



REGIONERNES FOREBYGGELSESOPGAVER

– en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3

2009

**Regionernes forebyggelsesopgaver
– en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3**

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

Udarbejdet af Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

Faglig rådgivningsgruppe:

Maj-Britt Laursen, Konsulent, Danske Regioner
Lise Holten, Konsulent, Kommunernes Landsforening
Jane Pedersen, Specialkonsulent, Region Nordjylland
Lise Søndergaard, Sundhedskoordinator, Aalborg Sygehus
Mette Kjølby, Kontorchef, Region Midtjylland
Jens Rubak, Praksiskoordinator, Region Midtjylland
Helle Rasmussen, Sundhedschef, Kolding kommune
Anne Smetana, Chefkonsulent Region Syddanmark
Margit Rasmussen, Chefkonsulent, Region Sjælland
Ib Haurum, Chefkonsulent, Chefkonsulent, Region Hovedstaden
Jean Hald Jensen, Sundhedskoordinator, Helsingør kommune

Kategori: Vejledning

Emneord: sundhedsloven, regioner, kommuner, forebyggelse, patientrettet forebyggelse, rådgivningsforpligtelse, sygehus, praksissektor

Version 1.0
Versionsdato: 17. december 2009

Format: pdf

Oplag: 1000

Grafisk tilrettelæggelse og tryk:
Rosendahls-Schultz Grafisk

ISBN: 978-87-7104-026-5 (trykt)
ISBN: 978-87-7104-025-8 (elektronisk)

Udgivet af Sundhedsstyrelsen december 2009

Copyright: Sundhedsstyrelsen, Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Publikationen kan bestilles hos:
Rosendahls-Schultz Distribution
Telefon 70 26 26 36
E-mail: sundhed@rosendahls-schultzgrafisk.dk
Hjemmeside: www.rosendahls-schultzgrafisk.dk



Forord

Det er en løbende udfordring at sikre en sammenhængende og systematisk forebyggelsesindsats af høj kvalitet for patienter i et tiltagende specialiseret sundhedsvæsen. Der er fortsat brug for mere viden, nye kompetencer og udbygget dialog mellem stat, regioner og kommuner for at løfte forebyggelsesopgaverne.

Regionerne har med udgangspunkt i sundhedslovens §119, stk. 3 ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse, der foregår på sygehuset og i praksissektoren samt en rådgivningsforpligtelse over for kommunerne med hensyn til deres forebyggelsesindsats.

Denne vejledning rådgiver om måder at tilrettelægge de regionale forebyggelsesopgaver på og uddyber intentionerne med loven og de tilknyttede lovbestemmelser. Målgruppen for vejledningen er politikere, forvaltningschefer samt fagmedarbejdere i regioner og kommuner på de ansvarsområder, der har indflydelse på sundheden.

Det er håbet, at vejledningen vil bidrage til løsningen af forebyggelsesopgaverne og medvirke til større systematik, kvalitet og sammenhæng i opgavevaretagelsen, både inden for regionen og på tværs af sektorerne.

Sundhedsstyrelsen vil gerne takke den faglige rådgivningsgruppe, der har bistået med rådgivning til vejledningsarbejdet og de mange høringsparter, der har kommenteret på udkast til vejledningen.

Else Smith

*Centerchef
Center for Forebyggelse*



Indhold

1	Læsevejledning	4
2	Indledning	5
3	De regionale forebyggelsesopgaver	8
	- Centrale aktører i forebyggelsen	11
	- Rammer for den regionale forebyggelse	13
	- Forskning og kvalitet	17
4	Forebyggelse i praksissektoren	20
5	Forebyggelse på sygehuset	26
6	Regionernes rådgivning til kommunerne	32
	Bilag: Internationale strategier og resolutioner for forebyggelse	40

1 Læsevejledning

Vejledningen er delt op i tre dele:

Den fælles første del (kapitel 2-3) diskuterer med udgangspunkt i sundhedslovens § 119, stk. 3 overordnet de regionale forebyggelsesopgaver samt rammerne for disse. De tværgående temaer forskning og kvalitet, som understøtter forebyggelsen, har et særligt fokus i denne første del.

Den næste del af vejledningen (kapitel 4-5) omhandler forebyggelsesindsatserne i det regionale sundhedsvæsen, dvs. i praksissektoren og på sygehusene.

I vejledningens sidste del (kapitel 6) belyses regionernes rådgivningsforpligtelse i relation til kommunernes forebyggelsesindsats.

I princippet kan de to dele, forebyggelse i det regionale sundhedsvæsen og regionernes rådgivning til kommunerne, læses som to selvstændige og uafhængige vejledninger. Eftersom de er fastlagt i samme lovstykke, er de to dele her medtaget i én vejledning med en fælles indledning. Det gør at der kan forekomme visse overlap og gentagelser i vejledningen, som er nødvendige, for fuldstændighedens skyld.

Indsat i teksten er fodnoter med litteraturhenvisninger, overvejende til Sundhedsstyrelsens faglige udmeldinger, samt tekstbokse med gode grunde til at forebygge – også i det regionale sundhedsvæsen.

2 Indledning

Ansvar for folkesundheden er et fælles anliggende: Stat, regioner og kommuner samarbejder om at sikre sammenhængende patientforløb af høj kvalitet på tværs af sektorgrensene. Samarbejdet gælder også de patientrettede forebyggelsesopgaver, der er et delt ansvar mellem regioner og kommuner som fastlagt i sundhedsloven, og hvorom de to parter indgår lovbundne sundhedsaftaler.

Med sundhedsloven fra 2005 og strukturreformen i 2007 har organiseringen af forebyggelsen i Danmark ændret sig: Kommunerne har hovedansvaret for at skabe sunde rammer og tilvejebringe forebyggende tilbud til borgerne lokalt, dvs. den borgerrettede forebyggelse. Kommunerne og regionerne har et fælles ansvar for at fremme sundhed og forebygge, at sygdom udvikler sig yderligere hos patienter, dvs. den patientrettede forebyggelse.

Vi lever længere

Den danske middellevetid er steget over en lang årrække. Kvinder kan i gennemsnit forvente at leve, til de bliver 81 år og mænd til 76 års alderen. Når man lever længere, har man større risiko for flere leveår med kronisk sygdom og oftere brug for kontakt med sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsen varetager den generelle sundhedsfaglige vejledning af regioner og kommuner om udførelse af opgaver efter sundhedsloven, herunder på forebyggelsesområdet, se bl.a. Sundhedsstyrelsens vejledning om kommunernes forebyggelsesopgaver fra 2007¹.

Nærværende vejledning rådgiver om tilrettelæggelsen af den regionale forebyggelsesindsats efter sundhedslovens § 119, stk. 3. Formålet med vejledningen er at beskrive regionens forebyggelsesopgaver i henhold til denne lovparagraf og derigennem fagligt styrke den regionale forebyggelsesindsats. I vejledningen er der fokus på de muligheder, der er for at synliggøre, systematisere og videreudvikle den regionale forebyggelsesindsats, både indholdsmæssigt og organisatorisk, med det overordnede mål at sikre en bedre og mere ligeligt fordelt sundhed i befolkningen.

¹ Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen. En vejledning til sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2, Sundhedsstyrelsen 2007

Vejledningen præciserer opgavefeltet, men ikke den konkrete arbejdsdeling mellem aktørerne i region og kommune. Den specifikke opgave- og ansvarsfordeling i forhold til de patientrettede forebyggelsesopgaver skal fastlægges i sundhedsaftalerne eller i andre lokalt indgåede aftaler.

Jf. sundhedslovens § 119, stk. 3 har den regionale forebyggelsesopgave to hensigter:

- at tilbyde patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og praksissektoren
- at rådgive kommunerne om varetagelsen af de kommunale forebyggelsesindsatser.

Sundhedsloven § 119 stk. 3

Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2 (dvs. kommunens etablering af sunde rammer og forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne).

I **bemærkningerne** til Sundhedsloven påpeges det, at regionernes forebyggelsesopgave især knytter sig til den patientrettede forebyggelse, herunder samarbejdet med kommunerne om indsatsen i forhold til borgere med kronisk sygdom.

Regionerne forudsættes samtidig at få tværgående opgaver i relation til kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af den patientrettede forebyggelse. Det er væsentligt, at kvalitetsudviklingen sker parallelt i det regionale og det kommunale sundhedsvæsen og følger fælles standarder.

Regionernes opgaver i forhold til de tværgående opgaver vil desuden finde sted i forbindelse med indgåelse af samarbejdsaftaler med kommunerne. Herved vil regionerne få en viden som med fordel kan anvendes til at formidle samarbejde, erfaringer mv., mellem kommunerne i regionen.

Regionerne kan derudover i samarbejde med kommunerne bidrage til at forestå tværgående opgaver som fx overvågning af sundhedstilstanden, specialiseret rådgivning, kvalitetsarbejde vedr. den borgerrettede forebyggelse og uddannelse med udgangspunkt i det regionale sundhedsvæsens erfaringer og kompetencer, herunder metodeudvikling og evaluering.

Ud over hvad der fastlægges i § 119, stk. 3, er der beskrevet mere specifikke regionale patientrettede forebyggelsesopgaver i en række andre paragraffer i sundhedsloven og tilhørende bekendtgørelser, fx forebyggende sundhedsydelse til børn og unge hhv. svangre, specialiseret tandpleje til børn og unge, vaccinationer, m.m., som denne vejledning kun berører perifert. I forhold til vejledning på disse konkrete områder henvises til Sundhedsstyrelsens specifikke anbefalinger, vejledninger og øvrige rådgivning.

Ud over de i loven nævnte opgaver i praksissektoren og sygehusvæsen har regionerne som arbejdsgiver mulighed for at styrke forebyggelsen. Det gælder også inden for de andre ansvarsområder, regionen bestrider. Disse opgaver ligger dog uden for denne vejlednings område. Samarbejdet mellem de regionale ansvarsområder er en vigtig forudsætning for en vellykket sammenhængende forebyggelsesindsats. Dette samarbejde er imidlertid heller ikke omfattet af vejledningen.

Sundheden er ulige fordelt

Personer med lav socioøkonomisk status eller med kort uddannelse har en højere risiko for sygdom, nedsat livskvalitet og tidlig død end andre. Derfor er det nødvendigt, at forebyggelsesindsatserne differentieres i forhold til forskellige befolkningsgruppers levevilkår, sundhedsadfærd og ressourcer og særligt, at de tænkes ind i allerede eksisterende tilbud og ydelser. Strukturelle forebyggelsestiltag vil alt andet lige gavne udsatte borgere mest.



3 De regionale forebyggelsesopgaver

Regionens opgaver på forebyggelsesområdet knytter sig specielt til den patientrettede forebyggelse og gælder såvel for patienter med somatiske som med psykiske sygdomme. Dertil kommer som nævnt rådgivningsforpligtelsen i forhold til kommunernes forebyggelsesindsats, såvel borgerrettet som patientrettet. Derimod har regionen ikke ansvar for at udføre borgerrettet forebyggelse.

I dette kapitel redegøres overordnet for de regionale forebyggelsesopgaver og væsentlige principper, rammer, begreber og aktører i relation hertil. Forskning og kvalitet drøftes som tværgående og understøttende funktioner for forebyggelsesindsatsen.

Vejledningen bygger på følgende faglige strategiske principper fra Sundhedsstyrelsen, som bør være pejlemærker i regionernes opgavevaretagelse på forebyggelsesområdet:

Faglige principper for den regionale forebyggelsesindsats

Patientrettet forebyggelse skal på dagsordenen

Prioritering af forebyggelsen i sundhedsvæsenet og blandt beslutningstagere, herunder i alle sundhedsrelaterede strategier og planer, er en forudsætning for en effektiv forebyggelsesindsats.

Forebyggelse skal systematisk indgå i patientforløb

Forebyggelse skal systematisk indtænkes i behandlingsindsatserne og i samarbejdet om patienterne på tværs af sektorgrænser.

Patienterne i centrum

Det er patienter og pårørendes ressourcer, motivation og tilbagemeldinger, der skal være omdrejningspunktet i den patientrettede forebyggelsesindsats.

Behandlingsmiljøet skal fremme sundheden

Behandlingsmiljøets rammer og rutiner skal være så sundhedsfremmende som muligt til gavn for både patienter og ansatte.

Samarbejde er en forudsætning

God organisering og dialog på tværs af fag- og sektorgrænser er nødvendig i den patientrettede forebyggelse.

Høj kvalitet kræver kompetencer

Forebyggelsesydelse af høj kvalitet kræver et forebyggelseskompetent og lærende sundhedsvæsen.

Forskning og kvalitetsudvikling understøtter forebyggelsen

Forskningsbaseret viden bidrager til at tilrettelægge, monitorere og evaluere omkostningseffektive forebyggelsesindsatser af høj kvalitet.

Via de lovbundne sundhedsaftaler er regionerne og kommunerne i regionen forpligtet til at indgå aftaler om arbejdsdeling, sammenhæng, dialog m.v. om en sammenhængende forebyggelsesindsats over for patienter med behov herfor, jf. bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler og tilhørende vejledning, se side 15.

Regionerne og kommunerne i regionen skal i regi af sundhedsaftalerne lokalt aftale arbejdsdelingen i forhold til den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats, herunder fx hvem der konkret skal forestå de enkelte patientrettede forebyggelsestilbud. Regionerne kan, i tillæg til hvad der er fastlagt i sundhedsaftalerne, sikre implementering af forebyggelsestilbud i samarbejde med andre aktører og fx indgå aftaler om præoperative forebyggelsestilbud² med kommunerne eller private udbydere (fx patientorganisationer og apoteker).

Regionerne har således et solidt fundament og gode muligheder for at varetage og videreudvikle forebyggelsesarbejdet, herunder at løfte rådgivningsforpligtelsen over for kommunerne i relation til de lokale forebyggende indsatser på udvalgte områder og formidle samarbejde, erfaringer m.v. mellem kommunerne i regionen.

Det regionale sundhedsvæsen omfatter praksissektoren med almen praksis som en væsentlig aktør, samt sygehusene i regionen. Forebyggelsesindsatserne kan her både ske i relation til den konkrete sygdomsbehandling og som en intervention med udgangspunkt i patientens samlede helbredstilstand og risikoprofil. Læs mere om opgaverne i kapitel 4 om forebyggelse i praksissektoren og kapitel 5 om forebyggelse på sygehuset.

² Præoperativ forebyggelse: Forebyggelsesindsats der tilbydes patienter forud for operation med henblik på at opnå et så komplikationsfrit operationsforløb som muligt. Se Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området: <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Regioner%20og%20forebyggelse/Forebyggelse%20paa%20sygehus/Pracoperative%20anbefalinger.aspx>.

Nedenfor diskuteres kort centrale begreber i relation til den regionale forebyggelsesindsats.

Centrale forebyggelsesbegreber i denne vejledning

- **Forebyggelse og sundhedsfremme** vil overordnet sige, at man søger at undgå, at sygdom opstår og videreudvikler sig og sigter på at fremme sundhed, bl.a. ved at styrke de individuelle ressourcer, sociale sammenhænge og samfundsmæssige rammer, der påvirker vores sundhedstilstand og -adfærd.
- **Borgerrettet forebyggelse:** forebyggelse rettet mod raske borgere. Borgerrettet forebyggelse bidrager til at fremme sundhed og forebygge, at sygdom og ulykker opstår og retter sig mod hele befolkningen eller udvalgte risikogrupper.
- **Patientrettet forebyggelse:** Forebyggelse, der søger at undgå at sygdom udvikler sig yderligere og at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer. Man kan tale om to slags patientrettet forebyggelse:
 - a) **Sygdomsspecifik forebyggelse:** Patientrettet forebyggelse, der relaterer sig til den sygdom, der er anledning til den konkrete kontakt med sundhedsvæsenet. Fx rygestopintervention hos en patient med KOL eller kostvejledning og patientuddannelse til patienter med diabetes.
 - b) **Generel forebyggelse i sundhedsvæsenet:** Patientrettet forebyggelse, der relaterer sig til patientens generelle sundhedstilstand og ikke kun til den årsag, der er anledning til den konkrete kontakt med sundhedsvæsenet. Målet er at forebygge, at yderligere sygdom opstår (multisygdom/komorbiditet). Indsatsen kan tage udgangspunkt i patientens risikoprofil og fx være et tilbud om rygestop til rygere med ikke-rygerrelateret kronisk sygdom.

Ovenstående definitioner tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens publikation om terminologi på folkesundhedsområdet: Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Sundhedsstyrelsen, 2005.

Der er en glidende overgang mellem borger- og patientrettede forebyggelsesopgaver, idet man ofte benytter sig af de samme tilbud og metoder. Områderne er under stadig udvikling.

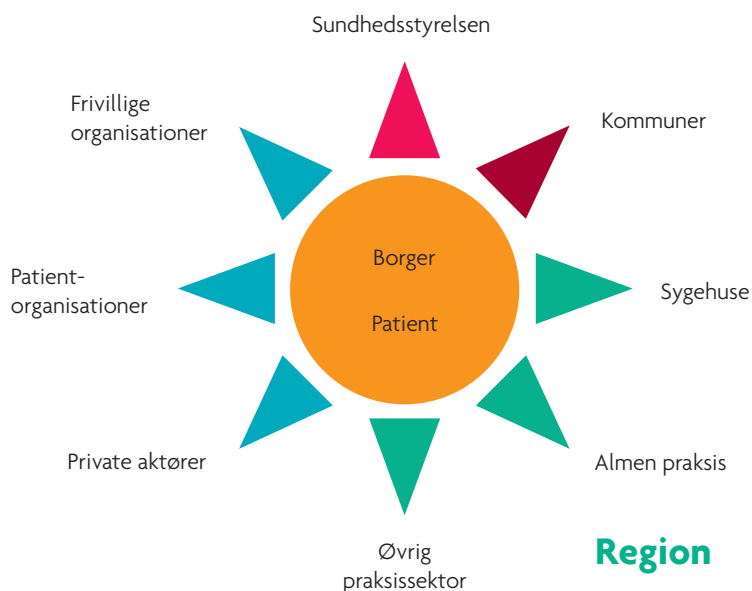
Dertil kommer, at der ofte vil være en tæt sammenhæng mellem patientrettet forebyggelse og rehabilitering. Der vil oftest indgå elementer af patientrettet forebyggelse i rehabiliteringsforløb. Den nærmere afgrænsning af rehabiliteringsopgaverne ligger uden for denne vejlednings rammer.

Centrale aktører i forebyggelsen

Myndighedsansvaret på forebyggelsesområdet er fordelt mellem regioner, kommuner og stat, mens en række andre aktører bidrager aktivt til implementering af forebyggelsesopgaverne. Dette afsnit omhandler de væsentligste aktører på forebyggelsesområdet.

Regionernes forebyggelsesopgaver løses i et felt med mange andre væsentlige aktører og samarbejdsparter:

Centrale aktører på forebyggelsesområdet



Regionen

Regionen er myndighed for sygehussektoren i den pågældende region og ansvarlig for den patientrettede forebyggelsesindsats her. Regionen har ligeledes ansvaret for at tilvejebringe tilbud i praksissektoren gennem indgåelse af overenskomstaftaler med sektoren, herunder om forebyggelsesydelse i almen praksis.

Endvidere kan regionerne, i samarbejde med kommunerne, varetage tværgående opgaver som fx overvågning af sundhedstilstanden, specialiseret rådgivning, kvalitetsarbejde vedr. borgerrettet forebyggelse og uddannelse med udgangspunkt i det regionale sundhedsvæsens erfaringer og kompetencer, herunder metodeudvikling og evaluering.

Regionens samarbejde med kommunerne om den patientrettede forebyggelse fastlægges i sundhedsaftalerne, og dertil skal regionen understøtte det kommunale forebyggelsesarbejde gennem rådgivning, se kapitel 6. Regionerne og kommunerne bør med afsæt i sundhedsaftalen og på grundlag af monitorering af sundhedstilstanden aftale, hvordan regionen kan målrette dels deres forebyggelsesindsats, dels deres rådgivning til de lokale behov, muligheder og udfordringer i kommunerne.

Samarbejdet med kommunerne gælder både det kommunale sundhedsområde og andre kommunale myndighedsområder og ydelser, som er relevante for sundhedsindsatsen.

Regionerne har organiseret sig forskelligt med hensyn til at varetage forebyggelsesopgaverne. Det virker hensigtsmæssigt at trække på eksisterende dialogfora og samarbejdsstrukturer, herunder sundhedsaftaleorganisationen med kommunerne, frem for at skabe nye parallelle organiseringer med henblik på at løfte forebyggelsen. Man kan med fordel arbejde systematisk med forebyggelsen på tværs af de regionale ansvarsområder.

Kommunen

Kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelsesindsats og varetager derudover patientrettede forebyggelsesopgaver i et delt ansvar med regionen. Kommunen har et medansvar for at sikre sammenhængende patientforløb, specielt for patienter (uanset alder) med kronisk eller langvarig sygdom. Det gøres bl.a. ved indgåelse af sundhedsaftaler med regionsrådene. Kommunens sundhedsområde og andre relevante myndighedsområder samarbejder således med almen praksis og sygehusene om de patientrettede forebyggelsesindsatser.

Sundhedsstyrelsen

På statsligt niveau varetager Sundhedsstyrelsen nationale opgaver på forebyggelsesområdet, herunder udarbejdelsen af faglige vejledninger og anbefalinger til sundhedsvæsenet samt information af befolkningen om særlige sundhedsforhold. Sundhedsstyrelsen følger befolkningens sundhedstilstand og rådgi-

ver centrale og decentrale myndigheder, herunder regioner og kommuner, vedr. forebyggelsesfaglige områder. Som led heri udgiver Sundhedsstyrelsen løbende anbefalinger og rådgivningsmaterialer vedrørende mere konkrete fagområder inden for forebyggelse og sundhedsfremme, fx vedr. ulighed i sundhed, mental sundhed, dokumentation af forebyggelsesmetoder og etiske aspekter. Materialerne er tilgængelige på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Embedslægerne er placeret decentralt i Sundhedsstyrelsens lokale kontorer i hver region og har bl.a. som opgave at rådgive lokale myndigheder i sundhedsfaglige problemstillinger. Embedslægerne kan på forespørgsel rådgive såvel region som kommuner om samfundsmedicinske spørgsmål, fx relateret til sundhedslovgivning, miljø- og socialmedicin, epidemiologi, statistik m.v.

Sundhedsstyrelsen er løbende i dialog med regioner og kommuner om udviklingen af forebyggelsesindsatserne på baggrund af styrelsens nationale overvågnings- og rådgivningsforpligtelse. Mens Sundhedsstyrelsens forebyggelsesrådgivning og -initiativer er fælles for alle regioner og kommuner, kan regionernes og kommunernes egen forebyggelsesdialog udspringe af viden om lokale sundhedsforhold og behov, og dermed i højere grad tilpasses nærmiljøet.

Andre aktører

En række frivillige organisationer og private aktører bidrager ligeledes til at skabe sunde rammer og etablere særlige patientrettede forebyggelsestilbud lokalt. Regionerne har mulighed for at indgå partnerskaber med relevante aktører med henblik på at løfte forebyggelsesopgaverne for patienterne.

Der er gode erfaringer med fx patientorganisationer, som varetager tilbud inden for patientuddannelse, -netværk og information, mens andre aktører tilbyder rygestopkurser, kostvejledning eller fysisk aktivitet til udvalgte patientgrupper. Hvis private aktører leverer forebyggende ydelser som led i sundhedsaftalerne, bør deres funktion og opgavevaretagelse beskrives i aftalen.

Rammer for den regionale forebyggelse

En række internationale, nationale og regionale styringsredskaber skaber rammerne for den regionale forebyggelse. Afsnittet beskriver disse redskaber og centrale faglige værktøjer og påpeger særlige muligheder for at integrere sundhedsfremme og forebyggelse i den regionale sundhedsplanlægning, implementering og monitorering.

Internationale strategier

Danmark har også engageret sig internationalt som medunderskriver af internationale politikker på forebyggelsesområdet, ligesom flere regioner arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse i internationale partnerskaber, fx som led i forsknings- og udviklingsprojekter. Det kan derfor være nyttigt at kende



til internationale politikker og strategier, der har betydning for forebyggelsesområdet, se bilag.

Nationale strategier, programmer og handlingsplaner

Regeringens sundhedsprogram Sund hele livet, de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010, fokuserer på forebyggelse af otte store folkesygdomme og deres risikofaktorer og fastlægger målet om, at ”forebyggelse bliver en integreret del af sundhedsvæsenets opgaver på linje med undersøgelse, behandling og pleje – og med tilbud, som svarer til patienternes motivation og behov”. Sund hele livet peger desuden på udfordringen med den fortsatte udbredelse og udvikling af effektive forebyggelsestilbud i sundhedsvæsenet.

Regeringens Sundhedspakke 2009 har en målsætning om, at midlertidigheden skal øges med tre år i løbet af ti år. I den tilhørende nationale handlingsplan for forebyggelse fremhæves en målrettet indsats over for de væsentligste risikofaktorer for udvikling af langvarig, kronisk og livsforkortende sygdom – usund kost, rygning, alkohol og fysisk inaktivitet. Handlingsplanen formulerer 30 konkrete initiativer, der først og fremmest sigter på en borgerrettet og strukturel forebyggende indsats. Regionerne nævnes eksplicit i relation til samarbejdet om national monitorering af befolkningens sundhed og sygelighed på kommuneniveau.

Nationale strategier og handlingsplaner på konkrete sygdomsområder, fx psykiatri- og kræftområdet har fokus på den sundhedsfremmende og forebyggende indsats generelt og specifikt i sundhedsvæsenet.

Regionale strategier, politikker og sundhedsplaner

Erfaringer viser, at overordnede tværgående regionale strategier kan bidrage til at skabe synlighed, synergi og samarbejde om fælles mål for arbejdet. Regionerne kan vælge at udarbejde strategier eller politikker for forebyggelsesarbejdet suppleret med implementeringsaftaler. Ofte er udgangspunktet den regionale sundhedsprofil, der synliggør forebyggelsesmuligheder og -behov og fører til formulering af konkrete målsætninger for indsatsen.

Lige så vigtig som det færdige produkt er selve processen omkring udarbejdelsen af politikken. Det handler bl.a. om at sikre inddragelse af politikere og sundhedsbrugerråd samt en bred involvering af de faglige miljøer med henblik på at skabe ejerskab og berede vejen for implementering af politikken. Ledelsesmæssig prioritering og opbakning, gerne på tværs af enheder og ansvarsområder, er vigtig.

Regionerne skal udarbejde sundhedsplaner for den samlede virksomhed på sundhedsområdet, herunder planer for sygehus, praksis og psykiatri, og skal, i henhold til sundhedslovens § 206, stk. 2, som led heri indhente rådgivning fra Sundhedsstyrelsen.

Overvejelser om patientrettet forebyggelse, herunder planlægning af den forebyggende indsats i sygehusvæsenet, i almen praksis og i speciallægepraksis bør indgå i planerne, således at forebyggelsesindsatsen prioriteres og tænkes ind i sundhedsplanarbejdet. Det kan fx ske ved udarbejdelse af strategier for folkesundhed, ældreplaner, forebyggelsesaftaler med de enkelte sektorer m.m.

Sundhedsaftaler

Regioner og kommuner skal indgå sundhedsaftaler (jf. § 205 i sundhedsloven), om arbejdsdelingen og samarbejdet på obligatoriske indsatsområder på sundhedsområdet. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler³ fastlægger de konkrete indsatsområder og krav til sundhedsaftalerne. Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler fra 2009 uddyber disse nærmere⁴. Der er herudover mulighed for at indgå frivillige aftaler på andre områder.

Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, er et obligatorisk indsatsområde med selvstændige krav til indhold i sundhedsaftalen. Sundhedsaftalerne omfatter desuden indsatsområdet de forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, som er reguleret af sundhedsloven § 120-126. Formålet med sundhedsaftalen på dette område er at sikre, at borgere og patienter med behov tilbydes en sammenhængende, systematisk og koordineret forebyggelsesindsats.

Aftalen kan være en anledning til at sikre fokus og prioritering af særlige fælles forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser i region og kommuner rettet mod udvalgte risikofaktorer, kroniske sygdomme, målgrupper og arenaer. I den forbindelse er det oplagt, at regionens rådgivningsforpligtelse over for kommunerne aftales nærmere.

Planlægning og opfølgning på sundhedsaftalerne samt organiseringen omkring dem er vigtige anledninger til at styrke samarbejdet og udviklingen af den regionale forebyggelse, herunder en konkretisering af rådgivningsforpligtelsen.

Forløbsprogrammer

Forløbsprogrammer for kronisk sygdom er et vigtigt redskab til at skabe sammenhæng og systematik i indsatsen over for patienter med en konkret kronisk sygdom, uanset alder, på tværs af sektorer og faggrupper. Med baggrund i Sundhedsstyrelsens generiske model kan regioner og kommuner med fordel videreudvikle forløbsprogrammerne med henblik på at styrke integrationen af sundhedsfremme og forebyggelse, herunder tidlig opsporing i programmerne.

3 Sundheds- og forebyggelsesministeriets Bekendtgørelse om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, BEK nr. 778 af 13.08.2009

4 Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, VEJ nr. 9698 af 21/08/2009, Sundhedsstyrelsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dette vil bidrage til at sikre og systematisere sammenhængende forebyggelsesforløb på tværs af sektorgrænserne.

I den forbindelse er kommunikationen mellem praksis og sygehus og praksis og kommunerne central, ligesom dialogen mellem sygehus og kommuner. Den Danske Kvalitetsmodel omfatter standarder for samarbejdet mellem sygehus og primærsektoren (standard nr. 2.17.1-3). Patientens forebyggelsesbehov og iværksatte interventioner samt aftaler om opfølgning bør klart fremgå af såvel henvisninger som epikriser med henblik på at styrke kvaliteten og sammenhængen i forebyggelsesforløbet på tværs af sektorerne for patienten. Elektroniske henvisninger, statusmeddelelser og epikriser vil kunne lette dialogen om forebyggelsesforløbene mellem aktørerne.

Udviklingspotentialer på området omfatter ”patientens forløbsprogram”, der er et forløbsprogram set fra patientens perspektiv med bl.a. patientinformation, værktøjer og uddannelse, der kan understøtte forløbet for patienten. Elektroniske beslutningsværktøjer baseret på evidensbaserede kliniske retningslinjer vil ligeledes kunne styrke patientforløbene, herunder den patientrettede forebyggelse.

Pakkeforløb

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med kliniske arbejdsgrupper udarbejdet pakkeforløb for alle kræftformer samt pakkeforløb inden for hjerteområdet. Et pakkeforløb er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder om diagnostiske undersøgelser samt behandling, der som udgangspunkt følger et på forhånd booket forløb. Pakkeforløbet starter ved begrundet mistanke om sygdom og slutter ved første kontrolbesøg efter færdigbehandling. Der arbejdes tillige fra centralt hold på at få integreret rehabilitering, herunder patientrettet forebyggelse i pakkerne.

Sundhedsprofiler

Efter aftale med de involverede parter⁵ skal alle regioner fra 2010 udarbejde sundhedsprofiler med udgangspunkt i en national sundhedsprofil og stille dem til rådighed for kommunerne. Sundhedsprofiler afdækker befolkningens sundhedstilstand og sundhedsadfærd, og de er et godt redskab til at inspirere, dagsordenssætte, planlægge og evaluere fremtidige forebyggelsesindsatser. Den nationale sundhedsprofil indeholder 51 obligatoriske og standardiserede spørgsmål og er dermed sammenlignelig på tværs af regioner og kommuner og giver desuden større mulighed for benchmarking. Den nationale sundhedsprofil skal gennemføres hvert 4. år og på samme tidspunkt i alle regioner. Resultaterne kan kobles med oplysninger fra de centrale registre.

⁵ Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, Finansministeriet og Ministeriet for Forebyggelse og Sundhed har i 2008 indgået aftale om organisering og finansieringen af den nationale sundhedsprofil

En sundhedsprofil for alle regionens kommuner kan bruges som prioriteringsredskab og på den baggrund medvirke til at initiere forebyggelsesindsatser både regionalt, for klynger af kommuner og for den enkelte kommune.

Forskning og kvalitet

På behandlingsområdet arbejder regionerne i videst muligt omfang evidensbaseret og kvalitetssikret. Der er stadig meget, vi ikke ved om den bedste tilrettelæggelse af effektive og sammenhængende forebyggelsesforløb, og der er brug for ny viden på området. Forskning og kvalitetsarbejde understøtter tilrettelæggelsen af forebyggelsesindsatserne. Dette afsnit giver nogle pejlemærker for regionernes forskningsforpligtelse og ser på muligheder for at styrke kvalitetsarbejdet i relation til forebyggelse ⁶.

Forskning

Forskningsforpligtelsen på sundhedsområdet er først og fremmest placeret i regionerne, mens kommunerne skal medvirke til udviklings- og forskningsarbejde, jf. sundhedslovens § 194. Regionernes forpligtelse til forskning gælder hele sundhedsområdet, herunder både den patientrettede og den borgerrettede forebyggelse.

Af bemærkningerne til sundhedsloven fremgår, at regionernes forskningsforpligtelse omfatter forskning på sygehuse samt i praksissektoren, hvor forskningsarbejde sker som led i overenskomstaftalerne. Herudover skal regionerne i samarbejde med kommunerne bidrage til forskning, der relaterer sig til de kommunale sundhedsydelser. Det vil typisk være sundhedstjenesteforskning, hvor fokus særligt er at styrke patientforløbet og det tværsektorielle samarbejde samt at optimere opgavefordelingen mellem primær- og sekundærsektor, men naturligvis også klinisk forskning som grundlag for udvikling af ydelserne i fx hjemmesygeplejen.

Regionerne skal således bidrage til, at der genereres ny viden og til at understøtte, at forebyggelsesindsatser tilrettelægges i henhold til den aktuelt bedste viden om årsager til og udbredelse af sygdom, effekter af indsatserne og den mest hensigtsmæssige implementering af disse. Det vil være centralt at inddrage borgere og patienters hverdagsliv og arbejde målrettet på at få mere viden om tilrettelæggelse af differentierede forebyggelsesindsatser.

Regionen har gode forudsætninger for og bør formidle samarbejdet mellem forskning og praksis og være den koordinerende part mellem kommunerne og relevante forskergrupper. Det vil i den forbindelse være relevant, at regionen har eller kan trække på kompetencer inden for centrale forebyggelsesdiscipli-

⁶ Sundhedsstyrelsen har oprettet "Evidensbasen: forebyggelse", der indeholder to kategorier af publikationer om evidens i forebyggelsen: 1. evidensrapporter om effekten af forskellige forebyggelsesmetoder og 2. generel rådgivning om evidensbaseret forebyggelse. Se www.sst.dk/evidensbasen

ner, herunder epidemiologi, statistik, almen medicin, arbejdsmedicin, miljømedicin og socialmedicin, sociologi, sundhedspædagogik, sundhedsøkonomi, sundhedstjenesteforskning, sundhedspsykologi, etik⁷, evaluering og implementering. Dette kan eventuelt etableres i form af kombinationsstillinger mellem universitet og region af samme type, som allerede findes på det kliniske område. Flere regioner har allerede etableret et veludviklet samarbejde med forskningsinstitutioner, der understøtter regionernes og kommunernes forebyggelsesplanlægning og -praksis.

Et sådant forsknings-praksis-samarbejde sikrer adgang til kompetencer, som de færreste kommuner selv har adgang til og giver mulighed for et integreret langsigtet samarbejde mellem regioner, kommuner og universiteter til gavn for alle parter. Forskningssamarbejdet mellem kommuner, regioner og forskningsinstitutioner bør bl.a. omfatte de områder, hvor kommunerne har brug for viden, herunder effekten af forebyggelsesindsatser samt viden om tilrettelæggelsen og gennemførelsen af disse indsatser. Ud over den egentlige forskning kan kommunerne støttes i dataindsamling og monitorering samt gennemførelse af lokale kontekstafhængige analyser⁸.

Kvalitet

Som fastlagt i sundhedsloven påhviler det regioner og kommuner at sikre, at sundhedsvæsenets ydelser, herunder også patientrettede forebyggelsesydelser, tilbydes sammenhængende og er af en høj kvalitet. Sundhedsaftalerne understøtter, på baggrund af sundhedslovens § 193, kvalitetsudviklingen af den patientrettede forebyggelse.

Kvalitetsudvikling bør, jf. Sundhedsstyrelsens nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet⁹, basere sig på WHO's fem kvalitetsmål:

- Høj professionel standard
- Effektiv ressourceudnyttelse
- Minimal patientrisiko
- Høj patienttilfredshed
- Helhed i patientforløbet

Der er i de kommende år brug for en styrket indsats, hvor det eksisterende kvalitetsarbejde i forebyggelsen fastholdes og systematisk videreudbygges i regionerne (og kommunerne). I den forbindelse findes der allerede en række kvalitetssikringsværktøjer, som regionerne (og kommunerne i fællesskab) bør benytte sig af og fra starten medtænke i forebyggelsesindsatserne:

⁷ Vedr. etik, se Sundhedsstyrelsens publikation "Etik i forebyggelse og sundhedsfremme", Sundhedsstyrelsen, 2009

⁸ Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet. Sundhedsstyrelsen, 2009

⁹ Sundhedsstyrelsen. Det nationale råd for kvalitetssikring i sundhedsvæsenet. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen, 2002

- Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, er et nationalt og tværgående kvalitetsudviklingssystem for sundhedsvæsenet, der udvikles i et samarbejde mellem stat, regioner, kommuner og erhvervsliv og bygger på akkreditering. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) koordinerer udviklingen af DDKM og står for driften af den. I den forbindelse er der udviklet 4 specifikke standarder med tilhørende indikatorer for forebyggelse og sundhedsfremme på sygehuse (standard nr. 2.16.1-4). Alle offentlige og udvalgte private sygehuse skal være akkrediteret inden 2012. Standardimplementering på det kommunale område er undervejs og er frivillig for kommunerne.
- Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) er et kvalitetsudviklingsprojekt på sygehusområdet, der blev etableret i 1999 og omfatter 10 sygdomsgrupper, herunder KOL og Diabetes, for hvilke der er defineret standarder og indikatorer. Sygdomsgrupperne er udvalgt på baggrund af hyppighed, alvorlighed og kompleksitet i patientforløbet og kvalitetsindikatorerne indgår i de sygdomsspecifikke akkrediteringsstandarder i DDKM, se ovenfor.
- Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed - DAK-E er de praktiserende lægers og regionernes fælles enhed for kvalitetsudvikling af almen praksis. DAK-E arbejder med kvalitetsudvikling af almen praksis gennem bl.a. implementering af det såkaldte datafangstmodul til alle lægesystemer. Gennem samarbejdet med DAK-E kan regionerne bidrage til at sætte øget fokus på forebyggelse og kvalitetsudvikle indsatsen over for de kronisk syge i almen praksis.
- Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) sætter fokus på sygehuspatienters oplevelser og erfaringer og er et redskab til udvikling af kvalitet i sundhedsvæsenet. Undersøgelserne er siden år 2000 foretaget hvert andet år, men vil fra 2009 blive gennemført hvert år omfattende somatiske patienter på både offentlige og private sygehuse. LUP kan således yde et vigtigt bidrag til regionerne i forbindelse med kvalitetsudvikling inden for forebyggelsesområdet.

Der forestår et udviklingsarbejde med at sikre tværsektoriel kvalitetssikring af patientforløb, dvs. akkreditering på tværs af sygehus og kommune. Implementering og monitorering af de eksisterende DDKM-forebyggelsesstandarder på sygehuse og DAK-E-projektet i almen praksis bliver vigtige regionale opgaver, der vil bidrage til at synliggøre og styrke forebyggelsesindsatserne.



4 Forebyggelse i praksissektoren

Dette kapitel handler først og fremmest om almen praksis' rolle på forebyggelsesområdet, herunder de forebyggelsesopgaver, som almen praksis' kan eller skal varetage. Også på andre praksisområder, fx i speciallægepraksis og fysioterapi-praksis, varetages opgaver, der kan betegnes som patientrettet forebyggelse.

Almen praksis' forebyggelsesopgaver

Almen praksis' har en central rolle i forhold til forebyggelse af sygdom, idet de fleste borgere er i kontakt med almen praksis flere gange i løbet af et år. Almen praksis' kendskab til den enkelte patients sundhedstilstand og livssituation over tid, koblet med et godt lokalkendskab, giver nogle særlige forudsætninger og muligheder for at varetage det forebyggende arbejde.

Undersøgelser viser, at borgere generelt er motiveret for at tale om forebyggelse, når de kommer til deres praktiserende læge. Dette giver almen praksis en enestående lejlighed til at tale om forebyggelse og livsstilsændringer med alle patientgrupper, såvel børn som voksne samt patienter med og uden kronisk sygdom. Almen praksis bør derfor inkludere forebyggelse mere systematisk i opgavevaretagelsen.

Almen praksis' forebyggelsesopgaver

I relation til patientforløbet bør almen praksis' **forebyggelsesindsats** omfatte:

- Identifikation, registrering og opfølgning af patientens risikofaktorer
- Tidlig opsporing af og tidlig intervention over for sygdom
- Vurdering af behov for forebyggelsestilbud, herunder patientuddannelse og præoperative forebyggelsesindsatser
- Information, motivation og aktiv medinddragelse af patienter, der har behov for forebyggende tilbud
- Vurdering af patientens ressourcer med henblik på en behovstilpasset indsats
- Etablering af relevante forebyggelsestilbud
- Henvisning efter lokale aftaler til relevante kommunale og regionale forebyggelsestilbud
- Iværksættelse og justering af medicinsk forebyggende behandling, evt. i samarbejde med sygehuset

Almen praksis varetager vigtige sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaver, både inden for generel forebyggelse og som led i behandlingen af patienter med kronisk sygdom (sygdomsspecifik forebyggelse). I det følgende beskrives de eksisterende tilbud og aftaler om forebyggelse i almen praksis, ligesom en række kerneopgaver uddybes. Der gives herudover eksempler på patientrettede forebyggelsesydelse i andre dele af praksissektoren.

Tilbud til patienter med kronisk sygdom

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at hovedvægten af indsatsen for patienter med kronisk sygdom lægges i almen praksis og i det kommunale sundhedsvæsen^{10, 11} og ikke i sygehusvæsenet.

En hensigtsmæssig opgavefordeling i forhold til den patientrettede forebyggelse er, at almen praksis identificerer og motiverer de patienter med kronisk sygdom, der har behov for forebyggende tilbud. Almen praksis kan indgå lokale aftaler med kommunen om, at lægen efter en individuel vurdering af patienten kan henvise patienten til specifikke forebyggende tilbud, fx rygestoptilbud, kostvejledning, træningstilbud og patientuddannelse.

Almen praksis har derudover ansvaret for den grundlæggende medicinske forebyggende indsats, eventuelt i samarbejde med sygehuset.

En kerneopgave i almen praksis er at varetage tovholderfunktionen for patienter med kronisk sygdom, uanset patientens alder. Funktionen er fx beskrevet i Sundhedsstyrelsens generiske forløbsprogram for kronisk sygdom,¹⁰. Tovholderfunktionen kræver samarbejde med dem, der indgår i patientens samlede forløb, fx praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, sygehusafdelinger og kommunen. Varetagelse af tovholderfunktionen forudsætter således, at lægen har viden og overblik over patientens forløb også i andre dele af sundhedsvæsenet.

Der ligger en særlig udfordring i at sikre relevante forebyggelsesindsatser til etniske patienter og socialt udsatte patienter med kronisk sygdom. Dertil kommer at inddrage og yde relevant støtte til pårørende til patienter med kronisk sygdom¹².

Speciallægepraksis og fysioterapipraksis m.fl. kan varetage forebyggelsesydelse i forhold til afgrænsede patientgrupper med kroniske sygdomme, fx opsporing, vurdering og iværksættelse af relevante interventioner. Det kan være med henblik på at forebygge forværring af sygdommene, fx øjenlæger og fodterapeuter, der udfører forebyggende kontroller af diabetespatienter.

10 Patienter med kronisk sygdom, selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse, Sundhedsstyrelsen, 2005

11 Forløbsprogrammer for kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen, 2008

12 Pårørende. Lær at leve med andres sygdom. Komiteen for Sundhedsoplysning, 2009

Tilbud til gravide, børn og unge

Almen praksis indgår i svangreomsorgen og i de forebyggende sundhedsydelser for børn og unge og skal således tilbyde en række forebyggende helbredsundersøgelser til gravide, samt børneundersøgelser og vaccinationer i henhold til børnevaccinationsprogrammet. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger^{13,14} for indholdet i og tidspunktet for disse undersøgelser og vaccinationer (disse ydelser er ikke omfattet af § 119, stk. 3, men medtages her for fuldstændighedens skyld).

Overenskomstens parter har vedtaget ”profylakseaftalen” med henblik på at sikre et grundlag for, at de forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis foregår i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Aftalen fastlægger honorarstrukturen for de forebyggende helbredsundersøgelser af gravide, for børneundersøgelserne og for vaccinationer i henhold til børnevaccinationsprogrammet. Endelig omfatter aftalen vaccination mod røde hunde og vaccination mod hepatitis B af visse særlige persongrupper.

Der ligger en udfordring i at sikre udsatte gravide og gravide med risikoadfærd, fx rygning og alkoholforbrug, relevante og differentierede forebyggelsestilbud. Disse gravide kendetegnes ved at have et forebyggelsesbehov i en afgrænset tidsperiode samtidig med, at de modtager regionale sundhedsydelser. Det må lokalt aftales, hvem der varetager specialiserede forebyggelsestilbud for denne patientgruppe.

Almen praksis skal samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste omkring børn med særlige behov og kan indgå lokalaftaler med kommunerne om henvisning af børn til lokale forebyggelsestilbud, fx i forhold til forebyggelse af overvægt.

Tilbud til ældre

Ældre patienter udgør en stor gruppe i almen praksis og en del af dem har en eller flere kroniske sygdomme, se side 21. Almen praksis, kan tilbyde opsøgende hjemmebesøg til skrøbelige ældre i samarbejde med kommunen. Formålet med disse besøg skal bl.a. være at identificere og forebygge og begrænse begyndende sundhedsproblemer hos den ældre, herunder jævnlig medicingennemgang, med henblik på at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

Social ulighed

Almen praksis får, bl.a. gennem sin tovholderfunktion, en mere proaktiv rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Det gælder særligt over for sårbare patienter med kronisk sygdom, men vil også kunne omfatte en systematisk tilgang til ulighedsproblemer i patientpopulationen.

¹³ Anbefalinger for svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen, 2009

¹⁴ Anbefalinger for forebyggende sundhedsydelser for børn og unge, Sundhedsstyrelsen, 2010

Arbejdet omfatter bl.a. opsporing og samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste og sygehusene om udsatte børn og gravide (fx børn i misbrugsfamilier, gravide med misbrug), indsatsen over for voksne uden for arbejdsmarkedet (fx lægens ændrede rolle i forhold til sygefraværsløb), samt en fokuseret og systematisk tilgang til mental sundhed og trivsel blandt socialt udsatte i patientgruppen.

Der forestår et arbejde med at udvikle værktøjer og kompetencer på området. It redskaber vil kunne lette arbejdet, fx med automatisk indkaldelse af (udeblevne) børn til vaccination og undersøgelse.

Identifikation af risikofaktorer og tidlig opsporing af sygdom

Almen praksis har en lang tradition for og stor erfaring i at opspore og diagnosticere sygdom og forstadier til disse samt i at iværksætte forebyggende behandling. Almen praksis varetager fx systematisk screening for livmoderhalskræft, mens opfølgningen sker i samarbejde med sygehusene.

En systematisk identifikation, registrering og opfølgning af risikofaktorer hos patienten er en vigtig forudsætning for det forebyggende arbejde. Almen praksis bør arbejde systematisk med at identificere og registrere patienternes risikofaktorer, herunder livsstilsfaktorer, kognitive, psykiske og sociale faktorer. Hvor det er relevant, bør almen praksis motivere patienterne og henvise dem til lokale og regionale forebyggende tilbud på baggrund af lokalt indgåede aftaler herom.

Det er vigtigt, at almen praksis identificerer behov for præoperative forebyggelsesindsatser og henviser patienten efter lokale aftaler, således at ventetid kan gøres til forberedelsestid. Fastlæggelse af de konkrete præoperative tilbud må aftales lokalt mellem aktørerne.

Nogle interventioner kan med fordel varetages i almen praksis. Undersøgelser viser, at blot det, at lægen eller praksispersonalet taler kortvarigt med patienten om potentialet i livsstilsændringer, har en effekt. Og at gentagne samtaler har en endnu større effekt ^{15,16,17,18,19}.

Brug af praksispersonale

Praksispersonale kan med fordel varetage mange forebyggelsesopgaver i almen praksis, herunder identifikation og registrering af risikofaktorer, motiverende samtaler og kontrol af visse kroniske sygdomme. Der kan fx være tale om, at

15 Alkoholintervention i almen praksis. Dansk Selskab for Almen Medicin og Sundhedsstyrelsen, 2010

16 Opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn. Dansk Selskab for Almen Medicin i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, 2006

17 Langvarig stress og forslag til stress-forebyggelse. Rådgivning til almen praksis. Sundhedsstyrelsen 2007

18 Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. Dansk Selskab for Almen Medicin i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, 2009

19 KOL – Kronisk obstruktiv lungesygdom. Anbefalinger for tidlig opsporing, opfølgning, behandling og rehabilitering. Sundhedsstyrelsen, 2007



En tidlig indsats betaler sig

Hvis man finder risikotilstande og sygdomme tidligt i forløbet, er der bedre mulighed for at sætte ind med forebyggende indsatser og behandling, så man begrænser og evt. undgår sygdomme, ulykker og komplikationer. Sundhedsvæsenet er en central aktør, når det gælder om at tilrettelægge tidlig opsporing så det balancerer omkostningseffektivt og etisk.

tilknyttet sundhedsfagligt praksispersonale varetager enkelt- eller gruppebase-rede forebyggelsesydelse for patienter med kroniske sygdomme, evt. på tværs af flere praksis.

Det er den praktiserende læges ansvar at sikre, at personalet har de fornødne kompetencer, herunder kompetencer i aktiv medinddragelse af patienterne, og får relevant supervision til at varetage opgaverne. Flere it- og dialogbaserede værktøjer er udviklet med henblik på at systematisere forebyggelsessamtalen ved praksispersonale i almen praksis.

Praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer

Praksiskonsulentordningen (PKO) i regioner og kommuner består af praktiserende læger, der ansættes som praksiskonsulenter tilknyttet dels de psykiatriske og somatiske sygehusafdelinger, dels kommunerne. Ansættelsen er på få timer pr. uge. Koordination af praksiskonsulenternes arbejde foregår via praksiskoordinatorerne, én for hver hospitalsenhed. En af praksiskoordinatorerne koordinerer det regionale samarbejde samt kontakten til de kommunale praksiskonsulenter. PKO kan medvirke til samspil og ensartet varetagelse af forebyggelsesopgaver mellem hospital, kommune og almen praksis.

Netværket mellem hospitals- og kommunale praksiskonsulenter er velegnet til udbredelse af gode samarbejdsformer og ensartede tilbud til borgeren vedrørende forebyggelse. Praksiskonsulenterne i det kommunale miljø har tæt kontakt med almen praksis i kommunen, og PKO bidrager til, at de kommunale tilbud vedrørende forebyggelse bliver kendt for kollegaerne via information på ”praksisinformationshjemmesiderne” og via de regionale forebyggelsesportaler. PKO kan være medvirkende til, at en teoretisk forebyggelsesviden i den regionale eller kommunale sektor omsættes til noget brugbart for borgeren.

Kompetenceudvikling

Kompetenceudvikling i praksissektoren kan både ske inden for den enkelte praksis, mellem praksis og på tværs af praksis, sygehuse og kommune (fælles skolebænk). Der udbydes kompetenceudvikling inden for forebyggelse til både læger og praksispersonale i forskellig regi.

Undervisningen af praksispersonale, som evt. kan foregå som fælles skolebænk med andet sundhedspersonale, bør omfatte viden om risikofaktorer, folkesygdomme, patientforløb og sundhedspædagogik, herunder aktiv medinddragelse af patienten samt praktiske øvelser i samtaleteknik. Erfaringer viser, at dialogen med kolleger i egen praksis er afgørende for, at forebyggelse bliver en del af den fremtidige praksis.

Tolvmandsforeningerne kan være en god mulighed for kompetenceudvikling vedr. forebyggelse, ligesom de smågruppebaserede efteruddannelsesordninger.

Regionen bør tilrettelægge forebyggelsesrelateret kompetenceudvikling på tværs af sektorer i samarbejde med kommunerne som en del af deres rådgivningsforpligtelse, se kapitel 6.

Udviklingsmuligheder

Forebyggelsesindsatsen i almen praksis bør styrkes og systematiseres. Det gælder udvikling af kompetencer og værktøjer på området, bl.a. sikring af systematiske forebyggelsesindsatser for mindre ressourcestærke og udsatte grupper, herunder sårbare børn og gravide.

Vi er ofte i kontakt med sundhedsvæsenet

Langt størstedelen af befolkningen er hvert år i forbindelse med sundhedsvæsenet. Borgernes kontakt til sundhedsvæsenet er en god anledning og indgang til at forebygge. Samtidig viser undersøgelser, at borgerne er indstillet på, at drøfte forebyggelse og sundhedsfremme, også selvom forebyggelsesemnet ikke har en direkte relation til den pågældende konsultation.

Det er vigtigt, at almen praksis indgår i sundhedsaftalerne, så arbejdet i almen praksis bliver en integreret del af forebyggelsesindsatsen i sundhedsvæsenet. I den forbindelse bør regionen indtænke forebyggelse aktivt i lokalaftaler med almen praksis, således at de understøtter forebyggelsesarbejdet.

It-værktøjer vil yderligere kunne understøtte varetagelsen af forebyggelsesopgaverne i almen praksis og ikke mindst kommunikationen mellem almen praksis og andre sundhedsaktører, specielt sygehuse og kommuner, om forebyggelsesforløbene.



5 Forebyggelse på sygehuset

Dette kapitel beskriver regionens ansvar, opgaver og muligheder for forebyggelse på sygehusene. Der er god evidens for, at forebyggelse bidrager til bedre behandlingsresultater for visse sygdomme og begrænsning af komplikationer og genindlæggelser. Undersøgelser viser, at langt de fleste patienter er indforstået med, at forebyggelse tages op som led i behandlingsforløbet. Kapitlet folder nogle temaer ud, der ses som særlig vigtige for en vellykket forebyggelsesindsats på sygehuset.

Sygehusets forebyggelsesopgaver

Sygehusene skal integrere forebyggelse i behandlingsforløbene. Selvom behandlingsindsatsen vil være i fokus på sygehusene, er en systematisk og målrettet forebyggelsesindsats på sygehuset en vigtig forudsætning for et godt behandlingsresultat og forebyggelsesforløb for patienten.

Sygehusets forebyggelsesopgaver

I relation til patientforløbet bør sygehusets forebyggelsesindsats omfatte:

- Identifikation, registrering og opfølgning af patientens risikofaktorer
- Tidlig opsporing af og tidlig intervention over for sygdom, herunder hos nyfødte
- Vurdering af behov for forebyggende tilbud, herunder præoperativ intervention og patientuddannelse
- Vurdering af patientens ressourcer med henblik på en behovstilpasset indsats
- Information, motivation og medinddragelse af patienter, der har behov for forebyggende tilbud
- Etablering af relevante forebyggende tilbud i tilknytning til længelevende forløb på sygehuset, evt. i samarbejde med kommunen og almen praksis
- Tværsektoriel koordinering, herunder henvisning af patienten til relevante forebyggelsestilbud på sygehus, eller efter aftale med kommunen til lokale tilbud (evt. via almen praksis)
- Iværksættelse og justering af medicinsk forebyggende behandling i samarbejde med almen praksis

- Integrering af relevante forebyggelselementer i patientens behandlingsplan og epikrise
- Koordination af komplicerede sygdomsforløb for udvalgte patienter i samarbejde med kommune og almen praksis
- Sikring af et sundhedsfremmende behandlingsmiljø

Sygdomsspecifik patientrettet forebyggelse skal indgå i de forløbsprogrammer og pakkeforløb, som udarbejdes i regionerne og anvendes lokalt på sygehuset. Den konkrete opgave- og arbejdsdeling i forhold til tilbuddene (herunder præoperative tilbud og patientuddannelse) må aftales lokalt, fx i forbindelse med indgåelse af sundhedsaftaler. Vedrørende generel forebyggelse på sygehus henvises til afsnittet om identifikation, registrering og opfølgning af risikofaktorer se side 29.

Sygehuset bør støtte patientens motivation og egenomsorg, herunder selvmonitorering, ved aktivt at informere, uddanne og inddrage patienten i både planlægning og fastsættelse af mål for den forebyggende indsats. Det kan her være relevant at medinddrage patientens pårørende og nære netværk. En sådan indsats, differentieret i forhold til sygdommens kompleksitet og patientens ressourcer, vil udgøre et godt fundament for den videre vejledning og opfølgning i almen praksis.

I forbindelse med udskrivning bør sygehuset systematisk genvurdere behovet for opfølgende forebyggende indsatser og, efter indgåede aftaler med kommunen, formidle disse til relevante lokale aktører, evt. via patientens praktiserende læge. Relevante elementer af forebyggelse bør indgå på lige fod med andre tiltag i sygehusets afsluttende behandlingsplan for patienten.

Udskrivningssamtalen mellem læge og patient bør således omfatte forebyggelse, og patientens forebyggelsesbehov bør fremgå af sygehusets epikrise til almen praksis og information til kommunen med henblik på at sikre et smidigt forebyggelsesforløb mellem sektorerne.

I det følgende omtales nogle kerneområder, der er særligt vigtige for, at forebyggelsen på sygehus skal lykkes. Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens rådgivningspublikationer på enkeltområder som fx patientuddannelse, kronisk sygdom og selvmordsforebyggelse^{20,21,22}.

20 Patienter med kronisk sygdom, selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse, Sundhedsstyrelsen, 2006

21 Guide til patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen og Komiteen for sundhedsoplysning, 2007

22 Vurdering og visitation af selvmordstruede. Rådgivning til sundhedspersonale. Sundhedsstyrelsen, 2007

Organisation og samarbejde

Organiseringen af forebyggelsen på sygehuset bør fremme opgavevaretagelsen og sikre dokumentation i overensstemmelse med forebyggelsesstandarderne i Den Danske Kvalitetsmodel. Forebyggelsen må varetages på tværs af sengeafdelinger og fagligheder for at virke mest effektivt, og organiseringen bør understøtte dette.

Flere sygehuse har udpeget sundhedskoordinatorer, uddannet forebyggelseskonsulenter på sengeafdelingerne eller nedsat arbejdsgrupper inden for specifikke fokusområder som fx ernæring og rygning som omdrejningspunkter for det forebyggende arbejde. Sådanne funktioner kan varetage vejledning af øvrigt sygehuspersonale med hensyn til konkrete forebyggelsesopgaver samt sikre implementering og koordinering af forebyggende og sundhedsfremmende tilbud på sygehuset. Derigennem bliver forebyggelsesindsatsen forankret, prioriteret og synliggjort på sygehuset. Sundhedskoordinatorerne og forebyggelseskonsulenterne kan derudover medvirke til at informere og henvise patienter, efter lokalt indgåede aftaler med kommuner, til sundhedsfremmende og forebyggende tilbud i kommunerne.

Andre sygehuse har gode erfaringer med eksterne konsulenter til at forestå undervisning og sparring om udvikling af mere integreret og systematisk forebyggelse i sygehusets hverdag. Patientforeninger kan inddrages i samarbejdet om forebyggelsestilbud til udvalgte patientgrupper.

Det er sygehusets opgave at samarbejde med almen praksis og kommunerne om implementering og opfølgning af forebyggelsesindsatserne. Ansvarsfordelingen, koordinationen og dialogen mellem parterne om forebyggelsesforløb på tværs af sektorer, dvs. mellem sygehus, almen praksis og kommune, er fastlagt i sundhedsaftalerne, se kapitel 3. Indsatserne monitoreres bl.a. ved hjælp af kvalitetsstandarderne på området (se standard nr. 2.17.1-3 i Den Danske Kvalitetsmodel).

Samarbejdet mellem sygehus og almen praksis faciliteres af praksiskonsulentordningen, se kapitel 4.

Kompetenceudvikling

Personalets kompetencer er centrale for kvalificeret varetagelse af forebyggelsesopgaverne på sygehuset. Endnu er forebyggelse og sundhedsfremme ikke fuldt tilgodeset i sundhedspersonalets grunduddannelser, og efteruddannelse, faglig debat og kvalitetssikringsprocesser er vigtige læringsfora. Dette kan gøres inden for det enkelte sygehus eller på tværs af flere sygehuse i regionen, evt. sammen med kommunale medarbejdere i form af fælles skolebænk, se side 38. Her bør regionen spille en initiativtagende og faciliterende rolle.

Det er sygehus- og afdelingsledelsernes ansvar, at personalet har de fornødne kompetencer til at varetage forebyggelsesopgaverne kvalificeret, jf. kvalitetsstandarderne på forebyggelsesområdet i Den Danske Kvalitetsmodel, se side 19.

Sygehuset kan overveje at blive en del af WHO-netværket Health Promoting Hospitals, <http://healthpromotinghospitals.org/> og bl.a. få mulighed for gensidig erfaringsudveksling.

Identifikation, registrering og opfølgning af risikofaktorer

Systematisk og ensartet identifikation af patientens risikofaktorer er en vigtig forudsætning for at vurdere behovet for både sygdomsspecifikke og generelle forebyggende interventioner som led i behandlingsindsatsen. Sygehusene bør anvende de SKS-koder der er udviklet til registrering af risikofaktorer (underernæring, overvægt, fysisk inaktivitet, rygning og uhensigtsmæssig alkoholforbrug, se www.sst.dk/prik) og til registrering af forebyggelsesinterventioner som led i patientforløbet.

Ligeledes er der udarbejdet DRG-takster for forebyggelsesydelse på sygehus men de er ikke økonomisk attraktive p.t. Der pågår et udviklingsarbejde i Sundhedsstyrelsen i samarbejde med regionerne med at få gjort forebyggelsen både synlig og økonomisk rentabel på sygehusene ved hjælp af SKS-koder og DRG-takster.

Den primære opfølgning af de identificerede risikofaktorer påhviler sygehuset, fx ved tilbud om motiverende samtaler og andre forebyggende interventioner eller visitation, efter forudgående aftale, til relevante tilbud lokalt, evt. via almen praksis.

Det er sygehus- og afdelingsledelsernes ansvar, at der foreligger klare retningslinjer på området, jf. kvalitetsstandarderne på forebyggelsesområdet i Den Danske Kvalitetsmodel, se kapitel 3. Akkreditering bidrager til at sætte fokus på identifikation, registrering og opfølgning af patienternes risikofaktorer på sygehuset.

Differentierede indsatser og forløbskoordinatorer

Patienternes forudsætninger er forskellige, og tilrettelæggelse af forebyggelsesindsatser må tilpasses individuelt til patienternes behov og ressourcer, herunder kognitive vanskeligheder eller fysiske begrænsninger. Det er sygehusets ansvar at vurdere og registrere patientens ressourcer og medvirke til at formidle patienternes specifikke forebyggelsesbehov til almen praksis og, efter aftale, kommunale aktører, som skal varetage opfølgningen lokalt. Dette gælder ikke mindst i relation til socialt udsatte borgere, herunder visse grupper af etniske borgere, patienter med komplicerede forløb og svage ældre borgere, hvor en tværsektoriel indsats og dialog er særlig nødvendig for et godt forløb og resultat. Sundhedsaftalerne skal medvirke til at sikre denne dialog mellem aktørerne.

I forhold til udvalgte patientgrupper kan sygehuset tilbyde at koordinere forebyggelsesindsatsen og behandlingsforløbet ved hjælp af en forløbskoordinator. Det gælder særligt for patienter med komplicerede sygdomsforløb og for sårbare patienter. Forløbskoordinatoren støtter patientens gennemførelse og fastholdelse af forebyggelse, behandling og rehabilitering samt muligheder for egenomsorg. Samtidig formidler forløbskoordinatoren kontakt til relevante dele af sundhedsvæsenet, når patienten skifter mellem sektorer eller forskellige behandlere. Forløbskoordinatorer kan efter lokal aftale være forankret enten i sygehusregi eller i kommunalt regi, alt efter hvor koordineringsbehovet er størst for patienten.

Psykiatrien

Forebyggelse bør indgå i psykiatriske patienters behandlingsplaner, koordinationsplaner, udskrivningssamtaler, -aftaler og epikriser og integreres aktivt i behandlingen²³.

De psykiatriske sygehusenheder, herunder distriktspsykiatrien, har et særligt potentiale for at fremme sundhed og forebygge sygdom hos patienterne, som ofte har en lang og kontinuert kontakt til behandlingssystemet. Det giver mulighed for at iværksætte og fastholde meningsfulde interventioner i ambulante forløb, samt under og efter indlæggelse i samarbejde med kommunerne, fx socialpsykiatrien og pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR).

Patientgruppen har en overdødelighed af en række somatiske sygdomme, der blandt andet er funderet i følgerne af deres psykiske sygdom, den medicinske behandling og en uhensigtsmæssig livsstil. Nogle forebyggende indsatser har dokumenteret effekt i forhold til psykiske lidelser ud over den gavnlige somatiske effekt (fx fysisk aktivitet og alkoholbehandling). Psykiatriske patienters risikofaktorer bør, i lighed med andre patientgrupper, systematisk identificeres og registreres, og patienterne bør tilbydes motiverende samtale, lettilgængelig information og målrettede forebyggelsestilbud med inddragelse af patienten og relevante pårørende.

Der ligger en særlig udfordring i at sikre relevante indsatser til børn af psykiatriske patienter i samarbejde med kommunerne. Nedbringelse af antallet af selvmord på psykiatriske afdelinger kræver ligeledes en målrettet indsats²⁴.

23 Se National Strategi for Psykiatri, Sundhedsstyrelsen, 2009 og anbefalinger for fysisk aktivitet til indlagte psykiatriske patienter (Sundhedsstyrelsen, 2009) www.sst.dk/psykiatriogfysiskaktivitet

24 Styrket indsats for sindslidende. Handlingsplan for psykiatri. Regeringen, 2009

Vi kan være syge, men sunde

Sundhedsvæsenet har traditionelt fokus på at gøre syge folk raske. Men man kan godt være rask og usund eller syg, men sund. Sundhedsfremme og forebyggelse har fokus på at holde mennesker sunde og undgå sygdom, at støtte dem i at træffe sunde valg og i at mestre deres liv og sygdomme, så de lever bedst og længst muligt.

Et sundhedsfremmende behandlingsmiljø

Under indlæggelsen bør sygehusets behandlingsmiljø være så sundhedsfremmende som muligt med gode muligheder for fysisk og social aktivitet, sund kost²⁵ og tilbud om rygestopkurser og alkoholbehandling samt relevant patientuddannelse. Det gælder alle patienter uanset alder, men ikke mindst ældre og immobile patienter samt patienter med psykiske lidelser. I den forbindelse er en løbende vurdering af egne rammer, fx kost, røg og alkoholpolitikker samt det fysiske miljø, en vigtig opgave for at sikre både patienter og personale et så sundt miljø som muligt. Se standard nr. 2.16.1 i Den Danske Kvalitetsmodel.

Forskning viser, at personalets egne sundhedsvaner er af afgørende betydning for kvaliteten af den rådgivning, de yder til patienterne på forebyggelsesområdet. Regionen kan som arbejdsgiver bidrage til at understøtte personalets hensigtsmæssige sundhedsadfærd, herunder styrke deres viden på området.

Udviklingsmuligheder

Der forestår et udviklingsarbejde med at få systematiseret forebyggelsesindsatsen og -kompetencerne på sygehuset, bl.a. med anvendelse af standarder for arbejdet. Regionerne kan bidrage til at udvikle it-værktøjer der understøtter forebyggelsesarbejdet og dialogen mellem aktørerne på området, herunder integrering af forebyggelse i den elektroniske patientjournal.

Flere telemedicinske værktøjer vil kunne styrke patientens selvmonitorering og egenbehandling. Dertil kommer en mulighed for at sikre integration af forebyggelse i kliniske beslutnings- og kvalitetssikringsværktøjer, fx i kliniske retningslinjer og forløbsværktøjer som Map of Medicine.

Endelig har regionerne en opgave i at fremtidssikre behandlingsmiljøet, så de fysiske rammer og indretningen af sygehuset er så helbredende og understøttende for patienternes sundhed som muligt. Det gælder også tilpasning til de forventede klimaændringer, især hedeølger. Det vil sige at sørge for en indretning med fx solafskærmning og tilstrækkeligt med rum, der kan køles i forskelligt omfang.

25 Se Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevarestyrelsen 2009

6 Regionernes rådgivning til kommunerne

Dette kapitel vil med udgangspunkt i sundhedsloven og lovbemærkningerne give en vejledende beskrivelse af den regionale rådgivningsforpligtelse og dermed bidrage til en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af rådgivningen, hvad angår indhold, omfang og rådgivningsformer.

Kapitlet vil fremhæve de områder, hvor regionerne har særlige kompetencer, som med fordel kan udnyttes i rådgivningen til kommunerne. Målet er således at skabe større klarhed om kernen i den regionale rådgivning og bidrage til at klargøre arbejdsdelingen mellem stat og regioner, når det handler om rådgivning af kommunerne.

Rådgivning betragtes i denne vejledning som en dialog mellem ligeværdige parter, der begge er i besiddelse af viden, som den anden part kan drage nytte af. Når regionerne tilbyder kommunerne rådgivning, kan dette således være både efterspørgsels- og udbudsstyret, og rådgivningen kan finde sted på initiativ af såvel kommunen som regionen.

Kapitlet lægger ikke op til, at der er én generisk model for god regional rådgivning af kommunerne, men fremhæver de kerneområder, som regionernes rådgivning bør tage afsæt i. Hvordan den enkelte region tilrettelægger sin rådgivning vil være en lokal beslutning, som skal afstemmes med de kommunale behov, rammer og prioriteringer.

Regionernes rådgivningsforpligtelse

Ifølge § 119, stk. 3 skal Regionsrådet tilbyde rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter samme paragrafs stk. 1 og 2. Regionens rådgivning af kommunerne vedrører således hele den kommunale forebyggelsesindsats, dvs. både kommunens rammetiltag for sund levevis og de forebyggende tilbud til borgere og patienter.

I bemærkninger til sundhedsloven lægges der vægt på, at regionen naturligt vil have tværgående opgaver i relation til kvalitetsudvikling og -sikring i forbindelse med den kommunale forebyggelsesindsats. Det nævnes ligeledes, at regionen i forbindelse med indgåelsen af samarbejdsaftaler med kommunerne vil få en viden, som med fordel kan anvendes til at formidle samarbejds erfaringer m.v. mellem kommunerne i regionen. Desuden fremhæves, at regionerne – i samarbejde med kommunerne – kan bidrage til at forestå tværgående opgaver som fx overvågning af sundhedstilstanden, specialiseret rådgivning, kvalitetsarbejde vedr. den borgerrettede forebyggelse og uddannelse med udgangspunkt i det

regionale sundhedsvæsenes erfaringer. Endelig nævnes regionens forudsætninger for at bistå kommunerne med metodeudvikling og evaluering.

I vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler fra 2009 nævnes i forbindelse med indsatsområde 4: Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, at der i forbindelse med indgåelse af sundhedsaftalen kan træffes nærmere aftale om regionens rådgivningsforpligtelse i forhold til kommunernes indsats. En sådan aftale i regi af sundhedsaftalen kan bidrage til at fastlægge det overordnede indhold i rådgivningen i overensstemmelse med regionens kapacitet og kommunens behov.

Regionerne er som nævnt i kap. 3 ikke de eneste aktører, der yder rådgivning til kommunerne om forebyggelse og sundhedsfremmeindsatsen. Sundhedsstyrelsen, herunder de lokalt placerede embedslæger, har ligeledes et vigtigt ansvar for at yde faglig rådgivning og støtte til kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmearbejde. Regionerne har imidlertid på grund af deres lokalkendskab til kommunerne og de eventuelle særlige sundhedsproblemer og strukturelle vilkår i området en særlig mulighed for at yde en målrettet rådgivning til kommunerne og tilpasse deres rådgivning efter de lokale forhold og behov.

Det er et fælles mål for de nationale og regionale aktører, at rådgivningen af kommunerne koordineres med henblik på at skabe synergi og for at udnytte rådgivningskompetencerne bedst muligt til gavn for kommunernes forebyggelsesarbejde og i sidste ende borgernes sundhed. Der er i den forbindelse brug for videndeling og gensidig dialog mellem regioner og de nationale sundhedsmyndigheder om rådgivningen af kommunerne. Sundhedsstyrelsen vil orientere regionerne om relevante nationale forebyggelsesindsatser, rådgivnings- og kampagnematerialer m.v., som er rettet mod kommunerne. Dette vil ske med henblik på orientering og muligheden for regional opfølgning og understøttelse af aktiviteterne.

Faglige kerneområder i den regionale rådgivning

Regionerne (og tidligere amterne) har erfaring og solide kompetencer i relation til drift og udvikling af sygehuse og praksissektoren. Det er den erfaring og disse kompetencer, som bør udgøre rygraden i den regionale rådgivning af kommunerne. Et væsentligt element i rådgivningen vil derfor naturligt være rådgivning vedr. forebyggelse til borgere med kronisk sygdom. Rådgivningen kan bidrage til at sikre sammenhæng og smidige overgange mellem region og kommune i forhold til kronikerindsatsen. Men også hygiejne, kvalitetsarbejde og overvågning er områder, hvor regionerne har opgaver og viden, der med fordel kan indgå i rådgivningen af kommunerne.

Rådgivning i relation til kronisk sygdom

Regionerne har indgående kendskab til patienter med kroniske sygdomme. Risikovurdering, initiering og løbende justering af behandling, patientinfor-

mation og håndtering af konsekvenser af kronisk sygdom er væsentlige kerneydelser i det regionale sundhedsvæsen. Flere regioner har udarbejdet specifikke analyser af eller strategier for indsatsen for kronisk sygdom, ligesom kronikerindsatsen udgør et væsentligt element i sundhedsaftalerne. Regionerne har således et godt udgangspunkt for at yde rådgivning til kommunerne om forebyggelse i relation til borgere med kronisk sygdom. Dels kan regionen rådgive kommunerne om *sygdomsspecifikke* problemstillinger i forhold til patienter med konkrete kroniske sygdomme, dels kan regionen rådgive vedr. mere *generelle aspekter* i forbindelse med arbejdet med kronisk sygdom i kommunerne. I begge tilfælde bør regionen tilbyde relevant kompetenceudvikling på området.

For så vidt angår rådgivning om sygdomsspecifikke problemstillinger, er det nærliggende, at regionen tager udgangspunkt i de evidensbaserede forløbsprogrammer, der er udarbejdet for de store kroniske sygdomme af regioner og kommuner i fællesskab. Der kan også være behov for rådgivning på helt specifikke fagområder, fx i forhold til patienter med kroniske smerter eller sår, eller i relation til borgere, der har flere kroniske sygdomme samtidig, og som kan have brug for en særlig faglig indsats. Det kan fx være konkrete kliniske opgaver, hvor kommunen har behov for rådgivning.



Behandling er omkostningstung

Risikofaktorer og de store folkesygdomme betyder mange ekstra kontakter til sundhedsvæsenet og mange ekstra sygedage. Patientrettet forebyggelse kan være med til at lette sygdomsbyrden for den enkelte og samfundet.

Visse sygdomsgrupper er sjældne og har særlige problemstillinger. Her kan det være relevant, at regionen, evt. i samarbejde med andre regioner og patientforeninger, koordinerer og rådgiver kommunerne om forebyggende tilbud i forhold til disse særlige problemstillinger.

Ud over rådgivning om sygdomsspecifikke problemstillinger kan regionen tilbyde rådgivning om fx planlægning, kvalitetssikring og evaluering af forebyggelsesindsatser for borgere og patienter med kronisk sygdom, herunder brug af relevante forebyggelsesmetoder. Kommunerne bør således kunne hente rådgivning hos regionen om tværgående områder som fx tidlig opsporing af kronisk sygdom, differentiering af indsatser og patientuddannelse.

At iværksætte tidlige opsporingsindsatser (screening) kræver et betydeligt evidensgrundlag og opfølgingsarbejde med henblik på at undgå unødige omkostninger for den enkelte og samfundet. Derfor bør regionen rådgive kommunerne

(fx sundheds- og ældreplejen) om, hvilke tegn og symptomer der bør give anledning til en henvisning til det regionale sundhedsvæsen, først og fremmest almen praksis med henblik på videre udredning for risikoadfærd og kronisk sygdom.

Patientuddannelse vil ofte indgå som et naturligt element i relation til forebyggelse og behandling af kronisk sygdom. Arbejdsdelingen mellem regioner og kommuner med hensyn til patientuddannelse aftales i sundhedsaftalerne. Sygehusenes og almen praksis' erfaring med patientuddannelse kan anvendes i rådgivningen til kommunerne.

Rådgivning om hygiejne

Hygiejne er et væsentligt element i forebyggelse af smitsomme sygdomme. Kommunerne har ansvar for opgaver i relation til almen hygiejne og smitsomme sygdomme i egne driftsområder (dag- og døgntilbud for børn, ældre og handicappede m.v., herunder hjemmeplejen og hjemmesygeplejen). For børneområdet er indholdet beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledninger om smitsomme sygdomme hos børn²⁶ og om hygiejne i daginstitutioner²⁷. Regionen har tilsvarende ansvar for egne dag- og døgntilbud samt sygehuse.

Regionernes kompetence på hygiejneområdet er samlet i infektionshygiejniske afdelinger knyttet til sygehusvæsenet, der også rådgiver regionens egne dag- og døgntilbud. Mange kommuner har en størrelse, der gør det svært at opbygge og fastholde en tilsvarende generel kompetence om hygiejne.

Den kommunale sundhedstjeneste (sundhedsplejen og kommunalt ansatte læger) kan på børneområdet søge rådgivning fra Embedslægerne i relation til almen hygiejne²⁸ og de ikke-anmeldelsespligtige sygdomme²⁹. Den konkrete vejledning i relation til forebyggelse af spredning af anmeldelsespligtige sygdomme varetages af Embedslægerne.

I relation til andre dag- og døgntilbud samt plejesektoren har mange kommuner behov for rådgivning og vejledning til personalet om generel hygiejne og forebyggelse af smitsomme sygdomme. Nogle regioner har tilbudt infektionshygiejnisk rådgivning til kommunerne, enten i relation til konkrete vejledningsopgaver eller som generel rådgivningsaftale. Det vil være relevant at arbejde videre med at sikre kommunerne adgang til rådgivning om generel hygiejne, fx via lokale aftaler indgået mellem region og kommune. Opgaverne kan omfatte kompetenceudvikling af kommunens personale og håndtering af konkrete hygiejniske problemstillinger.

26 Smitsomme sygdomme hos børn, vejledning for daginstitutioner, skoler og forældre, 1996

27 Hygiejne i daginstitutioner, anbefalinger om forebyggelse og sundhedsfremme for børn inden for hygiejne, miljø og sikkerhed, 2009

28 Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge, nr. 1183 af 28. november 2006

29 Bekendtgørelse om forholdsregler mod smitsomme sygdomme i skoler og daginstitutioner for børn og unge, nr. 1515 af 13. december 2007

Meticillin Resistente Stafylokokker (MRSA) er en bakterie, hvor forebyggelse af smittespredning kræver en særlig indsats. Sundhedsstyrelsen har i sin vejledning³⁰ anbefalet, at regionerne opretter MRSA-enheder, der bl.a. kan assistere kommunerne med opgaven.

Rådgivning om kvalitet og forskning

Kvalitetssikring og -udvikling er et vigtigt element i såvel det regionale som det kommunale sundhedsvæsen. Regionerne har stærke traditioner på kvalitetsområdet. Regionernes kompetencer og erfaringer fra dette arbejde kan anvendes i rådgivningen af kommunerne på kvalitetsområdet.

Det kan være med henblik på, at der udvikles og implementeres fælles kvalitetskriterier og standarder på forebyggelsesområdet, bl.a. med afsæt i standarderne i Den Danske Kvalitetsmodel, se kapitel 3.

Rådgivningen kan også vedrøre afklaring og videreudvikling af personalekompetencer og organisation af kvalitetsindsatsen i kommunerne. Indsatsen bør udvikles i et løbende samarbejde med kommunerne, således at rådgivningen kommer til at afspejle kommunernes behov.

Med baggrund i det regionale arbejde vedr. den patientoplevede kvalitet, hvor patienttilfredshedsundersøgelser og -evalueringer i stigende omfang anvendes i den løbende kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet, kan regionerne rådgive kommunerne om metoder og tilrettelæggelse af arbejdet med sådanne tilfredsmålinger. Det vil være vigtigt, at patientoplevet kvalitet også kommer til at omfatte sundhedsydelse på forebyggelsesområdet i det kommunale sundhedsvæsen.

Regionerne har ifølge § 194 en selvstændig forskningsforpligtelse, mens kommunerne skal medvirke til udviklings- og forskningsarbejde på sundhedsområdet. Regionen vil i forbindelse med forskningsforpligtelsen erhverve en række kompetencer om fx metoder og samarbejde med forskningsinstitutioner, som med fordel kan inddrages i rådgivningen af kommunerne. Desuden kan regionerne bidrage til at initiere og danne platform for partnerskaber om forskningsprojekter mellem flere kommuner og lette kommunernes adgang til og samarbejde med forskningsinstitutioner med henblik på at skabe ny relevant praksisbaseret viden. Det kan fx dreje sig om at sikre forskningskompetencer i forbindelse med systematisk evaluering af lokale forebyggelsestiltag. Der kan også være brug for tværregionale samarbejder på området.

30 Forebyggelse af spredning af MRSA, Sundhedsstyrelsen, 2006

Rådgivning baseret på overvågning

Flere regioner har erfaringer med at udarbejde regionale sundhedsprofiler for at afdække sundhedsproblemerne i den pågældende region og etablere et godt planlægningsgrundlag for såvel regionens som kommunernes forebyggelsesindsats. I en sundhedsprofil kombineres viden om borgernes sundhedstilstand med baggrundsviden om borgernes demografiske og socioøkonomiske forhold, se kapitel 3. Denne viden giver fx mulighed for at identificere særlige grupper af borgere, med specifikke behov for sundhedsfremme og forebyggelse.

Med data fra sundhedsprofilerne vil kommunerne få et godt redskab til planlægningen af de lokale indsatser. Regionerne vil samtidig få et overblik over sundhedsproblemer på tværs af kommunerne i regionen. Denne viden giver et godt grundlag for dialog mellem region og kommuner om de lokale udfordringer på sundhedsområdet.

Med udgangspunkt i deres skadesregistrering på sygehusene er regionerne desuden i besiddelse af vigtig information om fx ulykkesforekomst og -mønstre i regionen og kommunerne. Denne viden kan være væsentlig at viderefremme til kommunerne med henblik på forebyggelse af fx faldulykker, ulykker blandt børn, fyrværkeriulykker og trafikulykker.

Geografiske informationssystemer, kaldet GIS, har til formål at inddrage et geografisk aspekt i forbindelse med analyse, planlægning og præsentation (visualisering) af data. Regionerne har ligesom kommunerne erfaring med GIS fra miljø- og planlægningsområdet, og det vil være nærliggende at udnytte denne ressource også til overvågning på sundhedsområdet.

Rådgivningsformer

Formålet med den regionale rådgivning er at bidrage til at kvalificere kommunernes forebyggelsesindsats. Dette vil ofte indebære rådgivning i form af envejsformidling af faglig viden om sygdomme, fx KOL, men rådgivningen kan også indeholde dialog og erfaringsudveksling kommunerne imellem, ligesom der kan være tale om etablering af egentlige fællesprojekter, fx i forbindelse med forskning eller evaluering.

Herunder vil en række af de former, regionernes rådgivning kan antage, blive beskrevet.

Rådgivning via kompetenceudvikling

Regionen bør tilbyde kompetenceudvikling i form af fx undervisning til kommunerne, bl.a. inden for de nævnte kerneområder (jf side 33) Forudsætningen for dette er regionens stærke sundhedsfaglige kompetencer og erfaring med kompetenceudvikling til personalet i det regionale sundhedsvæsen, og at regionen kan udnytte de rammer for kompetenceudvikling, der i forvejen eksisterer i sygehusregi og bygge på stordriftsfordele ved at tilbyde kommunerne

(dele af) kurser og undervisning, som fx tilbydes til personalet på sygehuse og i almen praksis. Det kan være undervisning vedr. egenomsorg, patientskoler, evalueringsmetoder m.v., men også mere specifik sundhedsfaglig undervisning, fx i forhold til indsatsen for borgere med kroniske sygdomme.

Endelig gælder det, at regionen har gode forudsætninger for at tilpasse kompetenceudviklingen/undervisningen til lige netop de behov, kommunerne i deres region har. Kompetenceudviklingen kan foregå sammen med sundhedsprofessionelle fra sygehuse og almen praksis (fælles skolebænk) eller i rent kommunalt regi.

Rådgivning via temamøder

En anden rådgivningsform er temabaserede møder med fokus på udvalgte emner med relevans for forebyggelse. Fordelen ved temamøder i forhold til et netværk med faste medlemmer og en fast mødestruktur er, at temamøderne giver kommunerne mulighed for at sende netop den eller de medarbejdere, som arbejder med det pågældende tema til mødet. Det betyder også, at det for mange kommuner bliver mere overskueligt at deltage, fordi arbejdsbyrden til deltagelse i princippet fordeles på flere personer.

Rådgivning i netværk

Der lægges i bemærkningerne til sundhedsloven op til, at regionerne med fordel kan påtage sig en aktiv rolle i relation til at formidle samarbejde og erfaringer mellem kommunerne. I flere regioner har dette udmøntet sig i oprettelsen af netværk med kommunerne om forebyggelse og sundhedsfremme, som regionen understøtter fagligt og organisatorisk, fx ved at stå for sekretariatsbetjening af netværket. Medlemmerne af netværket mødes typisk i en fast kadence med henblik på gensidig orientering, faglig opdatering og erfaringsudveksling om forebyggelsesfaglige emner med relevans for kommunerne i regionen. Desuden kan både regioner og kommuner blive medlem af Sund By-netværket. Et regionalt medlemskab giver også sygehuse adgang til netværksaktiviteterne i regi af Sund By.

Rådgivning som konsulentbistand

Regionens rådgivning til kommunerne kan også være i form af faglig konsulentbistand. Fordelen ved konsulentbistand er, at den giver mulighed for en skræddersyet rådgivning tilpasset den enkelte kommunes behov. Dette er imidlertid ressourcekrævende og stiller krav om en vis kapacitet og relevante kompetencer i regionen. En mulighed er, at regionen påtager sig at formidle eller facilitere samarbejde med fx relevante forskningsmiljøer med henblik på, at de kan yde den ønskede rådgivning til kommunen.

Netbaseret rådgivning

Det er oplagt at bruge hjemmesiden til information om regionens rådgivningstilbud. På hjemmesiden har både borgere og fagfolk mulighed for at orientere

sig om regionens forebyggelsestilbud. Flere regioner har særlige funktioner på hjemmesiden, hvis indhold er målrettet kommunernes ansatte. I nogle tilfælde med interaktive elementer, der gør det muligt at have dialog både kommunerne imellem og mellem kommune og region.

Sundhedsaftalerne skal bl.a. sikre, at aktørerne på sundhedsområdet har adgang til relevant information om forebyggelsestilbud på sygehusene, i almen praksis og i kommunerne. Dette er vigtigt, for at fx almen praksis kan visitere deres patienter til det relevante kommunale forebyggelsestilbud, jf. indgåede lokalaftaler.

Der er fortsat et potentiale i at udvikle hjemmesider, fælles platforme og andre elektroniske medier i relation til styrket brugervenlighed og udbyggede muligheder for dialog mellem aktørerne på sundhedsområdet.

Rådgivning via nyhedsbreve og magasiner

Som en del af rådgivningsforpligtelsen kan også magasiner og elektroniske nyhedsbreve tages i brug. Her kan regionen sætte fokus på relevante faglige emner, men det kan også være en måde at gøre opmærksom på regionens konkrete rådgivningskompetencer og -tilbud over for kommunerne.

Bilag

Internationale strategier og resolutioner for forebyggelse

WHO

I 2003 tiltrådte Danmark WHO's konvention om tobakskontrol, hvorved Danmark forpligter sig til at implementere konventionens principper nationalt. Læs mere om Framework Convention on Tobacco Control på WHO's hjemmeside: <http://www.who.int/fctc/en/>

Europaregionen under WHO tiltrådte i 2006 den Europæiske strategi for forebyggelse og kontrol af kroniske sygdomme. Læs mere om WHO-EUROs forebyggende arbejde og se strategien på <http://www.euro.who.int/noncommunicable>

Det globale WHO har udarbejdet en handlingsplan 2008-2013 for forebyggelsen af kroniske sygdomme, se <http://www.who.int/chp/en/>

I arbejdet for lighed i sundhed er WHO's rapport og resolution om sociale determinanter fra hhv. 2008 og 2009 vigtige milepæle: http://www.who.int/social_determinants/en/

Europaregionen under WHO lancerede i 2005 en deklARATION om fremme af mental sundhed som Danmark er medunderskriver af: http://www.euro.who.int/mentalhealth/publications/20061124_1

WHO og Unicef lancerede i 1991 det spædbarnsvenlige initiativ, der understøtter amning med særligt fokus på fødestederne: <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/index.html>

FN

I 2009 ratificerede Danmark FN's handicapkonvention, som blev lanceret i 2006 med fokus på rettigheder for mennesker med funktionsnedsættelse: <http://www.un.org/disabilities/>

EU

EU vedtog i 2007 deres sundhedsstrategi med "Sundhedsfremme i et aldrende Europa" som en af målsætningerne: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_da.pdf

Nordisk samarbejde

I 2006 udfærdigede Nordisk ministerråd om et nordisk samarbejdsprogram "Social- og sundhed", der løbende følges op af årlige handleplaner fra det enkelte formandskab. I samme regi er der udviklet fælles nordiske kvalitetsindikatorer for forebyggelse (2007). http://www.norden.org/da/publikationer/publikationer/2006-742/at_download/publicationfile, http://sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Maaling%20af%20kvalitet/Nordisk_Kvalitetsmaaling.aspx



Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Telefon 7222 7400
E-mail sst@sst.dk
www.sst.dk