhedsforhold.

En sundhedsprofil er således ikke noget entydigt begreb – men kan have mange forskellige formål og udformninger, ligesom de emner og temaer, der måtte inddrages, kan variere. Det er imidlertid et væsentligt led i processen, og det fremmer oplevelsen af lokalt ejerskab og engagement, at der i lokalområdet foretages en grundig drøftelse af formålet med at udarbejde en sundhedsprofil og hvilke temaer, der skal inddrages.

### Udviklingen i Danmark

Første gang ordet sundhedsprofil og de dertil knyttede ideer blev brugt i Danmark, var i 1982 i forbindelse med en beskrivelse af sundhedsforholdene i Fyns Amt. Formålet var at sammenfatte dele af den offentliggjorte, kvantitative statistik vedr. sundhedsvæsenet (fx sygelighed, dødelighed, forsøg med måling af helbredsstatus mv.). Inspirationen til denne første sundhedsprofil kom bl.a. fra Sverige, hvor der var gennemført et stort udredningsarbejde om *Hälsa- och sjukvården under 90-tallet*.

I midten af 1980'erne var der en del debat om begrebsafklaringen og formålet med

at udarbejde sundhedsprofiler. Eksempelvis afholdt Sundhedsstyrelsen et mini-embedslæggemøde, hvor sundhedsprofiler var på dagsordenen, og Forebyggelsesrådet afholdt i samarbejde med DIKE (Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, nu Statens Institut for Folkesundhed (SIF)) en workshop om sundhedsprofiler.<sup>(1)</sup>

I 1987 gennemførte DIKE den første nationale sundhedsprofil *Sundhed og sygelighed i Danmark*.<sup>(3)</sup> I sidste halvdel af 1980'erne blev der gennemført enkelte sundhedsprofiler i bl.a. Vestsjællands, Københavns og Frederiksborg Amter, Horsens Kommune og Københavns Kommune.

### Nye planlægningsbestemmelser

Gennembruddet for sundhedsprofilarbejdet skete efter vedtagelsen i 1994 af nye lovbestemmelser for samarbejde og planlægning på sundhedsområdet. Formålet med de nye bestemmelser var at styrke samarbejdet inden for sundhedsområdet, at styrke indsatsen for forebyggelse og sundhedsfremme og at styrke kvalitetsudviklingen. I henhold til de nye bestemmelser skulle amterne i hver valgperiode udarbejde en sundhedsplan, der var baseret på beskrivelse af sundhedstilstanden i amtet og de tilhørende kommuner. Tilsvarende skulle kommunalbestyrelsen i hver valgperiode udarbejde en redegørelse omfattende de kommunale sundhedsordninger, kommunens forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter samt sundhedsberedskabet, dvs. det civile beredskab på sundhedsområdet.<sup>(4)</sup>

DIKE udsendte i 1994 et modelspørgeskema, baseret på erfaringer fra arbejdet med sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY).<sup>(5)</sup> Modelspørgeskemaet anviste forslag til centrale indikatorer for sundhedstilstanden, gav landsdækkende sammenligningsmateriale og beskrev, hvorledes arbejdet med udarbejdelsen af en lokal sundhedsprofil kunne gennemføres. Der blev gennemført rigtig mange sundhedsprofiler op gennem 1990'erne. Såle-

des viser en opgørelse over perioden 1988-1997, at der er gennemført en eller flere sundhedsprofiler i samtlige amtskommuner og i en række kommuner.<sup>(6)</sup> Der synes at have været tre forskellige modeller for disse sundhedsprofiler:

- **Kommunale profiler** (fx Horsens, Nordborg, København, Samsø, Randers).
- **Amtsprofiler**, der dækkende hele amtet (fx Ringkjøbing, Viborg, Frederiksborg).
- **Kombinerede kommune- og amtsprofiler**, hvor amtet var initiativtager og inviterede kommunerne til at deltage. Amt og kommuner udarbejdede spørgeskema i fællesskab, og kommunerne havde evt. mulighed for at supplere med egne spørgsmål. Amtskommunen varetog dataindsamling, dataopbevaring og afrapportering på kommunalt niveau og udarbejdede også en samlet amtsprofil. Kommunerne kunne efter ønske få udleveret eget datamateriale. Der var fokus på processen og samarbejdet mellem amt og kommune. Denne form for sundhedsprofil blev gennemført i fx Roskilde Amtskommune og Nordjyllands Amtskommune.

I 2001 udviklede og gennemførte Århus Amt sin egen sundhedsprofil. Denne profil var en medvirkende årsag til, at Region Midtjylland under dannelse i 2006 besluttede at gennemføre befolkningsundersøgelsen *Hvordan har du det?*, som blev den første regionale sundhedsprofil.



### Kommunalreform og ny sundhedslov

I 2005 blev kommunalreformen og den nye sundhedslov vedtaget til ikrafttræden 1. januar 2007. Kommunerne fik ansvaret for borgernes sundhed – al den borgerrettede og den kommunale patientrettede forebyggelse og sundhedsfremme. Der var tale om nye krav og udfordringer til kommunerne, dels i form af planlægning og prioritering af indsatsen – såvel den forebyggende og sundhedsfremmende indsats som den behandlende indsats – dels i form af gennemførelse og monitorering af den ydede indsats.

Der er i Danmark generelt krav om, at sundhedsindsatsen skal være evidensbaseret. Det betyder bl.a., at man skal tage udgangspunkt i viden om befolkningens sundhedstilstand og i de determinanter, der spiller en rolle for, om en befolkning (og enkeltindivider) holder sig sund og rask eller bliver syg. Vedtagelsen af kommunalreformen og den nye sundhedslov betød igen stor aktivitet mht. udarbejdelsen og brugen af sundhedsprofiler, og mange forskellige udbydere gik på banen:

- SIF udsendte nyt modelspørgeskema og vejledning i gennemførelse af lokale sundhedsprofiler. Dette modelspørgeskema var – som det første – bygget op over samme model som SUSY-undersøgelserne og var i vid udstrækning baseret på samme spørgsmål. Derfor kunne resultaterne fra en lokal sundhedsprofil, baseret på modelspørgeskemaet, altid sammenlignes med både nationale og regionale forhold.
- SIF indgik samarbejde med Kommunernes Landsforening (KL) om at gennemføre lokale sundhedsprofilundersøgelser.
- Tre regioner (Nordjylland, Midtjylland og Hovedstaden) gennemførte regionale-kommunale sundhedsprofiler.
- Flere private konsulentfirmaer udarbejdede sundhedsprofiler.

- KRAM-undersøgelsen tilbød 12 kommuner samt en pilotkommune at gennemføre en internetbaseret spørgeskemaundersøgelse af alle kommunens voksne borgere og at gennemføre en helbredsundersøgelse af 1.500 af kommunens borgere. Der blev udviklet et særskilt spørgeskema til undersøgelsen.

En oversigt over gennemførte sundhedsprofiler viser, at der siden 2006 er gennemført 93 sundhedsprofiler i 77 kommuner (tabel 1). Dvs., at flere kommuner har fået gennemført to profiler – mest udtalt i Hovedstadsregionen, hvor det først relativt sent politisk blev besluttet at gennemføre en kommunebaseret regional profil. Københavns kommune har siden 1987 løbende gennemført sundhedsprofilundersøgelser.

### Næste runde af sundhedsprofiler

De foreliggende sundhedsprofiler udgør et broget billede, såvel mht. valg af emner og temaer, som mht. indikatorer, der bruges til at sammenligne kommunerne indbyrdes og sammenligne den enkelte kommune i forhold til et nationalt niveau.

Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Finansministeriet tog i 2007 initiativ til et udviklingsarbejde med henblik på at udvikle et standardspørgeskema, der kunne sikre gennemførelse af ensartede og sammenlignelige sundhedsprofiler i hele landet og på at opstille modeller for, hvorledes arbejdet med sundhedsprofiler fremover kunne organiseres.<sup>(7)</sup>

Primo 2009 er der mellem KL, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Finansministeriet indgået aftale om organisering og finansiering af sammenlignelige sundhedsprofiler for alle regioner og kommuner. Aftalen indebærer:

- At regionerne skal gennemføre og finansiere indsamlingen af sundhedsprofiler, baseret på et udviklet standardspørge-

skema med 51 spørgsmål. Hver region vil kunne udvide standardspørgeskemaet med yderligere spørgsmål for at belyse specifikke kommunale eller regionale problemstillinger.

- At den første sundhedsprofilundersøgelse planlægges og gennemføres i 2009, således at resultaterne kan anvendes i forbindelse med de nye sundhedsaftaler i 2010. Herefter skal der gennemføres sundhedsprofilundersøgelser hvert fjerde år og på samme tidspunkt i alle regioner.
- At der som en integreret del af de regionale sundhedsprofilundersøgelser tillige indsamles regionsrepræsentative data for en begrænset respondentgruppe til brug for videreførelse af tidsserier fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY).

- At Statens Institut for Folkesundhed (SIF) får til opgave at drive og finansiere en national database for sundhedsprofiler med sammenlignelige data for alle kommuner.

- At der nedsættes et koordinerende udvalg for sundhedsprofilundersøgelserne under Sundhedsstyrelsens formandskab og med deltagelse af repræsentanter udpeget af Danske Regioner, regionerne, KL, SIF og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Udvalget har generelt ansvaret for at sikre en identisk, samlet model for indsamling af data i kommunerne og indberetning af data fra hver region til SIF.

### Afrunding

Som omtalt i indledningen er der i arbejdet med sundhedsprofiler sket en forskydning af fokus. Emne- og temamæssigt synes der at være sket en indsnævring af sundhedsprofilbegrebet, idet det vedtagne standardspørgeskema klart sætter fokus på livsstilsprofilen, hvilket utvivlsomt kommer til at præge de kommende års forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats. Anvendelsen af et standardspørgeskema giver optimale muligheder for sammenligning mellem kommuner. Dog må

Tabel 1: Regionsopdelt oversigt over sundhedsprofiler udarbejdet af SIF, KL, private konsulentfirmaer og regionerne, 2006-2009.

	Hovedstaden	Sjælland	Region Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	I alt <sup>1</sup>
Baseret på SIF's modelspørgeskema	Allerød Ballerup Gribskov Helsingør	Odsherred Slagelse Roskilde Køge Lejre (Sorø)	Kolding Aabenraa Haderslev			13
Baseret på HEPRO- spørgeskemaet		Holbæk	Sønderborg Vejle			3
KL-profil. Baseret på SIF's modelspørgeskema	Fredensborg- Humblebæk Frederiksværk- Hundested					2
Konsulentfirma	Hillerød Ny Frederikssund		Odense			3
Regionsprofil	29 kommuner			19 kommuner	11 kommuner <sup>2</sup>	59
Baseret på KRAM-spørgeskemaet	Hillerød Brøndby Albertslund Frederiksberg	Næstved Guldborgsund	Sønderborg Varde Faaborg-Midtfyn Ærø	Struer Silkeborg	Aalborg	13
<b>I alt</b>	41 profiler i 29 kommuner	9 profiler i 9 kommuner	10 profiler i 9 kommuner	21 profiler i 19 kommuner	12 profiler i 11 kommuner	
Antal kommuner i regionen	29	17	22	19	11	

<sup>1</sup> Tallene kan ikke summeres, da en kommune kan have flere sundhedsprofiler.<sup>2</sup> Baseret på HEPRO-skemaet (se note 2, side 13)

man håbe, at de gode sammenligningsmuligheder ikke resulterer i, at kommunerne på sigt vil stille sig tilfreds med at svare til gennemsnittet. Det kunne i værste fald betyde, at kommuner, der allerede er langt fremme i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde på et givet område (fx rygning) – og har set positive resultater af deres indsats i form af lav forekomst af dagligrygere – nedprioriterer eller helt stopper yderligere indsats, fordi de ved sammenligning med

andre kommuner er placeret bedre end gennemsnittet. Eller det kunne betyde, at der slet ikke prioriteres indsats på rygeområdet, fordi sundhedsprofilen viser, at forekomsten af dagligrygere allerede svarer til gennemsnittet for kommunerne. Kun såfremt kommunerne bevarer deres kreativitet og individualitet og fortsat vægter hver deres mærkesager, kan sundhedsprofilundersøgelserne medvirke til en dynamisk og positiv udvikling af danskeres sundhedstilstand. ■

## REFERENCER

- (1) Forebyggelsesrådet. Sundhedsprofiler. Rapport fra en workshop afholdt af Forebyggelsesrådet og Dansk Institut for Kliniske Epidemiologi. København, Forebyggelsesrådet 1988.
- (2) Kamper-Jørgensen F. Sundhedsprofiler. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G (eds). Forebyggende sundhedsarbejde. København, Munksgaard Danmark 2003.
- (3) Rasmussen NK, Groth MV, Bredkjær SR, Madsen M, Kamper-Jørgensen F. Sundhed og sygelighed i Danmark 1987. København, DIKE 1988.
- (4) Sundhedsministeriet. Samarbejde og planlægning på sundhedsområdet. Vejledning 1994. København, Sundhedsministeriet 1994.
- (5) DIKE. Modelspørgeskema til undersøgelse af sundhed og sygelighed i befolkningen. København, DIKE 1994.
- (6) DIKE. Sund By Netværket – baggrund, tilblivelse, udvikling & aktiviteter 1988-1997. København, DIKE 1998.
- (7) COWI. Udarbejdelse af kommunale og regionale sundhedsprofiler – forslag til en landsdækkende model for sundhedsprofiler og et standardspørgeskema. København, 11. april 2008.

## Harmonisering og udvikling af profiler på landsplan

■ Finn Breinholt Larsen, sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed, Sundhedsfremme og Forebyggelse, Region Midtjylland

Som omtalt i Mette Kjølbers artikel koordineres arbejdet med sundhedsprofiler fremover på landsplan. Der er nedsat en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen med deltagelse af regioner, kommuner og Statens Institut for Folkesundhed. Arbejdsgruppen samles første gang den 16. april 2009. Dens opgave er at sikre udmøntningen af aftalen om sundhedsprofiler, der er indgået mellem stat, regioner og kommuner. Der er mange praktiske problemer, der skal løses, for at gennemføre den hidtil største undersøgelse af den danske befolknings sundhed. Til gengæld kan man se frem til et fælles arbejdsredskab, der vil kunne styrke sammenhængen i folkesundhedsarbejdet på tværs af landet og sektorerne.



# Hvordan har du det?

## Region Midtjyllands sundhedsprofil for region og kommuner

- en befolkningsundersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom

Gode data om befolkningens sundhed er et vigtigt redskab i bestræbelserne på at gøre sundhedsvæsenet mere proaktivt og at tilpasse det til de stadigt skiftende behov. I 2006 indsamlede Center for Folkesundhed oplysninger om 22.000 etniske danske borgeres trivsel, sundhed og sygdom.

■ Finn Breinholt Larsen & Louise Nordvig, sundhedskonsulenter, Center for Folkesundhed, Sundhedsfremme og Forebyggelse, Region Midtjylland<sup>1</sup>

Formålet med Region Midtjyllands befolkningsundersøgelse *Hvordan har du det?* er at beskrive sundhedstilstanden i den voksne befolkning. Det er både et dokumentationsredskab og et praktisk planlægningsredskab. Ved at gentage undersøgelsen hvert fjerde år vil man kunne følge udviklingen i folkesundheden over tid.

Kommunerne overtog med kommunal-reformen ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme. Data fra befolkningsundersøgelsen *Hvordan har du det?* er blevet brugt af de nye sundhedsafdelinger i kommunerne ved udformning af sundhedspolitikker og forebyggelsesstrategier. I Region Midtjylland har undersøgelsen bl.a. givet input til *Kronisk sygdom – vision og strategi for en bedre indsats* og til de to midlertidige udvalg vedrørende sundhedsplanen og sociale forskelle i sundhed. Men hermed er anvendelsesmulighederne langt fra udtømte. Senere i artiklen gives nogle eksempler på andre anvendelser. Men først lidt om indholdet i undersøgelsen.

### Selvvrurderet helbred, funktionsevne og sygdom

Undersøgelsens data er indsamlet ved hjælp af et selvudfyldt spørgeskema. Det er et omfattende skema med 103 spørgsmål, svarende til ca. 400 afkrydsningsmuligheder for hver respondent. Hertil kommer muligheden for at koble datasættet til forskellige offentlige registre via Danmarks Statistiks forskerordning.

For at belyse borgernes generelle sundhedstilstand er der spurgt til selvvrurderet helbred og fysisk og psykisk funktionsevne (SF12). Der er endvidere spurgt til behov for hjælp til dagligdagens gøremål (IADL), hvorvidt man får hjælp og i givet fald af hvem. Der er spurgt til forekomsten af langvarige sygdomme og eftervirkninger af disse. For sygdomme, der med stor sikkerhed fører til sygehuskontakt, kender vi forekomsten i forvejen fra Landspatientregisteret. For sygdomme, der fortrinsvis behandles i almen praksis, kan vi kun få forekomsten belyst ved at spørge borgerne. Det samme gælder forekomsten

af eftervirkninger af de forskellige sygdomme. Her er borgernes egne oplysninger helt centrale. Undersøgelsen giver mulighed for at beskrive, hvor meget forskellige sygdomme belaster den enkelte, og hvor mange, der har eftervirkninger af de pågældende sygdomme, henholdsvis hvor mange der er kommet over sygdommen(e) uden eftervirkninger. Så her handler det ikke bare om *hvordan har du det?* – men også om *hvordan fik du det?*

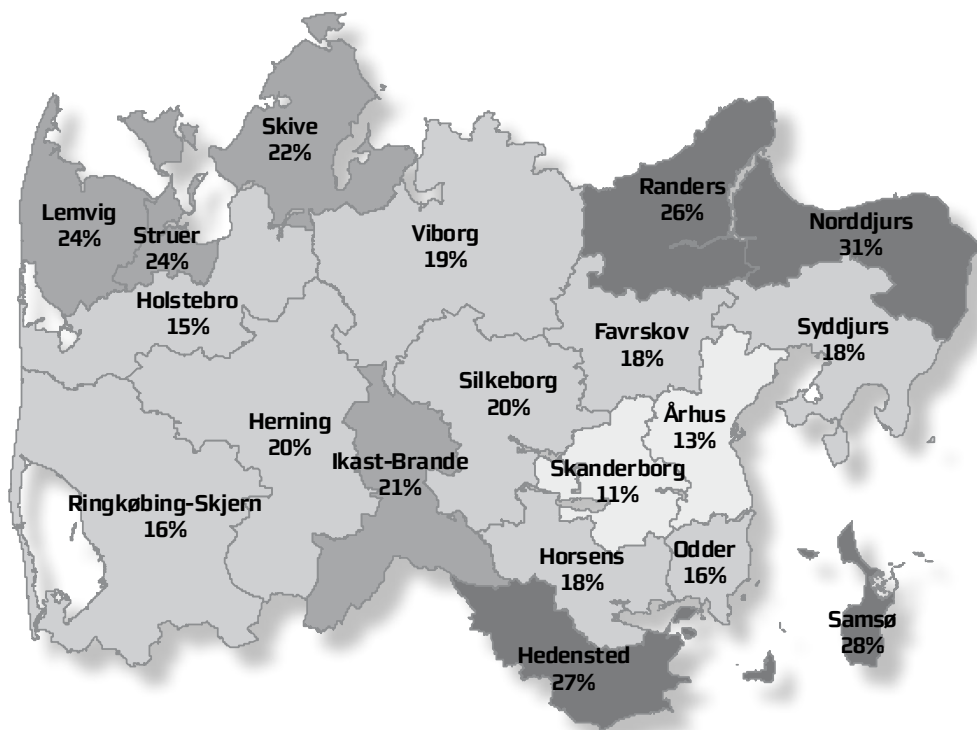
### KRAM

En vigtig del af undersøgelsen handler om befolkningens sundhedsvaner, de såkaldte KRAM-faktorer: kost, rygning, alkohol og motion. Desuden er der spurgt om højde og vægt, så der kan beregnes Body Mass Index (BMI). Der er spurgt på en måde, så man kan se, hvor mange der overholder eller lever op til de officielle anbefalinger med hensyn til alkoholforbrug, kost og motion.

Der er også spurgt til motivationen for at ændre sundhedsvaner: at stoppe med



Figur 1: Personer der bor sammen med børn på 0-15 år, hvor der bliver røget indendørs i hjemmet hver dag – kommuner



at ryge, at tabe sig, at blive mere fysisk aktiv mv. Der er desuden spurgt til, hvor mange der inden for de seneste tre år har fået råd hos egen læge om at ændre sundhedsvaner.

### Psykisk arbejdsmiljø og stress

Til den erhvervsaktive del af befolkningen er der stillet en række spørgsmål om psykisk arbejdsmiljø. Desuden belyses balancen mellem arbejdsliv og privatliv ('det grænseløse arbejde'). Der er et generisk mål for stress i spørgeskemaet (*Perceived Stress Scale*), som giver mulighed for at beskrive forekomsten af stress i forskellige befolkningsgrupper og sammenhængen mellem stressniveau og en række belastningsfaktorer. Hertil kommer spørgsmål om trivsel, livskvalitet og psykiske symptomer, der gør det muligt at tegne et billede af befolkningens psykiske sundhed.

### Sociale, uddannelsesmæssige og geografiske forhold

Der er ved tilrettelæggelsen af undersøgelsen lagt vægt på, at de mange oplysninger om helbred og sundhed kan sættes ind i en social sammenhæng. Derfor er der stillet en række spørgsmål om borgerens sociale liv: sociale netværk og støtte fra omgivelserne, deltagelse i sociale aktiviteter, forekomsten af belastende livsomstændigheder mv. Der er også spurgt om uddannelse, erhverv, tilknytning til arbejdsmarkedet og indkomst.

Der er efterfølgende kodet for uddannelsesniveau (Dansk Uddannelses-Nomenklatur) og branche (Dansk Branchekode). Uddannelsesniveau er næsteften køn og alder efterhånden blevet den vigtigste baggrundsvariabel i epidemiologiske undersøgelser. Der er en markant sammenhæng mellem uddannelsesniveau

og en lang række sundhedsparametre. Oplysning om branche giver interessante muligheder for at beskrive forskelle i sundhedsforhold i den erhvervsaktive del af befolkningen.

Endelig skal fremhæves den geografiske dimension. I første omgang er der foretaget analyser på kommuneniveau, så kommunerne har mulighed for sammenligning på tværs af regionen (se figur 1). Senere vil der blive lavet mere avancerede analyser af data ved hjælp af GIS-værktøjer (*Geographic Information System*), hvilket giver mulighed for fx at lokalisere 'hot spots', områder med mange kroniske sygdomme, med mange rygere, med stor forekomst af overvægt, et højt stressniveau osv.

### Samarbejde på tværs af landet

Region Midtjylland var den første region,

der gennemførte en egentlig befolkningsundersøgelse. Siden har Region Nordjylland fuldt trop, og senest Region Hovedstaden. Der er et tæt samarbejde mellem Region Midtjylland og Region Hovedstaden om undersøgelserne, og der er benyttet stort set identiske spørgeskemaer. Det muliggør sammenligninger på tværs af landet fra Hvide Sande til Vedbæk. De to datasæt kan desuden slås sammen

(pooles), så man kan lave analyser af subpopulationer, fx KOL-patienter, på et større og dermed mere sikkert datagrundlag. Fra 2010 vil vi desuden få tal fra hele landet på en række centrale sundhedsindikatorer.

### Perspektiver

Formålet med sundhedsprofilen er at få viden om befolkningens sundhed, der kan bruges i det praktiske folkesundhedsarbej-

de. Derfor må perspektivet også være, at fremtidige profiler kommer til at omfatte hele befolkningen: børn, unge, voksne og gamle, etniske danskere og personer med anden etnisk baggrund. For at nå dertil kræves både penge og et fagligt udviklingsarbejde. Det første skridt er taget med den foreliggende sundhedsprofil. Mon ikke de næste skridt vil blive taget i de kommende år? Det håber vi. ■

### NOTE

1. Denne artikel er en revideret version af en artikel, der tidligere er publiceret i *Lægen i Midten*, nr. 2, 2008.

### LINK

[www.centerforfolkesundhed.dk](http://www.centerforfolkesundhed.dk)

[www.hvordanhardudet.rm.dk](http://www.hvordanhardudet.rm.dk)



## BEFOLKNINGSUNDERSØGELSEN HVORDAN HAR DU DET?

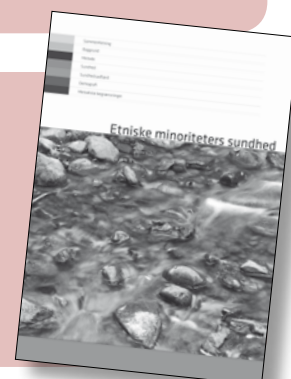
Undersøgelsen forestås af Center for Folkesundhed, Sundhedsfremme og Forebyggelse, Regionshuset Århus. Til undersøgelsen er benyttet en stikprøve på 31.500 personer i alderen 25-79 år. Der er udvalgt 1.500 personer pr. kommune, i Århus Kommune dog 4.500. Data er indsamlet ved hjælp af et selvudfyldt spørgeskema. Svarprocenten var 69% (21.708 besvarelser). Personer med anden etnisk baggrund end dansk er ekskluderet fra stikprøven. Erfaringsmæssigt er det svært at opnå en høj svarprocent og en god datakvalitet hos disse grupper med den valgte data-indsamlingsmetode.

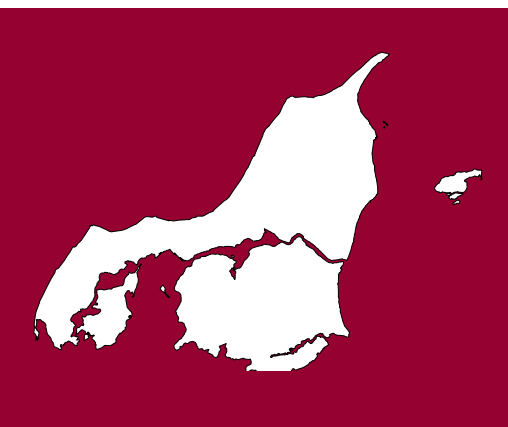
## ANALYSERESULTATER

Undersøgelsens resultater kan downloades på [www.hvordanhardudet.rm.dk](http://www.hvordanhardudet.rm.dk). Her finder du hovedrapporten *Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner* og undersøgelsens spørgeskema. Desuden finder du *Hvordan har du det? Online*, som er undersøgelsens e-tidsskrift, hvor der løbende offentliggøres nye temaanalyser (se bladets bagside).

## ETNISK SUNDHEDSPROFIL – ANALYSERESULTATER

Der er i 2007 gennemført en landsdækkende befolkningsundersøgelse, der specifikt retter sig mod etniske minoriteter. Undersøgelsen blev udført af Center for Folkesundhed i samarbejde med et partnerskab med deltagelse af: Region Hovedstaden, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Københavns, Odense og Århus Kommuner samt Sundhedsstyrelsen. Resultaterne foreligger i rapporten *Etniske minoriteters sundhed* (juni 2008). For flere informationer, herunder download af rapporten, se: [www.centerforfolkesundhed.dk/publikationer/sundhedsfremme+og+forebyggelse/sundhedsprofiler](http://www.centerforfolkesundhed.dk/publikationer/sundhedsfremme+og+forebyggelse/sundhedsprofiler)





## Social kapital fremmer forståelsen af sundhed

Region Nordjylland er begyndt at inddrage social kapital i sundhedsarbejdet. Social kapital, forstået som omfanget af tillid, tryghed, normer om gensidig hjælp og andre kendetegn ved den sociale struktur, er i stigende grad i fokus, når det gælder den enkelte borgers sygdom, sundhed og velvære. Social kapital ses sammen med andre sundhedsdeterminanter som et stærkt redskab i planlægnings- og strategiarbejdet.

■ Jane Pedersen, specialkonsulent, Vickie Sandra Hayes, fuldmægtig, Praksissektoren & Michael Falk Hvidberg, fuldmægtig, Analysekontoret, Region Nordjylland

Forskellige undersøgelser peger på, at lokalsamfund, arbejdspladser, skoler mv., der er kendetegnet ved en høj grad af social kapital, også er kendetegnet ved bedre trivsel, mindre mobning og mindre sygelighed. Eksempelvis har Arbejdsmiljørådet i 2008 udgivet en hvidbog *Virksomhedens sociale kapital*, hvor man peger på, at den sociale kapital bidrager til en forståelse af, hvad der skaber et godt arbejdsmiljø.

### Social kapital og sundhed

Resultaterne af den nordjyske sundhedsprofilundersøgelse fra 2007 peger også på, at der er en sammenhæng mellem social kapital og borgernes sundhed og sygelighed. Der er således gode grunde til at fokusere på de rammer, borgerne er en del af, og se på de netværk, normer og gensidige tillidsrelationer, der eksisterer eller mangler. Det er ikke nyt for offentlige aktører at involvere sig aktivt i at skabe rammer og netværk, der fremmer sundhed, livskvalitet og engagement på det

sundhedspolitiske område. Healthy City-strategien<sup>1</sup> er et eksempel på at tænke sundhed ind i en lokalsamfundsstrategi. For at Region Nordjylland og kommunerne i Nordjylland kunne målrette indsatserne på området, var der imidlertid behov for mere viden om den nordjyske befolknings sociale kapital og betydningen for borgernes sundhed og velvære. På den baggrund valgte Region Nordjylland og de nordjyske kommuner HEPRO-modellen<sup>2</sup> som udgangspunkt for sundhedsprofilundersøgelsen *Sådan står det til med sundheden i Nordjylland*.

HEPRO-modellen bygger på et bredt og 'rumligt'<sup>3</sup> sundhedsbegreb, hvori der ligger en forståelse af, at sundhed ikke blot handler om fravær af sygdom. Sundhed handler også om fysisk, psykisk og socialt velvære, om den mellem menneskelige kontakt, den generelle tillid og tryghed samt samfundets og lokalmiljøets rammer og muligheder. Sundhedsbegrebet inkluderer således en opfattelse af, at den sociale

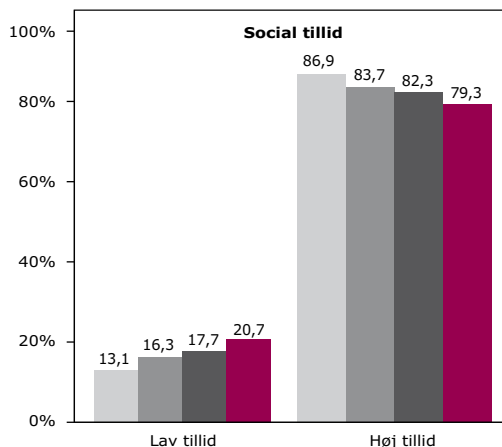
kapital i lighed med andre mere traditionelle sundhedsdeterminanter har betydning for befolkningens sundhed.

### Social tillid, institutionel tillid og relationer

Social kapital er et dynamisk begreb, hvorom der kontinuerligt foregår forskning og debat. I dette 'stormvejr' valgte man i den nordjyske sundhedsundersøgelse bl.a. at fokusere på: *social tillid*, *institutionel tillid* og *relationer*, og sammenholdes disse eksempelvis med borgernes antal af selvrapporterede sygdomme, dukker der flere interessante sammenhænge op.

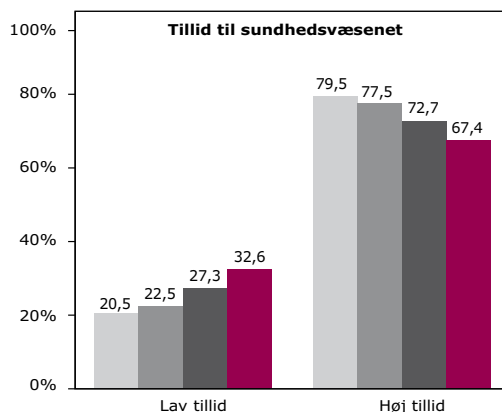
Undersøgelsen viser, at blandt nordjyder med *lav social tillid* er der flere med '3 eller flere sygdomme' (20,7%) end med 'ingen sygdom' (13,1%). Se figur 1. Det samme gælder, når nordjydernes *tillid til sundhedsvæsenet* analyseres (32,6% af borgerne med *lav tillid* har '3 eller flere sygdomme' og 20,5% har 'ingen

Figur 1: Antal sygdomme og social tillid

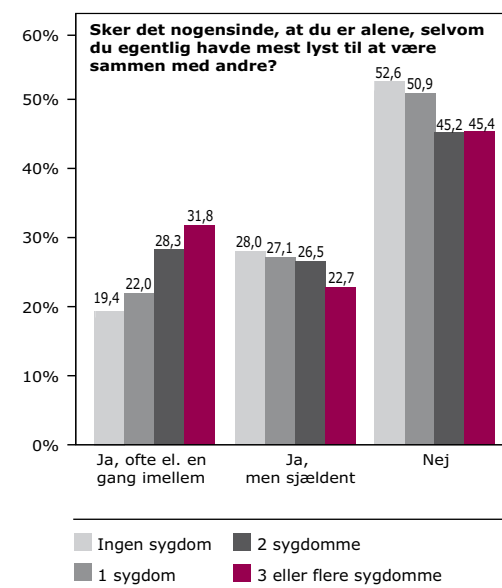


Figur 2:

Antal sygdomme og tillid til sundhedsvæsenet



Figur 3: Antal sygdomme og sociale relationer



sygdom'). Se figur 2. I forhold til *mellem-menneskelige relationer* tyder analyser af sundhedsprofildata også på en sammenhæng med sygdomsforekomsten. Således vurderer 31,8% af de nordjyske borgere, der har '3 eller flere sygdomme', at være alene på tidspunkter, hvor de egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre. 19,4% 'uden sygdom' er ofte eller en gang imellem alene, selvom de egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre. Se figur 3.

I analysearbejdet er der endvidere set nærmere på, hvorvidt disse sammenhænge er statistisk signifikante. Skal arbejdet kunne bruges som redskab i sundhedsindsatsen, er det et fornuftigt krav, at der er evidens for, at sammenhænge ikke skyldes andre faktorer såsom: uddannelse, køn, alder og uhensigtsmæssig livsstil. I den forbindelse er der lavet flere statistiske analyser ved hjælp af en såkaldt multinominal logistisk regression. Når man inddrager disse 'andre faktorer' er resultatet, at social kapital i form af tillid og relationer fortsat har betydning for sygeligheden. Faktisk ser det ud til, at eksempelvis rygning og alkoholforbrug mister betydning i flere af de statistiske analyser. Den nordjyske sundhedsprofil bekræfter således vigtigheden af, at der også fokuseres på sociale faktorer, og på at der etableres socialt differentierede indsatser.

### Hvad kan analyserne bruges til

Umiddelbart kan man fristes til at konkludere, at anvendelsen af viden om social kapital fordrer mere generelle samfundsmæssige løsninger, der ligger uden for kommunalt og regionalt regi og handleområder. Men der er flere områder, hvor det kan være relevant at tænke denne viden ind i praksis.

I forhold til den gruppe af syge mennesker, der har ringe grad af tillid til andre mennesker (social tillid) og til sundhedsvæsenet, stiller det højere krav til kommunikationen med sundhedspersonalet. I kontakten med sundhedsvæsenet er der også mulighed for at give patienten tilbud, der forbedrer pågældendes relationer. Indsatser kan netop i sig selv udnyttes til at skabe eller styrke relationer i patientens eget liv ved inddragelse af netværk – eksempelvis igennem deltagelse i patientskoler og "Lær at leve med kronisk sygdom"-koncepter, som der i dag fokuseres på mange steder i landet (herunder også i Nordjylland) i forbindelse med kronikerindsatser. Graden af tillid kan samtidigt øges igennem ejerskab og inddragelse – både på det nære sociale plan og mere generelt i forhold til den institutionelle tillid – og således medvirke til at generere en positiv påvirkning på sygelighed og trivsel.

Viden om social kapital kan også med fordel anvendes i konkrete kommunale tiltag, hvor der fokuseres på understøttelse af foreningsliv og inden for fysisk planlægning af by- og lokalsamfundsmiljøer, hvor rum til social interaktion medintænkes.

Det vanskelige er imidlertid at differentiere patient- og befolkningsgrupper meningsfuldt, så det kan bruges i forebyggelsesarbejdet. Her kan analyser af social kapital anvendes som et værdifuldt hjælperedskab. I Region Nordjylland arbejdes der bl.a. videre med denne problemstilling ved at koble sundhedsprofildata til registerdata fra Danmarks Statistik (DST) og Beskæftigelsesministeriets DREAM-database (sociale ydelser) samt til det geografiske informationssystem (GIS). I skrivende stund arbejdes der på at udvikle regionskort for udvalgte områder af social kapital,

KRAM og kronisk sygdom m.m. for Region Nordjylland.

### Forskning og udvikling

Den nordjyske sundhedsprofil indikerer en mulig sammenhæng mellem social kapital og social ulighed i sundhed, men giver ikke noget bud på, hvordan man systematisk kan bidrage til at fremme den sociale kapital. Derfor er der igangsat flere forsknings- og udviklingsinitiativer:

- Region Nordjylland har indledt et samarbejde med Aalborg Universitet og tre kommuner (Aalborg, Frederikshavn og Mariagerfjord Kommune) om et treårigt ph.d.-projekt, som tager afsæt i Region Nordjyllands og de tre kommuners ønsker og behov for at få genereret en mere systematisk viden om og forståelse af forholdet mellem social kapital, social ulighed i sundhed og borgernes handlekompetence. Formålet er, at viden om strukturelle forhold i højere grad kan finde sin plads i folkesundhedsarbejdet,

der traditionelt har været præget af en mere individorienteret tilgang.

- Region Nordjylland er leadpartner på en EU-ansøgning om midler til et treårigt projekt målrettet bæredygtighed og innovation i Østersøområdet, hvor der arbejdes tæt sammen med forskningsinstitutioner i Skandinavien og Baltikum. Konkret går projektet ud på at udvikle værktøjer til identifikation af social ulighed, som konkret afprøves i et antal pilotprojekter spredt i Østersøområdet.
- Region Nordjylland arbejder sammen med Aalborg Universitet om at udvikle et batteri af social kapital-spørgsmål, der skal integreres i den kommende sundhedsprofilundersøgelse, der forventes at blive gennemført i 2010.

### Fra teori til handling

Sammen med andre sundhedsdeterminanter ses arbejdet med social kapital som et stærkt redskab i planlægnings- og strategi-

arbejdet. I forbindelse med udviklingen af en politik for Region Nordjyllands indsats på folkesundhedsområdet er social kapital en af de centrale hjørnestene, som skal tænkes ind i de forskellige indsatser på sygehuse, i almen praksis, i den regionale udvikling, på regionens arbejdspladser og i kommunesamarbejdet. En sådan politik blev vedtaget af regionsrådet den 10. marts 2009, og en implementeringsplan er under udarbejdelse. Social kapital er således i høj grad ved at blive transformeret fra et akademisk begreb til konkrete politikker og initiativer. ■

### NOTER

1. Region Nordjylland har via sin deltagelse i Sund By Netværket siden 2001 været medlem af WHO European Healthy Cities NETWORK. Sund By Netværkets arbejde tager afsæt i WHO's brede sundhedsbegreb, hvor sundhed også handler om sociale forhold og miljø. Læs mere om Healthy Cities-programmet i Europa på [www.euro.who.int/healthy-cities](http://www.euro.who.int/healthy-cities)
2. HEPRO står for Health Profiles. Modellen er udviklet i et EU-støttet udviklingsarbejde 2005-2007. Se [www.heproforum.net](http://www.heproforum.net)
3. Begrebet *spatial planning* blev i forbindelse med HEPRO-projektet oversat til dansk som 'det rumlige sundhedsbegreb'. Det er altså ikke en stavefejl, men en oversættelse, der er en udvidelse af WHO's brede sundhedsbegreb.

## DEN NORDJYSKE SUNDHEDSPROFIL

Sundhedsundersøgelsen, *Sådan står det til med sundheden i Nordjylland*, blev gennemført i perioden november 2006-februar 2007. Der blev udsendt et spørgeskema til 23.716 borgere i alderen 16-79 år, fordelt i de 11 kommuner i regionen. Samlet set valgte 11.498 borgere at svare, hvilket giver en svarprocent på 48,9%. Analysearbejdet og afrapportering er lavet i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sundhedsprofilundersøgelsen 2007 var et led i sundhedsaftalesamarbejdet mellem Region Nordjylland og kommunerne i Nordjylland. Rapporten *Sådan står det til med sundheden i Nordjylland* kan downloades på: [www.rn.dk/SundhedOgSygehuse/SundhedsfremmeOgForebyggelse/Sundhedsundersogelse](http://www.rn.dk/SundhedOgSygehuse/SundhedsfremmeOgForebyggelse/Sundhedsundersogelse)







# Region Hovedstadens sundhedsprofil

## – fokus på social ulighed i sundhed

I hvor høj grad afspejler de sociale forskelle mellem kommunerne i Region Hovedstaden sig i forskelle i sundhed og sygelighed? Det er et af de vigtige spørgsmål, som undersøgelsen fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed søger besvaret i regionens sundhedspolitiske bestræbelser for at mindske den sociale ulighed i sundhed.

■ Helle Hilding-Nørkjær, projektleder, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden

Region Hovedstaden har ligesom Region Midtjylland og Region Nordjylland udarbejdet en samlet sundhedsprofil for alle regionens kommuner for at styrke grundlaget for såvel den regionale som den kommunale sundhedsplanlægning.

I samarbejde med Region Midtjylland har Region Hovedstaden udviklet spørgeskemaet *Hvordan har du det?* Knap 70.000 voksne borgere – ligeligt fordelt mellem de 29 kommuner og 10 bydele i København – modtog et spørgeskema, og 52,3% svarede. Sammen med oplysninger fra de centrale registre om demografi, socioøkonomi og sygdomsforekomst, danner spørgeskemaet grundlaget for sundhedsprofilen.

### Kommune socialgrupper

I Region Hovedstaden er det et sundhedspolitisk mål at mindske den sociale ulighed i sundhed. Derfor har sundhedsprofilen som fokus at belyse, om der er social ulighed i sundhed – ikke kun på tværs af befolknings-

grupper, men også på tværs af regionens kommuner.

Der er vist en sammenhæng mellem et områdes deprivation (manglende materielle og sociale ressourcer) og en række helbredsmål. For at sætte fokus på social ulighed i sundhed er kommunerne i sundhedsprofilen derfor inddelt i fire 'kommune socialgrupper' efter andelen af borgere, der er uden for arbejdsmarkedet, andelen af borgere, der har en kort uddannelse og den gennemsnitlige bruttoindkomst i kommunen. Den geografiske placering af kommune socialgrupper ses af figur 1.

Der er en udbredt polarisering i Region Hovedstaden, hvor borgerne nærmest bor i sociale enklaver: de socialt bedst stillede kommuner (kommune socialgruppe 1) er samlet i et bælte nord for København, mens de socialt dårligst stillede kommuner (kommune socialgruppe 4) grupperer sig på Vestegnen og i de københavnske bydele.

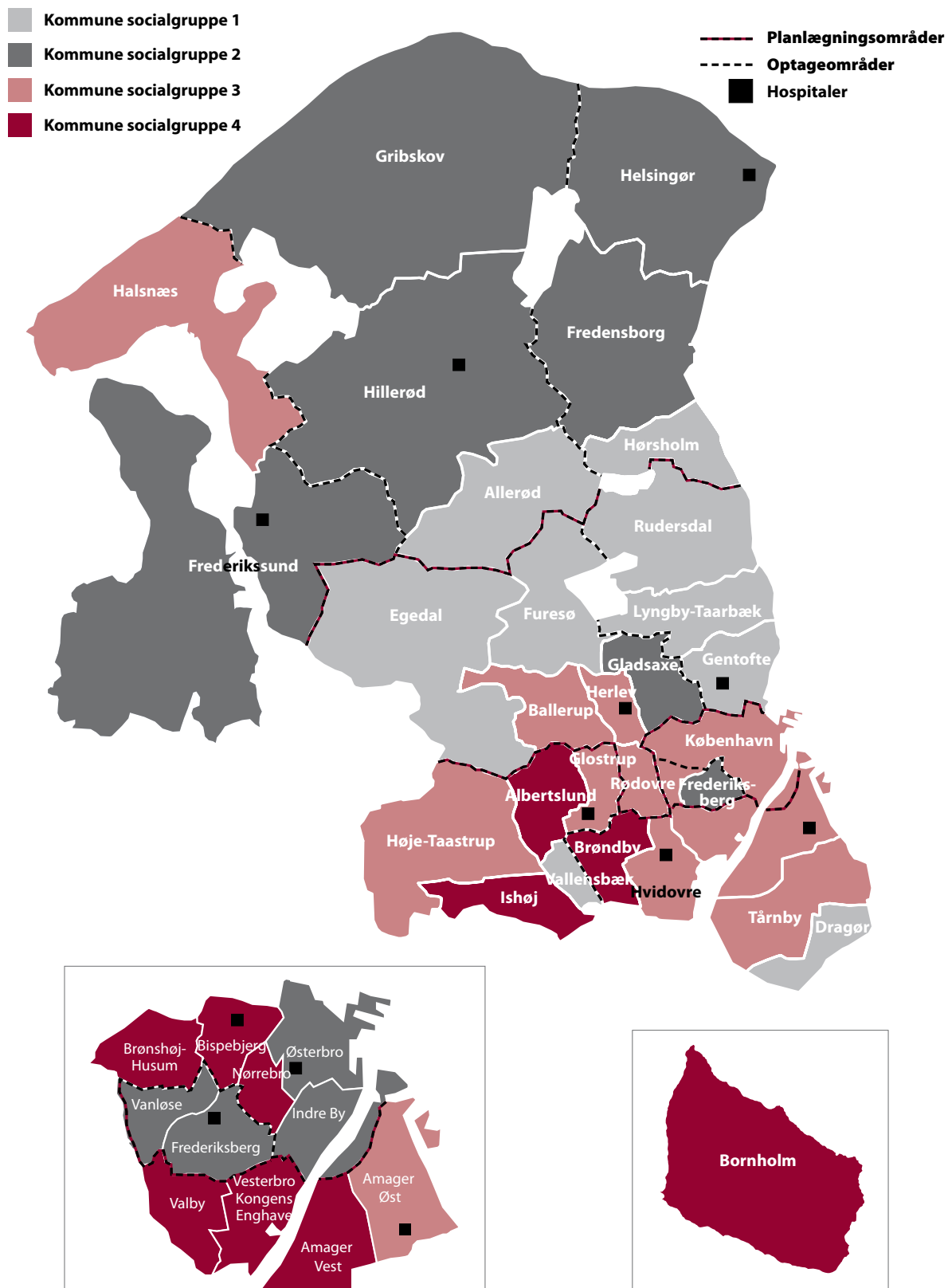
### Social ulighed i sundhed

Bemærkelsesværdigt er det også, i hvor høj grad de sociale forskelle på tværs af kommuner afspejler forskelle i sundhed og sygelighed mellem kommunerne i Region Hovedstaden. Figur 2 (side 16) viser eksempelvis, hvor mange der har diabetes i kommunerne.

Kommunerne er her inddelt i de fire kommune socialgrupper, og højre del af figuren viser forekomsten af diabetes i forhold til regionsgennemsnittet. Her er der også taget højde for forskelle i alderssammensætningen mellem kommunerne. Figuren viser en markant social gradient på tværs af kommuner, idet alle de socialt dårligst stillede kommuner har en højere andel af borgere med diabetes end regionsgennemsnittet – modsat de socialt bedst stillede kommuner.

Det samme mønster ses for en lang række kroniske sygdomme samt for sundhedsadfærd som rygning, usund kost og fysisk

Figur 1: Inddeling i kommune socialgrupper



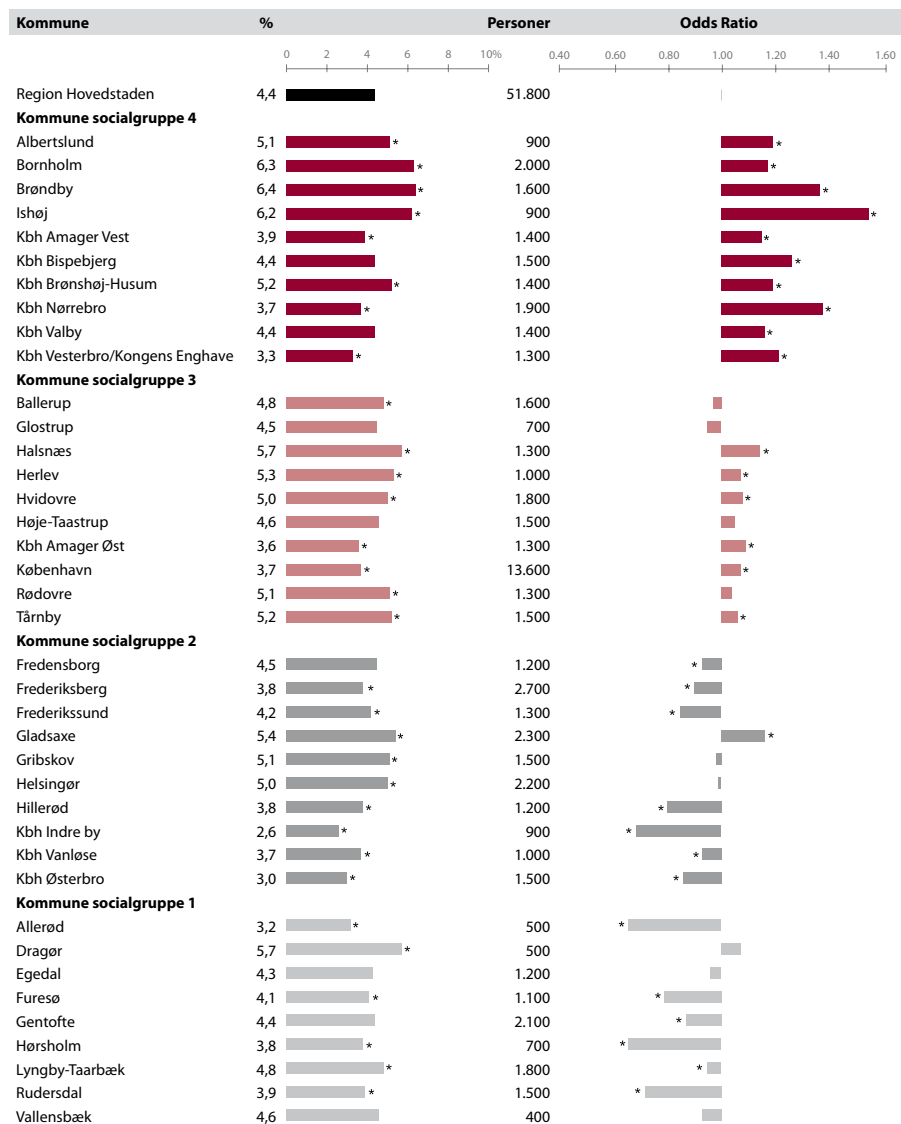
inaktivitet. Region Hovedstaden og Region Midtjylland har i den forbindelse haft et analysesamarbejde med fokus på social ulighed i sundhed. Sammenlignet med kommunerne i Region Hovedstaden er der imidlertid ikke samme markante ulighed i sundhed og sygelighed på tværs af kommunerne i Region Midtjylland. Det skyldes ikke, at den sociale ulighed er mindre i Region Midtjylland end i Region Hovedstaden. Men der er ikke den samme tydelige geografiske fordeling af uligheden. Den sociale ulighed i sundhed findes inden for hver enkelt kommune.

### Fremtiden

Om den sociale ulighed i sundhed i Region Hovedstaden er blevet mindre, vil vise sig, når den næste sundhedsprofil for voksne bliver gennemført i 2010 i alle regioner.

Region Hovedstaden er desuden i gang med at udvikle et koncept til gennemførelse af en sundhedsprofil for børn og unge. I dette udviklingsarbejde har regionen inddraget både ekspertvurderinger og praktiske erfaringer fra det kommunale regi. Også i dette arbejde indgår Region Midtjylland som samarbejdspartner. ■

Figur 2: Forekomsten af diabetes i kommunerne



\* Signi. kant forskellig fra regions gennemsnittet

### OM SUNDHEDSPROFILIEN

Omkring en million af regionens borgere over 24 år lever et usundt liv med vaner, der kan medføre sygdomme på længere sigt. Det viser sundhedsprofilen fra Region Hovedstaden, hvor flere end 35.000 af regionens borgere har medvirket i en spørgeskemaundersøgelse, som sammen med registerdata for hele den voksne befolkning giver et overblik over den samlede sundhedstilstand i regionen. Profilen er udarbejdet af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (FCFS) – en forskningsinstitution i Region Hovedstaden, der har til huse på Glostrup Hospital. Rapporten *Sundhedsprofil for region og kommuner 2008* kan bestilles eller downloades via Forskningscenter for Forebyggelse og Sundheds hjemmeside: [www.fcfs.dk](http://www.fcfs.dk)





# Også psykisk syge skal have et bedre fysisk helbred

Fra konstatering til handling: Det er slået fast gennem mange undersøgelser, at psykisk syge ofte har et dårligere helbred end resten af befolkningen. Nu sætter vi målrettet ind over for problemet i psykiatrien i Region Midtjylland.

■ Claus Graversen, chefsygeplejerske, Psykiatri og Social, Region Midtjylland

Mange psykisk syge har ikke kun deres psykiske problemer at kæmpe med. Mange af dem har også større sygelighed og kortere livslængde end resten af befolkningen. Psykisk syge har ofte et komplekst sygdomsbillede, og tre ud af fire har en eller flere somatiske sygdomme. Det viste befolkningsundersøgelsen *Hvordan har du det?* fra Center for Folkesundhed med al tydelighed.

De seks hyppigste fysiske sygdomme hos de psykisk syge er: gigt, migræne eller hovedpine, diskusprolaps eller anden ryg sygdom, allergi, tinnitus og forhøjet blodtryk. Dertil kommer overdødeligheden. En undersøgelse blandt mennesker med skizofreni viser, at der er en markant overdødelighed. 28% af overdødeligheden skyldes selvmord, 12% skyldes ulykker. Men hovedparten af overdødeligheden skyldes sygdomme, som befolkningen i almindelighed dør af.<sup>(1)</sup>

Det er langt fra tilfredsstillende, at det forholder sig sådan, og vi har en pligt i psykiatrien til at sætte ind over for problemet. Derfor har vi i Psykiatri og Social valgt de psykiatriske patienters somatiske sundhedstilstand som et særligt fokusområde i den nye psykiatriplan. Planen indeholder en række anbefalinger, der skal være med

til at forbedre den fysiske sundhed for de psykiatriske patienter.

## Bedre samarbejde

Et af de vigtigste tiltag bliver at få gjort samarbejdet mellem somatikken og psykiatrien langt bedre, end det er i dag. Det sker blandt andet ved, at psykiatriens medarbejdere skal have en opdateret viden om somatisk udredning og behandling. Vi har i ledelsen besluttet, at somatiske sygdomme skal være et af fire prioriterede temaer for efteruddannelse af medarbejdere i psykiatrien.

Vi skal også have lavet vejledende retningslinjer for somatiske undersøgelsesprogrammer for børne-, ungdoms- og voksenpsykiatrien, og vi skal sammen med det somatiske sundhedsvæsen have fastlagt konkrete mål for, hvordan vi udvikler liaisonpsykiatrien<sup>1</sup> – der skal munde ud i udredning og behandling, der tager både de somatiske og psykiatriske aspekter med. Der skal bl.a. sættes ind over for de patienter, der er plaget af fysiske symptomer, der ikke er en påviselig forklaring på, ligesom der også skal sættes ind over for de psykologiske reaktioner, der påvirker behandlingsresultatet ved somatiske sygdomme.

## Nye indsatsområder

For at udbygge det vigtige samarbejde mel-

lem psykiatrien og somatikken er vi bl.a. i gang med et projekt, der skal give bedre indlæggelsesforløb, pleje og behandling, når mennesker med demens indlægges på somatisk sygehus. Projektet skal styrke samarbejdet mellem sektorerne og retter sig mod medarbejdere både på somatiske sygehuse og i kommunerne, ligesom der er tilbud til de alment praktiserende læger. Projektet er finansieret af Servicestyrelsen, og det løber i to år indtil udgangen af 2009.

Et andet indsatsområde vi har valgt, for at forbedre helbredet for de psykisk syge, er at sætte fokus på den øgede risiko for dårligt helbred på grund af en ofte usund livsstil, der øger risikoen for fysisk sygdom. Derfor er det vigtigt med regelmæssige undersøgelser af de psykiatriske patienters fysiske helbred – og det kan endda gøres for relativt få ressourcer. Dertil kommer, at der skal arbejdes med patienternes forhold til kost, motion og tobak, for på den måde at hjælpe med at forbedre sundheden.

Det er derfor spændende, at vi har kunnet indgå i et samarbejde med Center for Folkesundhed og Herning og Holstebro Kommuner om en ansøgning til Sundhedsstyrelsen og Helsefonden. Udgangspunktet er livsstilscafeerne ved Hospitalsenhed Vest i Herning og



Holstebro. Projektet skal målrette livsstilscafeernes tilbud, så de også matcher personer med psykisk sygdom. Livsstilscafeerne har særligt fokus på at ændre patienters sundhedsvaner gennem motivation og praktiske redskaber, så de kan opnå og fastholde forandringerne. Projektet vil også arbejde på at udvikle et pædagogisk koncept til brug for medarbejdere i psykiatrien i både kommunerne og regionen – et koncept, der skal være med til at forebygge livsstilssygdomme blandt mennesker med psykisk sygdom.

Kommunerne er i det hele taget en vigtig medspiller i arbejdet med at forbedre de psykisk syges sundhed. Derfor er sundhedsfremme og forebyggelsesindsatserne to vigtige elementer i samarbejdet om sundhedsaftalerne mellem kommunerne og

psykiatrien, og vores erfaring er, at det også er et felt, der optager kommunerne i Region Midtjylland meget.

#### Fra stereotypi til kompleksitet

Jeg tror, det er vigtigt, at vi i vores fremtidige arbejde med patienterne ikke ser dem som stereotyper – altså som enten psykiatriske eller somatiske patienter. Vi skal se på dem som komplekse mennesker, så vi får et mere nuanceret syn på patienterne. Vi har ikke været tilstrækkeligt gode til at være opmærksomme på, at patienten kan fejle flere ting eller er i risikogruppe for at udvikle flere sygdomme. Der er derfor behov for at sætte ind på både det psykiatriske og det somatiske felt. Det er en udfordring, vi gerne tager op, og som vi allerede målrettet er gået i gang med. ■

### FOKUS PÅ LIVSSTILSSYGDOMME HOS PSYKISK SYGE – nyt forskningsprojekt

Fysioterapeut og sundhedsvidenskabelig kandidat Lene Nyboe er netop gået i gang med et forskningsprojekt, der skal undersøge, hvorfor så mange mennesker med skizofreni udvikler livsstilssygdomme. Projektet sætter fokus på metabolisk syndrom, der er en samling af faktorer – såsom forøget taljemål/overvægt, forstyrrelser i sukker- og fedtstofskifte samt forhøjet blodtryk – der tilsammen øger risikoen for udvikling af type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme.

Det er velkendt, at patienter med skizofreni har øget forekomst af type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme og heraf følgende øget dødelighed sammenlignet med befolkningen som helhed. Det er derfor væsentligt at have fokus på forekomsten af metabolisk syndrom hos disse patienter. Der er givetvis flere mulige årsager til, at patienter med skizofreni udvikler metabolisk syndrom, hvor usund livsstil samt behandling med antipsykotika er nogle af de mest velkendte.

I forskningsprojektet skal Lene Nyboe både undersøge sammenhængen mellem livsstilsfaktorer – som eksempelvis fysisk inaktivitet, usund kost og tobak – og risikoen for metabolisk syndrom hos patienter med skizofreni, samt undersøge hvordan metabolisk syndrom kan forebygges. Desuden skal hun undersøge betydningen af antipsykotisk behandling, søvnforstyrrelser og forhøjet kortisol for udvikling af metabolisk syndrom.

#### NOTE

1. Liaison betyder alliance. Liaisonpsykiatri er den internationalt anvendte betegnelse for et psykiatrisk fagområde, der fokuserer på relationen mellem psykisk og somatisk sygdom samt undersøgelse og behandling af dertil relaterede lidelser.

#### REFERENCE

- (1) Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. Br J Psychiatry 1997; 171: 502-508.

#### LINK

[www.regionmidtjylland.dk/psykiatri+og+social](http://www.regionmidtjylland.dk/psykiatri+og+social)



# Sundhedsprofilen og evaluering af den nye forebyggelsesydelse

Data fra Region Midtjyllands sundhedsprofil *Hvordan har du det?* er blevet anvendt til at undersøge de praktiserende lægers og patienters brug af ydelsen aftalt forebyggelseskonsultation. Ved at kombinere data fra sundhedsprofilen med data fra sundhedsregistre kan man få mere viden om den midtjyske befolknings sundhedsvaner og risikoadfærd.

■ Janus Laust Thomsen, praktiserende læge, lektor, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet og Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet & Jens Søndergaard, praktiserende læge, professor, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet<sup>1</sup>

## Ydelsen for aftalt forebyggelseskonsultation

I april 2006 blev den aftalte forebyggelseskonsultation (0106-ydelsen) introduceret i almen praksis.<sup>(1)</sup> Ydelsen dækker en på forhånd aftalt konsultation med et specifikt forebyggende formål, hvorved den adskiller sig fra en almindelig konsultation (0101-ydelsen). Den aftalte forebyggelseskonsultation kan omfatte rådgivning om forskellige forebyggende tiltag, justering af behandling eller opstilling af behandlingsmål. Forebyggelseskonsultationen kan gives på lægens initiativ, men patienten skal på forhånd have accepteret indholdet af den forestående konsultation, så han eller hun har mulighed for at møde forberedt og motiveret til konsultationen. Der er således tale om en opfølgning på en tidligere almindelig konsultation.

Formålet med den nye ydelse er at forbedre den systematiske forebyggelse af de store kroniske folkesygdomme<sup>(2)</sup> i almen praksis, herunder: diabetes, iskæmisk hjerte-kar-sygdom, cancer, osteoporose, KOL, astma, kroniske muskellidelser og psykiske lidelser.<sup>(1)</sup>

## ARBEJDS- OG PROJEKTGRUPPE

*Evaluering af ydelsen for aftalt forebyggelseskonsultation (0106-ydelsen) i almen praksis* er en rapport udført for Fagligt Udvalg under Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Arbejdet er udført af en arbejdsgruppe ved Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet bestående af:

- Morten Fenger-Grøn, forskningsassistent, cand. scient. statistik
- Morten Sig Ager Jensen, klinisk assistent, læge, ph.d.
- Anne Gram Junge, forskningsassistent, cand.mag. antropologi
- Janus Laust Thomsen, projektleder, lektor, speciallæge i almen medicin, ph.d.

Arbejdsgruppen har været støttet af en større projektgruppe med deltagere fra Forskningsenheden for Almen Medicin, Syddansk Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis og Afdelingen for Almen Medicin, Aarhus Universitet samt Fagligt Udvalg, PLO.

Evaluering af brugen af ydelsen for aftalt forebyggelseskonsultation er foretaget ved hjælp af registeranalyser med udgangspunkt i data 6 måneder efter 1. april 2007, hvor ydelsen har været i brug 1 år samt interviewundersøgelse af lægernes, klinikpersonalets samt patienternes holdninger til og erfaringer med 0106-ydelsen.<sup>1,2</sup> Interviewundersøgelsen vil ikke blive beskrevet nærmere her.

## Forebyggelseskonsultationen er slået godt an

Næsten alle ydere (praktiserende læger registreret med ydernumre) har brugt ydelsen i svarende til, at det på landsplan er 97,7% af ydernumrene, der har anvendt 0106-ydelsen i opfølgningsperioden (uge 14-39, 2007). Andelen varierende fra 96,7% i Region Sjælland til 99,3% i Region Midtjylland. Ydelsen bliver brugt meget ensartet. Stort set alle ydere har brugt

mindre end 1.000 ydelser i halvåret samtidigt med, at der er givet mindre end to 0106-ydelser i gennemsnit per patient, som har modtaget ydelser.

### Mest til patienter over 40 år

Totalt er der blandt modtagerne af ydelser 53% kvinder og 47% mænd, og gennemsnitsalderen var 59,6 år for kvinderne mod 59,0 år for mændene. Se figur 1.

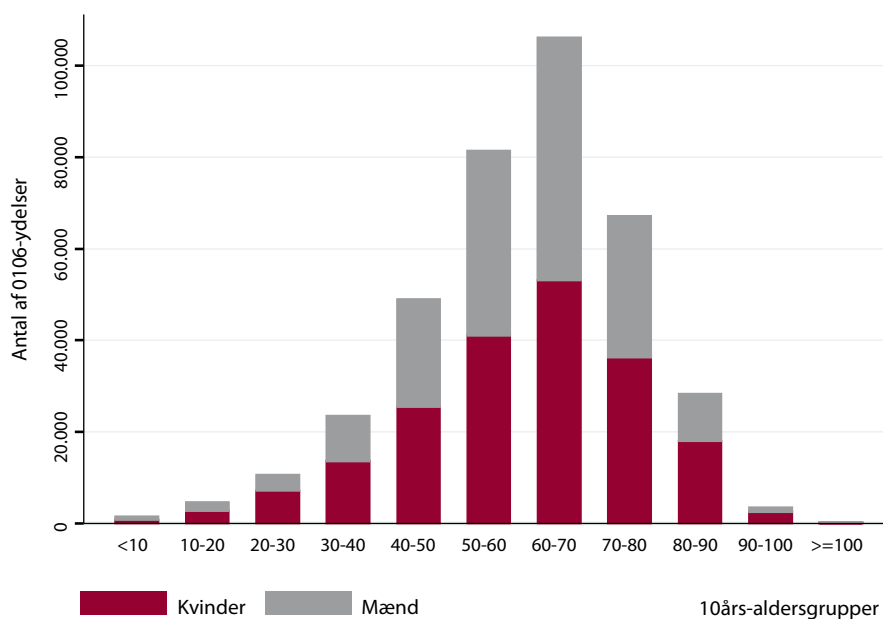
Overvægten i kvindernes andel af 0106-ydelserne i de ældre aldersgrupper svarer til deres højere andel af totalbefolkningen i disse aldersgrupper. Hovedparten af 0106-ydelserne gives til patienter i aldersgrupperne 40 til 80 år. Tænkes 0106-ydelser primært brugt til forebyggelse og opfølgning på de kroniske folkesygdomme, synes aldersfordelingen passende for de patienter, ydelser er anvendt til.

### Sundhedsprofilen og risikofaktorer for sygdom

Samlet set har 6,1% af de personer, som var udtrukket til at modtage et spørgeskema (i alt 31.500 midtjyske borgere i alderen 25-79 år), modtaget en 0106-ydelse i opfølgningsperioden, uge 14 til 39, 2007. I tabel 1 ses, at uanset om der er tale om dagligrygere, storrygere eller den andel af rygerne, som ønsker rygeophør, er der 6-7%, som har modtaget 0106-ydelser i opfølgningsperioden på 6 måneder (uge 14-39, 2007) – altså ret præcist samme andel som blandt alle respondenter.

I tabel 1 ses endvidere, at 6,7% af personerne med risikabelt alkoholforbrug har modtaget en 0106-ydelse i opfølgningsperioden, og at 7,6% af dem, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, har modtaget ydelser. Overvægt er den risikofaktor, der har størst relation til 0106-ydelser,

Figur 1: Modtagere af 0106-ydelser i perioden uge 14-39, 2007 – fordelt på aldersgrupper og køn



Tabel 1: Sundhedsvaner (sundhedsprofildata) sammenholdt med modtagere af 0106-ydelser i perioden uge 14-39, 2007

Sundhedsvaner	Antal svarpersoner, Hvordan har du det?	Antal modtagere med 0106-ydelser, uge 14-39, 2007 (pct.)
Dagligrygere	5.563	354 (6,4 %)
Storrygere (> 15 per dag)	3.738	251 (6,7 %)
Ønsker rygestop	2.614	176 (6,7 %)
Risikabelt alkoholforbrug	2.616	174 (6,7 %)
Ønsker at nedsætte alkoholforbruget	1.139	86 (7,6 %)
Fysisk inaktive	4.543	323 (7,1 %)
BMI ≥ 30 & <35	2.21	224 (10,1 %)
BMI ≥ 35 & <40	492	62 (12,6 %)
BMI ≥ 40	215	28 (13,0 %)

svarende til at 10,1% med BMI mellem 30 og 35 har modtaget 0106-ydelser. 13,0% med BMI ≥ 40 har modtaget 0106-ydelser i opfølgningsperioden, altså svarende til dobbelt så mange som blandt respondenterne som helhed.

### Kronisk sygdom

I den midtjyske befolkningsundersøgelse spørges ind til 17 kroniske sygdomme, der hver især blev vurderet at bidrage væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen. De 17 kroniske sygdomme i *Hvordan*

Tabel 2: Selvrappporteret kronisk sygdom (sundhedsprofildata) sammenholdt med modtagere af 0106-ydelsen i perioden uge 14-39, 2007

Folkesygdomme, Sund hele livet	Antal svarpersoner, Hvordan har du det?	Antal modtagere af 0106-ydelsen, uge 14-39, 2007 (pct.)
Sukkersyge	817	211 (25,8 %)
Kræft	366	32 (8,7 %)
Hjertekarsygdom	3.713	522 (14,1 %)
Knogleskørhed	472	54 (11,4 %)
Muskel- og skeletlidelser	5.919	517 (8,7 %)
Overfølsomhedssygdomme	4.003	274 (6,8 %)
Psykiske lidelser	2.264	193 (8,5 %)
Rygerlunger	902	84 (9,3 %)

Tabel 3: Kontakter i Landspatientregisteret i perioden 1997 til 2007 - patienter, som har modtaget 0106-ydelsen i uge 14-39, 2007 - fordelt på kontaktttype

Kontaktttype	Antal modtagere af 0106-ydelsen, i perioden 1997 til 2007	I procent af alle modtagere af 0106-ydelsen, uge 14-39, 2007
Ingen kontakt til LPR	15.882	5,9 %
Indlæggelse	168.883	62,8 %
Deldøgn	31.931	11,9%
Ambulatorium	238.418	88,7 %
Skadestue	162.016	60,3 %

har du det? er i tabel 2 samlet til 'de otte folkesygdomme' fra regeringsprogrammet *Sund hele livet*.<sup>(2)</sup> Det ses, at selvoplyst kronisk sygdom i varierende grad har været efterfulgt af anvendelse af 0106-ydelsen i opfølgningsperioden. Hyppigst hos selvrapporterede patienter med sukkersyge (25,8%), fulgt af patienter med selvoplyst hjerte-kar-sygdom (14,1%) og knogleskørhed (11,4%).

Af de 268.802 personer, der har modtaget 0106-ydelsen i uge 14-39, 2007, har 168.883 (62,8%) haft mindst én indlæggelse i perioden 1997 til 2007. Stort set alle, som har modtaget ydelsen, har haft en eller anden form for kontakt med hospitals-

sektoren. Kun 5,9% har ifølge Landspatientregisteret ikke haft nogen form for kontakt fra 1997 til 2007 (tabel 3). Samtidigt har 60% af alle modtagerne af 0106-ydelsen fået mindst en diagnose svarende til ICD-10 diagnoserne vedrørende de otte folkesygdomme.

### Konklusion

Den aftalte forebyggelseskonsultation (0106-ydelsen) er slået godt an. Næsten alle ydere har brugt ydelsen og med relativt ens hyppighed. Ud fra tallene for opfølgning af personer med kroniske sygdomme, synes der at være klart potentiale for yderligere udbredelse af ydelsen, men det må bemærkes som baggrund for

undersøgelserne, at 0106-ydelsen i evalueringsperioden 2.-3. kvartal af 2007 endnu ikke er fuldt implementeret. Ifølge tal fra Region Midtjylland er der i uge 1-12 i 2008 blevet anvendt 49% flere 0106-ydelser (*aftalt forebyggelseskonsultation*) end i samme periode i 2007, mens antallet af 0101-ydelser (*almindelig konsultation*) kun er steget ca. 5%.

Samtidigt synes der at være rum for en mere udbredt anvendelse af 0106-ydelsen til primær forebyggelse. Kombination af registerdata og sundhedsprofildata viser således, at ca. 7% af dem, som rapporterer ønske om eller behov for nedsættelse af alkoholforbrug eller rygestop, har modtaget 0106-ydelsen i det evaluerede halvår. ■

### NOTER

1. Artiklen er skrevet på vegne arbejdsgruppen (jf. boksen side 19) bag Evaluering af ydelsen for aftalt forebyggelseskonsultation i almen praksis. Rapporten er endnu ikke publiceret. Se også note 2.
2. En kopi af rapporten kan rekvireres ved henvendelse til Janus Laust Thomsen, e-mail: jlt@dadlnet.dk

### REFERENCER

- (1) Praktiserende Lægers Organisation. Anvendelse af Landsoverenskomstens ydelser, 2006.
- (2) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002.
- (3) Larsen FB & Nordvig L. Hvordan har du det - Sundhedsprofil for region og kommuner. Århus: Region Midtjylland, Center for Folkesundhed 2006.

## Brug af Sundhedsprofilen i kommunale sammenhænge – 5 eksempler

# Trivsel og sundhed på arbejdspladsen - en helhedsorienteret indsats i Holstebro Kommune

■ Jette Haislund, projektkoordinator, Holstebro Kommune



I Holstebro Kommune er der stor opmærksomhed på stigningen i antallet af sygdommeldinger på grund af stress. I 2008 blev der lavet en undersøgelse blandt medarbejderne i 19 private og offentlige virksomheder i kommunen. 579 medarbejdere svarede på spørgsmål om fx ledelse, trivsel, belastninger, arbejdspress og stress. Der blev anvendt de samme spørgsmål om stress som i Region Midtjyllands undersøgelse *Hvordan har du det?*, nemlig Perceived Stress Scale (PSS).

### Resultater af undersøgelsen

Undersøgelsen viste, at andelen med et højt stressniveau (PSS > 16 points) i de 19 virksomheder var på 23%. Det er lidt højere end i Region Midtjyllands undersøgelse, hvor den ligger på 15%. Halvdelen af virksomhederne indgår i en interventionsgruppe, hvor de har fået resultatet af undersøgelsen præsenteret. Det har herefter været op til den enkelte arbejdsplads at vurdere, hvad der skal bruges af energi og ressourcer på at forbedre udvalgte områder. På de fleste arbejdspladser er samarbejdsudvalgene blevet inddraget i planlægningen af processen.

Mange steder viser undersøgelsen, at anerkendelse og håndtering af konflikter er

områder, man med fordel kan arbejde på at forbedre. En enkelt undtagelse er dog, at alle medarbejdere i en børnehave følte, at de blev anerkendt for deres arbejde i meget høj/høj grad.

Forskning og erfaringer viser, at netop anerkendelse, indflydelse, mening, passende krav og social støtte giver større arbejdsglæde.

### Koordinator som tovholder

Til projektet er der knyttet en koordinator, der udelukkende arbejder med interventionsgruppen. Koordinatoren er tovholder på processen i den enkelte virksomhed og har fokus på, hvad virksomhederne ønsker at gøre mere af eller forandre i det psykiske arbejdsmiljø. Fx: "Hvad skal der til, for at medarbejderne på jeres arbejdsplads oplever større anerkendelse i arbejdet?", og "Hvad skal der til, for at I oplever større arbejdsglæde?"

Stress har været et naturligt omdrejningspunkt i processen, men det har generelt været vigtigere at motivere arbejdspladserne til at have mere fokus på at fremme trivslen og det psykiske arbejdsmiljø frem for først at reagere, når sygdommeldingerne kommer.

*"Det er en gave at få et billede af, hvordan mine medarbejdere trives ... Et øjebliksbillede, men med nogle klare tendenser, der er vigtige at arbejde videre med."*

Citat fra virksomhedsbesøg

*" ... i et stykke tid gik jeg [lederen] og tænkte, at det var fint nok, at ca. 80% af mine medarbejdere var tilfredse med at være her.*

*Jeg og de lod sig nøje - indtil vi kom på andre tanker ... Vi skulle da alle være tilfredse med at være her! "*

Citat fra virksomhedsbesøg

### Bedre omgangstone og større anerkendelse

Flere virksomheder har med udgangspunkt i undersøgelsen haft temaeftermiddage for hele personalet, hvor medarbejderne har været aktive medspillere. Der er mange positive tilbagemeldinger på processen.

Flere ledere kan i det daglige mærke, at omgangstonen er blevet bedre, og generelt er medarbejderne også blevet bedre til at anerkende hinanden. Endnu er det for tidligt at sige, om det har effekt på sygefraværet.

Koordinatorerne i projektet har jævnligt kontakt med virksomhederne – via besøg, mail og nyhedsbreve eller telefonisk. Der er også oprettet en netværksgruppe for lederne i de 10 interventionsvirksomheder, hvor erfaringer udveksles. Og senest har der været afviklet en stor og vellykket trivsels- og sundhedskonference i Holstebro for alle offentlige og private virksomheder i kommunen.

Ved projektets start udfyldte alle deltagere, som nævnt ovenfor, et spørgeskema. I maj i år gentages undersøgelsen for at se, om der er sket et fald i stressniveauet sammenlignet med de 9 arbejdspladser i kontrolgruppen. Resultatet vil afspejle en del af indsatsen. Erfaringer fra og metoder i projektet skal fremadrettet forankres i det videre arbejde med at fremme trivsel og sundhed på arbejdspladserne i Holstebro Kommune. ■

I 19 private og offentlige virksomheder i Holstebro Kommune arbejdes der med at fremme trivsel og sundhed på arbejdspladsen. De skal danne skole for, hvordan kommunens indsats i projekt "Trivsel og Sundhed" skal gribes an fremover. Projektet er et af initiativerne i Holstebro Byråds servicestrategi 'den sunde arbejdsplads'. Det lokale Beskæftigelsesråd støtter projektet. Finn Breinholt Larsen, Center for Folkesundhed i Region Midtjylland, har med udgangspunkt i *Hvordan har du det?* udarbejdet et spørgeskema. Der er fokus på psykisk arbejdsmiljø og stress. Indsamling og analyse af data sker også i Center for Folkesundhed.

For flere informationer se Holstebro Kommunes sundhedscenters hjemmeside:

[www.holstebro.dk/Sundhed/Sundhedscenter/Trivsel%20og%20sundhed%20p%C3%A5%20arbejdspladsen.aspx](http://www.holstebro.dk/Sundhed/Sundhedscenter/Trivsel%20og%20sundhed%20p%C3%A5%20arbejdspladsen.aspx)

Se endvidere hjemmesiden: [www.trivslogsundhed.nu](http://www.trivslogsundhed.nu) – hvor relevant materiale om trivsel og sundhed og de kommunale aktiviteter er samlet.



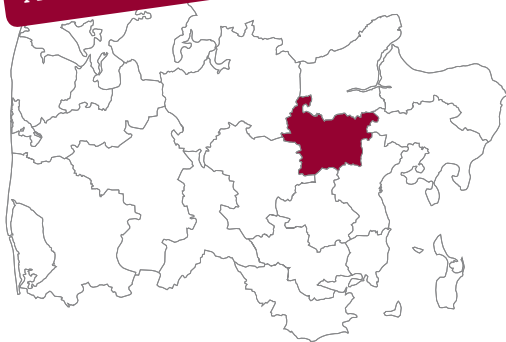


# Tal på sundheden

## – sundhedsprofilen på arbejde i Favrskov Kommune

■ Sine Møller Sørensen, fuldmægtig & Linda Johansen, sundhedskonsulent, Social og Sundhed, Favrskov Kommune

Brug af Sundhedsprofilen  
i kommunale sammenhænge - 5 eksempler



I november 2006 var de sidste forberedelser af den nye Favrskov Kommune i fuld gang. Samtidig udkom den første udgave af *Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner*. Lige om hjørnet ventede nye udfordringer med at etablere en ny kommune og herunder varetagelsen af en lang række opgaver på sundhedsområdet – ikke mindst i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme. Sundhedsprofilen tegnede det første overordnede billede af sundhedstilstanden i Favrskov Kommune og i regionen som helhed og blev derfor også læst med stor interesse både på det administrative og politiske niveau.

Et af de bærende principper i sundhedspolitikken for Favrskov Kommune er, at nye sundhedsindsatser skal etableres på baggrund af den bedst mulige viden. Sundhedsprofilen indgår som en del af den viden, der aktuelt er tilgængelig på sundhedsområdet i Region Midtjylland, og det har således også været naturligt at inddrage data herfra i igangværende arbejde med at etablere og tilrette-

lægge kommunale sundhedstilbud i Favrskov Kommune. Sundhedsprofilen er fx bragt i spil i forhold til en række konkrete udfordringer som sundhedscenterløsning, tobaksforebyggelse og rehabiliteringsforløb for borgere med kronisk sygdom.

### Favrskov Sundhedscenter

Allerede i 2007 blev der igangsat et analysearbejde vedrørende en kommende sundhedscenterløsning for Favrskov Kommune. Centrale overvejelser var blandt andet, om der skulle sættes på ét eller flere sundhedscentre og herunder, hvilken geografisk placering en kommende sundhedscenterløsning skulle have. Behovet for forskellige typer af sundhedstilbud blev vurderet, og kommunen fik lavet en række særkørsler hos Center for Folkesundhed for at kunne analysere sundhedssituationen i forskellige geografiske områder i kommunen.

Særkørslerne viste, at der med hensyn til KRAM-faktorerne (med undtagelse af alkohol) er forskelle mellem de forskellige geografiske områder. Eksempelvis er der i et område af kommunen en relativ stor andel af overvægtige, rygere og fysisk inaktive borgere sammenlignet med den øvrige del af kommunen. Til spørgsmålet om, hvorvidt borgerne ønsker hjælp til at ændre deres sundhedsvaner, er andelen derimod stort set den samme på tværs af kommunen. Flest borgere ønsker hjælp til at ændre deres motionsvaner og overvægtsproblemer. De væsentlige forskelle på sundhedstilstanden mellem de forskellige geografiske områder i kommunen understre-

ger bl.a. behovet for at etablere relevante sundhedsfremmende og forebyggende tilbud i borgernes nærmiljø, og at tilbuddene skal tilpasses de lokale forhold og sundhedsmæssige udfordringer. Undersøgelsen giver således et godt grundlag for den videre planlægning af tilbuddene.

Efterfølgende har byrådet i Favrskov Kommune besluttet, at der skal etableres en samlet sundhedscenterløsning bestående af sundhedscenterfaciliteter i alle hovedbyerne: Hadsten, Hammel, Hinnerup og Ulstrup. Som første skridt etableres i 2009 Favrskov Sundhedscenter, Hadsten. Sundhedscentret vil indeholde tilbud om genoptræning til borgere efter hospitalsindlæggelse, sundhedsklinik og aktiviteter i samarbejde med patientforeninger og frivillige kræfter.

### Tobaksforebyggelse i børnefamilier

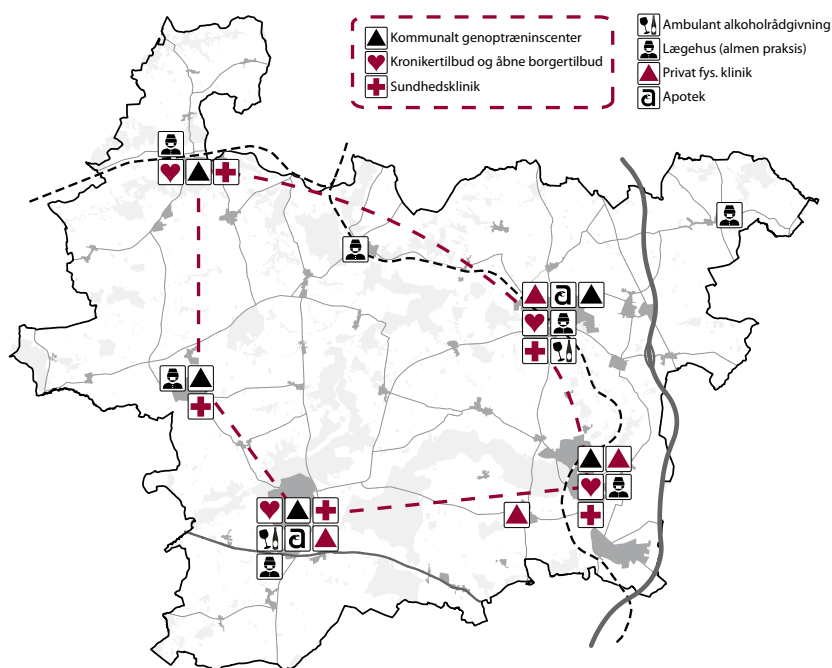
Et af de tal, som tiltrak sig særlig opmærksomhed i sundhedsprofilen for Favrskov Kommune var, at der ryges dagligt i hjemmet hos næsten hver femte (18%) af de borgere, der bor sammen med børn i alderen 0-15 år. Et fokusområde i kommunens sundhedspolitik er derfor også tobaksforebyggende indsatser målrettet småbørnsfamilier. Det langsigtede mål er at nedbringe andelen af hjem med børn, hvor der ryges indendørs i hjemmet.

Der er uddannet to rygestopinstruktører i sundhedsplejen og etableret tilbud om rygestopkurser til småbørnsforældre. Desuden vil der i løbet af 2009 blive indført systematisk screening af rygevaner blandt nybagte foræl-

dre. Det sker samtidig med, at rygning også bliver en indikator, som følges blandt nybagte forældre på landsplan.

I nogle dele af kommunen er der en særlig høj forekomst af husstande med hjemmeboende børn, hvor der bliver røget indenfor. Favrskov Kommune har – som supplement til den generelle rygestopindsats – gennemført en særlig kampagne for rygestop i disse dele af kommunen. Indsatsen har omfattet information om børn og passiv rygning, og tilbud om rygestopkurser formidlet til alle forældre via skolernes forældreintranet. Der har også været mulighed for at få en snak med en rygestopinstruktør i den lokale brugs i eftermiddags- og aften timerne. Endvidere er det aftalt med de praktiserende læger i området, at der også her sættes særlig fokus på rygning og de eksisterende tilbud om rygestopkurser. Der vil desuden løbende blive fulgt op med en række konkrete tiltag i området.

Planlægningen af indsatsen har dog synliggjort et af de centrale dilemmaer i arbejdet med forebyggelse: risikoen for stigmatisering. Data om specifikke målgrupper giver mulighed for at sætte målet ind i forhold til målgruppens specifikke sundhedsproblemer. Men samtidig risikerer man at stigmatisere bestemte grupper ved at pege dem ud som nogen, der har et problem. Stigmatisering er ikke nødvendigvis altid et negativt fænomen. For eksempel bruges stigmatisering også bevidst i nogle kampagner på tobaksområdet, hvor borgere ikke blot oplyses om risikoen ved at ryge, men hvor der også spilles på, at rygning kan betragtes som socialt uacceptabelt. Dette dilemma bliver ikke mindst tydeligt, når der arbejdes med særkørsler, der omfatter små, afgrænsede målgrupper – fx med hensyn til sundhedsvaner og geografisk tilhørsforhold.



### Morgendagens udfordringer

En af de næste store udfordringer bliver, hvordan kommuner, hospitaler og almen praksis kan samarbejde omkring en styrket indsats over for borgere med kronisk sygdom. Der er fortsat mange uafklarede forhold omkring den kommunale indsats, herunder ikke mindst økonomien på området. Men i forlængelse af de kommende forløbsprogrammer i Region Midtjylland er den indledende planlægning af mulige tilbud til borgere med type 2-diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdom allerede godt i gang.

En væsentlig udfordring bliver at tilrettelægge en lokal indsats, som er bæredygtig såvel fagligt og økonomisk som organisatorisk. Dimensioneringen af kronikertilbud afhænger bl.a. af, hvor mange borgere der aktuelt har diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdom (*sygdommenes prævalens*), samt hvor mange borgere der skønnes at få sygdommene i løbet af et år (*sygdommenes incidens*). Nogle oplysninger kan findes i profilen, andre må søges udenfor.

Vurderingen af dimensioneringen af kronikertilbud er endnu et eksempel på, hvordan

oplysninger om borgernes sundhedstilstand med fordel kan inddrages i planlægningen og tilrettelæggelsen af de kommunale sundheds-tilbud. Samtidig er det vigtigt at påpege, at data fra sundhedsprofilen ikke kan stå alene, men indgår som ét blandt flere relevante input i det fortsatte arbejde med at etablere relevante sundhedstilbud baseret på den bedst mulige viden.

Brug af sundhedsprofilen tydeliggør også en række dilemmaer omkring stigmatisering i forbindelse med det forebyggende arbejde. Det er forhold, som der nødvendigvis må tages højde for i det praktiske arbejde med at omsætte data fra sundhedsprofilen til konkrete tiltag. Endelig er det en begrænsning ved sundhedsprofilen, at den kun indeholder sundhedsoplysninger om borgere mellem 25-79 år. Sundhedsprofilen siger således ikke noget om sundhedstilstanden blandt børn og unge eller blandt den ældste del af befolkningen. Disse målgrupper er også centrale for den kommunale sundhedsindsats, og her kan *Hvordan har du det?* ikke anvendes som planlægningsredskab. ■

# Et vigtigt værktøj til et ordentligt KRAM

## – interview med sundhedskonsulenter i Silkeborg Kommune

I Silkeborg Kommune har *Hvordan har du det?* givet værdifuld viden til at kunne udarbejde målrettede sundhedsindsatser, der passer til borgernes behov. Samtidig har rapporten været et godt pejlemærke for hele arbejdet med de nye kommunale sundhedsfremmende og forebyggende opgaver.

■ Louise Kaad-Hansen, stud.ling.merc. i virksomhedskommunikation, praktikant i Silkeborg Kommunes kommunikationsafdeling

Brug af Sundhedsprofilen  
i kommunale sammenhænge - 5 eksempler



### Målrettet sundhedspolitik

Sundhedskonsulenterne i Silkeborg Kommune er alle enige i, at sundhedsprofilen har været et godt udgangspunkt for arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse. De beskriver, at *Hvordan har du det?* har været et vigtigt værktøj i arbejdet med kommunes sundhedspolitik, da rapporten giver et godt overblik over kommunens sundhedstilstand. På den baggrund har det derfor også været muligt at målrette sundhedspolitikken efter borgernes behov.

Sundhedsprofilen har blandt andet medvirket til at få defineret sundhedspolitikens vigtigste målgrupper. På baggrund af profildataene er eksempelvis borgere med kroniske lidelser udvalgt som en central målgruppe, da man

ud fra undersøgelsesresultaterne kan udlede, at der er behov for målrettede tilbud til denne gruppe. Ligeledes er særligt udsatte borgere udvalgt som målgruppe, fordi det tydeligt fremgår af profilen, at sundhed har en social slagside. Som en tredje målgruppe er børn og unge udvalgt – selvom denne gruppe ikke er inkluderet i den midtjyske befolkningsundersøgelse, der inddrog borgere i aldersgruppen 25-79 år. Som alternativ til *Hvordan har du det?* er de årlige MULD-rapporter<sup>1</sup>, som har fokus på sundhedsvaner og livsstil hos børn og unge i alderen 16-20 år, blevet anvendt som datagrundlag.

– *Børn og unge er ikke med i sundhedsprofilen, hvilket vi har savnet. Det er en interessant målgruppe at følge i forhold til de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, og derfor håber vi, at denne målgruppe bliver indtænkt i den nye profil,* siger Lene Dørfler, sundhedskonsulent i Silkeborg Kommune.

### Sundhedspolitik med KRAM i

Data fra *Hvordan har du det?* har også været anvendt i udvælgelsen af relevante indsatsområder. I Silkeborg Kommune er sundhedspolitikken bygget op omkring faktorerne: kost, rygning, alkohol og motion, da det er dokumenteret, at disse har betydning for borgerens sundhed og trivsel. Med andre ord ønsker Silkeborg Kommune at give borgerne et ordentlig KRAM. Eksempelvis har sundheds-

profilen understøttet prioriteringen af arbejdet med rygestopkurser, da det af undersøgelsesresultaterne fremgår, at der er en forholdsvis stor andel af rygere i kommunen, der ønsker at kvitte smøgerne. Dermed har profilen også været med til at legitimere behovet for både tobaksforebyggende tiltag og rygestoptilbud.

Silkeborg Kommune var i august 2008 en del af KRAM-undersøgelsen. Fremover bliver det derfor interessant at koble den KRAM-profil, som blev udarbejdet i forbindelse med undersøgelsen, med data fra *Hvordan har du det?* Sundhedsprofilen beskriver eksempelvis udbredelsen og omfanget af overvægt og fysisk inaktivitet i kommunen. KRAM-profilen giver derimod et billede af, hvordan borgerne ønsker hjælp til at ændre kostvaner, og hvilke tilbud de ønsker at bruge for at forbedre deres fysiske aktivitet. De to profiler vil derfor blive brugt fremadrettet i et samspil med hinanden, og de kommer forhåbentlig på den måde til at tilføre ny viden til sundhedsarbejdet.

### Projektsøgninger

*Hvordan har du det?* er også blevet anvendt i forbindelse med ansøgningen om midler hos eksempelvis Sundhedsstyrelsen, da undersøgelsens resultater kan bruges som argumentation for at igangsætte relevante projekter. På samme måde bruger sundheds-

konsulenterne også datamaterialet til selv at vurdere, hvorvidt projektansøgninger til den lokale sundhedspulje skal bevilges støtte eller ej. Eksempelvis blev det besluttet at bevilge penge til et projekt fra Kræftens Bekæmpelse, da det ud fra rapporten kunne dokumenteres, at der var et behov for at prioritere de kræftramte.

### Ønske-rapporten

På trods af stor tilfredshed med *Hvordan har du det?*, er der nogle ønsker til den kommende sundhedsprofil. Blandt andet vil det være en fordel, hvis profilen bliver lavet på landsplan, så den kan danne grundlag for benchmarking.

– *En national rapport ville give et bedre grundlag for, at man kan sammenligne sig med de kommuner, der har nogenlunde ens demografiske forhold*, forklarer Malene Steiniche Kjær, sundhedskonsulent i Silkeborg Kommune.

Endelig efterspørges der, at stress og depression i højere grad bliver inddraget i den kommende sundhedsprofil, da disse faktorer har store menneskelige og sundhedsøkonomiske konsekvenser. Silkeborg Kommune ser derfor frem til at få den næste sundhedsprofil i hænderne.

– *Profilens styrke er netop, at den kan fungere som baseline, så man konkret kan måle, i hvilken retning det går med folkesundheden i kommunen, når den næste profil udkommer*, slutter Rikke Gjellerod, sundhedskonsulent i Silkeborg Kommune.

Med andre ord bliver det spændende at se, hvorvidt Silkeborg Kommune har formået at give et ordentligt KRAM til deres borgere. ■

---

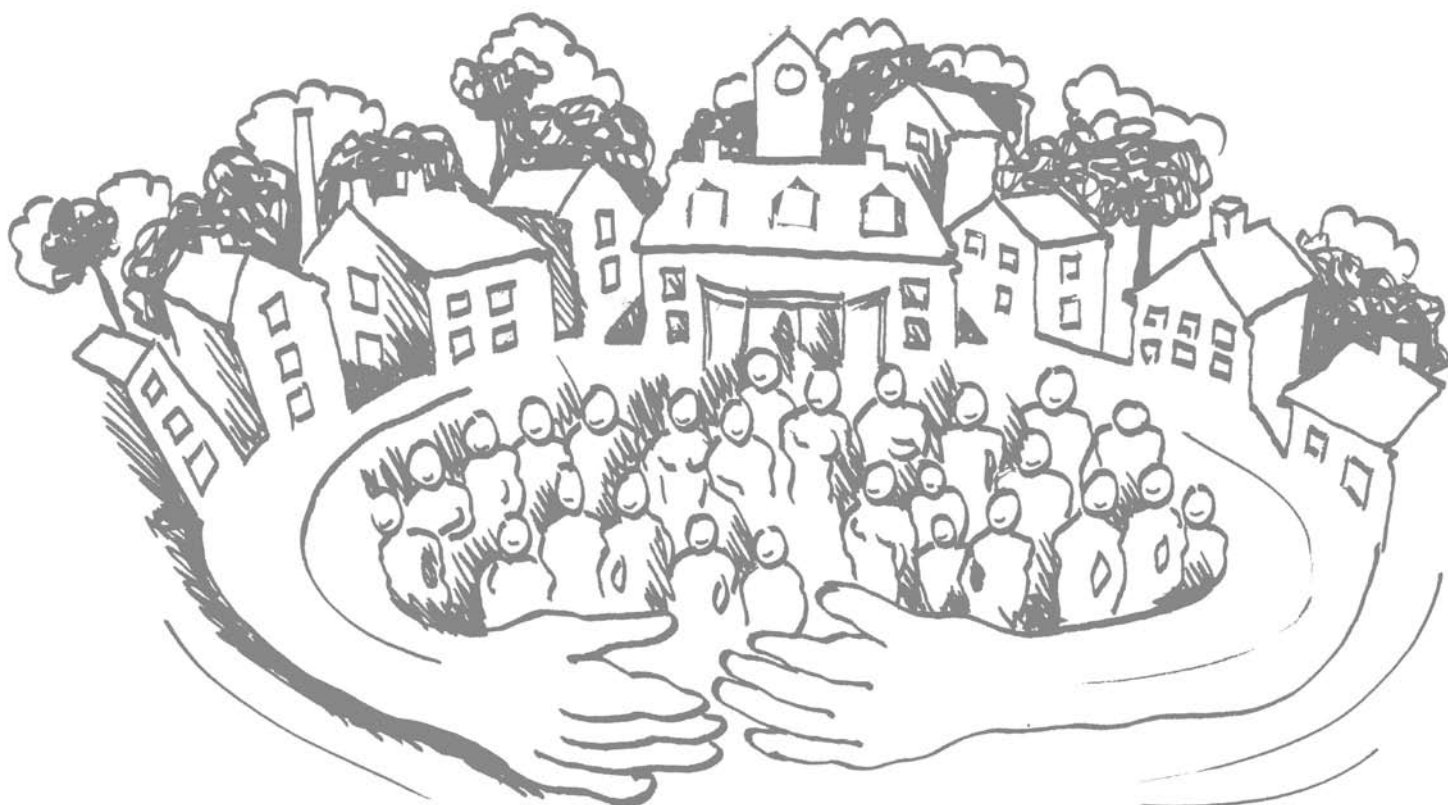
#### NOTE

1. MULD står for *Monitering af Unges Livsstil og Dagligdag* og udarbejdes af Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen.

#### LINK

[www.silkeborgkommune.dk/borger/sundhed/kram](http://www.silkeborgkommune.dk/borger/sundhed/kram)

---



# Hvordan har du det Århus?

■ Jes Bak Sørensen, konsulent & Christine Kousholt, sundhedschef, Sundhed og Omsorg, Århus Kommune

Brug af Sundhedsprofilen  
i kommunale sammenhænge - 5 eksempler



Århus Kommunes sundhedspolitik 2008-2009 fokuserer særligt på livsstilsfaktorerne: kost, rygning, alkohol og motion (KRAM), men politikken sigter i det hele taget på at sætte ind på de områder, hvor der er størst behov: geografisk, socialt og sundhedsmæssigt. For at udvikle målrettede tilbud til de borgere, der har det største behov, er viden om befolkningens sundhedstilstand, trivsel og livsstil vigtige oplysninger.

## Udvikling af *Hvordan har du det Århus?*

En række interessenter i Århus Kommunes forskellige driftsafdelinger blev indbudt til at deltage i arbejdet med oplægget til *Hvordan har du det Århus?*, som blev til i samarbejde med Center for Folkesundhed. Dette blev gjort for at sikre anvendelighed af sundhedsprofilen i hele Århus Kommune. En lang række oplysninger indgår i oplægget, som ikke er offentliggjort i den store

og samlede sundhedsprofil fra Center for Folkesundhed.

## KRAM OS

*Hvordan har du det Århus?* indeholder områderne: kost, rygning, alkohol, motion (KRAM), overvægt og stress (OS). Afgørende for alle områder er, at sundhedsprofilen skal medvirke til et bedre kendskab til borgernes sundhed, trivsel og livsstil, for derigennem at skabe flere handlemuligheder i forhold til at fremme folkesundheden i Århus. Målet er at identificere grupper af borgere, der har behov for målrettede indsatser, udover de generelle tilbud og indsatser Århus Kommune tilbyder alle borgere.

Konkret betyder det, at vi har fået opdelt fx oplevelsen af stress på: køn, aldersgrupper, uddannelsesniveau, samlivssituation, arbejdssituation, indtægtskilder og postnummer. Herudover er de forskellige risikofaktorer kædet sammen – fx er stress sammenholdt med de fire KRAM-faktorer (tabel 1). Generelt ser vi de samme tendenser blandt Århus Kommunes borgere, som blandt de øvrige indbyggere i Region Midtjylland, dog med en række mindre forskydninger.

## Anvendelse af profildata – eksempler

På nuværende tidspunkt anvendes *Hvordan har du det Århus?* til en række konkrete tiltag, og profilen forventes anvendt til flere formål i fremtiden:

- **På alkoholområdet** er profildata blandt andet anvendt til valg af målgruppe for *Men's Health Week*-kampagnen 2008 (den veluddannede midaldrende mand, der drikker for meget), samt i alkoholbehandlingens udviklingsplan.
- **På motionsområdet** anvendes resultater fra profilen i arbejdet med at udvikle tilbud til motionsuvante grupper.
- **Boligudvikling** Resultater fra overvægtsanalyse er forsøgt anvendt i arbejdet med udvikling af et nyt boligprogram, der tager højde for de øgede pladskrav, som hjælp og hjælpemidler til overvægtige borgere forudsætter.
- **Ønsker om en bredere sundhedsprofil** Arbejdet med *Hvordan har du det Århus?* har tydeliggjort, at sundhedsprofilen har mange anvendelsesmuligheder og er velegnet til at sætte sundhed på dagsordenen – men den har også en række begrænsninger:
  - Den væsentligste begrænsning i et Århus-perspektiv er, at profilen kun dækker de 25-79-årige etniske danskere, således at de unge, de ældste og de etniske minoriteter ikke indgår.
  - *Hvordan har du det Århus?* er baseret på en tilfældigt udtrukket stikprøve på 4.500 borgere i Århus Kommune, hvoraf godt 3.000 borgere har svaret på spørgeskemaet. De



Tabel 1: Eksempel på resultater fra *Hvordan har du det Århus?*

## Oplevet stress opdelt på køn

Køn	Lavt stressniveau		Højt stressniveau	
	Region	Århus	Region	Århus
Mand	86%	84%	14%	16%
Kvinde	77%	79%	23%	21%

## Stress og KRAM-faktorer

KRAM-faktorer	Lavt stressniveau		Højt stressniveau	
	Region	Århus	Region	Århus
Usundt kostmønster	18%	16%	14%	10%
Dagligryger	24%	21%	35%	30%
Risikabelt alkoholforbrug	19%	25%	21%	27%
Fysisk aktiv mindre end 3 dage/uge	33%	31%	41%	41%

3.000 besvarelser udgør samlet et solidt datamateriale, der dog har begrænsninger, hvis det skal underopdeles, og små grupperinger skal identificeres. Vi har eksempelvis oplevet dette i forbindelse med ønsket om at identificere andelen af borgere, der vejer mere end 150 kg, da de udgør en særlig udfordring i plejen.

- I nogle situationer kan sundhedsprofilens resultater ikke stå alene, men må suppleres med viden fra andre områder. I arbejdet med at skabe nye tilbud til motionsuvede grupper indgår profilens resultater – i bestræbelserne på at sikre solid viden – derfor på linje med viden indhentet via gennemgang af eksisterende litteratur, samt med viden indhentet via etnografisk undersøgelse af konkrete motionsuvede grupper.

Som med alle andre redskaber handler det derfor om at anvende *Hvordan har du det?* hensigtsmæssigt. Et generelt problem ved spørgeskemaundersøgelser er, at der (som oftest) er en social ulighed i besvarelsen, der betyder, at ressourcetsvage borgere ofte bliver underrepræsenterede i undersøgelserne. Sammenholdt med uligheden i befolkningens sundhedstilstand betyder

det, at undersøgelserne ofte tegner et lidt for positivt billede af sundhedstilstanden.

– Da det netop er de udsatte og ressourcetsvage, vi i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i Århus Kommune er mest interesserede i, udgør denne skævvridning derfor en udfordring. ■

## LINK

[www.aarhuskommune.dk/sundhedsstaben](http://www.aarhuskommune.dk/sundhedsstaben)

Plakat fra Men's Health Week-kampagnen 2008

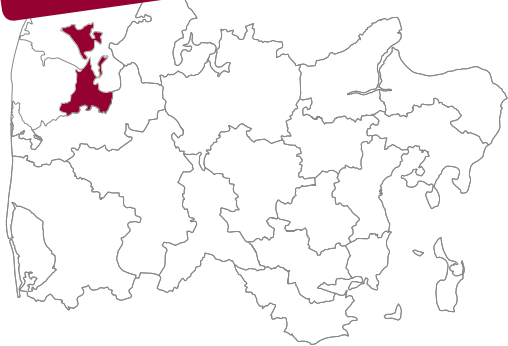


# Sundhedsprofiler som analyse-redskab i Struer Kommune



■ Henriette Haase Fischer, funktionsleder, Sundhedsfremme og Forebyggelse, Struer Kommune

Brug af Sundhedsprofilen  
i kommunale sammenhænge - 5 eksempler



Den kommunale sundhedsfremmende og forebyggende indsats er, uanset kommunens størrelse, en opgave med uanede muligheder. Egentlig er det fantastisk, at der er så uendelig mange muligheder for at motivere og hjælpe mennesker til at leve et sundere liv, øge deres livskvalitet samt forebygge sygdom og social marginalisering. Men i en hverdag, hvor både økonomiske rammer, etiske overvejelser og national lovgivning ikke muliggør et frit valg til at iværksætte de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser – som for alvor ville være effektive for alle borgere i alle aldre og alle social lag – må der prioriteres.

Der må både prioriteres mellem hvilke målgrupper, der skal interveneres overfor, hvilke indsatsområder, der skal sættes på, og mht. hvilket omfang en indsats skal have. Det er ikke et let valg. Det er faktisk et meget svært fravalg. For det er i sidste ende det, som nogle borgere vil opleve. Nemlig at de er blevet fravalgt.

## Prioriterings- og planlægningsstrategi

Sundhedskonsulenterne i Struer Kommune har forsøgt at skabe nogle gode rammer for tilvalg og fravalg i forhold til de mangeartede opgaver, der ligger i kommunens sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats. Først og fremmest har de omsat en teoretisk viden om sundhedsfremme og forebyggelse i en kommune til noget, der er spiseligt for både borgere, embedsmænd og politikere. Det har betydet, at der *dels* er opstået en større forståelse for, hvilke opgaver der hører med til kommunens indsatser på området, *dels* at der er en større accept af, at det er nødvendigt at prioritere.

Dernæst har sundhedskonsulenterne gennem sundhedsprofilen *Hvordan har du det?* tilegnet sig en viden om omfanget af de sundhedsrelaterede udfordringer, der konkret er i Struer Kommune. En viden, der har været en vigtig part i prioriteringsstrategien. Særligt i et politisk prioriteringsrum, hvor det ikke kun er vigtigt at vælge den indsats, der videnskabeligt er størst belæg for, men hvor det også har en værdi, at indsatsen giver et hurtigt afkast og er synlig for mange vælgere. – Det har værdi at vide, hvis der er en stor gruppe af borgere, som har et specifikt problem, der kan afhjælpes både til fordel for sundheden, de øvrige kommunale udgifter og borgernes livskvalitet.

Sundhedskonsulenterne i Struer Kommune har brugt sundhedsprofilen *Hvordan har du det?*, som ét af fire elementer i en planlægningsstrategi (jf. boksen). Men den er blevet brugt på forskellige måder. Den

har nemlig både været et udgangspunkt for planlægningen, og den har været et argumentationsredskab i analyser af, hvilke tiltag Struer Kommune fremover skal iværksætte. Andre gange har sundhedsprofilen været brugt til at se på, hvorvidt der i statistikkerne kan registreres et reelt behov for en indsats, der politisk er interesse for, eller som er let tilgængelig og nem at implementere. Dette argument bruges igen til samlet set at vurdere, hvor højt den pågældende indsats skal prioriteres. *Hvordan har du det?* har derfor status af et prioriteringsredskab, som dog ikke har afgørende betydning for en beslutning, men

## STRUER KOMMUNES PRIORITERINGSSTRATEGI – et firkløver



Prioriteringsstrategien i Sundhedscenter Struer kan illustreres som et firkløver. 1) Et af bladene i firkløveret udgøres af sundhedsprofiler, herunder *Hvordan har du det?* fra Center for Folkesundhed i Region Midtjylland. De andre blade i firkløveret udgøres af hhv. 2) *kommunens ressourcer*, muligheder og barrierer, 3) *teoretisk viden* om sundhedsadfærd, sundhedsfremme og forebyggelse, risikofaktorer, modificerende faktorer m.m., 4) *interesse*, motivation og etik, herunder politisk interesse, mediebevågenhed, henvendelser, overvejelser omkring retten til at bestemme over eget liv osv.

som bruges aktivt som et supplement til en teoretisk og praktisk tilgang.

### Politisk prioritering

Politisk er *Hvordan har du det?* blevet brugt som baggrund for kommunens sundhedspolitik. Da profilen blev offentliggjort i november 2006, blev den læst grundigt af arbejdsgruppen og politikerne i sundhedsudvalget. Et udkast til en sundhedspolitik blev herefter udarbejdet, og ikke mindst kronikerområdet fik en markant plads i politikken, på baggrund af sundhedsprofilens oplysninger om, at der i Struer er mange borgere med kroniske sygdomme. Kommunens sundhedspolitik blev således inspireret af befolkningsundersøgelsens resultater. I marts 2007 blev den endelige sundhedspolitik vedtaget, og data fra den midtjyske sundhedsprofil blev anvendt til at underbygge politikken 7 fokusområder og de strategiske mål i politikken.

Efterfølgende er sundhedsprofilen blevet brugt politisk som et prioriteringsredskab sammen med KRAM-profilen, som blev udarbejdet for Struer Kommune i forbindelse med KRAM-projektet. Sundhedsudvalget i Struer Kommune skulle i efteråret 2008 prioritere, hvilke målgrupper og indsatsområder der skal arbejdes med i 2009 og 2010. Her var sundhedsprofilernes oplysninger om sundhedsadfærd, sygdomsforekomst og samfundsmæssige helbredsbelastninger væsentlige faktorer for udfaldet.

**"Vi bruger sundhedsprofilerne til at afstikke sundhedsarbejdet med. De ligger til grund for vores prioriteringer, sammen med så meget andet."**

Susanne Olufsen,  
fmd. sundhedsudvalget, Struer Kommune

### Kronikerområdet

Helt konkret har sundhedsprofilens oplysninger om Struer Kommunes mange borgere

med kroniske sygdomme været analyseret – med baggrund i, dels hvor den største belastning ligger i forhold til antal borgere, forskellige baggrundsvariable og de kommunale ydelser, som følger disse sygdomme. Dels i forhold til mulighederne for at forebygge i kommunalt regi og til vurderingen af de faglige kompetencer, der skal til for at opnå et højt niveau i en sundhedsfremmende og forebyggende indsats for denne målgruppe. Samt endelig i forhold til evidensen for standardiserede indsatser.

At 2% (300) af den voksne befolkning i Struer Kommune har kræft, synes ikke umiddelbart af meget, når man sammenligner med, at 17% (2.400) har allergi. Alligevel overvejer SundhedscenterStruer konkret at tilbyde borgere med kræft et rehabiliteringsforløb, da denne sygdom ikke alene er yderst belastende for den pågældende, men også for hele dennes familie, både psykisk og socialt. Den kan samtidig gøre den kræftramte arbejdsløs, hvis ikke vedkommende har kræfter og overskud til at komme i gang igen, hvilket betyder både social marginalisering for borgeren og økonomiske udgifter for kommunen.

### Stop vægten – i Struer

Som et andet eksempel på brugen af sundhedsprofiler i SundhedscenterStruers arbejde kan nævnes, at Struer Kommune i samarbejde med de øvrige kommuner i Vestklyngen har iværksat en indsats i forhold til svært overvægtige. Denne indsats er blevet til blandt andet på baggrund af en viden fra sundhedsprofilen, som ikke alene kan fortælle, at der i Struer Kommune er 39% moderat overvægtige og 15% svært overvægtige. Den kan samtidig oplyse, at 59% af de svært overvægtige i Struer giver udtryk for, at de "i høj grad ønsker at tabe sig".

Da svær overvægt udgør en øget risiko for fx type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme,

vil en indsats ikke alene imødekomme de svært overvægtiges ønske om at tabe sig, det vil samtidig kunne blive en gevinst for såvel borgerne og samfundet, hvis et vægttab opnås og risikoen for sygdom mindskes. For netop de sygdomme, der følger svær overvægt, er nogle af dem, der vejer godt på den kommunale og regionale økonomiske vægtskål i forhold til indlæggelse, genoptræning, rehabilitering, sygedagpenge, førtidspension osv. Så her er der virkelig gunstige forebyggelsespotentialer.

### Perspektiver

SundhedscenterStruer vil også fremover bruge sundhedsprofilerne i deres arbejde. Både som et delelement i en prioriteringsproces, som et politisk argumentationsredskab og som én af flere kilder til information og viden.

Men det ville være ønskeligt, hvis de mange sundhedsprofiler, der benyttes rundt om i kommuner, regioner og forskningsinstitutioner, var sammenlignelige. Vi har også et ønske om, at sundhedsprofilerne var endnu mere følsomme over for en række baggrundsvariable, så som social kapital, mestringsevne og sundhedsdimensioner.

Der er desuden et stort behov for, at der bliver udarbejdet sundhedsprofiler på børne- og ungeområdet. Her famler vi nemlig nogle gange lidt i blinde. Men det fortæller blot, at sundhedsprofilerne virkelig er nyttige i det kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejde, da vi vil savne dem, hvis de ikke var der.

### LINK

[www.struer.dk/webtop/site.aspx?p=11048](http://www.struer.dk/webtop/site.aspx?p=11048)

# Uddybende kommuneanalyser



De enkelte kommuner kan mod betaling få lavet supplerende analyser af sundhedsprofilens data. Center for Folkesundhed gennemfører analyserne, som fremlægges på et møde med kommunen. Vi giver her nogle eksempler på de ønsker, kommunerne har haft til uddybende analyser.

■ Louise Nordvig, sundhedskonsulent, Center for Folkesundhed, Sundhedsfremme og Forebyggelse, Region Midtjylland

## Herning Kommune

– Overordnet ønsker vi en profil for Herning Kommune på beskrevne geografiske by- og landområder, der dækker de samme parametre som i Region Midtjylland (sundhedsprofilen). Specifikt vil vi gerne have suppleret analysen med: livsstilsvaner, stress, sygefravær og arbejdsmiljø.

### Temaer:

- Selvvurderet helbred
- Borgere med kroniske sygdomme
  - multisygdom: to eller flere kroniske sygdomme
- KRAM, stress og overvægt

### Opgjort på:

- Sociodemografi:
  - køn, alder, uddannelse, arbejdsmarkedsstatus, branche, indkomst, samlivssituation og børn i hjemmet, by/land, gamle kommuner.

## Ikast-Brande Kommune

– Der ønskes de samme data som findes i sundhedsprofilen blot fordelt på by/land samt gamle kommuner. Vi har desuden i kommunen særligt fokus på sammenhænge mellem stress og nedsat mestringskapacitet set i forhold til sygdom/helbred, fx blandt borgere i by/land, kronikere og ikke mindst brancher.

### Temaer:

- Selvvurderet helbred
- Borgere med kronisk sygdom
  - multisygdom: to eller flere kroniske sygdomme
- KRAM, overvægt og stress
  - motivation og råd fra lægen.

### Opgjort på:

- Sociodemografi:
  - køn, alder, uddannelse, arbejdsmarkedsstatus, branche, indkomst, samlivssituation og børn i hjemmet, by/land og gamle kommuner.

## Århus Kommune

– Målet for sundhedsprofilen er dels at få oplysninger, der muliggør målrettet indsats i forhold til en række risikofaktorer (KRAM), og dels at få et billede af sundhedstilstanden i forskellige dele af befolkningen.

### Temaer:

- Kost, rygning, alkohol, motion, overvægt og stress

### Opgjort på:

- Trivsel og helbred
  - stress, selvvurderet helbred, SF-12, social støtte og hjælp, trivsel og livskvalitet og smerter og ubehag (symptomer), motivation til ændring af dårlige sundhedsvaner
- Kronisk sygdom, hæmmet af sygdom.
- Sociodemografi:
  - køn, alder, uddannelse, arbejdsmarkedsstatus, branche, indkomst, samlivssituation og børn i hjemmet, postnummer, områdecerniveau.

## Norddjurs Kommune

– Overordnet set ønskes en analyse af de borgere i Norddjurs Kommune, som har en eller flere af de 17 sygdomme, der regnes for kroniske i sundhedsprofilen. Især skal der fokuseres på borgere, der har lidt eller lider af kræftsygdomme.

### Temaer:

- Borgere med kroniske sygdomme
  - multisygdom: to eller flere kroniske sygdomme

### Opgjort på:

- Forbrug af sundhedsydelser, indlæggelser og ambulante besøg
- KRAM, stress og overvægt
- Trivsel
  - selvvurderet helbred, socialt netværk, behov for hjælp.
- Sociodemografi:
  - køn, alder, uddannelse, arbejdsmarkedsstatus, branche, indkomst, samlivssituation og børn i hjemmet.

## Favrskov Kommune

– Vi vil gerne have data, der kan give os et planlægnings- og dimensioneringsgrundlag for en fremtidig sundhedscenterløsning i kommunen. Det kunne også være interessant at inddrage data vedr. fysisk aktivitet i Hadsten og Hinnerup, der kan give et vist kvalitativt input til aktuelle overvejelser omkring halkapaciteten, fx om indholdet og omfanget af selvorganiseret idræt.

### Temaer:

- Kronisk sygdom med angivelse af, om sygdommen(e) er hæmmende/meget hæmmende for borgerne, og om der er "brug for hjælp"
- KRAM og overvægt
- Borgere med kronisk sygdom, der ønsker hjælp til ændring af dårlige sundhedsvaner
- Borgernes fysiske aktivitet og motionsformer.

### Opgjort på:

- Sociodemografi:
  - køn, alder, uddannelse, arbejdsmarkedsstatus, branche, indkomst, samlivssituation og børn i hjemmet, by/land og gamle kommuner.

## Hvordan har du det? – og hvad gør vi ved det?

■ Redaktionen

Den 10. december 2008 blev der afholdt en konference i Herning Kongrescenter under temaet *Hvordan har du det? – og hvad gør vi ved det?* Konferencedagen sluttede med afspilning af en kort video, en såkaldt vox pop, optaget i løbet af dagen. Her er, hvad de fem kommunerepræsentanter udtrykte af håb og forventninger til sundhedstilstanden i 2010, når den næste sundhedsprofil foreligger:<sup>1</sup>

### Favrskov Kommune

Jamen jeg håber selvfølgelig på, at vi kan se en generel forbedring på de forskellige sundhedsvaner for borgere i de forskellige aldersgrupper. Og så håber jeg også, at vi kan se nogle eksempler på resultater af de målrettede indsatser, vi har lavet. Bl.a. i forhold til forekomsten af hjem, hvor der bliver røget indendørs, og hvor der er børn op til 15 år.

Det har vi arbejdet med, og det skal vi i gang med at arbejde målrettet med ved hjælp af vores sundhedspleje og nogle forskellige konkrete tiltag. Så her vil vi gerne se en forbedring – og det forventer vi også vil ske!

CHRISTIAN BOEL, sundhedschef

pr. 1. februar 09 afdelingschef i  
Sundhedsplanlægning Region Midtjylland

### Ikast-Brande Kommune

Allerførst har jeg en forventning om, at antallet af rygere er faldet i Ikast-Brande Kommune. Vi lå lidt over gennemsnittet sidste gang, og jeg håber, at vi er nede på gennemsnittet den her gang – og at andelen af rygere måske er faldet med 5%! Men det er jo så et håb. Og så håber jeg også, at i forhold til overvægt, specielt svær overvægt, at vi i hvert fald ikke er steget. Der er jo en samfundsmæssig tendens til, at andelen af overvægtige stiger, og mit håb er, at vi kan holde os på det niveau, vi var på sidste gang – og allerhelst selvfølgelig mindre, men i hvert fald holde os. Endelig har jeg et ønske om – borgerne svarer jo også på, hvordan de oplever, de har det – at det samlede helhedsindtryk er, at borgerne har det godt i kommunen.

MARGIT ANDERSEN,  
udviklingskonsulent

### Horsens Kommune

Jeg tror, det er meget optimistisk at tro, at der er sket ret store ændringer, men vi håber selvfølgelig at kunne se en eller anden forbedring på overvægtssiden. Vi har 50% af befolkningen i Horsens Kommune, der er overvægtige i en eller anden grad. Rygning er også et indsatsområde, som vi håber, at vi kan gøre noget på. Og så glæder vi os rigtig meget til, at der også kommer noget på børneområdet, for vi sætter faktisk ind med sunde børn på KRAM-faktorerne og håber, at vi kan løfte også dette område. Så jeg tror samlet set ikke, at vi ser de helt store ændringer. Men man kan vende det om og sige, at vi ikke håber, at tallene er forværret – i hvert fald væsentligt. Og vi glæder os rigtig meget til at få noget at sammenligne med.

ULLA HJORT JESPERSEN,  
projektkoordinator

### Randers Kommune

Jeg håber sådan set, at vi har ændret os positivt på alle vores KRAM-faktorer.

Det er sådan i vores sundhedspolitik – som er en strategisk plan og derfor også indeholder nogle indsatsområder i forhold til KRAM-faktorerne – at der har vi sat procenter på, sådan som vi står nu, og så håber vi jo egentlig på, at de er blevet forbedret i positiv retning på samtlige faktorer. Og det gælder sådan set både i relation til børnene – de er ikke indeholdt i sundhedsprofilen, men vi har selv sat nogle procenter op for denne gruppe – i relation til de voksne, de ældre og ikke mindst de udsatte.

LENE JENSEN, sundhedschef

### Holstebro Kommune

Det jeg først om fremmest vil have kig på, det er jo KRAM-faktorerne og folkesygdommene. Det er indsatsområder, som vi håber, at vi kan aflæse noget på. For hvis vi ser på folkesygdommene, jamen så tror jeg, at vi vil kunne se, at der simpelthen er færre KOL-patienter. Og at vi i denne målgruppe også vil kunne se, at der er færre indlæggelser og i særdeleshed: færre rygere. Men i forhold til folkesygdommene generelt så tror jeg, at vi vil kunne sige, at kurven er knækket – hvor vi jo tidligere kunne se, at den steg. Jeg vil altså have et ønske om, at hvis kurven ikke falder, at vi så i hvert fald vil kunne begynde at se en udfladende tendens ... Og det set i forhold til alle de store kronikergrupper.

ELLEN GREVE, sundhedschef

#### NOTE

1. Der er foretaget en lettere redigering af de transskriberede Vox Pop-statements.

#### LINK

(Indlæg fra konferencen kan findes på Center for Folkesundheds hjemmeside, her) [www.centerforfolkesundhed.dk/aktuelt/konferencer/afholdte+konferencer/hvordan+har+du+det+konference+2008?](http://www.centerforfolkesundhed.dk/aktuelt/konferencer/afholdte+konferencer/hvordan+har+du+det+konference+2008?)

# Når MÆND rammes af uvished

Fortællinger fra mænd i krise og data fra *Hvordan har du det?* peger i samme retning, nemlig behov for større fokus på mænds sundhed.

■ Inger Anneberg, journalist, stud. master i sundhedsantropologi, Aarhus Universitet

NIELS ER 48 år, da han en søndag skriver sig ind under falsk navn på et hotel i en østjysk storby – med den hensigt at tage sit liv. Han har et kreativt arbejde, som han er glad for, men han er også fraskilt og har tre børn med tre forskellige kvinder. Niels oplever, at hans liv er fyldt med uløselige dilemmaer og krav, han ikke synes, han kan honorere, især i forhold til familien, og han har i lang tid overvejet at forsvinde. Først drømmer han om at blive en 'forsvunden dansker', men det kan han ikke gennemføre, fordi tanken om børnene giver ham dårlig samvittighed. Derefter bliver selvmordstanker mere og mere påtrængende. Niels overvejer ikke en eneste gang, om han kan få hjælp mod disse tanker. Han skammer sig over dem og tør ikke nævne dem for sin egen læge. Han bruger alkohol til at dulme sin uro – og han betror sig ikke til hverken ekshustruer, familie, venner eller kolleger.

## De ramte mænd

Niels' historie kender jeg, fordi jeg sammen med psykolog Bente Hjort Madsen fra Center for Selvmordsforebyggelse i Århus<sup>2</sup>, har lavet 12 interviews med mænd, der alle har selvmordsforsøg eller alvorlige selvmordstanker bag sig. De har siden været i behandling på centret.

I de historier, vi har fået fortalt af mændene, kommer de hver især med bud på, hvordan de har kæmpet sig ud af deres krise, og hvad de har fået ud af behandlingen på centret. De 12 livshistorier er kernen i en ny hjemmeside<sup>3</sup> – med det formål at forebygge selvmord blandt mænd.

Hvorfor lige mænd? Svaret er, at der er mere end dobbelt så mange fuldbyrdede selvmord blandt mænd end blandt kvinder. Det gælder i Danmark, men også i de øvrige lande i Vest-europa. Da der i 2008 skete 650 selvmord

i Danmark, blev de 472 begået af mænd. Medierne fokuserer meget på unge pigers selvmordsforsøg, med god grund, for det er et alvorligt problem, men de fuldbyrdede selvmord blandt midaldrende mænd får desværre ikke samme fokus. Måske synes medierne, at fortællingen om en midaldrende, fraskilt, alkoholiseret, kriseramte mand giver en dårligere 'kioskbasker', end når unge skolepiger sluger panodil.

## Mænd har flere livstruende sygdomme

Ikke desto mindre bør Niels og andre mænd, hvad enten de har psykiske eller fysiske problemer, i høj grad tages alvorligt i sundhedsvæsenet. Det bliver til fulde bekræftet i Region Midtjyllands sundhedsprofil, *Hvordan har du det?* Profilen rammer lige ind i kernen af problemet: Mændene i undersøgelsen siger generelt, at de har et bedre helbred end kvinderne, men faktum er, at de har flere livstruende sygdomme, de ryger mere,

de drikker mere – de spiser mindre grønt og de motionerer mindre end kvinderne. Den enlige, lavtuddannede mand er den hårdest ramte, og den sociale ulighed er udtalt – ikke mindst for mændene.

Sundhedsprofilens data supplerer den viden, vi i øvrigt har nationalt og internationalt om mænds sygdom og sundhed. Mænds gennemsnitslevealder er fem år lavere end kvindernes, de går ikke så ofte til egen læge, men de fylder meget på sygehuset, når de kommer ind (ofte for sent) med de alvorlige sygdomme. Men fokus på mænds sundhed har ikke faglig og politisk prioritet. Svend Aage Madsen, chefpsykolog på Rigshospitalet, har sagt det sådan her:

– Overordnet kan det konstateres, at der ikke i dag findes nogen officiel politik for at gøre en særlig indsats for mænds sundhed, ligesom der er meget, meget få eksempler på og midler til forskning i mænds sundhed.<sup>(1)</sup>



### Sammenbrud i realitetsopfattelsen

Er modsætningen mellem et godt selvvrderet helbred og statistikens facts om flere alvorlige sygdomme blandt mænd et udtryk for et slags sammenbrud i nogle mænds realitetsopfattelse?

Og hvordan reagerer mændene, når fx alvorlig sygdom rykker ind på livet af dem? Distancerer de sig – og hvis de gør, hvad er det så udtryk for? Distance til sygdom kan være et sundhedstegn, men den kan også udvikle sig livstruende.<sup>(2)</sup>

I vores samtaler med de 12 selvmordstruede mænd ser vi, at når mændene bliver forladt eller risikerer at blive forladt, er de ofte meget lidt realistiske i deres håndtering af situationen. Den sårbare, skrøbelige situation der opstår, når de bliver forladt, rammer dybt ind i deres identitet og selvopfattelse. Vil det samme ske, hvis mænd skal forholde sig til alvorlig sygdom eller risikoen for et dårligt helbred?

### Kriser og uvished

Med livstruende sygdomme eller alvorlige kriser følger uvished, og der opstår behov for kontrol. I denne fase kan alt forhandles. Folk opfatter aldrig sig selv som kun 'ofre' – det viser flere antropologiske projekter. Vi forhandler vores skæbne, en forhandling som altid foregår i sociale relationer, og vi leder efter årsager og forklaringer, når vi er i krise.<sup>(3)</sup> Vi kan kontakte vore nærmeste eller en nabo og bede om råd, opsøge en healer eller tale med en læge. Men uvisheden kan også føre til isolation og tilbagetrækning fra andre.

I de 12 mænds historier ser jeg en stor grad af usikkerhed på egen identitet, en usikkerhed, som tager til jo mere uvished og krise, der er i deres liv. Samtidig er de mænd i et samfund, som faktisk stiller ekstreme krav om hele tiden at gendanne og reflektere over egen identitet.

Niels, mit eksempel fra indledningen, døde ikke den nat på hotellet og kæmpede sig bagefter igennem sin krise. Han var fx ekstremt bange for at komme i kontakt med psykiatrien, men da han alligevel blev indlagt og senere kom til psykologsamtaler, betød miljøskiftet, at han fik en helt ny viden om sig selv. Han siger efterfølgende om indlæggelsen på psykiatrisk:

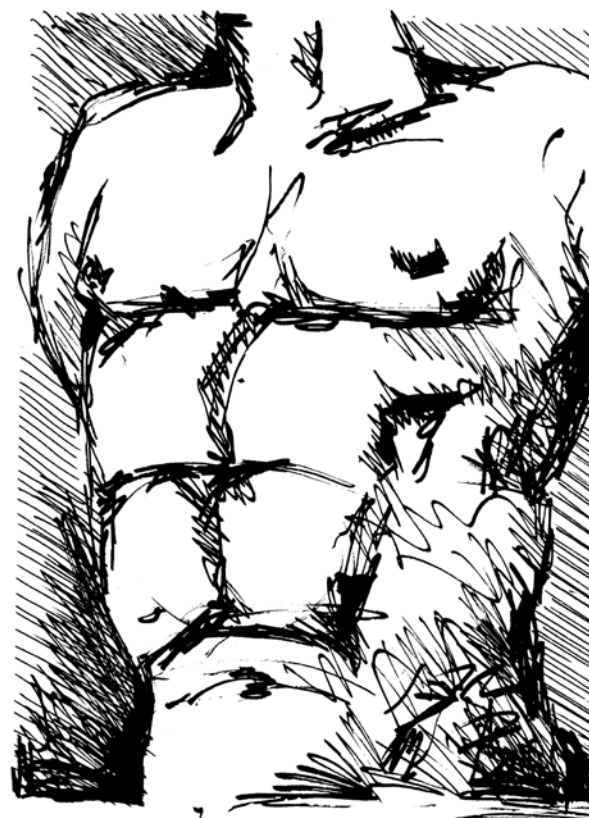
*– Alle burde en tur derind. Jeg oplevede en meget stor ærlighed derinde, og at her kunne jeg for første gang virkelig løse op.*

Niels oplevede, at behandlingen hos psykologen hjalp ham til at ændre identitet og få nye værdier i sit liv, eller *finde frem til andre valgmuligheder*, som han beskriver det.

### Hvordan har du det – ansigt til ansigt

I *Hvordan har du det?* er der meget tydelige konturer af en gruppe storrygende mænd, der ofte bor alene, og som forskere og sundhedspersonale sjældent får banket på hos. Vi skal ikke give op og/eller bare hænge fast i en stereotyp forestilling om, at "Tarzan vil ikke til lægen". I stedet skal vi lytte til mændenes egne erfaringer. Jeg synes, det er vigtigt, at bruge profilens fakta til at opsøge og møde de særligt truede mænd for at inddrage deres svar i nye kreative løsningsstilbud og til at skabe større forståelse for mandens/aktørens subjektive oplevelse af situationen. Jeg synes også, vi mangler viden om, hvorvidt der er bestemte former for maskulinitet, som har det særligt svært i det danske sundhedsvæsen, og i hvilken grad det smitter af på andre mænd – og på behandlerne.

Det skal østjyske landmænd være med til at kaste lys over i mit næste antropologiske projekt. Jeg vil banke på, se dem i øjnene og undersøge, hvordan de opfatter sundhed, sygdom og maskulinitet, og hvordan de håndterer kriser. Med andre ord: Søge indblik i deres livsverden og lære af den ...! ■



### NOTER

1. Alle mændene i projektet deltager anonymt. Navne og andre personfølsomme oplysninger er ændret.
2. Center for Selvmordsforebyggelse hører under Århus Universitetshospital, Risskov. Se: [www.auhrisskov.dk/afdelinger/de+psykiatri+riske+specialklinikker/center+for+selvmordsforebyggelse](http://www.auhrisskov.dk/afdelinger/de+psykiatri+riske+specialklinikker/center+for+selvmordsforebyggelse)
3. Hjemmesiden ([www.forebyggselvsmord.dk](http://www.forebyggselvsmord.dk)) er under opbygning. Forventes åbnet senest 1. juli 2009.

### REFERENCER

- (1) Madsen, S AA 2007. Mænd, køn, sundhed og sygdom. Tidsskriftet Politik, 2. årgang, 10:48-57.
- (2) Simonsen, Sjørup S 2006. Mænd, sundhed og sygdom – ronkedorfænomenet. Århus: Forlaget Klim.
- (3) Steffen V, Jenkins R, & Jessen H (red.) 2005. Managing Uncertainty. Ethnographic Studies of Illness, Risk, and the Struggle for Control. Københavns Universitet: Museum Tusulanums Forlag.

### LINK

[www.sundmand.dk](http://www.sundmand.dk)  
[www.sorgenvedselvsmord.dk](http://www.sorgenvedselvsmord.dk)  
 (forfatterens undervisningsmateriale)

# Evalueringsværktøj som hjælpemiddel i patientuddannelse

Region Midtjylland har, med udgangspunkt i *Hvordan har du det?*-spørgsmål, udviklet et evalueringsredskab til patientuddannelserne på hospitaler og i kommuner. Evalueringsredskabet er it-baseret og kan hjælpe både til planlægning af hold, i samtalen med patienten og i overordnet evaluering og udvikling af den enkelte patientuddannelse.

■ Jakob Hjort, datamanager, MTV og Sundhedstjenesteforskning & Lucette Meillier, sundhedskonsulent, Sundhedsfremme og Forebyggelse, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland

Hverdagen i patientuddannelse skal koncentrere sig om, hvordan man yder det bedste for deltagerne. De registreringer, der er nødvendige for patientuddannelsen, skal udformes, så det forstyrrer dagligdagen mindst muligt – og så informationerne aktivt kan bruges som led i samtale med patienten. Det forsøger *evalueringsværktøjet* at tage højde for ved at være elektronisk og ved at indeholde spørgsmål, der kan bruges i samtalen mellem underviser og deltager, fx i en indledende samtale.

## Spørgeskema

Evalueringsværktøjet er et modulopbygget spørgeskema med en kerne af spørgsmål alle besvarer og enkeltmoduler, der besvares afhængigt af indholdet i den enkelte uddannelse. Evalueringsværktøjet bygger på spørgsmål fra befolkningsundersøgelsen *Hvordan har du det?* og internationale evalueringsredskaber for patientuddannelser. Evalueringskemaer udfyldes elektronisk af personale og deltagere på patientuddannelser.

## INDHOLD:

### • Holdtilmelding

udfyldes af personalet

- Hvor henvises deltageren fra
- Kontaktinfo om deltageren
- Mål med indledende samtale

### • Holdadministration

udfyldes af personalet

- Kursusemne
- Planlagt forløb, antal fremmødegange

### • Basisskema før kursus

udfyldes af deltageren

- Helbred og trivsel
- KRAM-faktorer: kost, rygning, alkohol, motion
- Uddannelse, arbejde, parforhold, netværk og belastninger
- Tidligere kursusforløb
- At leve med en sygdom – tanker og handlinger i hverdagen
- Evalueringsredskab til deltagere i kurset "Lær at leve med kronisk sygdom"

### • Afslutning

udfyldes af personalet

- Fuldendt eller afbrudt forløb, antal fremmødegange

### • Opfølgning efter kursus

udfyldes af deltageren

- Trivsel, livsstil
- At leve med en sygdom – tanker og handlinger i hverdagen
- Evalueringsredskab til deltagere i kurset "Lær at leve med kronisk sygdom"
- **Notater** udfyldes af personalet
- Felt til kommentarer og aftaler i fri tekst.

## Samlet regional evaluering

I et kommunalt og regionalt perspektiv kan ensartet evaluering af alle patientuddannelser give ny viden. Rekruttering, indhold, målopnåelse og effekt er nogle af de oplysninger, som kan indgå i en samlet evaluering på tværs af patientuddannelser. Dokumenteret viden fra de forskellige patientuddannelser kan inspirere til at udvikle indhold og form og den mest tilfredsstillende og effektive undervisning.

Perspektiver for patientuddannelser er, at de bliver bedre funderet. Der bliver bedre dokumentation af effekt af sundhedsuddannelser, der bliver mulighed for at støtte afprøvning af nye metoder og mulighed for at støtte udbredelse af de koncepter, der viser sig mest lovende med hensyn til at nå en bred målgruppe og opnå det bedste resultat.

Men kan det nu så let lade sig gøre at indsamle og analysere spørgeskemamateriale på flere patientskoler på én gang?

## Mange husholdninger, stort sammenslutningsgilde

Selve evalueringsværktøjet ligger som en *internetapplikation*, således at man fra enhver PC med internetforbindelse kan få adgang – forudsat naturligvis, at man er oprettet og dermed har: et brugernavn og en adgangskode.

Brugerfladen (skærm billeder, menuer mv.) er den samme for alle, men den enkelte patientuddannelse har sit eget afgrænsede dataområde til indsamling og håndtering af patientoplysninger. Der sker således ikke nogen utilsigtede sammenblandinger af patienter på tværs af patientuddannelserne. Samtidigt er det meget enkelt at administrere den enkelte patientuddannelses ejerskab over egne data. Helt konkret befinder data sig hos en (større privat) internetudbyder, som dels stiller lagerplads mv. til rådighed, og dels har forpligtet sig til at varetage regelmæssig sikkerhedskopiering af de dyrebare data.

Evalueringsværktøjet er designet til at gøre indtastning og brug i øvrigt meget brugervenligt. Det er lykkedes at gøre opbygningen så enkel, at oplæring for selv den mest uøvede computerbruger er en meget overskuelig opgave. Som skitseret ovenfor kan evalueringsværktøjet, samtidig med at der løbende opsamles nyttig information, med sine lister og rapporter understøtte tilrettelæggelsen af den daglige undervisning. Principielt er det også muligt decentralt (dvs. for den enkelte patientuddannelse) at lave egentlig statistik på det indsamlede datamateriale. I praksis vil denne mulighed dog ofte være begrænset (på grund af for få patientforløb) til at opnå en tilstrækkelig statistisk styrke.

### Mere volumen

Her er det, at muligheden for at de enkelte patientuddannelser går sammen om data ('poole data'), viser sin styrke. Det er på den måde realistisk at få det volumen, som skal til for at lave ordentlige og troværdige statistiske sammenfatninger og evalueringer. De poolede data bliver også rigtig interessante, når man ønsker at lave sammenligninger på tværs af patientud-

dannelser, kommuner, interventionstyper eller andre grupperinger.

### Mere at hente

Som følge af det nære slægtskab mellem registreringerne i evalueringsværktøjet og de data, som foreligger fra Region Midtjyllands sundhedsprofil *Hvordan har du det?*, kan de indsamlede data sammenholdes med de tilsvarende data fra sundhedsprofilen. Profilen kan således bidrage med et troværdigt billede af, *hvordan deltagere på patientuddannelser har det* i forhold til baggrundsbefolkningen i kommunen eller i hele den midtjyske region.

Med de poolede datas styrke er der også basis for at sammenkøre med *Hvordan har du det?* og nogle af de utallige hel- og halvoffentlige registre, der som bekendt findes i Danmark. Oplagte eksempler herpå vil være:

- DREAM som er et register, der omfatter personer, som modtager eller har modtaget overførselsindkomster, fx arbejdsløshedsunderstøttelse, sygedagpenge eller førtidspension. Data findes for hver enkelt person i form af oplysninger om over-

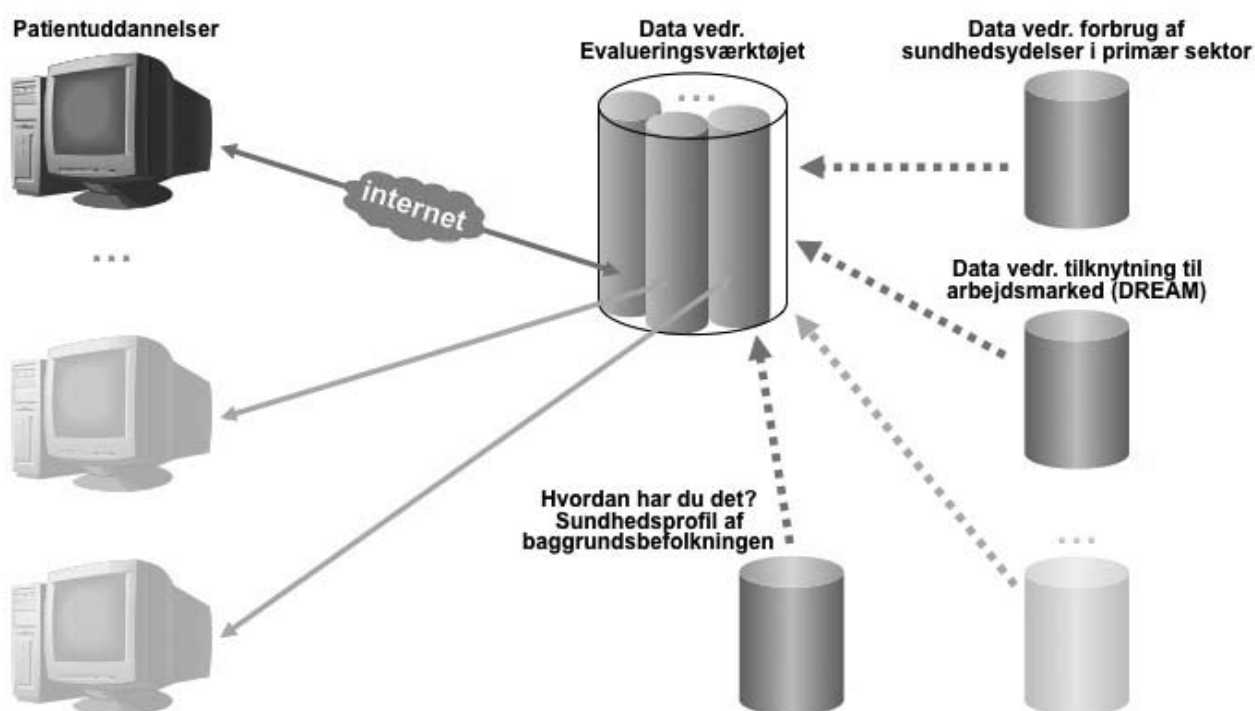
førselsindkomsttypen på ugebasis. Med dette register er det altså muligt at lave opfølgende undersøgelser af patienters tilknytning til arbejdsmarkedet.

- Primær Sundhed (Region Midtjylland) råder over forskellige registre over ydelsesforbrug i den primære sektor. Med disse registre er det muligt at lave opfølgende opgørelser over patienters træk på den primære sektor, fx antal besøg ved egen læge/speciallæge samt forbrug af receptpligtig medicin.

### Hjælpemiddel i patientuddannelsen

Alle patientuddannelsesforløb indledes med en henvisning. Måske gennemføres en indledende samtale mellem sundhedspersonale og den enkelte deltager inden start på selve undervisningsforløbet. Ofte er der en opfølgning, hvor deltageren kontaktes af sundhedspersonalet eller efterfølgende møder til ambulante undersøgelser. Ved tilmelding til patientuddannelse registrerer personalet, hvem der henviser, og hvem der henvises. Patienten gør sig tanker om, hvad han eller hun får ud af at deltage på uddannelsen, og hvordan de forandringer i sundhedsvaner eller

Figur 1: Evalueringsværktøjet – lokal og central dataopsamling



aktiviteter, som man ønsker at gennemføre, passer ind i ens liv og meget mere.

### Udbytte for flere parter

Evalueringsværktøjet er designet og kan anvendes, så det både er til gavn for den enkelte deltager, underviseren ved den enkelte patientuddannelse og for den fælles udvikling af kommunal og regional patientuddannelse. Hvordan uddybes nedenfor.

#### – udgangspunkt for samtaler

Før eller under en eventuel *afklarende samtale* udfylder patienten spørgeskemaet. Ud fra den elektroniske besvarelse får patienten mulighed for sammen med den sundhedsprofessionelle at diskutere fx sundhedsvæner, sociale relationer, eller hvordan man håndterer det at have en kronisk sygdom. Patienten kan fortælle, hvilke forventninger han eller hun har til at deltage, hvilke mål han eller hun har for forandring, og hvor de største styrker og svagheder i livet med en kronisk sygdom opleves. Perspektiverne ved anvendelse af evalueringsværktøj i en indledende samtale er, at det åbner for samtale om bestemte emner, og det bliver synligt, hvad der er i fokus på den enkelte patientuddannelse. Men man skal holde sig for øje, at det er patientens mål og ønsker og ikke skemaet, der er i centrum under samtalen.

I en *afklarende samtale* før start på et hold kan den sundhedsprofessionelle og deltagerne sammen:

- udpege hvilke dele af mulige elementer i patientuddannelsen, deltageren har mest brug for
- fastsætte individuelle mål
- afstemme forventninger til hvad patientuddannelsen indeholder
- uddybe emner, der stikker særligt frem. Det er fx erfaringen, at det er let for patienter at tage angst og uro op i samtalen – uden at patienten føler sig forpligtet – når der forudgående er spurgt til det i et skema.

Den sundhedsprofessionelle kan:

- opsamle værdifuld viden om deltagerens situation til gavn for holdunderviseren.

Deltagerne får fokus på, hvad de ønsker at få ud af et kursusforløb:

- sætte mål for egne handlinger ud fra besvarelse om trivsel og livsstil
- blive klar over hvad der er egne styrker i at håndtere sygdom
- blive bevidst om hvor egne udfordringer i at håndtere sygdom findes, og hvor andre kan hjælpe undervejs.

Ved *kursusaftslutning* kan deltageren bruge de nedskrevne besvarelser og mål til at evaluere, om han eller hun har nået sine mål og fået sine forventninger opfyldt.

#### – hjælp til holdoverblik

Et samlet overblik over deltagerens ønsker og bekymringer kan hjælpe underviseren til at tilrette undervisningen, så den passer til deltagerens behov.

Der bliver god viden om alderssammensætning, køn, samlivsstatus og livsbetingelser for holddeltagerne, og indholdet kan justeres efter holdets besvarelser. Det kan fx være fysisk holdtræning – ud fra niveauet af holdets samlede fysiske formåen – eller at der særligt fokuseres på etablering af sociale netværk, hvis *det* er et behov.

#### – tilrettelæggelse af undervisningsform

Viden fra spørgeskemaudfyldelse kan også bruges i tilrettelæggelse af undervisningsformen. Hvis der fx er mange deltagere med manglende selvtillid til at kunne gennemføre forandring, kan undervisningen tilrettelægges med større vægt på social støtte til forandring, og der kan indlægges flere praktiske færdigheder, som man ved, er de to ting, der øger selvtilliden til at kunne håndtere nye handlinger. *Den pædagogiske form* kan således varieres fra hold til hold. Perspektiverne er her, at man kan justere indhold efter behov og imødekomme holdets særlige styrker og vanskeligheder, har man bedre mulighed for at fastholde deltagerne.

#### – den rigtige målgruppe

Som patientuddannelse er det vigtigt at

kunne få et overblik over henvisning, rekruttering, vedholdenhed i deltagelse og effekt af undervisningens indhold. Herudfra kan man justere det lokale samarbejde og konceptet for undervisningen. Organisationer, der udbyder patientuddannelsen, får et godt værktøj til at vurdere, om de, der deltager i undervisningen, også er den tiltænkte målgruppe. Fx om lavtuddannede eller mænd *ikke* søger ind på holdene.

- Analyser af: *hvem* der blev inviteret, *hvem* der kom til afklarende samtale, *hvem* der mødte frem, og *hvem* der faldt fra undervejs.

Disse oplysninger kan rette fokus mod de punkter, der forhindrer deltagelse. Og der kan justeres på kursusform og/eller pædagogik, så man mere målrettet kan rekruttere de deltagere, der ud fra patientgrundlaget har behov for et uddannelsesstilbud, samt tilrette kurset, så det er skræddersyet til målgruppen. Effekten af egen sundheds- og patientuddannelse vil også kunne vurderes, så ikke alene tilbuddet, men også målet kan justeres.

- Har deltagerne opnået de mål, der er sat for kurserne?
- Er kursets mål i overensstemmelse med brugernes mål?
- Har patientskolen opnået mål for enkelte kurser?

Perspektiver for ledelsen af den enkelte patientuddannelse er, at man kan tilrettelægge rekrutteringen mere præcist og dermed nå den tiltænkte målgruppe, kan dokumentere opnåede mål, og kan diskutere koncept og tilrettelæggelse med holdundervisere ud fra opnåede resultater. Denne viden vil støtte en relevant tilbagemelding til de henvisende samarbejdspartener.

#### Fremtid for alle patientuddannelser

Evalueringsværktøjet afprøves i den kommende tid på tre patientskoler, før det tilbydes alle patientuddannelser i Region Midtjylland. ■

# Behov for en sundhedsprofil af børn og unge

Kommunerne efterlyser ny og systematiseret viden om børns og unges trivsel, sundhed, sygdom og sundhedsadfærd.

■ Louise Nordvig, sundhedskonsulent & Kirsten Vinther-Jensen, kontorchef, Center for Folkesundhed, Sundhedsfremme og Forebyggelse, Region Midtjylland

Region Midtjylland valgte i første omgang at lave en sundhedsprofil af den voksne befolkning. Fra kommunal side er vi gentagne gange blevet spurgt: "Kan regionen ikke også lave en sundhedsprofil af børn og unge?" Vi ved, det er et stort ønske i kommunerne. I skrivende stund er der ikke truffet beslutning om at lave en børn-og-unge-profil. Det følgende skal derfor ses som nogle foreløbige overvejelser.

## Børns sundhed og sygdom

Børns hverdagsliv stiller i dag store krav til deres fysiske, psykiske og sociale funktionsevner. Alvorlig sygdom hos børn har konsekvenser for hele børnefamiliens livsudfoldelse. Er begge forældre erhvervsaktive, giver barnets behov for omsorg og

nærhed problemer, og den akutte sygdom er desuden en ikke uvæsentlig belastning for barnets udvikling.

De fleste børn og unge har det heldigvis godt og er raske i medicinsk forstand. Men der er et mindretal, som lider under almindelige symptomer, skader efter ulykker og kronisk sygdom. Desuden er en høj forekomst af fedme og overvægt en alvorlig trussel mod børns og unges helbred. Der er også børn og unge med en dårlig kondition, dårlige spise- og motionsvaner, som ryger og drikker og har et stort forbrug af lægemidler, ligesom flere lever under belastende vilkår, som kan skade deres helbred på længere sigt. Meget tyder nemlig på, at sundhed og sygdom i barndommen har konsekvenser langt ind i voksenlivet.

## Behov for en sundhedsprofil

Trods en række gode datakilder og undersøgelser om børnesundhed (tabel 1), er der fortsat områder, hvor en sundhedsprofil kan bidrage væsentligt med ny viden. Der er både et kommunalt behov og et massivt ønske om at få belyst børns og unges sundhedstilstand og sundhedsadfærd, ligesom det er beskrevet for den resterende to-tredjedel af regionens borgere i sundhedsprofilen *Hvordan har du det?* En sundhedsprofil for børn og unge kan anvendes både som dokumentationsredskab og i den praktiske planlægning til forbedring af børns og unges sundhed og til skabelsen af sunde opvækstmiljøer.

## Samspil mellem mange faktorer

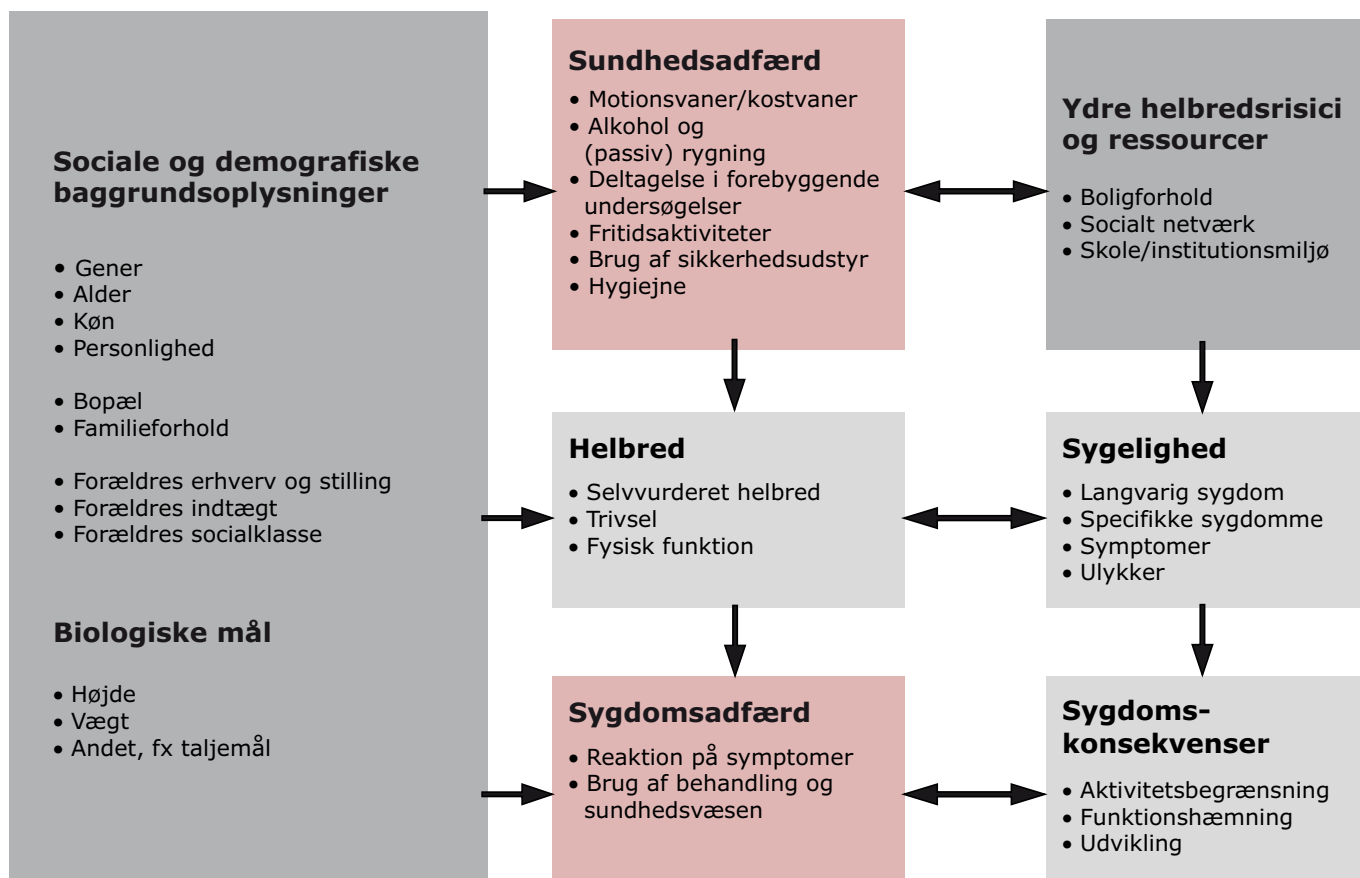
Mange faktorer spiller en rolle for udvikling af børns og unges trivsel, sundhed og sygdom, men vi ved ikke præcis, hvad der



En tredjedel af Region Midtjyllands borgere, svarende til 400.000, er under 25 år, hvoraf de 250.000 borgere er under 16 år.



Figur 1: Eksempel på faktorer, der har betydning for barnets sundhedstilstand



former udviklingen, og vi ved heller ikke så meget om udviklingen fra barndom til voksenliv. Vi ved, at der er sociale forskelle i trivsel og sundhed, men vi har behov for at blive klogere på, hvor og hvordan vi kan intensivere indsatsen for at reducere uligheden. Mange spørgsmål kan kun besvares ved at spørge det enkelte barn eller barnets forældre gennem interview eller ved hjælp af et selvudfyldt spørgeskema.

Udgangspunktet for modellen er den traditionelle epidemiologiske forståelsesmodel, der opererer med nogle risikofaktorer, der kan føre til sygdom med deraf følgende konsekvenser. I forskellige faser af barndommen og ungdommen vil forskellige faktorer dominere billedet, men der vil være

en række faktorer, der har stor betydning for sundheden i alle stadier af opvæksten. I en sundhedsprofil kan det derfor være nyttigt at arbejde med en kerne af faktorer, der har betydning for sundheden i hele barndommen og måske også i voksenlivet. Derudover vil der for de forskellige aldersgrupper kunne tegnes en tillægsprofil af aldersspecifikke faktorer og forhold, der særligt påvirker sundheden i en bestemt fase af livet.

#### Sygdom herunder kronisk sygdom

Forekomsten af langvarige sygdomme hos børn er generelt dårligt belyst, også på nationalt plan. Eksisterende opgørelser eller undersøgelser drejer sig om børn i bestemte aldersgrupper eller i afgrænsede

sygdomskategorier og giver derfor ikke et samlet billede af forekomsten. En sådan samlet regional og kommunal oversigt er af afgørende betydning for at kunne tilrettelægge systematisk sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende indsatser for den yngre del af befolkningen. Vi kan få en del oplysninger om sygdomme hos børn og unge via registre, men hvis vi skal have et dækkende billede af sygdomsmønstret, er vi nødt til også at spørge børnene selv eller deres forældre.

#### Region Hovedstaden er først ude

Region Hovedstaden har afsat penge til udvikling af en sundhedsprofil for aldersgruppen 0-24 år. Opgaven er placeret i Forskningscenter for Forebyggelse og Sund-



Tabel 1: Befolkningsundersøgelser af børn og unge i Danmark

PROJEKT	Forankring	Studiepopulation	Aldersgruppe
<b>SFI's børneforløbsundersøgelse</b>	Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (tidl. Socialforskningsinstituttet)	6.000 født i 1996. Hhv. 5.400, 5.300, 5.000 og 4.800	6 mdr., 3½ år, 7½ år og 11½ år
<b>MULD</b>	Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen	3.000 ≈ årligt fra år 2000	16-20 år
<b>Skolebørnsundersøgelsen</b>	WHO (HBSC) Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet	7.000-6.000 Første gang i 1985. Gentages ca. hvert 4. år.	11 år, 13 år og 15 år
<b>Pro Children Danmark</b>	Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet	2.000	11-årige
<b>Projekt VestLiv (forløbsundersøgelse)</b>	Arbejdsmedicinsk Klinik, Regionshospitalet Herning	7.000 adspurgte i 2004 (Plan: hvert 5. år)	Børn født i 1983 og 1989: 15 og 20 år
<b>Ungeshverdag.dk (forløbsundersøgelse)</b> Fokus på alkoholkultur og alkoholpraksis	Statens Institut for Folkesundhed (SIF) København	12.500 elever 8.000 elever 5.300 elever	7.-9. klasser Fra 2005-2007
<b>SUSY 2005</b>	Statens Institut for Folkesundhed (SIF) København	4.000 forældre-interviews vedr. ca. 7.000 børn. Region Midtjylland: Ca. 1.400 børn Ca. 300 unge	0-15 år 16-24 år

hed, Glostrup Hospital i Region Hovedstaden. Der er nedsat en arbejdsgruppe, hvor Region Midtjylland deltager. Her kan vi lære meget og lade os inspirere, men der er også behov for, at vi selv kommer i gang i vores region.

### Monitoreringsprogram for børnesundhed

Afslutningsvis er det vigtigt at sige, at en sundhedsprofil ikke kan erstatte det monitoreringsprogram med rutinemæssig indsamling og analyse af sundhedsindikatorer baseret på data fra den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis, som Sundhedsstyrelsen foreslår.<sup>(1)</sup> Planen er, at dette monitoreringsprogram iværksættes nationalt i 2009 med en central registrering af ammeffrekvens, højde, vægt, rygning og

passiv rygning. Region Midtjylland har gennem længere tid arbejdet på at supplere Sundhedsstyrelsens program med yderligere oplysninger, så den midtjyske model til lige omfatter fysisk aktivitet, skolefravær og en enkel, anvendelig skala til måling af barnets trivsel i spædbarnsalderen samt ved ind- og udskoling. Den regionale database skal forankres i Center for Folkesundhed, Region Midtjylland og den enkelte kommune vil have adgang til registreringerne på forskellige niveauer, fx skoledistrikter, postnummerområder, områdecentre.

En udarbejdelse af en selvstændig sundhedsprofil af børn og unge i Region Midtjylland er endnu ikke besluttet, men monitoreringsprogrammet og en befolk-

ningsundersøgelse om sundhed, sygdom og sundhedsadfærd *Hvordan har du det? Sundhedsprofil for børn og unge* vil kunne give os nyttig og nødvendig viden, så vi bedre kan målrette indsatsen i både kommuner og region. ■



### REFERENCE

- (1) Forslag til et centralt monitoreringsprogram for børnesundhed. København: Sundhedsstyrelsen 2004.

# Sociale forskelle i sundhed – hvad gør vi ved det?

## Det midlertidige udvalg vedr. sociale forskelle i sundhed

■ Charlotte Jensen, fuldmægtig, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

Det er et faktum, at borgere med lav uddannelse har flere og større helbreds-mæssige problemer end borgere med høj uddannelse. Dette afspejles tydeligt i *Hvordan har du det?*-undersøgelsen fra 2006. Dertil kommer, at borgere med lav social position ofte har en længere og tungere vej gennem sundhedsvæsenet og ikke altid får samme udbytte af behandlingen og de forebyggende indsatser, som borgere med høj social position. Sociale forskelle i sundhed er således en realitet – men hvad kan vi gøre ved det?

### Målgrupper og fokusområder

Region Midtjylland har sat problemstillingen omkring sociale forskelle i sundhed højt på

dagsordenen. Derfor har regionsrådet nedsat *det midlertidige udvalg vedrørende sociale forskelle i sundhed*. Udvalget har i et halvt år arbejdet med en række udvalgte målgrupper og områder, hvor sociale forskelle i sundhed gør sig gældende.

De udvalgte målgrupper er: etniske minoriteter, gravide, børn og unge, mennesker med kroniske lidelser, kræftpatienter, sygedagpengemodtagere og mennesker med psykiske lidelser.

### Anbefalinger og præsentation

Arbejdet har mundet ud i, at udvalget har opstillet en række anbefalinger for hver målgruppe. Anbefalingerne peger på, hvad

regionen og kommunerne hver for sig og i fællesskab kan gøre for at skabe større lighed i sundhed. Dermed understreger udvalget, at problemer med sociale forskelle i sundhed ikke kan løses af regionen alene. Det fordrer et tæt samarbejde mellem kommuner og region. Rammerne for dette samarbejde kan udstikkes i sundhedsaftalerne.

Udvalget præsenterer sit arbejde på regionsrådets temamøde den 27. april 2009. Og henholdsvis den 12. og den 20. maj forelægges udvalgets rapport for henholdsvis forretningsudvalget og regionsrådet i Region Midtjylland. ■

## "Folkesundhed i Midten"

### Samarbejdskonstruktion mellem kommuner og region skal støtte forsknings- og udviklingsaktiviteter i Region Midtjylland

■ Linda Kirkegaard, fuldmægtig, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

Region Midtjylland har i samarbejde med hovedparten af kommunerne i regionen dannet samarbejdsstrukturen "Folkesundhed i Midten" for i fællesskab at støtte forsknings- og udviklingsarbejdet i regionen. Ifølge sundhedsloven, som trådte i kraft 1. januar 2007, har regionerne ansvaret for, at der udføres forsknings- og udviklingsarbejde i regionen, mens kommunerne skal bidrage til denne forskning.

### Bidrag, formål og organisering

For at løfte denne opgave er samarbejds-konstruktion "Folkesundhed i Midten" mellem Region Midtjylland og hovedparten af kommunerne dannet. Gennem bidrag på

1 krone pr. borger fra både kommuner og region bliver der således afsat et årligt beløb til forskning og udvikling i den fælles opgaveløsning om folkesundhed. Samarbejdskonstruktions formål er:

- At sikre, at forsknings- og udviklingsarbejde i det fælles kommunale-regionale opgavefelt understøttes, at ydelser og uddannelse af sundhedspersoner varetages på et højt fagligt niveau.

- At opruste kommuner og region til i fællesskab at tiltrække nationale forsknings- og udviklingsmidler i samarbejde med faglige miljøer.

- At udvikle et strategisk samarbejde med Aarhus Universitet.

Samarbejdsstrukturen er organiseret med et fagligt udvalg og en bestyrelse. Der vil i løbet af foråret 2009 blive udsendt nærmere informationer om hvor, hvornår og hvordan, der kan ansøges om støtte til aktiviteter. ■

## Det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet – temadag 2009

■ Sara Trelidal, fuldmægtig, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

Den 29. januar 2009 blev der afholdt temadag for de medarbejdere, der beskæftiger sig med det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet. Temadagen var den anden af sin slags. Den første temadag blev afholdt i 2008 med deltagelse fra Region Midtjylland og Region Syddanmark. I år deltog også Region Nordjylland, og planen er, at Region Sjælland og Region Hovedstaden inviteres til temadagen i 2010.

### Formål og indhold

Det primære formål med temadagen er at skabe rum for netværk og erfaringsudveksling mellem regionerne. I år stod Region Syddanmark for afviklingen af arrangementet,

som blev afholdt i smukke omgivelser på Koldinghus. Region Nordjylland står for afholdelsen af temadagen i 2010. Der var arrangeret forskellige workshops, hvor medarbejderne i mindre grupper kunne koncentrere sig om emner, der arbejdes med til daglig. Temaerne på de forskellige workshops var sundhedsaftaler 2010, implementering, sammenhængende patientforløb, telemedicin og it-understøttelse af kronisk syge, patientrettet forebyggelse, samarbejde mellem forskning og praksis, sekretæren i udvikling og psykiatri. Det blev her diskuteret, hvordan samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis bedst gribes an.

### Sundhedsaftaler – 2. generation

På temadagen blev der set frem mod anden generation af sundhedsaftalerne. Til august 2009 kommer der en ny vejledning, og afdelingslæge Bente Møller fra Sundhedsstyrelsen fortalte, at den nye vejledning bliver mindre detaljeret, så der skabes flere frihedsgrader i forhold til udarbejdelsen af aftalerne. Samtidig arbejdes der på at dele sundhedsaftalerne op i en politisk og administrativ del. Det forventes, at den anden generation af sundhedsaftalerne skal indleveres til Sundhedsstyrelsen ved udgangen af 2010 eller starten af 2011. ■

## Sundhedsaftalerne – revision af vejledning

■ Jens Bejer Damgaard, kontorchef, Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland

Sundhedsaftalerne udspringer af sundhedsloven. Til loven hører en bekendtgørelse, der specificerer indholdet af sundhedsaftalerne, og til bekendtgørelsen findes en vejledning, der meget detaljeret redegør for, hvordan bekendtgørelsen skal læses. De, der har læst vejledningen, har længe ønsket en revision. Det ser nu ud til at lykkes. Sundhedsstyrelsen har indbudt en kreds af interessenter til at diskutere mulighederne for at ændre vejledningen. I første omgang gælder det: 1) Mulighed for at dele aftalen op i to – en politisk og en klinisk/administrativ del; 2) Mulighed for at styrke almen praksis' rolle; 3) En præcisering af tidsperioden for sundhedsaftalerne.

### Måltrettede aftaler

Når muligheden for en revision er til stede, skyldes det såvel ministeriets som Sundheds-

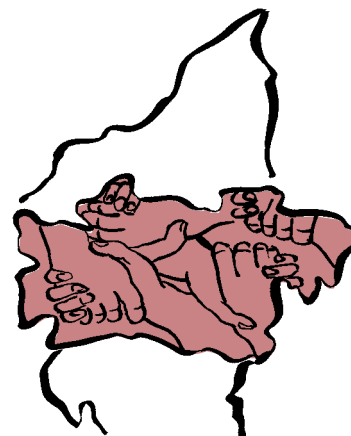
styrelsens 'tryghed' ved at give øgede frihedsgrader. De centrale myndigheder anerkender herved det engagement og den seriøsitet, der er blevet lagt for dagen ved udarbejdelsen af 1. generationsaftalen (og dennes revision).

Det peger alt sammen i den samme retning: mulighed for at udarbejde mere målrettede aftaler tilpasset dem, der skal læse og bruge dem. Alle deltagere i gruppen (KL, DR, repræsentanter for KKR og regionerne, DSAM, Sundhedsstyrelsen og ministeriet) var enige om denne retning. Det lover godt for den nye vejledning.

På et enkelt punkt tilpasses også bekendtgørelsen, idet der tilføjes et kapitel om udvidet patientsikkerhed, som nu også kommer til at

omfatte apotekervæsen, almen praksis, den præhospitale indsats og den kommunale indsats.

Den nye vejledning (og bekendtgørelse) forventes klar i august/september. ■



# Hvordan har du det? Online

## – et e-tidsskrift med sundhedsanalyser

I 2006 svarede knap 22.000 midtjyder i aldersgruppen 25-79 år på omkring 400 spørgsmål om sundhedsvaner, sygelighed og trivsel. De første analyser af svarene er præsenteret i *Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner*, som blev udgivet i november 2006. Svarene analyseres fortsat, og nye resultater offentliggøres i *Hvordan har du det? Online*. Et e-tidsskrift, der indeholder korte tematiske analyser om midtjydernes trivsel, sundhed og sygdom. Analyserne udarbejdes af Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, med udgangspunkt i data fra befolkningsundersøgelsen.

### Om e-tidsskriftet

Tilmelder man sig e-tidsskriftet, modtager man pr. mail et nyhedsbrev med en kort beskrivelse af det aktuelle tema og de vigtigste resultater af analysen samt et link til selve e-tidsskriftet. Første udgivelse af *Hvordan har du det? Online* blev udsendt i april 2007, og foreløbigt er fem temaanalyser publiceret. Flere er undervejs.

### Nr. 1, 2007

#### Stress og placeringen i jobhierarkiet

*Finn Breinholt Larsen, sundhedskonsulent*

Hvordan er sammenhængen mellem stress og placering i jobhierarkiet? Hvilke jobgrupper har især behov for en forebyggende indsats mod stress? Målet med analysen er at bidrage til at kvalificere debatten om stress, og hvordan stressforebyggelsen kan gribes an.

### Nr. 2, 2007

#### Kroniske patienter:

#### Sociale forskelle i sundhedsvaner

*Finn Breinholt Larsen, sundhedskonsulent*

I denne analyse belyses et stort set ubeskrevet aspekt af sammenhængen mellem sundhed og sociale forhold: sociale forskelle i sundhedsvaner hos patienter med kronisk sygdom. Analysen omfatter rygevaner, kostvaner og fysisk aktivitet, og formålet er at undersøge behovet for forebyggelse hos de kortuddannede kroniske patienter på disse tre områder.

### Nr. 3, 2007

#### Praktiserende lægers rådgivning om ændring af sundhedsvaner

*Louise Nordvig, sundhedskonsulent*

Hvordan sikres, at den forebyggende rådgivning kommer dem til gode, som har størst behov? Her spiller den praktiserende læge en vigtig rolle. Resultater fra sundhedsprofilen viser, at 91% af befolkningen har været i kontakt med den alment praktiserende læge inden for de seneste tre år.

### Nr. 4, 2008

#### Fysisk sygdom hos psykisk syge

*Finn Breinholt Larsen, sundhedskonsulent*

Her analyseres sygdomsmønstre og behandlingsbehov på det somatiske område blandt psykiatriens brugere i regionen. Den skarpe opdeling mellem det psykiatriske og somatiske sygehusvæsen kan vanskeliggøre en optimal betjening af borgere med psykiske lidelser. Der er således risiko for, at fysisk sygdom hos psykisk syge overses, opdages for sent eller underbehandles.

### Nr. 5, 2008

#### Stress øger risiko for sygefravær hos raske erhvervsaktive

*Simone Kellenberger, cand.scient.san &*

*Finn Breinholt Larsen, sundhedskonsulent*

Formålet med analysen er at vise, om stress er en selvstændig risikofaktor for sygefravær. Stressniveauet hos en gruppe raske erhvervsaktive er målt og undersøgt for, om et højt stressniveau øgede risikoen for at modtage sygedagpenge i de efterfølgende 12 måneder.

For gratis tilmelding

**[www.hvordanhardudet.rm.dk](http://www.hvordanhardudet.rm.dk)**