

Sundhedspolitik



Sundhedspolitik

Godkendt af Sønderborg Byråd den 29. januar 2009

Indholdsfortegnelse:

Side

1.	Sundhed på den politiske dagsorden	5
1.1.	Sundhedspolitikken som et af Byrådets politikområder	5
1.2.	Sundhedsudvalg	5
1.2.	Sundhedskonsekvensvurderinger	5
2.	Indhold og struktur i sundhedspolitikken	6
3.	Hvorfor er sundhed væsentlig for kommunerne	8
3.1.	Kommunernes sundhedsopgaver i henhold til sundhedsloven	8
3.2.	Den kommunale udfordring	10
3.3.	Medfinansiering af regionens sundhedsudgifter (Lov om regioners finansiering L71) 11	
3.4.	Sundhedsprofiler i Sønderborg Kommune	11
4.	Sundhedsbegreber	12
4.1.	Sundhedsbegreber i Sønderborg Kommune	12
4.1.1.	Sundhed	12
5.	Hvad påvirker befolkningens sundhedstilstand	13
5.1.	Sundhedsmæssige rammer	13
5.2.	Kendte risikofaktorer	16
5.3.	Folkesygdomme	18
6.	Visioner og overordnede målsætninger for sundhedsområdet	23
6.1.	Vision	23
6.2.	Overordnede målsætninger	23
7.	Indsatsområder og konkrete mål	24
7.1.	Børnefamilier, pasning og skoler	24
7.2.	Boligmiljøer	26
7.3.	Fritidsmiljøer	27
7.4.	Arbejdspladsen	28
7.5.	Uden for arbejdsmarkedet	29
7.6.	Ældre	30
7.7.	Trafik og ulykker	31
8.	Mål og indsatser for risikofaktorer	32
8.1.	Kost	32
8.2.	Rygning	33
8.3.	Alkohol	33
8.4.	Fysisk aktivitet	34
9.	Mål og indsatser for folkesygdomme	35
10.	Mål og indsatser for særligt udsatte grupper	38
10.1.	Borgere med handicap	38
10.2.	Borgere med sindslidelser	38
10.3.	Etniske minoriteter	38
11.	Dokumentationer, evaluering og kompetenceudvikling	39
11.1.	Evaluering og dokumentation	39

1. Sundhed på den politiske dagsorden

1.1. Sundhedspolitikken som et af Byrådets politikområder

Byrådet skal senest ½ år inde i hver byrådsperiode vedtage en overordnet vision for Sønderborg Kommune.

Endvidere skal Byrådet vedtage nogle politikområder, hvert politikområde kan indeholde nogle delpolitikker og delpolitikkerne opdeles i indsatsområder.

Et af politikområderne er Sundhed.

1.2. Sundhedsudvalg

Den politiske organisering af Sønderborg Kommune tager bl.a. udgangspunkt i, at sundhed skal være en bærende værdi i alle dele af den kommunale politik.

Det har derfor været naturligt at nedsætte et sundhedsudvalg til varetagelse af sundhedsområdet, herunder sikre, at sundhedspolitikken føres ud i livet. Sønderborg Kommune signalerer hermed, at man sætter fokus på sundhedsområdet.

1.2. Sundhedskonsekvensvurderinger

For at sikre politisk fokus på sundhedsområdet skal der ud over økonomiske konsekvensvurderinger udarbejdes sundhedskonsekvensvurderinger i de sager, der forelægges Byrådet og fagudvalgene. Der er derfor udarbejdet et særligt værktøj til vurdering af de fremtidige direkte eller indirekte sundhedsmæssige konsekvenser på befolkningen af de forslag, der forelægges til politisk behandling.



Byrådets overordnede vision for Sønderborg Kommune i indeværende periode

Den gældende vision fremgår af Hvidbogen, som er udarbejdet i 2004 og godkendt af de 7 kommuner, der nu udgør Sønderborg Kommune:

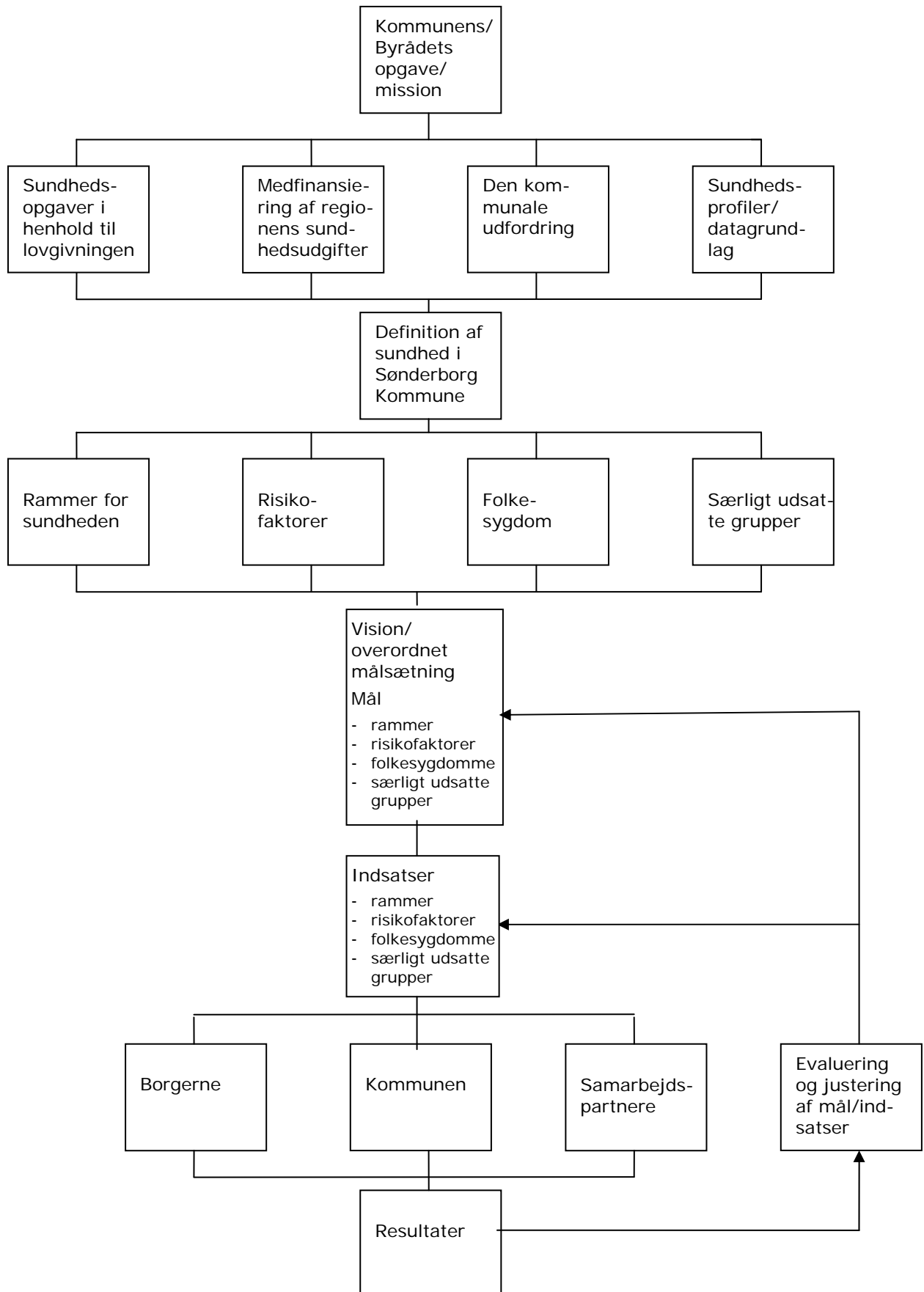
"Den overordnede vision for Sønderborg Kommune beskriver, hvordan man politisk ønsker kommunen skal være at leve, bo og arbejde i.

Kommunen skal være en dynamisk og samlende kraft i Sønderborg-områdets erhvervs- og uddannelsesudvikling, således at området i 2010 er blandt de førende vækstcentre i Danmark.

Dynamik og vækst vil tilvejebringe ressourcer til at realisere planstrategien for Sønderborg-området og gøre planstrategiens fremtidsbillede – et af Danmarks mest attraktive områder – til virkelighed.

På alle områder vil storkommunen virkeliggøre en hidtil uset omstillings- og udviklingskraft."

2. Indhold og struktur i sundhedspolitikken



Sundhedspolitikken er, som det fremgår af figuren, struktureret i følgende afsnit:

- Kommunens/Byrådets opgave/mission på sundhedsområdet, hvorfor er sundhed væsentlig for kommunerne.
 - Sundhedsopgaver i henhold til lovgivningen
 - Den kommunale udfordring
 - Medfinansiering af regionens sundhedsudgifter
 - Sundhedsprofiler
- Definition af sundhed i Sønderborg Kommune
- Hvad påvirker befolkningens sundhed
 - Rammer for sundheden
 - Risikofaktorer
 - Folkesygdom
 - Særligt udsatte grupper
- Vision og overordnede målsætninger for sundhedsområdet
- Mål og indsatser
- Implementering af Sundhedspolitikken
 - Borgere
 - Kommunen
 - Samarbejdspartnere
- Evaluering af resultaterne, justering af mål og indsatser

3. Hvorfor er sundhed væsentlig for kommunerne

3.1. Kommunernes sundhedsopgaver i henhold til sundhedsloven

I forbindelse med den nye kommunestruktur 1. januar 2007 er sundhedsloven ændret, således at kommunerne skal varetage en række nye opgaver og får en styrket rolle i sundhedsvæsenet.

- Forebyggelse og sundhedsfremme (§ 118 og § 119)

Efter sundhedsloven § 118 har kommunalbestyrelsen ansvaret for at tilvejebringe tilbud om sundhedsydelse på følgende områder:

- forebyggelse og sundhedsfremme
- forebyggende sundhedsydelser til børn og unge
- kommunal tandpleje
- omsorgstændpleje
- specialtandpleje
- hjemmesygeplejen
- genoptræning
- behandling af alkoholmisbrug
- lægelig behandling for stofmisbrug

Sundhedsloven § 119 definerer kommunalbestyrelsens ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme således:

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

Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne."

Med den nye lov slås det fast, at kommunalbestyrelsen har ansvar for at skabe rammer for en sund levevis ved varetagelse af kommunens opgaver i forhold til borgerne. Kommunen skal således indtænke forebyggelse og sundhedsfremme i alle forhold, der har betydning for sundheden (miljø, beskæftigelse, socialområdet mv.).

Med sundhedsloven præciseres, at den forebyggelse, der ikke foregår i forbindelse med patientbehandling i sygehusvæsenet og i almen praksis, fremover varetages af kommunerne. Kommunerne får her hovedopgaven for den borgerrettede forebyggelse, mens den patientrettede forebyggelse er delt mellem regionerne og kommunerne.

- Genoptræning (§ 84 og § 140)

På genoptræningsområdet har kommunerne ansvaret for og finansiering af genoptræning efter udskrivning fra sygehuset. Kommunerne skal levere genoptræning i det omfang, der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, dvs. hvor der foreligger en genoptræningsplan.

- Stof- og alkoholmisbrug (§ 141 og § 142)

Iflg. sundhedsloven har kommunerne både myndigheds- og finansieringsansvaret for at tilbyde vederlagsfri behandling for stof- og alkoholmisbrugere. Derved er det også kommunerne, der skal varetage visitationsopgaven til disse behandlingstilbud.

- Kommunal tandpleje (§ 127 - § 137)

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde alle børn og unge under 18 år med bopæl i kommunen vederlagsfri forebyggende og behandlende tandpleje.

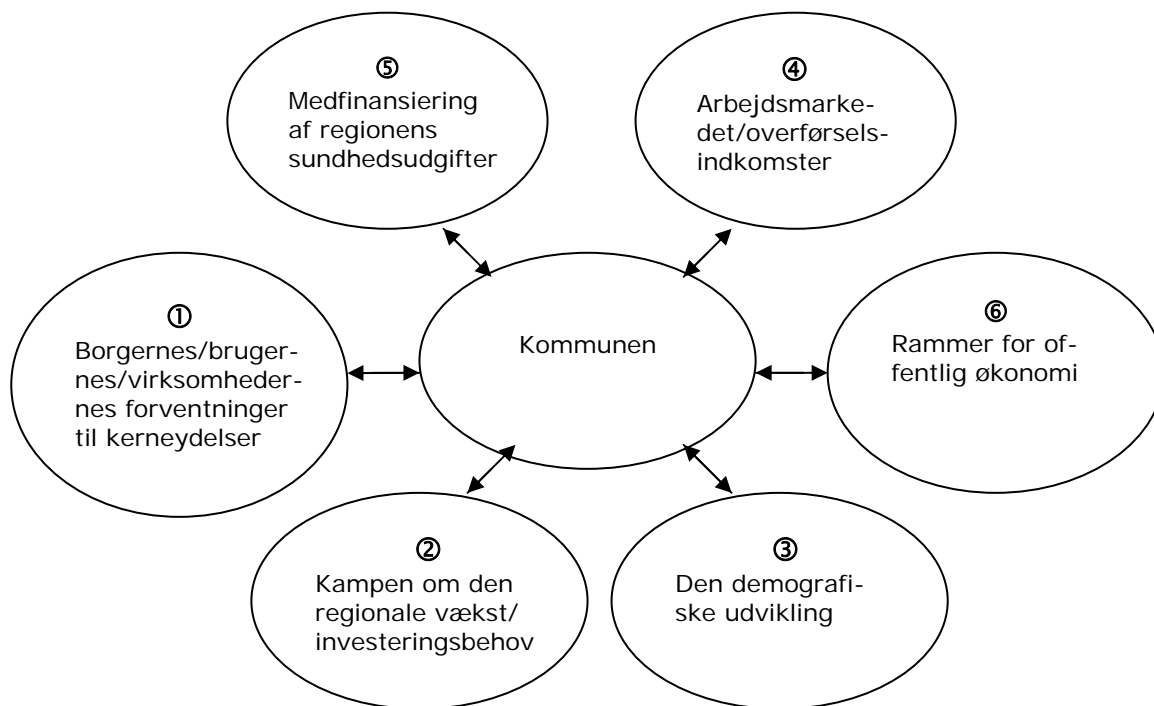
Kommunerne har desuden myndigheds- og finansieringsansvaret for de specialiserede tandplejetilbud til personer, der på grund af sindslidelser eller psykisk udviklingshæmning

ikke kan benytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, voksen-tandplejen eller i omsorgstandplejen..

- **Sundhedskoordinationsudvalget og sundhedsaftaler mv. (§ 203 - § 206)**
I sundhedsloven fastsættes der en række krav til regionerne og kommunernes planlægning og samarbejde. Regionsrådet nedsætter i samarbejde med kommunalbestyrelsen et sundhedskoordinationsudvalg med deltagelse af region, kommunerne i regionen og repræsentanter fra de praktiserende læger.
- **Overenskomster (§ 227)**
Praktiserende læger, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter m.fl.
- **Kvalitetsudvikling af sundhedsområdet (§ 193)**
I sundhedsloven lovfæstes de decentrale myndigheders forpligtigelse til at sikre kvalitet i sundhedsydelse, herunder implementere Den Danske Kvalitetsmodel, der skal fastlægge standarder for kvaliteten og sikre akkreditering af sundhedsvæsenet. Forpligtigelsen har hidtil ikke været lovreguleret. Det fremgår af loven, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet i samarbejde med regionsrådene og kommunalbestyrelserne fastlægger en fælles ramme for kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen.
- **Hjemmesygepleje (§ 138)**
Kommunerne er ansvarlige for, at der ydes vederlagsfri hjemmepleje efter lægehenvi- sning til personer med ophold i kommunerne.
- **Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (§ 120 - § 126)**
Kommunerne har ansvaret for forebyggende sundhedsordninger for børn og unge.
- **Befordring (§ 170-175)**
Bestemmelserne beskriver kommunernes forpligtigelser vedr. befordringsgodtgørelse i forbindelse med befordring til læge, genoptræning m.v.
- **Sundhedsberedskab (§ 211)**
Regionsrådet og kommunalbestyrelsen skal planlægge og gennemføre sådanne foranstaltninger, at der kan sikres syge og tilskadekomne nødvendig behandling i tilfælde af ulykker og katastrofer. I den forbindelse skal regionsrådet og kommunalbestyrelsen vedtage en sundhedsberedskabsplan.
- **Sundhedscentre**
I lovgivningen er der ikke noget krav om, at kommunerne skal etablere sundhedscentre. Rammerne om indsatsen kan tilrettelægges på forskellige måder, f.eks. i form af et eller flere sundhedscentre. Et sundhedscenter kan være en organisatorisk platform for et sundhedsfagligt miljø, som kan varetage formidling, undervisning, vidensdeling og samarbejde på sundhedsområdet, ligesom det kan danne rammen om tilbud til forskellige målgrupper som nødvendigt led i patientforløb.
- **Serviceoven mv.**
 - Vedligeholdelsestræning
 - Forebyggende hjemmebesøg
 - Hygiejne
 - Børnetræning
 - Tilsyn

3.2. Den kommunale udfordring

Kommunens muligheder for at leve op til sine formål er påvirket af det "krydspres", som fremgår af følgende illustration:



1. Borgere/brugere/virksomheder har forventninger/krav til den kommunale service herunder kerneydelser. Disse krav er stigende bl.a. på grund større viden om sundhedsområdet. Kommunens opfyldelse af disse forventninger/krav kan påvirke borgernes/brugernes/virksomhedernes lokalisering og dermed fremtidige beskæftigelsesmuligheder, skattegrundlag og udgiftsbehov.
2. Der er konkurrence mellem regionerne/kommunerne i landet for at sikre vækst i de enkelte regioner/kommuner.

Formålene hermed er at sikre en hensigtsmæssig/nødvendig befolkningsudvikling og dermed også økonomisk udvikling, der muliggør levering af de ydelser/opgaveløsninger, som borgerne forventer.

3. Den demografiske udvikling

Overskrifterne for den demografiske udvikling i de kommende år er følgende:

- Færre unge og erhvervsaktive
- Flere ældre
- Flere med kronisk sygdom

Dette betyder - alt andet lige -

- Mindre udgifter og personalebehov til daginstitutioner og skoler
- Mindre udgifter til forsørgelse af personer i den erhvervsaktive alder og større muligheder for at tilbyde beskæftigelse til disse personer
- Større udgifter og personalebehov til ældreområdet
- Færre til at bidrage til produktionen både i den private og offentlige sektor

Disse udviklingstendenser stiller særlige krav til

- Flexibilitet/tilpasning på arbejdsmarkedet
 - Teknologisk udvikling
 - Effektive opgaveløsninger
4. Udviklingen på arbejdsmarkedet/beskæftigelses-situationen, der påvirkes af pkt. 1, 2 og 3, påvirker bl.a. kommunens udgifter til overførselsindkomster og dermed kommunens muligheder for at påvirke pkt. 1 og 2.
5. Finansiering af regionens sundhedsudgifter
6. Rammerne for den offentlige økonomi – f.eks. statsligt besluttet skattestop og rammefastsettelse for drifts- og anlægsvirksomheden påvirker kommunens muligheder i pkt. 1-3

Sønderborg Kommunes udfordring er således, at der bliver færre i den erhvervsaktive alder, der skal bidrage med arbejdskraft til at:

- sikre en fortsat vækst i den private sektor i kommunen
- servicere et stigende antal ældre
- finansiere regionens sundhedsudgifter, der på grund af befolkningens aldersfordeling forventes at være stigende

Sønderborg Kommune har derfor en væsentlig interesse i en positiv udvikling i befolkningens sundhed, der både

- maksimerer arbejdskraftudbuddet
- reducerer sundhedsudgifterne.

3.3. Medfinansiering af regionens sundhedsudgifter (Lov om regioners finansiering L71)

Loven indebærer, at kommunerne får et delvist betalingsansvar for sundhedsvæsenet i form af et aktivitetsafhængigt bidrag på ca. 10 % af regionens samlede sundhedsudgifter og et grundbidrag på ca. 1.100 kr. pr. borger. Den aktivitetsafhængige kommunale betaling, der tilgår regionen, omfatter også ydelser i praksissektoren. Hensigten med den kommunale medfinansiering er at skabe bedre sammenhæng mellem opgave- og finansieringsansvar, herunder at øge kommunernes incitament til at oprette egne tilbud, som kan aflaste sygehusene og fremme effektiv forebyggelse, trænings- og plejeindsatsen.

3.4. Sundhedsprofiler i Sønderborg Kommune

Sønderborg Kommune har indsamlet data om borgernes sundhed, trivsel, sundhedsadfærd, brug af sundhedsvæsenet m.m. Disse data har betydning for den politiske prioritering af indsats inden for forebyggelse og sundhedsfremme. De tilsvarende data skal indsamles igen med henblik på evaluering. Der foreligger tre forskellige sundhedsprofiler, hvoraf den ene er baseret på registerdata, og de to andre er baseret på selvrapporteret sundhed og risikoadfærd for henholdsvis børn og unge samt voksne:

- Sønderjyllands Amt gennemførte i 2006 en registerbaseret indsamling af sundhedsdata, f.eks. indlæggelser, brug af sundhedsvæsenet i øvrigt m.m.
- I 2006 blev der endvidere lavet en undersøgelse af sundhed og trivsel blandt elever i 5., 7. og 9. klasse.
- I 2006 er der endelig blevet gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt et udsnit af voksenbefolkningen i Sønderborg Kommune (HEPRO-undersøgelsen).

4. Sundhedsbegreber

4.1. Sundhedsbegreber i Sønderborg Kommune

4.1.1. Sundhed

Sundhed i Sønderborg Kommune er med udgangspunkt i WHO's definition defineret som det gode liv, uanset om man er syg eller rask.

I Verdenssundhedsorganisationen WHO's definition af sundhed er sundhed "en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse". Sundhed kan opfattes som en ressource, der giver mulighed for at modstå og mestre de daglige udfordringer og belastninger. Man kan derfor godt være rask, dvs. ikke syg, uden at være sund, og sund selv om man ikke er rask. Sundhed er således også et spørgsmål om trivsel, oplagthed, evnen til at være sammen med andre mennesker og evnen til at skabe indhold i sin tilværelse, kort sagt: et godt liv.

Livet leves af den enkelte inden for rammer, som bl.a. fællesskabet/kommune er ansvarlig for.

5. Hvad påvirker befolkningens sundhedstilstand



5.1. Sundhedsmæssige rammer

I sundhedsbegrebet i Sønderborg Kommune indgår alle de forhold/rammer, der kan påvirke sundhed i f.s.v. angår

- børnefamilier, pasning og skoler
- boligmiljøer
- fritidsmiljøer
- arbejdspladsen
- uden for arbejdsmarkedet
- ældre miljøer
- trafik og ulykker
- det fysiske miljø

Boligmiljøer

Nøgleordene for sundhed er bl.a. følgende:

- varieret udbud af forskellige boligtyper, lejeboliger og ejerboliger
- god kvalitet og arkitektur
- god sammenhæng med kollektivtrafik, servicefaciliteter og rekreative faciliteter
- et socialt afbalanceret boligmarked der både afspejler de forskellige livsfaser og har fokus på svage grupper som handicappede, hjemløse, flygtninge og indvandrere
- god sammenhæng mellem bolig og by udvikling

De 7 kommuner har med "Boligpolitisk handlingsplan 2005-2009" fastlagt en fælles, sammenhængende og helhedsorienteret boligpolitik med mål for den boligpolitiske indsats. Handlingsplanens vision for bolig- og bymiljøerne er bl.a. at opnå:

- et varieret udbud af forskellige boligtyper, ejerboliger, lejeboliger, bofællesskaber, boliger i høj/tæt bebyggelse, i lav/tæt bebyggelse, traditionelle parcelhuse, moderne boliger, boliger i grønne omgivelser og boliger i tætte byområder."
- velholdte bygninger med god arkitektur, klar identitet, spændende byrum, god tilgængelighed og grønne områder som tilsammen skaber mangfoldighed, kvalitet og kreativitet.

Realiseringen af den boligpolitiske vision vil medføre, at Ny Sønderborg Kommune bl.a. skal medvirke til at sikre, at der skabes gode boligvilkår for alle befolkningsgrupper med udgifter som er overkommelige for samfundet og den enkelte, og en opmærksomhed på konsekvenserne af stigende individualisering i forhold til boligudbuddet og løbende fokus på udviklingen af sunde, smukke og spændende byer og landsbyer, der kan fungere som en tryk ramme for borgernes tilværelse.



Eksempel:

Tidligere mødtes borgerne i de enkelte boligområder hos lokalkøbmanden, bageren, i vaskehuset, forsamlingshuset og skolen, men ændret familiemønster, hvor familiens voksne begge arbejder uden for hjemmet, har medført at disse mødesteder er forsvundet ud af dagligdagen. Vi lever i dag i en IT-verden, hvor mange igen får mulighed for og er begyndt at arbejde hjemmefra. Det skaber nye behov for mødesteder, hvor den enkelte borger kan få friske input, således at man ikke føler sig alene, kan udveksle erfaringer og dyrke det gode fællesskab i boligområdet.

Trafik og ulykker

Nøgleordene for sundhed er bl.a. følgende:

- udpege uheldsbelastede kryds og strækninger
- nedbringe hastigheden i byer og på landeveje
- holdningsbearbejdning m.h.p. at øge borgernes viden om trafiksikkerhed
- udbygning af alternativer til biltrafikken

Antallet af færdselsulykker blandt 0-24-årige som gennemsnit i år 2000, 2001 og 2002 lå for 4 ud af de 7 kommuner over landsgennemsnittet. For de 7 kommuner var det samlede antal faktiske færdselsulykker blandt 0-24-årige som gennemsnit i årene 2000, 2001 og 2002 på 269 færdselsulykker årligt.

Eksempel:

De færreste lægger mærke til, om de kører 50 eller 60 km/t. Den store forskel oplever man først, hvis der sker noget uventet. F.eks. hvis et barn løber ud på vejen. Så kan selv en lille hastighedsoverskridelse betyde, at man ikke kan nå at stoppe.

Hvis en fodgænger går ud foran bilen eller motorcyklen og rammes med 50 km/t., vil 4 ud af 10 blive dræbt. Hvis man rammes med 60 km/t. vil 7 ud af 10 blive dræbt.



Børnefamilier, pasning og skoler



Nøgleordene for sundhed er bl.a. følgende:

- Overvægtige børn og unge.
- Mobning.
- Trivselsproblemer.
- Astma og allergiske sygdomme hos børn.
- Misbrug.
- Omsorgssvigtede børn.
- Rusmiddelkulturen blandt unge.
- Spiseforstyrrelser.
- Selvmordsforsøg.
- Vold.
- Marginalisering af uddannelse.

Eksempel:

Antallet af inaktive børn og unge er stigende og udgør i dag 15-20 %. I Sønderborg Kommune udgør antallet af børn og unge, der bevæger sig for lidt, således ---.

At børn og unge bruger deres muskler og får pulsen i vejret betyder meget for deres sundhed – også deres sundhed som voksne. Fysisk aktivitet kan forebygge livsstilssygdomme som type 2 diabetes og hjertekarsygdomme. Samtidig giver fysisk bevægelse større livsglæde og bedre livskvalitet og kan tilrettelægges, så det fremmer børnenes evne til at lære.

Arbejdspladsen og uden for arbejdsmarkedet

Nøgleordene for sundhed er bl.a. følgende:

- De store folkesygdomme: rygerlunger (KOL), overvægt, diabetes, psykiske lidelser, kræft-, og hjerte-karsygdomme, knogleskørhed, muskel- og skelidelser, overfølsomheds-sygdomme
- Udstødelse fra arbejdsmarkedet
- Rehabiliteringsproblemer
- Arbejds miljø (fysisk og psykisk)
- Sygefravær
- Fysisk inaktivitet.
- Ryge- og alkoholproblemer
- Trivsel på arbejdspladsen
- Ulykker
- Særlig udsatte gravide.

Eksempel:

At få fodfæste på arbejdsmarkedet og at kunne fastholde tilknytningen til arbejdsmarkedet er af væsentlig betydning for menneskets oplevelse af sundhed og mulighed for at mestre (hverdags)livets mange udfordringer.



En femtedel af befolkningen, i Ny Sønderborg Kommune ca. 15.000 borgere mellem 18 og 65 år, er på overførselsindkomst og hermed uden for arbejdsmarkedet. Det har både store menneskelige omkostninger for den enkelte og er samtidig en økonomisk byrde for kommunen. Det er veldokumenteret, at halvdelen af de borgere, der har sygefravær over 13 uger, ender med passiv forsørgelse i form af førtidspension, efterløn, varig kontanthjælp etc..

Kommunen kan medvirke til, at borgerne får fodfæste og fastholdes på arbejdsmarkedet f.eks. gennem tæt samarbejde med virksomheder i lokalområdet, særligt med virksomheder, der har problemer med at medarbejderne udstødes. Kommunen kan støtte disse virksomheder med, at udvikle en politik, der styrker indsatsen med beskyttende tiltag f.eks. i form af sidemandsstøtte og mentorordninger.

Kommunen kan også medvirke ved f.eks. at indgå i en dialog mellem den sygemeldte borger og virksomheden med henblik på hurtig og løbende opfølgning under sygefraværet og f.eks. tilbyde genoptræning af borgere, der er i fare for at glide ud af arbejdsmarkedet på grund af problemer i bevægeapparatet.

Sønderborg Kommune er med en medarbejderstab på ca. 6.000 personer en af de største virksomheder i området. Heri ligger store muligheder for at fremstå som det gode eksempel på en sund og sikker arbejdsplads, der aktivt arbejder på og kan demonstrere, hvordan virksomheder kan minimere udstødelse fra arbejdsmarkedet.

Fritidsmiljøer

Nøgleordene for sundhed er bl.a. følgende:

- Understøtte rammer for fysisk aktivitet
- Socialt samvær
- Udvikling og uddannelse/almen oplysning
- Rekreative oplevelser
- Samarbejde i forbindelse med nogle af de store folkesygdomme og risikofaktorer
- Foreningsarbejdet



Fritidslivet har ingen aldersgrænser. Indsatsen på området vil derfor række fra barndommen til alderdommen.

Eksempel:

At børn og unge skal kunne færdes i idrætshaller, ungdomsklubber, biografteater og andre steder, hvor de kommer i deres fritid uden at blive udsat for påvirkning af passiv rygning. Jo tidligere børn og unge begynder at ryge, jo større er risikoen for, at de bliver storrygere senere i livet. Tre ud af fire rygere begynder at ryge, inden de er fyldt 16 år.

Oprette og støtte bevægelseshold for svært overvægtige, så motion kan foregå i trygge og støttende rammer, der tager hensyn til den overvægtiges behov for at være sammen med ligestillede og for at undgå stigmatiserende oplevelser.

I dag er halvdelen af den voksne befolkning overvægtige. Over 12 % af mændene og 16 % af kvinderne vurderes svært overvægtige.

20-30 % af befolkningen er så fysisk inaktive, at det indebærer en sundhedsrisiko.

Antallet af personer med stillesiddende arbejde er steget fra 33 % i 1987 til 37 % i 2000, og de kompenserer ikke for dette ved at være mere aktive i fritiden.

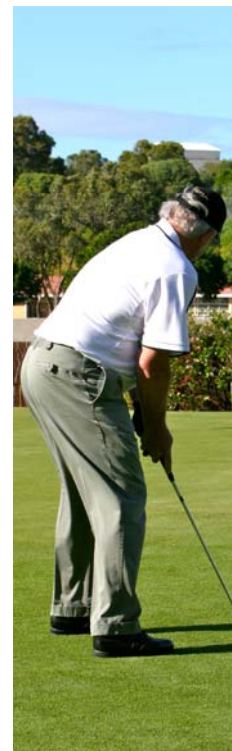
Ældremiljøer

Nøgleordene for sundhed er bl.a. følgende:

- Fysisk aktivitet
- Genoptræning
- Trivsel blandt ældre
- Tidlig indsats
- Sociale netværk
- Helbred og sygdomme, bl.a. demens, inkontinens
- Faldforebyggelse
- Ernæring
- Medicinforbrug

Eksempel:

Ældre mennesker, der holder sig fysisk aktive, udskyder det tidspunkt, hvor alderen giver problemer f.eks. i forhold til bevægelser og balanceevner. De mindsker herved den samlede risiko for at falde. Også ældre med nedsat funktionsevne har stort udbytte af regelmæssig fysisk træning. Ældre, der er fysisk aktive, kan forebygge de sygdomme, som truer med at forringe deres tilværelse – hjertekarsygdomme, slagtilfælde, diabetes, brud på hofte, ledde- og slidgigt, mentale sygdomme mv. Undersøgelser viser, at fysisk aktivitet mindsker risikoen for lårbensbrud med 40-50 %. Samtidig har ældre stor social gevinst ved fysisk aktivitet.



5.2. Kendte risikofaktorer



Danske og udenlandske undersøgelser har vist, at usund **kost**, **rygning**, for meget **alkohol** og manglende **motion** – de såkaldte KRAM faktorer – er medvirkende årsager til langt de fleste sygdomme, som danskerne dør for tidligt af. Der findes selvsagt flere risikofaktorer end de nævnte, men netop disse fire fremhæves i den tilgængelige litteratur som de største og væsentligste.

Af sundhedsprofilen for Sønderborg Kommune fremgår, at flere sønderborgere ryger dagligt i forhold til landsgennemsnittet, nemlig ca. 38 % mod landsgennemsnittets ca. 34 %. Ca. 8 % sønderborgere er svært overvægtige eller direkte fede, hvilket akkurat ligger under landsgennemsnittet. 55 % sønderborgere spiser sundt, og ca. 63 % er fysisk aktive.



5.2.1. Kost – overvægt og fedme

En sund kost forebygger udviklingen af fedme og en række livsstilssygdomme, som kan være en følge af overvægt. Forekomsten af fedme i Danmark er steget 30-40 gange i løbet af de sidste 50 år. Det betyder, at 40 procent af danskerne er overvægtige - de har et BMI på 25 eller derover. Op mod 15 procent af danskerne er fede med et BMI på 30 eller derover. Specielt giver den stigende andel af overvægtige børn og unge anledning til bekymring. Fedme, som begynder allerede i barndommen eller ungdommen og fortsætter ind i voksenalderen, giver en højere risiko for følgesygdomme, end hvis overvægten udvikles senere.

5.2.2. Rygning

Rygning både reducerer levetiden og forværrer helbredet og er en af de mest belastende risikofaktorer for folkesundheden i Danmark. Det gælder, uanset hvilket helbredsmaal man ser på. Hvert år dør mere end 14.000 danskere på grund af rygning, hvilket svarer til 24 % af alle dødsfald. Det er gennemgående, at storrygere er mere belastede end smårygere, som igen er mere belastede end eksrygere. Der er desuden tegn på, at storrygere også er mere belastede af andre risikofaktorer som stort alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og overvægt.



5.2.3. Alkohol

De helbreds- og samfundsmæssige konsekvenser relateret til et stort alkoholforbrug er store og ses hyppigere hos mænd end kvinder. Det hænger sammen med, at mænd oftere drikker over de anbefalede genstandsgrænser end kvinder. Det vurderes, at 500.000 voksne danskere drikker over genstandsgrænserne, og at 200.000 er alkoholafhængige.

Personer med et stort alkoholforbrug er mere belastede af risikofaktorerne rygning, fysisk inaktivitet og overvægt end personer, der drikker mindre end de anbefalede genstandsgrænser.

5.2.4. Motion (eller fysisk inaktivitet)

Det er veldokumenteret, at fysisk inaktivitet er skadeligt for helbredet, og omvendt at fysisk aktivitet har en sundhedsfremmende virkning. For fysisk inaktivitet kan sammenhængen være, dels at fysisk inaktivitet øger risikoen for sygdom, dels at belastende sygdom kan reducere muligheden for at være fysisk aktiv.

Der er tegn på, at fysisk inaktive også er belastede af andre risikofaktorer som rygning, alkohol og overvægt, og det gælder specielt for mænd.





5.3. Folkesygdomme

8 sygdomme er så udbredte, at de har karakter af folkesygdomme. Eksistens af disse 8 folkesygdomme udtrykker for en stor dels vedkommende resultatet af befolkningens eksponering af risikofaktorerne.

De 8 folkesygdomme er:

- diabetes 2
- kræft
- hjerte- kar sygdomme
- knogleskørhed (osteoporose)
- muskel – skelet lidelser
- overfølsomhedssygdomme (astma og allergiske sygdomme)
- psykiske lidelser
- rygerlunger (KOL)

5.3.1. Diabetes 2

Aldersdiabetes eller type 2-diabetes er en sygdom, hvor blodsukkeret er forhøjet. Sygdommen diagnosticeres ofte tilfældigt, eller når patienten søger læge med symptomer på senkomplikationer. Skønsmæssigt har patienten haft diabetes i 6-10 år forud for diagnosen.

Mellem 200.000 og 300.000 personer i Danmark har type 2-diabetes. Blandt disse har halvdelen diabetes uden at vide det.

Overvægten spiller formentlig en central rolle for udviklingen af diabetes. Ca. 80 % af diabetespatienterne er overvægtige. Den tiltagende overvægt i befolkningen sammenfaldende med aftagende fysisk aktivitet anses for de væsentligste årsager til den tiltagende hyppighed af type 2-diabetes.

Den primære forebyggelse af diabetes retter sig mod opretholdelse eller opnåelse af normal vægt gennem fysisk aktivitet og indtagelse af hensigtsmæssig kost.

Er der konstateret type 2-diabetes, er den mest rationelle forebyggelse af sen-komplikationer livsstilsændringer med henblik på at opnå et vægttab gennem fysisk aktivitet og hensigtsmæssig kost. Imidlertid viser undersøgelserne også, at det er sværere at få type 2-patienter til at tabe i vægt end ikke-diabetikere, og at effekten af vægttab synes at være kortvarig, således at vægten ofte ikke er forskellig fra udgangsværdien efter to år.

Patientens medansvar for og medinddragelse i forebyggelse, behandling og kontrol er væsentlig. Dette kan ske ved, at patienter undervises i egenomsorg således at de kender deres sygdom og ved, hvilken gavn de kan have af rygestop, vægttab, kostomlægning, motion, medicin og kender betydningen af, at de regelmæssigt undersøges for forekomsten af sendiabetiske komplikationer.

5.3.2. Kræft

Kræft betegner en række sygdomme, der har forskellige forløb og prognoser, rammer forskelligt i befolknings- og aldersgrupper, kræver forskellige former for diagnostik og behandling, og som i øvrigt, i den udstrækning vi har viden om det, har forskellige årsager. Det væsentligste fællestræk ved kræftsygdomme er, at en enkelt eller flere celler begynder en ukontrolleret deling og vækst. En kræftsygdom kan beskrives på celleniveau, ved virkningen på enkeltorganer og organsystemer og ved de reaktioner og ændringer i kropsfunktionerne, som patienten oplever.

De hyppigst forekommende livstruende kræfttyper er for mændenes vedkommende lungekræft, kræft i blærehalskirtlen, kræft i tyk-endetarm og kræft i urinblæren. For kvindernes vedkommende er det brystkræft, kræft i tyk-endetarm og lungekræft.

Rundt regnet lever knapt 200.000 danskere med en kræftdiagnose. Hvert år dør ca. 15.000 danskere af kræft, svarende til en fjerdedel af samtlige dødsfald.

I dag kendes en række livsstils- og miljøfaktorer, der har betydning for kræftrisikoen. Disse livsstilsfaktorer er tobak, alkohol, uhensigtsmæssig kost, fysisk inaktivitet og solvaner, hvoraf tobak spiller langt den største rolle.

Generelt spiller arbejdsmiljøet en væsentlig rolle for risikoen for at få kræft. Især de lavtlønnede er udsatte.

Forebyggelsesindsatser, der retter sig mod ryggestop, er afgørende.

Epidemiologiske undersøgelser indikerer, at mellem 20 og 42 % af kræfttilfælde kunne have været forebygget gennem kostændringer. Det er især kræft i mave-tarm-kanal, bryst og lunge, der kan forebygges gennem øget indtag af frisk frugt og grønt.

Der er tiltagende epidemiologisk evidens for, at en fysisk aktiv livsstil beskytter mod udviklingen af tarmkræft og muligvis brystkræft. Derudover vil man kunne nedsætte risikoen for udvikling af hudkræft og modermærkekræft, såfremt man følger de råd, der lægger op til påpas-selighed i forbindelse med ophold i solen.

5.3.3. Hjerte-kar-sygdom

Hjerte-kar-sygdom er en samlebetegnelse for lidelser i hjerte og/eller kar. Den vigtigste årsag til hjerte-karsygdom er åreforkalkning, som medfører forsnævring i pulsårerne.

Ved åreforkalkning i hjertets kranspulsårer, taler man om iskæmisk hjertesygdom, som giver risiko for blodprop i hjertet og angina pectoris (hjertekrampe). I Danmark har ca. 150.000-200.000 personer iskæmisk hjertesygdom. Sygdommen fører årligt til ca. 33.000 indlæggelser og ca. 10.000 dødsfald, hvilket er næsten halvdelen af dødsfaldene inden for hjerte-kar-sygdomme.

Dødeligheden som følge af hjerte-kar-sygdomme er faldende, hvilket både skyldes, at færre får sygdommen, og at flere overlever. Den faldende incidens skyldes formentligt forebyggende tiltag og sundere livsstil i befolkningen, mens den faldende dødelighed blandt andet skyldes en bedre behandling.

Rygning er den enkeltfaktor, som har størst betydning for hjerte-kar-sygdommene. Det antages, at 14 % af alle hjertedødsfald skyldes tobak. Andre væsentlige risikofaktorer er fedme og fysisk inaktivitet og muligvis psykosociale forhold. Hertil kommer forhøjet serumkolesterol, forhøjet blodtryk og diabetes. Faktorernes betydning forstærkes, hvis de optræder samtidigt hos samme person.

Forebyggelse af hjerte-kar-sygdomme retter sig mod rygning, fedme, fysisk inaktivitet, forstyrrelser i lipidstofskiftet, forhøjet blodtryk og diabetes. Rygestop, forebyggelse af rygestart, indtagelse af hensigtsmæssig kost og fremme af fysisk aktivitet er derfor væsentligt.

5.3.4. Knogleskørhed (osteoporose)

Knogleskørhed er en tilstand, hvor knoglemassen er nedsat og knoglestrukturen så forringet, at knoglernes brudstyrke er nedsat.

I Danmark findes ingen præcis opgørelse over, hvor mange der har knogleskørhed, men på basis af udenlandske undersøgelser skønnes det, at det drejer sig om ca. 300.000 mennesker. Sygdommen rammer primært kvinder over 50 år, men forekomsten blandt mænd er stigende. Den samlede forekomst er stigende på verdensplan.

Knoglernes nedsatte brudstyrke øger risikoen for rygsammenfald og for brud på knoglerne, især underarme og hofter. Rygsammenfald optræder især fra 65-årsalderen, underarmsbrud især fra 55-årsalderen og hoftenære brud især fra 75-årsalderen. Der er årligt 10.000-12.000 hoftenære brud i Danmark. Disse kræver i alt ca. 300.000 indlæggelsesdage. Antallet af rygsammenfald er dårligt belyst. Forekomsten af brud, som skyldes knogleskørhed, er stigende.

En række faktorer har betydning for udviklingen af knogleskørhed. Det gælder tidlig menopause hos kvinder, rygning og fysisk inaktivitet. Indtagelse af kalk i kosten og tilstrækkeligt D-vitamin er væsentlig for beskyttelse mod knogleskørhed.

Børns og unges tilstrækkelige indtagelse af kalk, fysiske aktivitet og fravalg af rygestart er de væsentligste elementer til primær forebyggelse af knogleskørhed. Hos voksne er der nogen evidens for, at rygestop, fysisk aktivitet og indtagelse af kalk kan mindske knogletabet.

Gennem en tidlig opsporing af sygdommen kan der iværksættes relevante forebyggende tiltag. Opsporingen af risikopatienter kan ske hos den praktiserende læge, mens konstateringen af forringet knogletæthed kræver scanning af knoglevævet.

Er et væsentligt knogletab indtrådt, kan risikoen for knoglebrud nedsættes gennem indsatser rettet mod livsstil (rygestop, fysisk aktivitet), mod at mindske risiko for brud som følge af fald (vurdering og moderering af faldrisikoen i hjemmet, anvendelse af hoftebeskyttere), forebyggende farmakologisk behandling og kosttilskud.

5.3.5. Muskel- og skeletlidelser

Muskel- og skeletsygdomme udgøres af en broget gruppe af sygdomme og symptomkomplekser, f.eks. "ondt i ryggen", "nakkehold", slidgigt, knogleskørhed, fibromyalgi, piskesmæld, mussearm og leddegigt. Langt det hyppigste er "*ondt i ryggen*", som der i det følgende fokuseres på.

Muskel- og skeletsygdomme forekommer hyppigt. Alle aldersgrupper rammes. Muskel- og skeletsygdomme er den hyppigste årsag til aktivitetsbegrænsninger i hverdagen og er årsag til 20 % af de helbredsbedingede førtidspensioneringer.

En række arbejdsmiljøfaktorer medfører risiko for udvikling af "ondt i ryggen". Det gælder mange tunge løft, længerevarende bilkørsel og ensidigt gentaget arbejde. Stillesiddende arbejde og mange belastende vrid i kroppen øger også risikoen. Alder, lav socialgruppe og nedsat udholdenhed af rygmuskulatur og i nogen grad psykisk stress, rygning, alkoholmisbrug, stor overvægt, arvelige faktorer, ringe kondition, ringe helbred og personlige problemer har endvidere betydning.

Risikofaktorer af særlig betydning for udviklingen af *kroniske* rygsmerter er langvarig sygemelding, overdreven sygdomsadfærd, psykisk stress eller depression, ringe jobtilfredshed, storrygerstatus, og skades-/erstatnings-/pensionssag under behandling.

Der er sparsom viden om forebyggelsespotentialer for muskel-skeletsygdomme og viden om effekten af forebyggende indsatser. Der er behov for mere viden og udvikling af forebyggelsesprogrammer på baggrund af dokumenteret viden.

Den primære forebyggelse af lænderygsmerter retter sig mod sikring af hensigtsmæssige arbejdsstillinger. Opnåelse af generel god fysisk form og røgfrihed i befolkningen vil formentlig kunne reducere hyppigheden af ryggsygdomme på længere sigt.

5.3.6. Overfølsomhedssygdomme (astma og allergiske sygdomme)

Overfølsomhedssygdomme er et samlebegreb for en række sygdomme, som er karakteriseret ved en øget tilbøjelighed til at reagere på påvirkninger, som ikke medfører symptomer hos størsteparten af befolkningen. Det gælder bl.a. luftvejssygdommene astma, høfeber og anden allergisk snue samt fødevareroverfølsomhed, nældefeber og forskellige former for eksem. Er immunsystemet inddraget, taler man om allergi eller allergisk overfølsomhed, er det ikke inddraget, taler man om ikke-allergisk overfølsomhed.

I Danmark oplyser mere end hver fjerde voksne dansker i løbet af et år at have haft en eller flere overfølsomhedssygdomme. Hver femte voksne dansker har haft enten astma og/eller høfeber og anden allergisk snue, en fordobling fra 1987 til 2000. For børns vedkommende

optræder astma hos ca. 5-7 %, og astma er den hyppigste kroniske sygdom hos danske børn. Børneeksem ses hos 15-20 % - fire gange så mange som i 1960-erne. 15-20 % af befolkningen har kontaktallergi overfor kemiske stoffer, og kontakteksem er den hyppigst anerkendte erhvervssygdom i Danmark.

Der knytter sig forskellige risikofaktorer til de forskellige overfølsomhedssygdomme. Risikofaktorer kan være pollen, dyrehår, skimmelsvampesporer og husstøvmider, tobak, stærke dufte og luftforurening, nikkel, krom, konserveringsmidler, parfumestoffer, rengøringsmidler og rensmidler.

Den primære forebyggelse af overfølsomhedssygdomme er forskellig for de forskellige overfølsomhedssygdomme.

5.3.7. Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er et omfattende og svært definerbart begreb, der omfatter alle grader af psykisk sygdom. Begrebet omfatter psykiske sygdomme med psykotiske symptomer (f.eks. skizofreni), affektive tilstande (f.eks. depression), nervøse og stressrelaterede tilstande (f.eks. angst), spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser, misbrug af alkohol og stoffer og demens.

Der findes ikke opgørelser over den faktiske forekomst af psykiske lidelser i den danske befolkning. Baseret på forekomsten af psykiske lidelser i andre vestlige lande estimeres det, at der over en et-årig periode vil optræde en depressiv lidelse hos ca. 200.000 voksne danskere, og hos ca. 10 % vil der optræde angsttilstande. Hvis alkohol- og stofrelaterede tilstande også tages i betragtning, og der tages højde for co-morbiditet, er den samlede forekomst af veldefineret psykisk lidelse formentlig over 20 % i løbet af et år. Antallet af stressrelaterede psykiske lidelser er stigende.

Årsagerne til psykisk sygdom er komplekse, og mange samvirkende faktorer kan have betydning for hvorvidt et menneske udvikler en psykisk sygdom. Den enkeltes sårbarhed over for psykisk sygdom antages at være medfødt eller grundlagt tidligt i livet og kan være forårsaget af psykiske og/eller biologiske årsager. Den udløsende stressfaktor kan være af biologisk, psykisk eller social art. Som eksempler kan nævnes arvelige faktorer, køn, alder, etnicitet, opvækstvilkår, uddannelsesbaggrund, negativt arbejdsrelateret stress, arbejdsløshed og livskriser.

Eksempler på generel primær forebyggelse er sikring af gode opvækstvilkår, fremme af udviklingen af den enkeltes sociale kontakter, sikring af gode vilkår i arbejdslivet med fokus på stressreduktion og stresshåndtering, sikring af mulighed for støtte i livets kriser, forebyggelse af alkohol- og stofmisbrug og fokus på fysisk aktivitet.

5.3.8. Rygerlunger (KOL)

Rygerlunger eller KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) er en lidelse, hvor lungefunktionen nedsættes irreversibelt over en årrække, ofte over flere årtier. Symptomerne herpå er hoste, opspyt og åndenød. Ofte følger dårlig ernæringstilstand og generelt dårlig fysisk tilstand med sygdommen.

I Danmark har ca. 200.000 mennesker rygerlunger. Sygdommen fører årligt til ca. 23.000 indlæggelser fordelt på 13.000 personer, og ca. 3.500 dødsfald herhjemme. Sygdommen rammer de socialt svagest stillede hårdest. Kvinder er mere følsomme over for rygning end mænd, hvilket blandt andet medfører større risiko blandt kvinder for indlæggelse og død pga. KOL.

KOL-dødeligheden er generelt stigende og stiger især for danske kvinder, som har verdens højeste KOL-dødelighed. Også antallet af hospitalsindlæggelser stiger.

80-90 % af al KOL skyldes tobaksrygning. Hertil kommer i langt mindre grad faktorer i arbejdsmiljøet (indånding af støv). Sygdommen er ofte ledsaget af dårlig ernæringstilstand.

Den væsentligste effektive enkeltindsats til forebyggelse af KOL er forebyggelse af tobaksrygning.

Derfor er både rygestop og forebyggelse af rygestart afgørende. Samtidig kan en indsats rettet mod den arbejdsbetingede indånding af støv have betydning.

Man kan ved tidlig indgriben bremse lungefunktionsnedsættelsen, derfor er tidlig opsporing væsentlig.

Er sygdommen indtrådt, kan der endvidere opnås bedre livskvalitet, mindre åndenød og større mestring af sygdommen og mindre forbrug af sengedage, hvis behandlingen suppleres med et samlet tværfagligt rehabiliteringsprogram bestående af hjælp til rygestop, fysisk træning, psykosocial støtte, evt. diætrådgivning og evt. mulighed for kontakt til sundhedsperson.

6. Visioner og overordnede målsætninger for sundhedsområdet

6.1. Vision

SØNDERBORG – Kommunen med de sunde og gode rammer, valg og vaner – for og i hele livet.

Sønderborg skal kendes på:

- Sunde borgere og sunde miljøer
- Lang levetid og høj livskvalitet
- Forebyggelse og sundhedsfremme af høj kvalitet
- Gode rammer for at leve et sundt og godt liv
- Både den enkelte, familien, foreningen og kommunen tager ansvar for sundhedsudviklingen
- Mindskelse af den socialt betingede ulighed i sundhed
- Sundhed gennemsyrrer al politik og indtænkes i alle handlinger



6.2. Overordnede målsætninger

Sønderborg kommune har ansvaret for og vil sikre rammerne for det gode liv for så vidt angår:

- Børnefamilier, pasning og skoler
- Boligmiljøer
- Fritidsmiljøer
- Arbejdspladsen
- Uden for arbejdsmarkedet
- Ældremiljøer
- Trafik og ulykker
- Det fysiske miljø

Borgerne har ansvaret for at leve det gode liv inden for disse rammer, dvs. tage ansvar i relation til:

- Kost
- Rygning
- Alkohol
- Motion



Kommunen skal medvirke til, at borgerne bliver bevidste om konsekvenserne af forskellige livsstilsfaktorer indvirkning på sundheden og dermed motiveret til at træffe sunde valg.

Hvis borgerne alligevel oplever manglende trivsel eller sygdom, skal kommunen og regionen ved patientrettet forebyggelse medvirke til, sammen med borgeren at forebygge yderligere udvikling af sygdommen.

Kommunen har et særligt ansvar for de udsatte grupper.

7. Indsatsområder og konkrete mål

7.1. Børnefamilier, pasning og skoler

7.1.1. Mål

I barndommen og den tidlige ungdom grundlægges holdninger og vaner – også i forhold til sundheden. Med en tidlig indsats er der derfor mulighed for at støbe fundamentet for generationer af sunde borgere i Sønderborg. Vi vil en tidlig indsats.

Hovedansvaret for børn og unges sundhed er forældrenes, men vi vil støtte op om forældrenes indsats. Langt de fleste benytter kommunens institutioner og fritidstilbud fra de er helt små og til de forlader folkeskolen. Kommunens institutioner for børn er derfor oplagte "kamppladser" for sundhedsfremmende initiativer.

Vi vil tage initiativer i brug på de enkelte institutioner og over for de forskellige aldersgrupper.

Vi ønsker at udvikle rammer, hvor børn og unge trives, hvor mobning er yt og hvor en sund livsstil er det naturlige. Dette indebærer mere fysisk aktivitet, sund mad, mindre alkohol, færre rygere og mere humør og glæde. Altså: Fokus på KRAM og livskvalitet.

Skoler og daginstitutioner skal udgøre et sundhedsfremmende miljø, som understøtter trivsel og sunde valg. Den enkelte skal lære at tage ansvar for sit eget liv og dermed for sin egen sundhed. Det handler om handlekompetence/træffe nogle valg/mestre livet.

Den enkelte daginstitution og skole skal udarbejde en konkret handlingsplan for realisering af sundhedspolitikken.

7.1.2. Konkrete indsatser

Byrådet har afsat 3 mio. kr. årligt til indsatsområdet. Anvendelse af beløbet er prioriteret af Børn- og Uddannelsesudvalget og Sundhedsudvalget.

På den baggrund er udarbejdet en handlingsplan for området.

1. Oprettelse af vidensbank

Der oprettes en vidensbank, der indeholder oplysninger om:

- den enkelte skoles kompetencer på sundhedsområdet
- den enkelte skoles materiel, der evt. kan lånes ud
- de sundhedsmæssige aktiviteter, som den enkelte skole har iværksat eller evt. planlægges iværksat

2. Inddragelse af specialister/sundhedsfagligt personale i undervisningen

Fagcentre Børn og Uddannelse og Sundhed sikrer mulighederne for, at skolerne kan få stillet specialister/sundhedsfagligt personale/idrætslærerne til rådighed til brug for undervisningen vedr. "Det gode liv, sundhed og trivsel".

Det kan f.eks. være gæstelærerfunktioner og rådgivning til lærerne (sundhedsplejerske, læger, hygiejnesygeplejerske m.v.), udvikling af redskaber til brug for "sundhedsundervisningen" og lign.



3. Udarbejdelse af værktøjskasser

Fagcenter Sundhed fortsætter med at udarbejde værktøjskasse til brug for forskellige institutionstypers arbejde med sundhed.

4. Fælles pulje

Der tilbageholdes en pulje til fælles aktiviteter, f.eks. evaluering, kampagner, andre centrale aktiviteter, uforudsete forhold m.v.
Til dette formål afsættes 500.000 kr.

Der reserveres 200.000 kr. til alternative "sunde" aktiviteter for afgangsklasserne til sidste skoledag i skoleåret 2008/09, evt. uden for Sønderborg.

5. Børn og familier med "særlige" behov

Skolerne skal arbejde med sundhedsmæssige indsatser overfor børn og familier med "særlige" behov, f.eks. overvægtige børn, svage børn, specialskoler, specialklasser.

Til dette formål afsættes 800.000 kr., som frigives efter ansøgning fra skolerne.

6. Morgenmåltid

Den enkelte skole skal sikre sig, at alle børn får et ordentligt morgenmåltid, hvis de ikke får det hjemme.

Til dette mål afsættes 100 kr. pr. elev som supplement til den enkelte skoles løsning af opgaven.

Udgift i alt ca. 850.000 kr.

7. Frugtordninger

Skolerne skal vurdere mulighederne for med de foreslåede midler – jf. nedenfor - at kunne give eleverne frisk frugt.

Til dette mål afsættes 100 kr. pr. elev som supplement til den enkelte skoles løsning af opgaven.

Udgift i alt ca. 850.000 kr.

8. Motion

Motion skal medtænkes på alternativ vis i den daglige aktivitet i skolerne.

Opgaven løses inden for skolernes budgetrammer.

Fagcenter Sundhed udarbejder et idékatalog.

9. Mentorordninger

Skolerne tilbyder mentorordninger til de elever/familier, der måtte have et behov, specielt i forhold til at få brudt den sociale arv.

10. Indkaldelse af børn til undersøgelse

- Kommunallægerne
- Sundhedsplejerskerne

De to fagcentre udarbejder forslag til inddragelse af kommunallægerne og sundhedsplejerskernes undersøgelser i skoleårets planlægning og skolernes administration.

11. Mulige tilbud til børn og familier i det kommende Sundhedscenter

- børneområdet
- familier med overvægt
- sårbare mødre
- udskoling og seksuel hygiejne
- hygiejnekonsulent

Den viden, de kompetencer og ressourcer, der samles i Sundhedscentret, vil blive inddraget i overvejelserne om den fremtidige "Sundhedsundervisning".

12. Tidlig indsats for børn

13. Projekt skole og forældresamarbejde i projekt "Sundhed og trivsel i boligområder"

Der er afsat 100.000 kr. til skole- og forældresamarbejdet.

14. Sundhedsfremme for unge – Trivsel, tilknytning og fastholdelse i uddannelsessystemet og/eller i job

Udmøntningen af det tilskud på ca. 3 mio., der er bevilget fra Sundhedsstyrelsen til satspuljeprojektet "Sundhedsfremme for unge – trivsel, tilknytning og fastholdelse i uddannelsessystemet og/eller job"

7.2. Boligmiljøer

7.2.1. Mål

Byrådet godkendte den 31. maj 2007 en helhedsplan for sundhed og trivsel i boligområderne.

Formålet med helhedsplanen er at sætte skub i en helhedsorienteret by- og boligsocial indsats i Sønderborg – i første omgang målrettet mod 5 afdelinger. Generelt ønskes samarbejdet om den by- og boligsociale koordinering igangsat for at fremme sundhed og trivsel i boligområderne.

Sønderborg Kommune ønsker at se udviklingen af boligområderne i en bymæssig sammenhæng, hvor afdelingerne skal bringes til at fungere i et samspil med Sønderborg-området – uddannelsesmæssigt, jobmæssigt socialt og kulturelt. Helhedsplanen er derfor udarbejdet med udgangspunkt i visionerne for Sønderborg Kommune og i det brede sundhedsbegreb i Sønderborg Kommune.

De konkrete mål er:

- aktivt samspil mellem afdelinger, lokalområder og Sønderborg by
- øget sundhed og trivsel i boligområderne
- gode rammer for netværksdannelse
- et godt image

7.2.2. Konkrete indsatser

Helhedsplanen beskriver 4 temaer og herunder rammerne for en række indsatser, som ønskes igangsat i samarbejde med beboerne



i afdelingerne og lokalområderne:

Tema 1. By- og boligsocial koordinering (rammer for organisation og samarbejde)

Dette tema sætter rammerne for organisation og samarbejde og er selve fundamentet for gennemførelsen af pilotprojektet. I det udviklingsprægede samarbejde vil SAB og Sønderborg kommune afprøve nye metoder og skabe nye samarbejdsrelationer mellem boligafdelingerne, boligorganisationen, kommunen, erhvervsliv, foreninger og interesseorganisationer m.fl..

Tema 2. Sundhed og trivsel i boligområderne (rammer for indsatser)

Indsatsområdet er fordelt på 3 områder

- Nærkommunefunktioner (rådgivning, vejledning og base for opsøgende funktioner)
- Trivsels- og sundhedsinitiativer (aktiviteter)
- Medborgerskab (netværk og ejerskab)

Tema 3. Rammer for aktivitet

Der skal samarbejdes om at finde steder, hvor individerne (ressourcerne) har mulighed for at handle sammen, f.eks. beboerhus, skole, bibliotek, lejligheder, udendørsarealer, lokaler, værksteder og lignende også uden for boligområderne, hvor de større teenagere kan få lov til at boltre sig uden at genere omgivelserne.

Tema 4. Image

Dette indsatsområde skal skabe sammenhæng mellem den overvejende gode oplevelse, beboerne har af deres boligområder, og den måde boligområderne betragtes på af omverdenen og omtales i medierne.

7.3. Fritidsmiljøer

7.3.1. Mål

Rambla Sønderborg skal medvirke til at styrke Sønderborg Kommunes image og reelle indsats vedrørende:

- oplevelsesmuligheder
- fysisk aktivitet og sundhed
- helårsturisme/sundhedsturisme

både for kommunens borgere og turister/besøgende.

Visionen skal omfatte hele kommunen og ikke bare Sønderborg by.

De konkrete mål er:

- Det skal illustreres, hvordan Rambla Sønderborg og øvrige lignende tiltag i resten af kommune kan kobles sammen med kommunens stisystem og lokalområderne
- Der skal udarbejdes forslag til mulig tids- og handlingsplan for Rambla Sønderborg opdelt på muligheder på kort sigt og forslag på længere sigt med tilhørende økonomiske konsekvenser.
- Der skal udarbejdes eksempler på muligheder i den øvrige kommune.

7.3.2. Konkrete indsatser

- Projekt Rambla Sønderborg er et forslag til en levende og mangfoldig aktivitetspromenade fra Verdens Ende, forbi Sønderborg Slot og "den sorte strand" ved Idrætshøjskolen helt ud til Sønderskoven.
- Ud over den fysiske strækning skal Rambla Sønderborg



udgøres af et væld af aktivitetstilbud som tennis, badeanstalt, sejlklub, lystbådehavnen, Street fodbold, Beachvolley, basket m.v.

- Projekt Rambla Sønderborg har til formål at kæde allerede eksisterende og nye aktivitetstilbud sammen via en attraktiv aktivitetspromenade, som gør tilbud og attraktioner synlige og let tilgængelige. Slutproduktet er en levende og stærk profil, der signalerer aktivitet og et sundt liv i Sønderborg
- Udover aktiviteter i Sønderborg på begge sider af sundet omfatter Ramblatankegangen også lignende aktivitetstiltag – måske i mindre omgang – i resten af kommunen.

7.4. Arbejdspladsen

7.4.1. Mål

Med henblik på at sikre sundhed og trivsel blandt medarbejderne, modvirke sygefravær samt bidrage til fastholdelse og tiltrækning af ansatte foreslås en sundhedsordning for kommunens medarbejder.

Der sættes fokus på arbejdsmiljø, trivsel, velvære og sundhed. Medarbejderne vil gennem motivation og frivillighed tage ansvar for deres egen sunde livsstil. Der ønskes en integreret ordning, der sikrer et individuelt tilrettelagt tilbud på forebyggelse, genoptræning og vedligeholdelse. Sundhedsordningen etableres ud fra et nærhedsprincip.

Informationsniveauet omkring patientrettigheder og fritvalgsordning højnes blandt medarbejder for at sikre et hurtig udrednings- og behandlingsforløb. Det sker ved en kommunal vejledningsfunktion i Fagcenter Sundhed.

Sundhedsordningen eller enkelte elementer i den kan udbydes. Samarbejdspartneren sikrer tilgang til data og statistikker, der synliggør aktiviteter, resultater og evidensen i ordningen. Sundhedsordningen evalueres med henblik på at justere og evt. optimere kommunens tilbud til medarbejderne fra den 1. januar 2010. Herunder revurderes tilbuddet om en sundhedsforsikring.

7.4.2. Konkrete indsatser

Derfor arbejdes der med to spor der tilbydes alle medarbejdere:

- Mulighed for at medarbejderen får udarbejdet en personlig sundheds- og trivselsprofil med efterfølgende samtale og rådgivning fra en sundhedsvejleder i kommunes Sundhedscenter
- Mulighed for booking af tider i motions- og fitnesscentre og lign.

Udover disse 2 spor arbejdes der løbende med konkrete initiativer til forbedring af medarbejdernes trivsel og sundhed, f.eks.:

- Rygestopkurser
- Uddannelse af sikkerhedsrepræsentanter til sundhedsambassadører
- Skridtkampagnen
- Cykelkampagner



7.5. Uden for arbejdsmarkedet

7.5.1. Mål

Der er behov for at kunne tilbyde træning som aktivering for kontanthjælpsmodtagere, eller som del af aktiveringen.

Der er også behov for at kunne tilbyde træning til sygemeldte kontanthjælpsmodtagere. I begge tilfælde er behovet for træning begrundet i, at fysisk aktivitet er vigtig for at øge vitaliteten og dermed modvirke den håbløshed, kraftsløshed og trussel om medfølgende depression, som hyppigt ses i forbindelse med længerevarende sygemeldinger, og som ofte ender med at blive den faktor, der begrundet tilkendelse af førtidspension.

Skal antallet af sygemeldte – uanset om de er sygedagpengemodtagere eller kontanthjælpsmodtagere nedbringes – er der behov for en øget trænings- og genoptræningsindsats. Fagcenter Arbejdsmarked råder over ekspertise i at vurdere afstand til arbejdsmarkedet, og hvordan man nedbryder barriererne for at vende tilbage til arbejdsmarkedet, men har kun begrænset ekspertise og kapacitet mht. til træning og genoptræning.

Tilbud om træning skal ikke gives til hele målgruppen, men til de borgere, hvor den skønnes at kunne medvirke til hurtigere tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Fagcenter Arbejdsmarked har behov for at kunne henvise sygemeldte ledige til sundhedssamtaler, der kan bidrage til at formulere en træningsplan sammen med den sygemeldte.

Fælles for målgrupperne er, at sygdomsproblemstillingerne er ryg- og bevægeapparatet, psykiske lidelser og whiplash. Fagcenter Arbejdsmarked har ikke deciderede analyser, der understøtter dette, men er interesseret i at få en sådan gennemført.

7.5.2. Konkrete indsatser

- Indsatsen skal være et tilbud til sygemeldte borgere der er i fare for at blive udstødt fra arbejdsmarkedet, eller aldrig får fodfæste på dette, grundet livsstils- og bevægeapparatproblemer
- Indsatsen skal så vidt muligt gennemføres holdvist, fordi det bidrager til at bryde den isolation som sygemeldte ofte presses ud i. Isolationen kan medvirke til, at psykiske lidelser støder til sygemeldinger, der ellers var somatiske.
- Holdvis indsats bidrager også til at holde omkostningerne nede – det er nødvendigt for at sikre den nødvendige kapacitet. Da længden af forløb er en afgørende negativ faktor i alle sygeforløb (og ledighedsforløb), skal kapaciteten være tilrettelagt, så der ikke opstår lange ventetider.
- Indsatsen kan tilrettelægges som et element i den planlagte proces, hvor igennem borgeren skal bringe sig i selvforsørgelse, helt eller delvist. Det betyder, at den for kontanthjælpsmodtagere kan fungere som aktivering.
- Træningens varighed skal afpasses efter den enkeltes behov, og er tidsbegrænset.
- Det er nødvendigt med opfølgning, hvis borgeren ikke har gjort sig selvforsørgende indenfor en vis periode efter træningens afslutning.



- Sagskoordinator i Fagcenter Arbejdsmarked er den myndighedsperson, der aftaler handleplaner med den sygemeldte. Deri kan indgå aktivering i projekter eller praktikker der indeholder træning. Sagskoordinator kan også henvise den sygemeldte til visitation i Fagcenter Sundhed. Derfor skal sagskoordinatorerne have den viden der er nødvendig for at 'grovvisitere' til træning.
- Sundhedsvejleder i Fagcenter Sundhed tilbyder en indsats på baggrund af en helhedsvurdering af sundhedspotentialet hos den enkelte, og hjælper den enkelte sygemeldte med en plan for træning og evt. diætistvejledning.
- Myndigheden til at kræve denne plan og vejledning overholdt ligger fortsat hos sagskoordinatoren i Fagcenter Arbejdsmarked, iht. beskæftigelseslovgivningen.
- Målet med indsatsen er en for borgeren oplevet bevidsthed om, at en livsstilsændring betaler sig
-

7.6. Ældre

7.6.1. Mål

- Rehabiliterende hjemmehjælp (ADL team) til borgere i Sønderborg kommune, der efter sygdom og indlæggelse har behov for intensiv genoptræning i hjemmet, med målet at opnå ADL færdigheder, så de kan klare sig selv i hverdagen med mindst mulig hjælp fra kommunen.

Der vil oftest være tale om borgere, der har lidt et stort funktions tab som følge af neurologiske lidelser (ex. Apoplexi, hjernetraumer, sclerose) og hvor der efter endt specialiseret genoptræning på sygehuset vurderes, at der fortsat er et genoptræningspotentiale, når borgeren udskrives til eget hjem. Der kan være tale om borgere med både fysisk, psykisk og mentalt/kognitive funktionsnedsættelser.

- Faldforebyggelse der retter sig mod:
 - Ældre i risiko for at falde
 - Ældre der har oplevet et fald uden fraktur
 - Ældre der har oplevet et fald med fraktur
- Ældre truet af begyndende funktionstab
Alle borgere truet af funktionstab f.eks. i forbindelse med akut og kronisk sygdom eller sociale hændelser. Et funktionstab der gør, at man ikke i samme omfang som tidligere vil kunne udføre de daglige gøremål f.eks. passe hus og have, personlig hygiejne og vedligeholde et socialt netværk, vil give anledning til visitation af kommunale hjælpeforanstaltninger, ydelser, og indsatser og dermed en øget kommunal udgift. Ud over dette, vil funktionstabet betyde nedsat livskvalitet og selvværd.

7.6.2. Konkrete indsatser

- Rehabiliterende hjemmehjælp (ADL team)
ADL teamets indsats har til formål at give borgeren en god start i eget hjem efter indlæggelse, samt at sikre at den træning og behandling der er iværksat på sygehuset videreføres, udvikles og implementeres i borgerens hverdagsliv.



ADL teamet tager imod så snart borgeren udskrives til eget hjem. ADL teamet påtager sig rollen som koordinator imellem de forskellige faggruppers indsatser overfor borgeren, og indgår ligeledes i udførelsen af de forskellige indsatser borgeren har behov for. Borgerens funktionsevne ved udskrivelse danner baggrund for planlægning af indsatser i hjem og nærmiljø.

- Faldforebyggelse
 - Undervisning af udvalgt gruppe/tovholdere i faldregistrering, faldudredning og iværksættelse af individuel handleplan.
 - Undervisning af al sundhedspersonalet i hjemmeplejen i faldregistrering.
 - Borgeren faldregistreres og faldudredes vha. samtaleark.
 - Der udarbejdes og iværksættes en individuel handleplan, hvor elementer som f.eks. syns kontrol, boligindretning, livsstil, træning, medicinsanering, ernæringsvejledning, kan indgå. Borgere der får flere end 4 medicinpræparater kan opfordres til at opsøge egen læge for at få en medicinstatus.
 - Borgeren modtager opfølgning i form af en motiverende samtale tre måneder efter endt indsats.
- Ældre truet af begyndende funktionstab
 - Målrettet individuelt tilpasset træning evt. på hold. Indsatsen kan koordineres og suppleres med parallelle indsatser varetaget af andre fagpersoner f.eks. egen læge. Indsatsen tilbydes på baggrund af en individuel vurdering senest 14 dage efter henvisning.
 - Indsatsen er tidsbegrænset og varigheden vil blive tilpasset individuelt med baggrund i målopfyldelse og faglige vurderinger.

7.7. Trafik og ulykker

7.7.1. Mål

Antallet af hjemme- og fritidsulykker samt trafikulykker skal reduceres.

7.7.2. Konkrete indsatser

- Skabe øget sikkerhed i trafikken for alle borgere
- Opkvalificere kommunens medarbejdere til at forebygge ulykker i hjemmet, herunder faldforebyggelse blandt ældre
- Forebygge idrætsskader
- Cykelstier
- Samarbejde med færdselsmyndighederne om trafikproblemer, hastigheder, ulykkeskryds
- Kvalitetssikre vejledninger vedr. ulykkesforebyggelse til småbørnsfamilier, daginstitutioner og skoler
- Informere og vejlede om forbrugersikkerhed
- Sikkerhed og ulykkesforebyggelse tænkes ind i alle arbejdsprocesser
- Sikre miljøer, hvor borgere færdes – skoler, institutioner, plejecentre mv.
- Sikre faldforebyggelse i hjemmene og i fritiden
- Styrke den generelle forebyggelse af ulykker



8. Mål og indsatser for risikofaktorer



8.1. Kost

8.1.1. Mål

- Antallet af overvægtige skal reduceres
- Antallet af borgere, der spiser sundt, skal øges

8.1.2. Konkrete indsatser

- Medvirke til at skabe gode kostvaner i den tidlige barndom, herunder øge antallet af mødre, der ammer i mindst seks måneder
- Sikre god og let tilgængelig information om sund mad og sunde drikkevarer
- Udvikle tilbud, kurser og information om bedre kostvaner målrettet borgernes individuelle behov
- Sikre at madordninger i kommunen (til ældre, børn i pasningstilbud, skoler, væresteder mv.) sammensættes ernæringsrigtigt, bl.a. ved udarbejdelse af mad- og måltidspolitikker på relevante områder
- Arbejde for at kantiner på de kommunale arbejdspladser tilbyder sund mad og sunde drikkevarer
- Arbejde for at børn i daginstitutioner, skoler, skolefritidsordninger, ungdomsklubber mv. spiser sundt
- Arbejde for salg af sunde mad- og drikkevarer som alternativer i idrætshaller mv.
- Sikre en tidlig opsporing af og indsats over for overvægtige børn
- Give let adgang til rent drikkevand i byrum, på skoler, institutioner og i idrætshaller
- Sikre at Sønderborg Kommunes medarbejdere har viden om sund mad og drikke, og at denne viden inddrages i kommunens aktiviteter



8.2. Rygning

8.2.1. Mål

- Antallet af rygere skal reduceres
- Antallet af unge, der starter med at ryge, skal reduceres
- Antallet af gravide rygere skal reduceres
- Antallet af borgere, der udsættes for passiv rygning, skal reduceres

8.2.2. Konkrete indsatser

- Sikre en systematisk, sammenhængende og koordineret indsats med henblik på at fremme rygestop, forebygge rygestart og udbrede røgfri miljøer
- Gennemføre målrettede kampagner mod rygning, f.eks. i forhold til virksomheder, ungdomsuddannelserne, ungdomsklubberne og sociale dag- og døgn tilbud
- Tilbyde rygestop-kurser tilpasset særlige målgrupper, f.eks. virksomheder, ungdomsuddannelserne, ungdomsklubberne og sociale dag- og døgn tilbud
- Uddanne medarbejdere i kommunen til at arbejde med tobaksforebyggelse, herunder uddanne rygestopinstruktører
- Udbrede røgfrie miljøer. Der skal være særlig opmærksomhed på kommunens egne arbejdspladser og på miljøer, hvor børn og unge færdes
- Sikre information om passiv rygningens indflydelse på sundheden



8.3. Alkohol

8.3.1. Mål

- Overforbrug af alkohol skal reduceres
- Følgevirksomheder forårsaget af alkoholmisbrug herunder følgevirksomheder i forhold til familien skal reduceres
- Unges alkoholdebut skal udskydes så længe som muligt

8.3.2. Konkrete indsatser

- Følge udviklingen i alkoholforbruget blandt kommunens borgere og udarbejde målrettet informationsmateriale – herunder i forhold til gravide
- Udarbejde informationsmateriale om alkoholbehandling til forskellige alders- og målgrupper
- Tilbyde alkoholbehandling tilpasset forskellige målgrupper og den enkeltes behov
- Inddrage familien i alkoholmisbrugsbehandlingen - herunder sikre tidlig indsats i forhold til børn, der bor i familier med alkoholmisbrug
- Udarbejde alkoholpolitik på alle kommunens arbejdspladser
- Sikre og vedligeholde alkoholpolitikken på steder, hvor børn og unge færdes (fritidsklubber, skoler, ungdomsskoler mv.)
- Yde en særlig forebyggende indsats i udskolingsårgangene og på ungdomsuddannelserne
- Sikre at Sønderborg Kommunes medarbejdere i kontakten med borgeren er opmærksomme på eventuelle alkoholproblemer og har redskaber til håndtering heraf



8.4. Fysisk aktivitet

8.4.1. Mål

- Antallet af borgere, der er fysisk aktive, skal øges
- Mulighederne for fysisk aktivitet skal være let tilgængelige for alle, uanset alder og fysisk formåen

8.4.2. Konkrete indsatser

- Kortlægge og formidle motionstilbud og tilbud om udendørsaktiviteter
- Udvikle nye og igangværende motionstilbud – herunder understøtte socialt udsatte gruppers motivation og muligheder for deltagelse i foreningslivet
- Udvikle nye og igangværende tilbud til borgere med træningsbehov
- Skabe bedre og trygge rammer for udendørsaktiviteter og socialt samvær, herunder øge mulighederne for fysisk aktivitet i byrummet, naturen, på legepladser mv.
- Sikre børn og unge gode og udfordrende lege- og bevægelsesfaciliteter
- Skabe endnu bedre muligheder for at vælge cyklen frem for bilen i byen
- Udvikle tilbud om fysisk aktivitet som en del af kommunens øvrige tilbud og som en naturlig del af hverdagen



9. Mål og indsatser for folkesygdomme



9.1.1. Mål

- Diabetes-rehabilitering for
 - Borgere med type 2 diabetes. Herunder type 2 diabetes uden tegn til senkomplikationer samt type 2 diabetes med velbehandlet hypertension, velbehandlet dyslipidæmi, mild og stabil neuropati eller retinopati.
 - Borgere med type 1 diabetes samt borgere med dysreguleret type 2 diabetes henvises til sygehusets diabetesambulatorium.
- KOL-rehabilitering for borgere med Kronisk Obstruktiv Lungesygdom(KOL), i moderat til svær grad
- Hjerterehabilitering for
 - Borgere med åreforkalkningsbetinget hjertesygdom og hjerteinsufficiens i stabil fase.
 - Patienter der har behov for opfølgning efter Sygehus Sønderjyllands tilbud er gennemført.
- Livsstilshold
 - Borgere med risiko for at få livsstilssygdomme, f.eks. borgere med insulinresistens, forhøjet blodtryk, åreforkalkning, overvægtige med BMI > 30.
 - Sygedagpengemodtagere og kontanthjælpsmodtagere ud fra et socialt og psykisk behov.
 - Kommunalt ansatte truet af arbejdsbetinget nedslidning/en uheldsmæssig risikoprofil
- Patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom for
 - Alle borgere med kronisk (langvarig) sygdom. En tilstand, hvor man oplever besværligheder i hverdagen. Man har følelsen af at være gået i stå, er trist og har svært ved at få struktur på hverdagen, så man ikke i samme omfang som tidligere kan udføre daglige gøremål, vedligeholde sociale kontakter eller være aktiv på arbejdsmarkedet. En tilstand som betyder nedsat selvværd og livskvalitet.

- Tilbuddet må vurderes til borgere med kognitive vanskeligheder, da programmet kræver en aktiv stillingtagen fra deltageren.

9.1.2. Konkrete indsatser

- Diabetes-rehabilitering
 - Den enkelte borger tilbydes vurdering ved en sundhedsvejleder senest 10 hverdage efter henvisning fra borgerens egen læge eller sygehus med henblik på stillingtagen til hvilke kommunale sygdomsspecifikke eller generelle tilbud, der er relevante og kan tilbydes den enkelte borger.
 - Indsatsen vil kunne foregå i såvel dag – som aftentimerne
 - Der tilbydes gruppebaseret (hold à 12 personer) diabetesrehabilitering af 12 ugers varighed indeholdende træning og patientuddannelse. Alle forløb indledes med individuel samtale af 1 times varighed m.h.p. afdækning af individuelle ressourcer, mål og motivation. Opfølgning 3, 6 og 12 mdr. efter endt forløb. Fremmøde 3 x ugentligt med 3 træningsgange og 1 undervisningsgang/uge.
 - Som supplement til det gruppebaserede forløb tilbydes individuelle samtaler efter behov (kostvejledning, psykosocial støtte, vejledning i at strukturere hverdagen, vejledning i fysisk aktivitet samt motiverende samtale)
 - Som supplement tilbydes endvidere deltagelse i gruppebaseret rygestopkursus og gruppebaseret madværksted
- KOL-rehabilitering
 - Den enkelte borger tilbydes vurdering ved en sundhedsvejleder senest 10 hverdage efter henvisning fra borgerens egen læge eller sygehus med henblik på stillingtagen til hvilke kommunale sygdomsspecifikke eller generelle tilbud, der er relevante og kan tilbydes den enkelte borger
 - Rehabiliteringsindsatsen vil primært finde sted i dagtimerne
 - Der tilbydes gruppebaseret (hold a 12 personer) KOL-rehabilitering af 12 ugers varighed indeholdende træning og patientuddannelse. Træningen fortsætter som vedligeholdende træning i 9 mdr. efter endt forløb. Alle forløb indledes med individuel samtale af 1 times varighed m.h.p. afdækning af individuelle ressourcer, mål og motivation. Opfølgning 3, 6 og 12 mdr. efter endt forløb
 - Som supplement til det gruppebaserede forløb tilbydes individuelle samtaler efter behov (kostvejledning, psykosocial støtte, vejledning i at strukturere hverdagen, vejledning i fysisk aktivitet samt motiverende samtale)
 - Som supplement tilbydes endvidere deltagelse i gruppebaseret rygestopkursus
- Hjerterehabilitering for
 - Den enkelte borger tilbydes vurdering ved en sundhedsvejleder senest 10 hverdage efter henvisning fra borgerens egen læge eller sygehus med henblik på stillingtagen til hvilke kommunale sygdomsspecifikke eller generelle tilbud, der er relevante og kan tilbydes den enkelte borger
 - Rehabiliteringsindsatsen vil primært finde sted i dagtimerne
 - Der tilbydes gruppebaseret (hold a 12 personer) hjerterehabilitering af 8 ugers varighed indeholdende træning og patientuddannelse. Alle forløb indledes med individuel samtale af 1 times varighed m.h.p. afdækning af individuelle ressourcer, mål og motivation. Opfølgning 3, 6 og 12 mdr. efter endt forløb. Rygestopsvejledning, gruppebaseret
 - Som supplement til det gruppebaserede forløb tilbydes individuelle samtaler efter behov (kostvejledning, psykosocial støtte, vejledning i at strukturere hverdagen, vejledning i fysisk aktivitet samt motiverende samtale)
 - Som supplement tilbydes endvidere deltagelse i gruppebaseret rygestopkursus og i gruppebaseret madværksted
- Livsstilshold
 - Den enkelte borger tilbydes vurdering ved en sundhedsvejleder senest 10 hverdage efter henvisning med henblik på stillingtagen til hvilke kommunale sygdomsspecifikke eller generelle tilbud, der er relevante og kan tilbydes den enkelte borger
 - Indsatsen vil kunne foregå i såvel dag – som aftentimerne

- Der tilbydes gruppebaseret (hold à 12 personer) forløb af 7 ugers varighed indeholdende træning og undervisning. Alle forløb indledes med individuel samtale af 1 times varighed m.h.p. afdækning af individuelle ressourcer, mål og motivation. Opfølgning hver 4. uge i 4-5 mdr., sidste opfølgning 12 mdr. efter opstart. Rygestopsvejledning, gruppebaseret.
 - Som supplement til det gruppebaserede forløb tilbydes individuelle samtaler efter behov (kostvejledning, psykosocial støtte, vejledning i at strukturere hverdagen, vejledning i fysisk aktivitet samt motiverende samtale)
 - Som supplement tilbydes endvidere deltagelse i rygestopkursus og i madværksted
 - Koordinering og samarbejde med andre relevante fagpersoner, f.eks. socialrådgiver.
- Patientuddannelse
- Programmet Patientuddannelse – lær at leve med en kronisk sygdom udbydes 4 gange årligt. Deltagelse tilbydes på baggrund af en individuel samtale mellem deltager og koordinator for uddannelsen.
 - Uddannelsen foregår i hold med 12- 16 deltagere.
 - Uddannelsen er tidsbegrænset og varigheden er 2½ time ugentlig over 6 uger.

10. Mål og indsatser for særligt udsatte grupper

10.1. Borgere med handicap

Borgere med handicap har behov for særligt tilrettelagte social- og sundhedsindsatser. Indsatserne skal styrke, udvikle og stabilisere borgerens mulighed for trivsel og sundhed og kompensere for den nedsatte funktionsevne.

Mange borgere med handicap har hyppig kontakt med sundhedsvæsenet.

Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats handler om omsorg, udvikling af færdigheder, social og sundhedsfaglig støtte, rehabilitering, behandling, træning, pleje, målrettet information og hjælpemidler.

Derudover er det af stor betydning at understøtte den handicappedes mulighed for fysisk tilgængelighed både i trafikken og i byrummet generelt.

De specialiserede indsatser sker på baggrund af en individuel vurdering af behov og i tæt samarbejde med borgeren.



10.2. Borgere med sindslidelser

Borgere med sindslidelser har ofte behov for særligt tilrettelagte social- og sundhedsindsatser. Indsatserne skal styrke, udvikle og stabilisere borgerens mulighed for trivsel og sundhed og kompensere for den midlertidige eller varigt nedsatte funktionsevne.

Mange borgere med sindslidelser har hyppig kontakt med sundhedsvæsenet både i forhold til psykiatrisk og somatisk behandling, forebyggelse og sundhedsfremme.

Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats handler om omsorg, udvikling og mestring, undervisning, sundhedsfaglig støtte, rehabilitering, behandling, pleje og målrettet information.

Respekt, faglighed og ansvar er de fælles værdier i indsatsen for mennesker med en sindslidelse.

De specialiserede indsatser sker på baggrund af en individuel vurdering af behov og i tæt samarbejde med borgeren, pårørende og det øvrige netværk.



10.3 Etniske minoriteter

Hos nogle grupper af etniske minoriteter findes høj forekomst af livsstilssygdomme, især i forhold til hjerte-karsygdomme og type 2-diabetes.

Den særlige indsats over for borgere med anden etnisk baggrund end dansk skal tage højde for dette anderledes sygdomsbillede. Hertil kommer hensynet til en lavere grad af tilknytning til arbejdsmarkedet, kulturelle og sproglige faktorer og endelig hensyn betinget af traumer i forbindelse med oplevelser i hjemlandet.

11. Dokumentation, evaluering og kompetenceudvikling

11.1. Evaluering og dokumentation

11.1.1. Mål

Evaluering og dokumentation af de kommunale sundhedsopgaver er en væsentlig forudsætning for en løbende kvalitetsudvikling af tilbudene og i forhold til den videreudvikling, der er behov for på området. Derfor skal der ved iværksættelse af nye indsatser:

- tages udgangspunkt i faktiske viden, dokumenterede metoder og evidens, f.eks. anbefalinger fra de nationale sundhedsmyndigheder
- opstilles konkrete mål og succeskriterier
- gennemføres evalueringer af indsatserne

11.1.2. Hvad vil kommunen gøre

Sønderborg Kommune vil følge sundhedstilstanden systematisk ved:

- udarbejdelse af sundhedsprofil for alle kommunens borgere hvert 4. år
- udarbejdelse af løbende sundhedsprofiler på afgrænsede områder
- Indsamling og systematisering af sundhedsoplysninger fra nationale og regionale registre
- At gøre materialet tilgængeligt på en sundhedsportal på kommunens hjemmeside således, at oplysningerne bliver tilgængelige for alle kommunale sektorer, offentlige og private samarbejdspartnere samt kommunes borgere.



I forbindelse med beslutningerne om iværksættelse af nye sundhedsindsatser skal målene være formulerede, så de er

- specifikke/konkrete
- målbare
- accepterede
- realistiske
- tidsafgrænsede

Der skal opstilles mål for:

- ressourceindsatsen
- aktiviteterne/processen
- effekten /resultatet

Evalueringemetoden skal være afklaret, før indsatsen iværksættes.

www.sonderborg.dk

Sønderborg Kommune
Sundhed og handicap
Kastanieallé 26
6400 Sønderborg
Telefon 8872 6400