

Syddansk Universitet

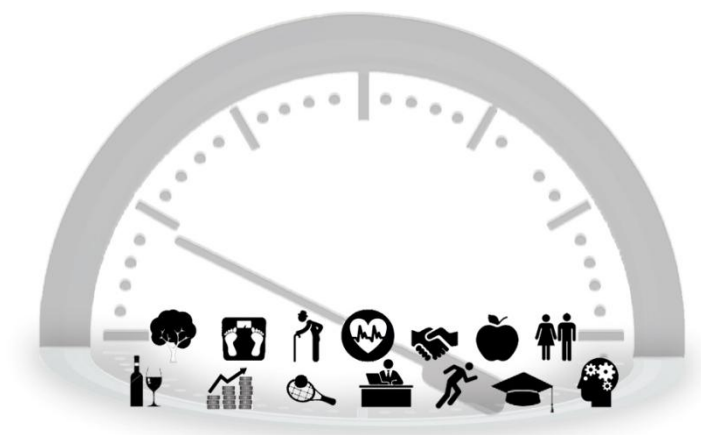
Campus Esbjerg

Sundhedsbarometer

Et systematisk litteraturstudie af indikatorer for sundhed og trivsel i Varde Kommune

Kandidatspeciale i folkesundhedsvidenskab

November 2013



Vejleder: Pernille Tanggaard Andersen

Stinna Andreasen

29.03.1985

Antal tegn i alt:

213.193

Abstract

Introduction: The broad health concept makes it hard to define which indicators have the greatest influence on public health. The Danish municipalities have the responsibility for health promotion and prevention. The Municipality of Varde experience problems in monitoring and communicating health challenges simple and accessible. The Municipality of Varde has a request for a practical applicable tool, based on health indicators. This master thesis aims to define health indicators with the purpose of developing a health barometer. The research question is:

Based on a systematic literature review it is examined by which indicators health can be measured, and how this knowledge can be applied in the context of a Danish Municipality (Municipality of Varde) to qualify and prioritize indicators of the citizens' health in the future?

Method: The method used to answer the research question is a systematic literature review based on a biopsychosocial health paradigm. 15 selected reports around health profiles and health political visions and strategies are used to identify the most important indicators for individual health and wellbeing. These are analyzed to understand their impact on health and discussed on the context of the Municipality of Varde.

Results: Four main themes of indicators are selected. These are prioritized in relation to the current health issues in the Municipality of Varde and the assessed impact of interventions within this context. The prioritization is as follows: Health related behaviors (diet, body weight, physical activity), socio-demographic factors (education, sex, age), the physical environment and mental and somatic health (considering the self-assessed health). A general focus on an environmental health promotion strategy is found necessary to qualify the indicators for future health interventions.

Conclusion: Based on the literature review it is concluded which indicators are important for health and therefore should be prioritized. It is concluded how this knowledge can be used in the Municipality of Varde to qualify and prioritize the efforts towards improved health outcomes in the future. Finally it is concluded which work lies ahead to further develop an applicable health barometer and cost effective intervention from the indicators of health.

Forord

Dette speciale markerer afslutningen på kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab ved Syddansk Universitet. Specialet er et bidrag til den stigende interesse for at kvalificere kommunernes sundhedsindsats, og er udarbejdet på baggrund af en konkret ambition om at udvikle et kommunalt sundhedsbarometer i Staben Social og Sundhed i Varde Kommune.

Jeg vil gerne benytte dette forord til at rette en stor tak min vejleder, Pernille Tanggaard Andersen, for en retningsgivende, inspirerende og opmuntrende vejledning gennem hele processen.

Også en stor tak til social og sundhedsdirektør, Erling S. Pedersen, og sundhedschef, Kirsten Enevoldsen Myrup, i Staben Social og Sundhed, Varde Kommune, for at give et spændende indblik i deres konkrete udfordringer og ønsker til fremtidens kommunale arbejde med folkesundhed. I den forbindelse også tak til AC-medarbejder, Kathrine Bilotft Hansen, for løbende kontakt og sparring gennem specialets udarbejdelse.

God læselyst.

Stinna Andreassen

November 2013

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Indholdsfortegnelse.....	4
1 Indledning	6
2 Baggrund	6
2.1 Det brede sundhedsbegreb	6
2.2 Historik og monitorering af sundhed	8
2.3 Sundhedsfremme og forebyggelse i en dansk kommunal kontekst	9
2.3.1 <i>Strukturreformen</i>	9
2.3.2 <i>Forebyggelsespakkerne</i>	10
2.4 Varde Kommune som case	11
2.5 Formål.....	12
2.6 Problemformulering.....	12
2.6.1 <i>Underspørgsmål</i>	13
2.6.2 <i>Specialets disposition</i>	13
3 Metode	14
3.1 Specialets forståelsesramme og sundhedsopfattelser	14
3.2 Dataindsamlingsmetode.....	14
3.2.1 <i>Baggrundsempiri</i>	14
3.3 Søgeafgrænsninger.....	15
3.4 Søgestrategi.....	16
3.4.1 <i>Databasesøgning</i>	16
3.4.2 <i>Søgestrategi i statslige institutioner og mellemstatslige organisationer</i>	17
3.5 Beskrivelse af søgning	18
3.5.1 <i>Manuel søgning</i>	18
3.5.2 <i>Kædesøgning</i>	18
3.5.3 <i>Databasesøgning</i>	19
3.5.4 <i>Søgning i udvalgte statslige institutioner og mellemstatlige organisationer</i>	22
3.6 Udvælgelsesproces og søgeresultat	22
3.7 Beskrivelse af udvalgt materiale	24
3.7.1 <i>Materiale anvendt i diskussionen</i>	27
4 Resultater og litteraturanalyse	28
4.1 Empiriens begrundelse for inkluderede indikatorer	28
4.2 Første del: Udvælgelse af indikatorer for sundhed og trivsel	29
4.2.1 <i>Analyseredskab</i>	29
4.2.2 <i>Indikatorer for sundhed og trivsel</i>	32
4.3 Andel del: Analyse af indikatorer for sundhed og trivsel	34
4.3.1 <i>Indikatorer for sundhed og trivsel i sundhedshjulet</i>	34
4.3.2 <i>Individuelle uforanderlige indikatorer</i>	35
4.3.3 <i>Sundhedsadfærd</i>	36
4.3.4 <i>Mental og fysisk sundhed</i>	40
4.3.5 <i>Sociodemografiske faktorer</i>	45
4.3.6 <i>Samfund</i>	48
4.3.7 <i>Sammenfatning af indikatorer for sundhed og trivsel</i>	48
5 Diskussion	50
5.1 Første del: Diskussion af udvalgte indikatorer i relation til Varde Kommune	50
5.1.1 <i>Sundhed og trivsel i Varde Kommune</i>	51
5.1.2 <i>Indikatorer for sundhed og trivsel i Varde Kommune</i>	55
5.1.3 <i>Prioritering af indikatorer for sundhed og trivsel i Varde Kommune</i>	62
5.1.4 <i>Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker</i>	71

5.2	Anden del: Metodediskussion	73
5.2.1	<i>Litteraturstudiet som metode</i>	73
5.2.2	<i>Diskussion af specialets empiri</i>	74
5.2.3	<i>Kritisk vurdering af resultater</i>	75
6	Anbefalinger til Varde Kommune	79
6.1	Kombiner en strukturel, befolkningsrettet og individuel forebyggelsesstrategi	79
6.2	Skabe en solid socioøkonomisk grobund for sundhed og trivsel	81
6.3	Samtænke miljøområdet med borgernes sundhed og trivsel.....	82
6.4	Nedbringe livsstilssygdomme og tage borgernes selvvalgte helbred i betragtning	82
7	Konklusion	84
8	Referencer	89
Bilag 1	95
Bilag 2	96

1 Indledning

Dette speciale omhandler monitoreringen af sundhed og trivsel med særligt fokus på udviklingen af et kommunalt sundhedsbarometer. Hensigten er at afdække indikatorer for sundhed og trivsel med opmærksomheden rettet mod at identificere særligt betydningsfulde indikatorer for borgerne i Varde Kommune, samt at vurdere betydningen af disse med henblik på at kvalificere indikatorer for borgernes sundhed og trivsel i fremtiden.

2 Baggrund

En af de vigtigste opgaver vi har som samfund er at fremme befolkningens sundhed og trivsel. Forudsætningen for at gøre dette, er at have en dybdegående forståelse for årsagerne til befolkningens aktuelle sundhedsstatus og de rammer, hvori deres dagligdag udspilles. Denne forståelse opnås blandt andet gennem viden om sundhedsbegrebet, samt om monitorering af sundhed og trivsel og den kontekst, hvori man ønsker at højne folkesundheden (1).

2.1 Det brede sundhedsbegreb

Sundhed og forebyggelse er en højaktuel politisk agenda, og i Regeringens seneste nationale mål og strategier for folkesundheden "Sundhed hele livet" forsøges at definere, indramme og uddybe forståelsen af, hvad sundhed er, med det formål at opnå en samlet indsats, som kan imødekomme de store udfordringer, der venter i den danske befolkning (2).

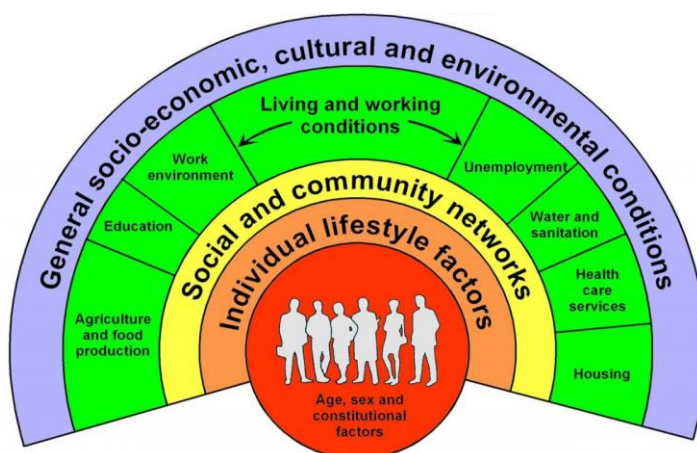
Det er dog vanskeligt at fremstille en præcis definition af sundhed, da mange forskellige faktorer er med til at forme et sundt og godt liv. Den første egentlige formulering og stadig aktuelle definition på sundhed fremgår af Verdenssundhedsorganisationens (WHO) forfatning fra 1948:

"A state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity"
(3,s.1).

Definitionen introducerer et bredt sundhedsbegreb. Den beskriver et syn på menneskets sundhed som værende bestemt af mere end blot fysiologiske (og psykologiske) "fej", som leder til sygdom. Således ønskes med definitionen at tage afstand fra den objektiverende tilgang, som findes i et biomedicinsk sygdomsbegreb. Det er anvendelsen af begrebet *well-being*, som tilfører sundhedsbegrebet en ny forbindelse til de individuelle situationsbestemte faktoreres betydning for sundhed. Dermed opfattes sundhed og sygdom i højere grad som værende bestemt af den virkelighedskontekst, som individet lever i. Endelig introduceres med begrebet *well-being* (oversættes til trivsel) et perspektiv på sundhed som kan sidestilles med "det gode liv" og menneskelig lykke (4). Det problematiske i denne opfattelse består i, at sundhed dermed bliver et element af en kompleks sammenhæng, der i definitionen beskrives som *fysisk, socialt og mental trivsel*. Det medfører en grænseløs årsagssammenhæng af underliggende faktorer, som har betydning for sundhed. Hermed inddrages flere og flere menneskelige forhold i opnåelsen af "det gode liv". Helhedstænkningen medfører dermed et sundhedsbegreb, der breder sig på alle livsområder, da "det gode liv" også påvirkes af eksempelvis indkomst, boligforhold og sociale relationer (5). Således indebærer det brede sundhedsbegreb, at det er yderst komplekst at fastsætte de faktorer, som har mest betydning for individets sundhed og trivsel.

De grundlæggende betingelser for sundhed beskrives på den første internationale konference om sundhedsfremme i Ottawa i 1986 som fred, bolig, uddannelse, mad, indkomst, et stabilt øko-system, bæredygtige ressourcer, social retfærdighed og lighed. Tilstedeværelsen af disse grundlæggende forhold blev fremstillet som en betingelse for en forbedret sundhedstilstand (3). Den brede og situationsbestemte forståelse af de forudsætninger, som er afgørende for et godt liv, understøttes af WHO. Ifølge WHO benævnes de faktorer, der påvirker sundhed, som *“The range of personal, social, economic and environmental factors which determine the health status of individuals or populations”* (6,s.6). Dermed er det udfordrende at anvende det brede sundhedsbegreb som handlingsanvisende målsætning for fremme af folkesundheden (5).

Et forsøg på at skabe overblik over den lange række determinanter, som har indflydelse på sundhed, illustreres i Dahlgreen og Whiteheads internationalt anvendte og anerkendte begrebsmodel *“Policy Rainbow”* (Figur 1) (7). Modellen beskriver indflydelsen på sundhed som opdelt i nært forbundne lag omkring det enkelte individ. Begrebsmodellen inkluderer uforanderlige faktorer som alder, køn og genetik, og rummer desuden påvirkelige faktorer i forskellige lag såsom livsstil, sociale netværk samt generelle socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige forhold (7, 8).



Figur 1: Dahlgreen og Whiteheads *“Policy Rainbow”*(7,s.11)

I *“Policy Rainbow”* modellen tydeliggøres interaktionen mellem den individuelle livsstil, forvaltningen af denne samt samfundsforhold og individets levevilkår, som værende bestemmende for graden af sundhed og trivsel (8). Dermed pointeres den komplekse tilgang til sundhedsbegrebet som værende den bedst beskrivende, når det handler om at opnå en forståelse for sundhed ud fra et holistisk menneskesyn og ikke blot ud fra fraværet af sygdom.

Ovenstående hænger i høj grad sammen med den førnævnte brede forståelse af de forhold, som påvirker befolkningsgrupperes sundheds og trivsel og dermed de rammer, hvori nutidens indikatorer for sundhed og trivsel identificeres (9). En identificering, som jævnfør *“Policy Rainbow”* kræver betydelig indsigt i adskillige individuelle og samfundsmæssige forhold.

Dermed kan sundhed siges at være et flerdimensionelt, komplekst og foranderligt begreb, som dækker over en tilstand såvel som en ressource. Et begreb, hvis determinanter til stadighed forsøges kortlagt i initiativer fra nationale institutioner og mellemstatlige organisationer, som for eksempel WHO, OECD, EU (10-13).

2.2 Historik og monitorering af sundhed

Som præsenteret ovenfor kan modeller og koncepter anvendes til at simplificere og skabe overblik over det brede sundhedsbegreb. De kan skabe et rationale for at udvælge og organisere passende indikatorer i relation til sundhedsbegrebet, samt en basis for fortolkning af den enkelte indikator og sammenhængen mellem de øvrige. En indikator defineres under udviklingen af det europæiske sundhedsfremme monitoreringssystem (EUPHID) som *“a construct to be expressed in quantitative or qualitative terms, reflecting an important unique aspect of an underlying phenomenon”* (14,s.107-108). De konstruerede indikatorer henviser dermed til en bagvedliggende determinant for sundhed, hvorfor sundhedsbegrebets kompleksitet ikke ligefrem egner sig til at lade sig monitorere (15). Indikatoren dækker over en risikofaktor eller et forhold, som i sidste ende påvirker individets risiko for sygdom eller død. Der kan, som illustreret i *“Policy Rainbow”*, være tale om en kæde (lag) af risikofaktorer, hvor sammenhængen er mere eller mindre direkte med individets risiko for sygdom og død (16).

Den første egentlige publikation, som introducerer visionære internationale sundhedsmål, er WHO's strategiske koncept i publikationen *Sundhed for alle år 2000* fra 1981 (17). Formålet er at opnå indblik i befolkningens sundhed og trivsel, som strækker sig ud over den hidtil udførte måling af den økonomiske fremgang. I målene ligger et eksplicit krav om at opnå specifikke resultater vedrørende sundheden indenfor en bestemt tidsperiode. Hvert enkelt regionale kontor i WHO's medlemslande udvikler egne målsætninger svarende til de udfordringer, som landet oplever. WHO i Europa fremsætter en fyldestgørende liste med 38 mål dækkende flere aspekter af sundhed. Forløbet med *Sundhed for alle år 2000* har tilskyndet flere regeringer til at udvikle nationale strategier med det formål at forbedre folkesundheden ud fra en bred sundhedsforståelse (18).

Sundhed for alle år 2000 følges op af den første internationale konference om sundhedsfremme i 1986 arrangeret af WHO. Det medfødte førnævnte *Ottawa Charter* om sundhedsfremme. Dokumentet præsenterer, foruden ovenstående grundlæggende betingelser for sundhed, fem hovedstrategier: build healthy public policy, create supportive environments, strengthen community action, develop personal skills og reorient health services (3). Disse fem strategier for sundhedsfremme udgør stadig grundstene for sundhedsfremme i praksis, og ovenstående dokumenter fra WHO har også i Danmark fungeret som inspirationsgrundlag for nationale sundhedsprogrammer, og som medvirkende til at pointere de samfundsmæssige sektorer's ansvar for folkesundheden (19, 20).

Danmark har en lang tradition for monitorering af sundhed i befolkningsundersøgelser. Befolkningsundersøgelserne har sammen med udenlandske undersøgelser været med til at afdække risikofaktorer for en række kroniske sygdomme. Til trods for den allerede eksisterende store viden om årsagen til væsentlige kroniske sygdomme, som eksempelvis hjertesygdom, er det vigtigt at fortsætte udviklingen af befolkningsundersøgelserne. Undersøgelserne kan give det første signal om ændringer i forekomsten af sygdom. Gennem data om eksempelvis sygelighed og risikofaktorer kan fortælles noget om både den nuværende sundhedsstatus og fremtidige udfordringer. Det er vigtigt at kommende befolkningsundersøgelser inddrager nye faktorer, hvis der er begrundet mistanke om, at de har en

betydning for udviklingen af kroniske sygdomme. Dermed skabes et ansvarligt vidensgrundlag for kommende generationers sundhed (21).

De danske kommuners mulighed for at planlægge indsatser og monitorere befolkningens sundhed kan med fordel ske ud fra det brede sundhedsbegreb, som blev lanceret i ovenstående publikationer, og som illustreres i Dahlgreen og Whiteheads "Policy Rainbow" (Figur 1) (19).

2.3 Sundhedsfremme og forebyggelse i en dansk kommunal kontekst

Som fundet ovenfor er løbende overvågning af udviklingen i borgernes sundhedstilstand en forudsætning for prioriteringsarbejdet og for tidlig erkendelse af nye tendenser med henblik på en rettidig og målrettet forebyggende indsats (21). Monitorering af sundhed og trivsel i sundhedsprofiler danner derfor grundlag for kommunernes sundhedspolitik eller strategi, som definerer, hvad kommunen aktivt ønsker at arbejde videre med i den borgerrettede forebyggelse (22). Samtlige danske kommuner indhenter viden om borgernes sundhed gennem *Den nationale sundhedsprofil* og de fem regionale sundhedsprofiler (23), som blev gennemført første gang i 2010. Baggrunden for dette er, at der i januar 2009 blev indgået en aftale om organisering og finansiering af sammenlignelige sundhedsprofiler for alle regioner og kommuner. Aftalen blev indgået mellem Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Finansministeriet. De regionale sundhedsprofiler gentages med en frekvens på fire år. Hermed er et system etableret for monitorering af sundhedstilstanden på landsplan, som kan levere viden til faglige og politiske beslutningstagere i landets regioner og kommuner. Oplysninger om borgernes sundhed bliver i de kommende år brugt såvel i den praktiske tilrettelæggelse af sundhedsarbejdet som til forskning, der kan bidrage til at forbedre folkesundheden. Samtidig er der en fælles kerne af spørgsmål, som muliggør sammenligninger på tværs af landets 98 kommuner og fem regioner (24). Endelig bidrager sundhedsprofilerne til at sikre, at de planlagte aktiviteter gennemføres som forventet og har den ønskede kvalitet og effekt (25). Sundhedsstyrelsen (SST) beskriver blandt andet, at "*Monitorering er en forudsætning for kvalitetssikring, faglig udvikling og for den løbende prioritering af forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen i kommunen*" (25,s.27).

2.3.1 Strukturreformen

I Danmark har alle borgere adgang til skattefinansierede velfærdsydelser, som er styret og kontrolleret af den offentlige sektor. En længerevarende debat om den offentlige sektors indretning resulterede i 2002 nedsættelsen af en strukturkommission med henblik på en reform af den offentlige sektors struktur. Kritikken lød at opgavefordelingen i den offentlige sektor på flere områder var uhensigtsmæssig. Det medførte i 2004 en aftale om en strukturreform, som blandt andet indbefatter anbefalinger om inddelingsændringer af den offentlige sektor samt opgaveflytninger (26, 27).

Forud for strukturreformen har det danske velfærdssystem siden 1970'erne været præget af en række decentraliserende reformer, som i sundhedssektoren betyder, at amterne overtager driften af både psykiatriske og somatiske hospitaler. Desuden spiller centralt bestemte krav fra SST og ministerier til standarder og kvalitet i kommuner og amters sundhedsindsats en stadig større rolle. Det frie sygehusvalg i 1993 skaber desuden et økonomisk incitament for at øge effektiviteten og kvaliteten i den offentlige sektor. Endelig møder den danske sundhedspolitik i perioden fra 70'er og op til 00'erne i stigende grad nye udfordringer; en aldrende befolkning, øgede

sundhedsproblemer, som især betinget af en kraftig udvikling af livsstilsrelaterede kroniske sygdomme, hurtig udvikling i nye dyre behandlingsmuligheder, et dominerende forventningspres fra såvel befolkningen og mediebildet, samt endelig et øget behov for at kontrollere de stigende omkostninger (26, 27).

Den nye strukturreform træder i kraft i januar 2007. Det betyder, at daværende 215 kommuner reduceres til 98 med et gennemsnitligt indbyggertal på 55.000. De 13 amter og tre kommuner med amts-funktion erstattes af fem nye regioner, som har mellem 600.000 og 1.5 mio. indbyggere. Foruden denne geografiske inddelingsændring sker markante opgaveflytninger og finansielle ændringer. Opgaveflytningen betyder især, at kompetencer flyttes fra de daværende amter til kommunerne. Regionerne er dog stadig ansvarlige for ledelsen af et kvalitetsbevidst og effektiv hospitalsvæsen. De større kommuner har fået udvidet ansvaret for omsorg, rehabilitering samt sundhedsfremme og – forebyggelse. De respektive opgaver for kommune og region kræver et solidt samarbejde for at sikre det bedst mulige patientforløb. De finansielle ændringer gennemføres med det princip, at pengene følger de opgaver, som flyttes fra de tidligere amter til kommunen (26, 27).

Sundhedsloven gav i forbindelse med strukturreformen kommunerne ansvaret for nye opgaver på sundhedsområdet indbefattende sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering. Kommunen skal dermed spille en central rolle for folkesundheden, tilrettelægge rammerne og etablere forebyggende tilbud for borgerne således, at kommunens borgere har den sundest mulige hverdag. Kravet fremgår af sundhedslovens §119:

” §119 Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne” (28)

Begrundelsen for at placere dette ansvar i netop kommunerne er ifølge SST (25), at:

- sundhedsfremme og forebyggelse foregår bedst tættest på, hvor borgerne færdes i deres hverdag.
- nærheden forbedrer muligheden for at fremme og påvirke borgernes sundhed. Kommunerne har blandt andet en tæt kontakt til en stor del af borgerne via hjemmepleje, sundhedspleje, institutioner og øvrige velfærdstilbud.
- kommunen som arbejdsgiver for en stor gruppe borgere har god adgang til en væsentlig andel af målgruppen.

Kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaver omfatter både en borgerrettet forebyggelse med fokus på sygdom og ulykker, og delvist en patientrettet forebyggelse, der skal forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og begrænse eller udskyde komplikationer. Kommunen har alene ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, hvorimod den patientrettede vil foregå i samarbejde med regionen (25).

2.3.2 Forebyggelsespakkerne

Med de nye lovmæssige krav til landets kommuner fulgte i 2012 til 2013 udgivelsen af SST's forebyggelsespakker.

Disse indeholder faglige anbefalinger til kommunal sundhedsfremme og forebyggelse og fungerer som et værktøj til at

implementere følgerne af strukturreformen. SST vurderer et behov for at udvikle og fastholde kommunernes generelle sundhedsfremmende og forebyggende indsats på væsentlige risikofaktorområder, som af SST forventes at kræve betydelig opmærksomhed de kommende år (23).

2.4 Varde Kommune som case¹

I relation til ovenstående er Varde Kommune blot én af de danske kommuner, som i øjeblikket arbejder med implementeringen af SST's nyligt udkomne forebyggelsespakker. Der gøres aktuelt status over, hvilke handlinger kommunen allerede har udført i arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse i henhold til anbefalingerne. Det er hensigten, at forebyggelsespakkerne skal danne grundlag for udarbejdelsen af Varde Kommunens kommende sundhedspolitik, som er gældende fra begyndelsen af 2014. Sundhedspolitikken skal sikre, at der er sammenhæng, systematik og kvalitet i det samlede arbejde i kommunen. Desuden skal sundhedspolitikken skabe synlighed, og fremsætte et fælles fokus for kommunens samlede sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats (29). Sundhedsforvaltningens løbende forpligtigelse til at fastsætte mål baseret på den konkrete sundhedstilstand blandt borgerne i Varde Kommune samt evaluere de søsatte strategier og politikker, vil derfor være afhængig af et monitoreringsredskab, der er brugbart internt og eksternt i kommunen.

Ledelsen i Staben Social og Sundhed i Varde Kommune anser ikke Region Syddanmarks befolkningsundersøgelse *Hvordan har du det?* fra 2010 som tilstrækkelig. Der peges eksempelvis på, at de 52 nationale spørgsmål og de supplerende 8 regionale spørgsmål i befolkningsundersøgelsen ikke monitorerer de risikofaktorer, som SST præsenterer i forebyggelsespakkerne. Det drejer sig eksempelvis om pakkerne seksuel sundhed, solbeskyttelse, hygiejne og indeklime i skoler. Det medfører vanskeligheder i prioriteringen af forebyggelsespakkerne. Yderligere er begrundelsen for efterspørgslen af et nyt redskab, at Varde Kommune søger et simpelt politisk dialogværktøj, der er anerkendt og meningsfuldt internt i kommunen blandt politikerne, på tværs af forvaltninger samt i dialogen med eksterne samarbejdspartnere. Redskabet skal danne en fælles forståelig referenceramme baseret på et videnskabeligt grundlag. Ønsket er et enkelt og klart indtryk af kommunens sundhedstilstand, som let lader sig formidle internt i kommunen, eksternt blandt kommunens interessenter og endelig nationalt kommunerne imellem.

Forvaltningen oplever aktuelt vanskeligheder forbundet med formidlingen af borgernes sundhedsstatus internt. Fremstillingen af resultater og fremtidige målsætninger drukner ofte i komplekse flerdimensionelle beskrivelser af borgernes sundhed. Der ønskes derfor en enkel fremstilling, der kan fungere som en umiddelbar men nødvendig øjenåbner og motivation til at udforske de mere komplekse bagvedliggende årsagssammenhænge i folkesundheden. Den enkle beskrivelse af borgernes sundhed formodes derfor at give anledning til en mere dybdegående årsagssøgende vurderinger af borgernes sundhed.

SST underbygger ovenstående problematik samt behovet for effektiv formidling af sundhed i praksis, da de beskriver, at *"Kommunerne har et tydeligt behov for enkle værktøjer til at udføre analyser, som gør sundhedsprofiler og registerdata mere brugbare i den politiske beslutningsproces"* (30,s.15). I et notat fra Kommunernes Landsforening,

¹ Afsnittet er baseret på et indledende informantinterview med Social og Sundhedsdirektør, Erling S. Pedersen, og Sundhedschef, Kirsten Enevoldsen Myrup, i Staben Social og Sundhed i Varde Kommune (Lydfil findes i Bilag 1).

hvis formål er at skabe overblik over aktuelle indsatsområder, målgrupper, og mål i 25 kommuners sundhedspolitik, fremgår det desuden, at flere kommuner ytrer ønske om en mere effektiv og forbedret sundhedsprofil (31).

På sigt er ambitionen, at et sådant måleinstrument indikerer en retning, hvormed kommunen opnår de mest effektive forbedringer i folkesundheden. Dermed opnås et navigationsværktøj, som kan styrke den sundhedsfaglige og politiske legitimitet med henblik på at underbygge kommunens prioriteter i det brede og ressourcerævende forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Nationalt ser Varde Kommune ifølge informantinterviewet yderligere en fordel ved opnåelse af et sammenligneligt måleinstrument, da det åbner muligheden for en øget erfaringsudveksling og vil give konkurrence på tværs af landets kommuner indenfor sundhedsområdet.

Opsummerende efterspørger Varde Kommune dermed et sundhedsbarometer, som til deres kommende arbejde kan fungere som:

- Et enkelt monitoreringsredskab, der med én enkelt værdi løbende angiver borgernes aktuelle sundhedsstatus
- Et simpelt og dermed motiverende politisk dialogværktøj
- Et prioriteringsredskab i et oplevet spindelvæv af indsatsområder
- Et sammenligneligt måleinstrument kommunerne imellem

Med udgangspunkt i beskrivelsen af problematikken omkring monitoreringen af det brede sundhedsbegreb, de danske kommuners aktuelle forpligtigelser, og de konkrete udfordringer, som opleves i Varde Kommune, fremstilles i det følgende specialets formål. Beskrivelsen af ovenstående specifikke problematik i Varde Kommunes udgør genstandsfeltet for udarbejdelse af specialet.

2.5 Formål

Jeg ønsker ved en litteraturgennemgang af relevante sundhedsprofiler samt af mål og strategier for sundheden i Danmark, vestlige lande og mellemstatlige organisationer at kortlægge specifikke indikatorer for den generelle sundhed i en dansk befolkning. De indikatorer, som vurderes afgørende og nødvendige for enkelt og pålideligt at beskrive og værdisætte borgernes sundhed og trivsel, udvælges og overføres til konteksten i Varde kommune. Specialets overordnede formål er dermed at danne et videnskabeligt fundament for den videre udvikling af Vardes kommunalpolitiske redskab "Sundhedsbarometeret".

2.6 Problemformulering

Med baggrund i ovenstående sigter specialet dermed at undersøge følgende problemformulering:

Ud fra et systematisk litteraturstudie undersøges med hvilke indikatorer sundhed måles, og hvordan denne viden kan anvendes i en dansk kommunal kontekst (Varde Kommune) til at kvalificere og prioritere indikatorer for borgernes sundhed i fremtiden?

2.6.1 Underspørgsmål

Specialet vil således tilstræbe at besvare følgende tre underspørgsmål, som vil fungere strukturerende for specialet:

- 1) Hvad påvirker individets og dermed befolkningens sundhed og trivsel, og hvad er mest afgørende for et sundt liv?
- 2) Hvilke indikatorer bør prioriteres, hvis man ønsker et monitoreringsredskab, som giver et præcist billede af folkesundheden i Varde kommune i fremtiden?
- 3) Hvordan kan Varde Kommune i fremtiden prioritere deres sundhedsindsats?

2.6.2 Specialets disposition

I følgende skematisk fremstilling gives en oversigt over specialets overordnede opbygning fra problemformuleringen til konklusionen, og dermed videregives et overblik og fornemmelsen for processen i specialet.



Figur 2: Skematisk oversigt over specialets disposition fra problemformulering til konklusion

3 Metode

Specialets problemformulering og baggrunden for denne har afgørende betydning for de metodologiske overvejelser og valg. Metodologien er bestemmende for, hvordan der opnås viden til besvarelsen af specialets problemformulering. Derfor fremstilles i følgende afsnit specialets forståelsesramme og opfattelse af sundhedsbegrebet. Desuden beskrives kort den indsamlede baggrundsempiri samt metoden til indsamling af empiri til det systematiske litteraturstudie - herunder søgekriterier, søgestrategi samt en detaljeret fremstilling af de enkelte søgninger. Sidst beskrives søgeresultatet og den udvælgelsesproces, hvormed specialets empiri fastlægges.

3.1 Specialets forståelsesramme og sundhedsopfattelser

Herunder beskrives, hvordan der i specialet reflekteres over metodologien, og ud fra hvilket paradigme problemformuleringen søges besvaret.

Folkesundhedens årsagssammenhænge er karakteriseret ved en kompleks debat og konstant forandring, som gør det vanskeligt at fastsætte, hvilke indflydelseskilder, der har størst indflydelse på individets sundhed og folkesundheden generelt (32). Jævnfør specialets introduktion til det brede sundhedsbegreb, består og udvikles sundhed i et kompliceret samspil mellem biologiske, psykologiske, sociale sammenhænge (33). Det biologiske niveau rummer individets genetik, og måden, hvorpå kroppen fysiologisk fungerer. Dernæst handler det psykologiske niveau om individets reaktion på hændelser gennem livet, og individets samspil med omgivelserne. Endelig inddrages det sociale niveau, hvor individet er en del af sociale netværk og strukturer, som har betydning for, hvad den enkelte udsættes for og den enkeltes handlemuligheder (33). Specialet tager derfor udgangspunkt i det interdisciplinære biopsykosociale paradigme, som rummer en holistisk opfattelse af, hvad der er betydningsfuldt for sundhed og trivsel. Paradigmet anskuer ikke kun sundhedsvidenskaben ud fra det klassiske biomedicinske paradigme, hvor sundhed defineres ud fra kausale årsagssammenhænge og fraværet af sygdom eller ej. Heri dominerer en kvantificering og mekanisering af mennesket sundhed til fysiske symptomer og medicinske diagnoser. Sundheden anskues i stedet som værende foranderlig og afhængig af en lang række faktorer i og omkring individet (5).

3.2 Dataindsamlingsmetode

Til at besvare problemformuleringen udføres et litteraturstudie. Et litteraturstudie er *"a written summary of articles, books, and other documents that describes the past and current state of knowledge about the topic"* (34,s.38).

Litteraturstudiet bidrager til klarlægning af den nuværende viden indenfor specialets emne vedrørende monitorering af sundhed. Det skaber mulighed for at basere egen forskning i en større kontekstuel videnssammenhæng. Hermed skabes muligheden for at bygge ovenpå den viden, som allerede er bevist betydningsfuld. Litteraturstudiet kan synliggøre udforskede områder, samt påvise modstridende fund i litteraturen (34). Denne metode til indsamling af data er derfor hensigtsmæssig, da der ønskes en klarlægning af, hvordan og med hvilke indikatorer sundhed måles, og videre hvordan den allerede eksisterende viden om dette emne kan overføres til en kommunal kontekst.

3.2.1 Baggrundsempiri

Indledende udførtes enkelte formøder med relevante personer i Staben Social og Sundhed i Varde Kommune. Ved møderne blev tanker, som afdelingen har gjort sig om behovet for et sundhedsbarometer drøftet. Som opfølgning på disse møder udførtes et informantinterview med social og sundhedsdirektør, Erling S. Pedersen, og sundhedschef,

Kirsten Enevoldsen Myrup (som beskrevet indledningsvist i afsnit 2.4). Informantinterviewet er relevant at bruge, da det giver et betydningsfuldt førstehåndskendskab til den problematik og det behov, som udforskes i specialet (35).

3.3 Søgeafgrænsninger

Alle søgninger i specialet er underlagt følgende inklusions- og eksklusionskriterier. Kriterierne afgrænser søgningen i litteraturstudiet således, at der inddrages relevant materiale til besvarelsen af specialets problemformulering.

Søgeafgrænsningerne er for overskuelighedens skyld inddelt under temaerne *indhold*, *videnskabelighed*, *tidsrum* samt *geografi og sprog*.

Indhold

- Det holistiske perspektiv på sundhed bevirker, at specialets søgning inkluderer materiale med et perspektiv på sundhedsmonitorering som synonym med monitorering af "det gode liv" og menneskelig lykke.
- Materiale som er sygdoms- (cancer, depression etc.) eller indikatorspecifikt (overvægt, sociale relationer, mental sundhed etc.) ekskluderes, da der ønskes materiale til en samlet analyse af indikatorer, som har indflydelse på den generelle folkesundhed.
- Materiale, som udelukkende omhandler monitorering af den patientrettede forebyggelse samt hospitalsvæsenets funktion, ekskluderes, da det ifølge Sundhedsloven (28) er placeret udenfor kommunernes primære ansvarsområde.

Videnskabelighed

- Der inkluderes kun videnskabelige artikler med tilgængelige abstracts og/eller fuldttekst for at kunne vurdere artiklens relevans.
- Der inddrages kun officielt materiale udarbejdet af eller i samarbejde med statslige institutioner, universiteter eller mellemstatlige organisationer for at sikre høj kvalitet af det indsamlede materiale.

Tidsrum

- Kun videnskabelige artikler publiceret i tidsrummet 2003-2013 inkluderes, da det vurderes, at materiale, som er ældre end 10 år, er irrelevant i forhold til den nuværende folkesundhedsdebat.
- Publicerede rapporter vedrørende nationale og lokale sundhedsprofiler samt sundhedspolitiske mål og strategier fra tidligere end 2008 ekskluderes, da en løbende udvikling og hyppig udgivelse af disse rapporter stiller høje krav til aktualiteten.

Geografi og sprog

- Der inddrages i søgningen dansk-, svensk-, norsk- og engelsksproget litteratur, da den sproglige forståelse er essentiel for videre bearbejdelse af empirien.
- Der søges kun litteratur udgivet fra vestlige lande med henblik på at inkludere så sammenlignelige sundhedsudfordringer som i den danske befolkning. Grundet specialets omfang og kriteriet om betydningen af den sproglige forståelse af materialet afgrænses søgningen til at omfatte følgende syv lande: Danmark, Sverige, Norge, England, USA, Canada og Australien.

- Foruden de syv udvalgte lande inkluderes materiale fra følgende fire internationale mellemstatslige organisationer: Verdenssundhedsorganisationen (WHO) i Europa, Organisationen for økonomisk samarbejde og udvikling (OECD), den Europæiske Union (EU) samt Forenede Nationer (FN). De udvalgte mellemstatslige organisationer er fremkommet ved gennemgang af Syddansk Universitets biblioteks relevante sundhedsvidenskabelige fagportaler samt gennem kædesøgning fra øvrige publikationer. De mellemstatslige organisationer vurderes at have væsentlig indflydelse på udviklingen i monitorering af folkesundheden i den vestlige verden.

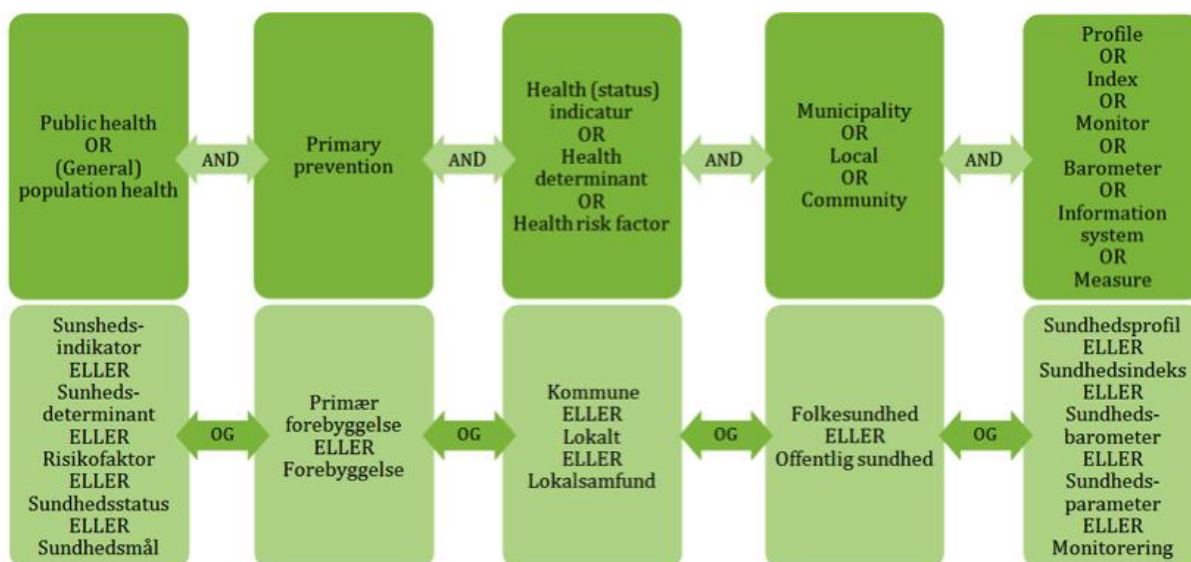
I databasesøgningen opsættes "limits" ud fra ovenstående kriterier. Funktionen anvendes kun, hvor det findes muligt og relevant at afgrænse søgningen. Yderligere specifikationer angående anvendelsen af "limits" fremstilles i afsnit 3.5.

3.4 Søgestrategi

Søgestrategien er opdelt i to sideløbende strategier for at sikre, at al materiale, som har relevans for besvarelsen af problemformuleringen, inkluderes. Der foretager derfor 1) en databasesøgning efter relevante videnskabelige artikler samt 2) en søgning rettet mod væsentlige rapporter udgivet af statslige institutioner og universiteter i de udvalgte vestlige lande samt af de udvalgte mellemstatslige organisationer. Søgestrategierne uddybes enkeltvis i følgende afsnit.

3.4.1 Databasesøgning

Søgetermerne er udvalgt ved en analyse af de aspekter, som problemformuleringen rummer, for at klarlægge dets begrebsbestanddele (36). Herefter opsættes synonymer for hvert aspekt i blokke (Figur 3). Med disse blokke udføres en bloksøgning, som er en metode, der handler om at samle og kombinere relevante søgetermer. Metoden er hensigtsmæssig ved mere komplekse problemstillinger. Søgetermer og blokke sammenkædes med booleske operatører AND og OR (37). Disse hjælper med at præcisere søgningen og indhente artikler, der er relevante for problemstillingen. Ikke alle bokse anvendes i samtlige søgninger, men søgningerne baseres på sammensætningerne af søgetermerne, som boksene illustrerer. Nedenfor ses de grundlæggende søgetermer og de kombinationer, som anvendes i søgningen. Tilsvarende er udvalgt danske søgetermer.



Figur 3: Grundlæggende søgetermer på engelsk og dansk samt kombinationer af søgetermer

I databasesøgningen anvendes kontrollerede emneord², som udvælges omhyggeligt, således at det fremkomne materiale er så tæt på det ønskede emne som muligt. Brugen af emneord findes og tilpasses den enkelte database. Desuden anvendes trunkeringerne "*" og "?" i enkelte tilfælde før og efter udvalgte søgetermer for dermed at inkludere alle grammatiske bøjninger af den anvendte søgeterm.

Søgningen foretages i fem databaser: *PubMed*, *Web of Science*, *Scopus*, *Sociological Abstracts*, *bibliotek.dk* samt tidsskriftet *Annual Review of Public Health*. Databaserne er vurderet relevante for specialets søgning efter materiale, der omhandler indikatorer, som har indflydelse på befolkningens generelle sundheds og trivsel, samt for en undersøgelse af hvilke indikatorer, der bør prioriteres i fremtidens monitorering af sundheden. I Bilag 2 fremgår en kort beskrivelse af de enkelte databaser og deres relevans.

3.4.2 Søgestrategi i statslige institutioner og mellemstatslige organisationer

Det er af afgørende betydning for besvarelsen af specialets problemformulering at følgende statslige institutioner og mellemstatslige organisationer inkluderes i søgestrategien med henblik på at frembringe relevante rapporter.

Langt fra alle internetsider er valide og er derfor ikke inkluderet i et litteraturstudiet. Der er dog også megen værdifuld information at finde på internettet. Her tænkes f.eks. på information fra statslige og regionale hjemmesider (36) "*Information from governmental sources (...) would be appropriate for a literature review*" (34,s.41). Nedenstående statslige institutioner, universiteter og mellemstatlige organisationer er vurderet som værende værdifulde og valide kilder, og følgende er inkluderet i specialets litteratursøgning:

Danmark

- Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

² Kontrollerede emneord er en organiseret liste af godkendte søgetermer som i den enkelte database bruges til at kontrollere, at man benytter et korrekt søgeord og gøre søgningen mere specifik (38).

- Sundhedsstyrelsen
- Kommunernes Landsforening
- Region Syddanmark (samt de fire øvrige regioner)

Vestlige lande

- Statens Folkhälsoinstitut og Socialstyrelsen, Sverige
- Folkehelseinstituttet, Norge
- Department of Health, England
- National Institute of Health and Clinical Excellence, England
- Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government
- Australian Centre on Quality of Life, Deakin University
- Public Health Agency of Canada
- Health Council of Canada
- Statistics Canada, Government of Canada
- National Institute of Health (NIH), USA
- US Department of Health and Human Services, USA
- Center for Disease Control and Prevention, USA

Mellemstatslige organisationer

- Verdenssundhedsorganisationen i Europa
- Organisationen for økonomisk samarbejde og udvikling
- Europæiske Union (EU), Europakommissionen: Health and Consumers, Public Health
- Forenede Nationer

På baggrund af beskrivelsen af de to sideløbende søgestrategier beskrives nedenfor den udførte søgning i henhold til de to strategier.

3.5 Beskrivelse af søgning

Herunder fremstilles og beskrives søgningen i relation til den indledende søgning, databasesøgningen, og endelig beskrives søgningen i de udvalgte statslige institutioner og mellemstatslige organisationer.

3.5.1 Manuel søgning

Indledende udførtes brede fritekstsøgninger på dansk i *bibliotek.dk*. Databasen giver oversigt over, hvad der er udgivet i Danmark, og hvad der findes på danske offentlige folke- og forskningsbiblioteker (39). Ligeledes anvendtes indledende *GoogleScholar* til søgninger på dansk og engelsk – primært som *citationsøgning* ud fra allerede kendt litteratur.

3.5.2 Kædesøgning

Yderligere suppleres den indledende søgningen med en gennemgang af referencelisten af i forvejen kendt materiale.

Ved søgning i PubMed og Web of Science udvides kædesøgningen i enkelte tilfælde til at inkludere databasens foreslåede relaterede artikler. Ved kædesøgningen blev der fundet i alt 7 relevante overskrifter.

3.5.3 Databasesøgning

De udvalgte databaser gennemgås primært med det formål at frembringe relevant litteratur til analyse af specialets problemstilling. Sideløbende rettes opmærksomheden mod litteratur, som findes relevant i diskussionen af specialets problemformulering.

3.5.3.1 Søgning i databasen PubMed

I Pubmed udføres fire søgninger. De søgetermer, som findes som kontrollerede emneord, kombineres med fritekstsøgning af de resterende søgetermer. Generelt gav søgningen meget irrelevant materiale. Derfor forsøges flere forskellige kombinationer af kontrollerede emneord og fritekstsøgning.

	Søgeord og kombinationer	Limits	Antal hits	Anvendelighed
1. søgning	#1: Health status indicators (MeSH) #2: Municipal* #3: Primary prevention (MeSH) #4: #1 AND #2 #5: #1 AND #2 AND #3	Abstract og full-text tilgængelig. Seneste 10 år. Sprog: Engelsk, dansk, norsk, svensk.	#1 = 96.033 #2 = 25.463 #3 = 950 #4 = 15.908 #5 = 7	Efter gennemlæsning af 300 overskrifter ved #4 og #5 findes få relevante artikler
2. søgning	#1: Health Status Indicators [MeSH] AND Public Health [MeSH] AND municipal*	Abstract og full-text tilgængelig. Seneste 10 år. Sprog: Engelsk, dansk, norsk, svensk.	#1 = 15	Ingen relevante artikler. Flere gengangere fra 1. søgning.
3. søgning	#1 Health policy AND health status indicator (MeSH)	Abstract og full-text tilgængelig. Seneste 10 år. Sprog: Engelsk, dansk, norsk, svensk.	#1 = 0	
4. søgning	#1: Primary Prevention [Mesh] AND health profile AND public health (MeSH)	Abstract og full-text tilgængelig. Seneste 10 år. Sprog: Engelsk, dansk, norsk, svensk.	#1 = 42	Ingen relevante artikler.

3.5.3.2 Søgning i databasen Web of Science

I Web of Science udføres fem søgninger. Søgetermer kombineres som emne-ord i de første søgninger. I femte søgning anvendes titel-ord i søgningen for at præcisere søgningen og minimere irrelevant materiale.

	Søgeord og kombinationer	Limits	Antal hits	Anvendelighed
1. søgning	#1: Health status indicator #2: #1 AND primary prevention #3: #1 AND municipal* AND #2	Sprog: Engelsk, dansk, svensk, norsk Seneste 10 år Dokument type: Artikel og review	#1 = 4.590 #2 = 83 #3 = 2	Ingen relevante artikler.
2. søgning	#1: Topic=(public health) AND Topic=(health profil*) OR Topic=(health information system*) AND Topic=(primary prevention) AND Topic=(municipality) AND Topic=(health policy) #2: Topic=(public health) AND Title=(health profil*) OR Topic=(health information system*) AND Topic=(primary prevention) AND Topic=(municipality) AND Topic=(health policy)	Sprog: Engelsk, dansk, svensk, norsk Seneste 10 år Dokument type: Artikel og review	# = 2665 #2 = 56	I søgning #2 findes enkelte interessante overskifter (medførte kædesøgning).
3. Søgning	#1: Topic=(public health) AND Topic=(risk factor) #2: Topic=(public health) AND Topic=(prevention) AND Topic=(health indicator) #3: Topic=(public health) AND Topic=(prevention) AND Title=(health indicator)	Sprog: Engelsk, dansk, svensk, norsk Seneste 10 år Dokument type: Artikel og review	#1: 12.614 #2: 355 #3: 14	Ingen relevante artikler
4. søgning	#1: Topic=(public health) AND Topic=(health status indicator) AND Topic=(municipal*) AND Topic=(monitor*) #2: Topic=(public health) AND Topic=(health indicator*) AND Topic=(monitor*)	Sprog: Engelsk, dansk, svensk, norsk Seneste 10 år Dokument type: Artikel og review	#1= 2 #2=98	Søgning #2 gav enkelte interessante resultater
5. søgning	#1: Title=(general population health) AND Title=(measure) AND Topic=(health status indicator) OR Title=(local) AND Title=(profile*) #2: Topic=(public health) AND Title=(health indicator*) AND Topic=(monitor*) #1:Title=(population health) AND Topic=(monitor*) AND Topic=(health risk factor)	Sprog: Engelsk, dansk, svensk, norsk Seneste 10 år Dokument type: Artikel og review	#1= 165 #2= 37 #3= 43	Ingen relevante artikler

3.5.3.3 Søgning i Scopus

I Scopus foretages to søgninger. Søgningerne foretages som fritekstsøgning i titel, abstract og keywords for at brede søgningen ud og finde relevant materiale, som ikke fremkom i de øvrige databaser.

	Søgeord og kombinationer	Limits	Antal hits	Anvendelighed
1. søgning	#1: health status indicator* #2: #1 AND public health #3: #1 AND #2 AND prevention #4: #1 AND #2 AND primary prevention	Udgivet efter år 2003 Materialer: Artikler, review	#1 = 19.698 #2 = 2614 #3 = 254 #4 = 54	Ingen relevante artikler
2. søgning	#1: general population health profile AND local	Udgivet efter år 2003 Materialer: Artikler, review	#1 = 65	Ingen relevante artikler

3.5.3.4 Søgning i databasen Sociological Abstracts

I databasen Sociological Abstracts udføres tre søgninger. I databasen findes og benyttes kontrollerede emneord benævnt "SU.EXACT" i de enkelte søgninger for at sikre den mest præcise søgning.

	Søgeord og kombinationer	Limits	Antal hits	Anvendelighed
1. søgning	#1: SU.EXACT("Public Health") AND SU.EXACT("Risk Factors") OR SU.EXACT("Prevention") OR SU.EXACT("Measures Instruments")	Seneste 10 år Peer reviewed Dokument type: Journal articles Sprog: Engelsk	#1=1065	Ingen relevante efter gennemlæsning af 100 overskrifter.
2. søgning	#1: SU.EXACT("Public Health") AND SU.EXACT("Risk Factors") OR SU.EXACT("Prevention") AND SU.EXACT("Measures Instruments")	Seneste 10 år Peer reviewed Dokument type: Journal articles Sprog: Engelsk	#1=0	
3. søgning	#1: SU.EXACT("Public Health") AND health determinant	Seneste 10 år Peer reviewed Dokument type: Journal articles Sprog: Engelsk	#1=175	Flere relevante overskrifter og gentagelser fra tidligere søgninger i øvrige databaser.

3.5.3.5 Søgning i tidsskriftet Annual Review of Public Health

Tidsskriftet er en del af PubMed, men da søgningerne i PubMed ofte medfører en stor mængde irrelevant sygdoms- eller domænespecifikt materiale (eksempelvis i relation til miljø, vacciner eller kvinder) foretages en direkte søgning i tidsskriftet. I tidsskriftet udføres fire søgninger i hele artiklens tekst, abstract og i titlen.

	Søgeord og kombinationer	Limits	Antal hits	Anvendelighed
1. søgning	#1: Health indicator (All Fields) #2: Health Indicator (Article Title)	2003-2013	#1=936 #2=2	Enkelte relevante overskrifter.
2. søgning	#1: Public Health Monitoring (All Fields) #2: Public Indicator (Article Title)	2003-2013	#1=458 #2= 0	En relevant overskrift
3. søgning	#1: Health status indicator (All Field) AND municipality (All Field)	2003-2013	#1=19	Få interessante overskrifter men gentagelser fra #1 og #2 søgning.
4. søgning	#1: health profile (Abstract) OR health measures (Abstract)	2003-2013	#1=73	Flere relevante overskrifter men gentagelser fra 1.-3. søgning.

3.5.3.6 Søgning i bibliotek.dk

Søgningen i databasen bibliotek.dk skaber et stort indblik i dansk publiceret materiale. I databasen findes primært relevante rapporter, som dannede baggrund for en videre kædesøgning.

	Søgeord og kombinationer	Limits	Antal hits	Anvendelighed
1. søgning	#1: Sundhedsprofil (fritekst) #2: Sundhedsindikatorer (fritekst)	Udgivet fra år 2003 Sprog: Engelsk, dansk, norsk, svensk Materialer: Bøger, aviser, artikler	#1 = 72 #2 = 3	Flere relevante rapporter. Medførte kædesøgning.
2. søgning	#1: Kommune (fritekst) OG sundhedsprofil? (fritekst)	Udgivet fra år 2003 Sprog: Engelsk, dansk, norsk, svensk Materialer: Bøger, aviser, artikler	#1= 13	Flere relevante rapporter. Medførte kædesøgning.

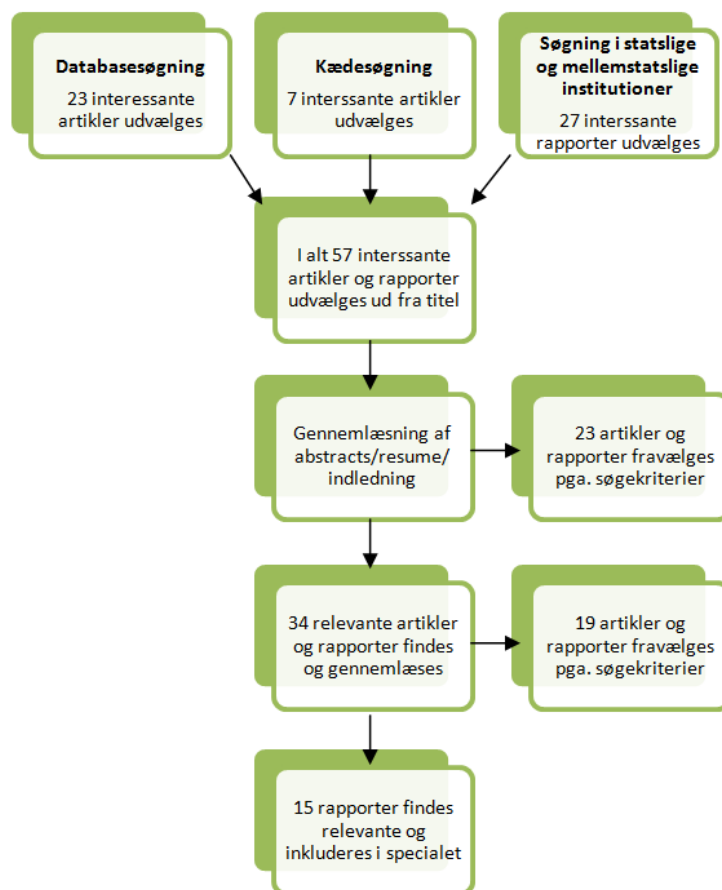
Således er det beskrevet, hvordan de enkelte søgninger er foretaget i de udvalgte databaser og i et enkelt tidsskrift. I det følgende afsnit beskrives søgningen rettet mod at finde relevante rapporter.

3.5.4 Søgning i udvalgte statslige institutioner og mellemstatlige organisationer

Samtlige udvalgte statslige institutioner og mellemstatlige organisationer gennemses med henblik på, at finde relevante sundhedsprofiler eller sundhedspolitiske mål og strategier, som kan danne grundlag for at undersøge, hvordan og med hvilke indikatorer sundhed og trivsel måles. Søgningen udføres således, at de statslige institutioner og mellemstatslige organisationernes internetsider gennemgås omhyggeligt for information og publikationer, som er relevante til besvarelsen af specialets problemformulering. I enkelte tilfælde foretages søgninger ved hjælp af internetsidernes interne søgefunktion. Der findes meget store mængder viden relateret til de udvalgte statslige institutioner og mellemstatlige organisationer. Der findes flere relevante sundhedsprofiler samt sundhedspolitiske mål og strategier. Det vurderes relevant at inkludere begge typer rapporter, da de begge siger noget om, hvilke indikatorer, som er betydningsfulde for sundhed og trivsel.

3.6 Udvalgelsesproces og søgeresultat

Gennem databasesøgningen findes flere artikler med en relevant titel. Flere artikler gentages dog i den enkelte søgning, og i databasesøgningen findes 23 relevante artikler ud fra deres titel. Ud fra de relevante artikler og i forvejen kendt materiale findes ved kædesøgning syv relevante artikler og rapporter ud fra deres titel. Endelig findes i søgningen relateret til de statslige institutioner og mellemstatlige organisationer 27 umiddelbart interessante rapporter. Således findes i alt 57 relevante artikler og rapporter, hvor hhv. abstract og indledning gennemlæses. Heraf udelukkes 23 artikler og rapporter på grund af søgekriterier og det resterende materiale gennemlæses. Herefter udelukkes 19 artikler og rapporter på grund af søgekriterier. Søgningen ender dermed med 15 rapporter til den videre litteraturanalyse. Endelig identificeres enkelte artikler, som findes relevante at inddrage i specialets diskussion. I Figur 4 nedenfor illustreres udvalgelsesprocessen.



Figur 4: Udvælgelsesproces af relevante artikler og rapporter

Der identificeres ingen videnskabelige artikler i databasesøgningen, som er relevante at inddrage i analysen af specialets problemstilling, da de som oftest omhandler specifikke sygdomme eller domæner, som er et eksklusionskriterium. Søgning efter videnskabelige artikler omhandlende en beskrivelse eller vurdering af sundhedsindikatorer, som tilsammen skildrer generel sundhed og trivsel i en befolkning, gav derfor ingen relevante artikler. Manglen på eksisterende videnskabelige artikler underbygger behovet for specialets undersøgelse.

Der findes i alt 27 rapporter ved søgning i de udvalgte statslige institutioner og mellemstatslige organisationer. Der udvælges i alt 15 rapporter omhandlende sundhedsprofiler samt sundhedspolitiske mål og strategier. De ekskluderede rapporter udgøres af bl.a. fire af i alt fem regionale sundhedsprofiler fra henholdsvis Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden. Årsagen til, at fire af disse udelukkes, er, at regionernes sundhedsprofiler i det væsentligste er identiske, da de består af 52 kernespørgsmål, som indgår i *Den nationale sundhedsprofil*. Region Syddanmark er derfor udvalgt som eneste region, da den repræsenterer regionen, hvori Varde Kommune er beliggende. De resterende udelukkede rapporter skyldes hovedsageligt, at der ikke findes tilstrækkelig baggrundsinformation om rapporternes inkluderede indikatorer.

I det følgende ses de 15 identificerede rapporter, som inkluderes i litteraturstudiet, opdelt i tre kategorier *Danmark*, *Vestlige lande* og *mellemstatlige organisationer*:

Danmark

1. Sundhedsstyrelsen (2011). Den nationale sundhedsprofil 2010 – *Hvordan har du det?* (40)
2. Region Syddanmark (2011). *Hvordan har du det? – trivsel, sundhed og sygdom bland voksne i Region Syddanmark 2010* (41)
3. Region Syddanmark (2012). *Det Gode Liv-Indeks* (42)

Vestlige lande

4. Statens folkhälsoinstitut (2013). *Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor. Sverige* (43)
5. Folkehelseinstituttet (2013). *Folkehelseprofil 2013, KommuneHelse Oslo. Norge* (44)
6. Department of Health (2012). *The Public Health Outcome Framework for England, 2013-2016: Healthy Lives, Healthy People: Improving Outcomes and supporting transparency. England* (13)
7. Australian Unity and Deakin University (2010). *Australian Centre on Quality of Life: Australian Unity Wellbeing Index. Australien* (45)
8. Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government (2012). *Australia's Health 2012. Australien* (46)
9. University of Waterloo (2012). *Canadian Index of Wellbeing Report - How are Canadians really doing? Canada* (47)
10. US Department of Health and Human Services (2010). *Healthy People 2020. USA* (48)

Mellemstatslige organisationer

11. The National Public Health Institute and European Union (EU) (2008). *European Health*(11)
12. World Health Organisation (WHO), Regional Office for Europe (2012). *Health 2020: Policy Framework and Strategy* (32)
13. OECD (2011). *How's Life?- Measuring wellbeing* (15)
14. OECD (2012). *Health at Glance* (49)
15. The Earth Institute, Columbia University (2012). *World Happiness Report* (50) (Bemyndiget af FN)

3.7 Beskrivelse af udvalgt materiale

I et systematisk litteraturstudie er det vigtigt, at materialet er kvalitetsbedømt (51). Alle rapporter, som inkluderes i specialet, er udgivet af eller i samarbejde med anerkendte statslige institutioner eller mellemstatslige organisationer, hvilket vurderes at forudsætte et tilfredsstillende niveau af den bagvedliggende evidens og videnskabelighed. De udvalgte rapporter, herunder *sundhedsprofiler* samt *sundhedspolitiske mål og strategier*, siger alle noget om hvilke forhold, der har indflydelse på individets sundhed og trivsel. I det følgende gives en kort beskrivelse af det udvalgte materiale. Materialet beskrives i ovenstående præsenterede rækkefølge.

De inkluderede rapporter har i forskelligt omfang fokus på enten sundheds- og/eller trivselsaspektet, som begge er en del af det brede sundhedsbegreb.

Danmark

Den nationale sundhedsprofil er udgivet af SST i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed.

Sundhedsprofilens formål er at måle den voksne befolknings sundhed, trivsel og sygdom. Det er den største undersøgelse af befolkningens sundhed i Danmark nogensinde. 177.639 tilfældigt udvalgte borgere fra 16 år og derover med bopæl i Danmark besvarede spørgeskemaet. Svarprocenten var dermed 59,5 procent (40).

”Hvordan har du det? – trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2010 ” er udarbejdet af Region Syddanmark som en del af ovenstående nationale sundhedsprofil. Formålet er at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed i den voksne befolkning i Region Syddanmark. Sundhedsprofilen omhandler borgernes selvvaluerede helbred, sundhedsvaner og motivation for sundhedsfremme. I Region Syddanmark er der 1,2 mio. indbyggere, hvoraf 56.300 er udvalgt til undersøgelsen. Der opnås besvarelser fra 36.396 borgere (41).

Det Gode Liv-indeks er i 2012 udviklet af Region Syddanmark i samarbejde med Aalborg Universitet som et nødvendigt supplement til mere traditionelle økonomiske vækstmål. Formålet er at følge udviklingen i borgernes livskvalitet i regionen. Indekset består af fem parametre med tilsammen 45 individ- og samfundsindikatorer, som giver et billede af det gode liv. Studiepopulationen består af 1.000 borgere i Regions Syddanmark (42). Der findes en begrænset baggrundsinformation om indekset, men det er alligevel medtaget i litteraturstudiet, da det udgør et nyt politisk redskab omhandlende væksten i det gode liv i Syddanmark. Indekset er verdens første regionale lykkemåling, og er inspireret andre landes lykke-målinger (blandt andet *The Australian Unity Wellbeing Index*, som er inkluderet i specialet) (52).

Vestlige lande

Sundhedsprofilen Hälsa på lika villkor udarbejdes årligt siden 2004 af Sveriges Statistik for Statens Folkhälsoinstitut i Sverige. Formålet er at følge udviklingen i befolkningens sundhed og ulighed i sundhed, som opfølgning på den nationale folkesundhedspolitik. Studiepopulationen består af kohorte på 20.000 tilfældigt udvalgte personer i alderen 16-84 år (svarprocent 57-61 procent) (43). I specialet anvendes rapporten ”*Syfte och bakgrund till frågorna i nationelle folkhälsoenkäten*”, da den beskriver baggrunden for de udvalgte indikatorer (53).

Sundhedsprofilen Folkehelseprofil 2013 foretages af KommuneHelse Statistikkbanken for Folkehelseinstituttet i Norge. Formålet med sundhedsprofilen er at beskrive sundheden blandt borgerne. Sundhedsprofilerne skal bidrage til udarbejdelsen af kommunale planer for bedre folkesundhed. Folkesundhedsprofilerne udgives årligt som særskilte rapporter for hver kommune. I specialet anvendes den tilknyttede statistikbank, hvor indikatorerne beskrives (44).

Department of Health i England ønsker med Public Health Outcome Framework, som består af tre delrapporter, at introducere den overordnede vision for folkesundheden i England, de ønskværdige udkom, og endelig de indikatorer, som hjælper til en forståelse af, hvordan vi forbedrer og tager vare på sundheden. Visionen for det engelske sundhedsministerium er at beskytte nationens sundhed og trivsel samt at reducere ulighed i sundhed (13).

The Australian Unity Wellbeing Index er et fælles projekt mellem Australian Unity³ og Australian Center for Quality of Life, Deakin University. Undersøgelsen er Australiens mest regelmæssige og omfattende mål for borgernes trivsel. Formålet med undersøgelsen er at fremsætte et videnskabeligt og dækkende mål for selvvurderet personlig og national trivsel relateret til forskellige aspekter som blandt andet sociale relationer, sundhed og levestandard. Der interviewes to gange årligt 2.000 nye australske borgere. I hvert rapport er tillægsspørgsmål omhandlende et specifikt emne - f.eks. ægteskabets indflydelse på trivsel (45, 55).

Undersøgelsen Australia's Health 2012 udføres hvert 2. år af Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government. Undersøgelsen er den største og mest omfattende sundhedsundersøgelse i Australien. Undersøgelsens formål er at indsamle data fra hele Australien om sundhed, herunder sundhedsstatus, risikofaktorer og socioøkonomiske forhold. Rapporten bygger på data indhentet fra adskillige databaser f.eks. Australian Cancer Database (46).

Trivselsindekset Canadian Index of Wellbeing Report - How are Canadians really doing? er udarbejdet af University of Waterloo i samarbejde med Statistics Canada, hvorfra data er indhentet. Canadas trivselsindeks giver et omfattende billede af canadiernes trivsel inkluderende social forhold, sundhed, økonomi og miljøfaktorer, som alle bidrager til individets livskvalitet. Et redskab, som skal sikre, at fremtidens beslutninger er evidensbaserede, ligeværdige og bæredygtige (47).

Healthy People 2020 er 42 videnskabelige nationale målsætninger, som skal guide sundhedsfremme og forebyggelse i USA. Målsætninger er udarbejdet af U.S. Department of Health and Human Services. Formålet er at fremme sundhed, forebygge sygdom og invaliditet, fjerne ulighed samt øge livskvaliteten hos den samlede amerikanske befolkning. Baggrundsviden om de nationale målsætninger er indhentet fra den tilknyttede online-database *HealthyPeople.gov* (48).

Mellemstatlige organisationer

Den Europæiske Union (EU) har i samarbejde med National Public Health Institute udarbejdet European Community Health Indicators (ECHI), hvis formål er at fremstille den kortest mulige liste af indikatorer, som giver et hensigtsmæssigt og troværdigt overblik over sundheden og sundhedssystemer på tværs af Europa. Visionen er et fælles brugbart og politisk relevant monitoreringssystem, som allerede er en del af regelmæssige internationale datasamlinger (11). ECHI fungerer ofte som inspiration for øvrige monitoreringssystemer som f.eks. i OECD's Health at Glance, der også er inkluderet i specialet.

WHO Regional Office for Europe fremsætter i 2012 Health 2020: Policy Framework and Strategy. Politikken og strategien udgør WHO's europæiske sundhedspolitiske ramme. Formålet er at støtte sundhedsindsatsen på tværs af regeringer og samfund til at forbedre sundhed og trivsel, reducere ulighed, styrke folkesundheden samt sikre universel og lige adgang til borgerrettede sundhedsydelser af høj kvalitet (32). De seks politiske målsætninger i Health 2020 er meget brede, så der tages i specialet udgangspunkt i en ekspertgruppes (nedsat af WHO Europe) forslag til

³ Australian Unity er en national privat sundhedsforsikrings-, investerings- og pensionsbaseret selskabet, som udbyder tjenester til mere end en halv million australiere. Selskabet har i de seneste ti år samarbejdet med Deakin University om Australian Unity Wellbeing (54)

indikatorer, der med fordel kan anvendes til monitorering af målsætningerne (56). Politikken er evidensbaseret og peer-reviewed (57).

OECD's How's Life? - Measuring wellbeing fra 2011 er første forsøg på at fremstille et sammenligneligt og omfattende sæt indikatorer, som måler befolkningens trivsel i OECD landene. Rapporten har til formål at imødekomme behovet for bedre information om trivsel samt at opnå et mere præcist billede af det samfundsmæssige fremskridt til politiske beslutningstagere. Indikatorerne leverer data til online-redskabet *Your Better Life Index*, hvor 34 OECD-lande performer på 11 indikatorer, som tilsammen skaber et godt liv (15).

OECD Health at Glance fra 2012 er den anden udgivelse af monitoreringen af indikatorer for sundhed og sundhedssystemer på tværs 35 vestlige lande. Formålet med rapporten er, at præsentere data af høj kvalitet, som kan fungere som erfaringsudveksling til, hvorledes handling bedst muligt kan forbedre sundhed for europæerne. Rapporten er i høj grad inspireret af ECHI indikatorerne og er primært baseret på et samarbejde mellem OECD, Eurostat og WHO Europa (49).

Undersøgelsen World Happiness Report er publiceret af The Earth Institute, Columbia University i 2012. Rapporten er iværksat og bemyndiget af FN som følge af en resolution i 2011, der opfordrer alle FN-lande til at øge lykken for deres borgere (58). Rapporten formål er at måle social og økonomisk trivsel internationalt samt at fremsætte forslag til, hvordan lykke kan blive et politisk mål. Rapporten tager udgangspunkt i, hvordan videnskaben om lykke kan forklare personlige og nationale variationer i trivsel (50).

3.7.1 Materiale anvendt i diskussionen

Litteraturanalysens fund vil i specialets diskussion løbende diskuteres ud fra anden teori og forskning, hvormed det er muligt at argumentere for hvilke indikatorer, som i fremtiden bør prioriteres i en kvalificering af indikatorer for borgernes sundhed og trivsel i Varde Kommune.

Materiale, der i litteratursøgningen fandtes relevant at anvende i specialets diskussion, præsenteres og beskrives løbende i specialets diskussion, således at den viden, som materialet tilføjer argumentationen, præsenteres i sammenhæng med det område, som ønskes diskuteres.

På baggrund af ovenstående fremstilling af specialets metodologiske overvejelser præsenteres i følgende afsnit en litteraturanalyse af den udvalgte empiri.

4 Resultater og litteraturanalyse

Følgende afsnit skal bidrage med en udvælgelse og analyse af de indikatorer, som i den indsamlede empiri fremgår at have størst indflydelse på sundhed og trivsel. Litteraturanalysen fremstiller rapporternes vurdering af de udvalgte indikatorer samt af eventuelle udfordringer, som er forbundet med måling af sundhed og trivsel. Hensigten med denne udvælgelse og analyse af indikatorer for sundhed og trivsel er, at understøtte en diskussion af hvilke indikatorer, der bør prioriteres i en kvalificeret og enkel monitorering af folkesundheden i Varde Kommune.

Afsnittet er opdelt i to dele, som kort beskrives i det følgende:

I **første del** udvælges de indikatorer, som i de identificerede rapporter forekommer at have størst betydning for befolkningens sundhed og trivsel. Dette sker ved fremstilling af et analyseredskab, som skaber overblik over rapporternes fremstillede indikatorer, samt en efterfølgende udvælgelsesproces af de indikatorer, som i rapporterne findes at optræde oftest.

I **anden del** analyseres de udvalgte indikatorer enkeltvis for at opnå en dybere forståelse for indikatorernes betydning for sundhed og trivsel. Dette med henblik på at understøtte den efterfølgende diskussion af, om enkelte indikatorer kan siges at være mere afgørende for en befolkningsgruppes sundhed end andre, og dermed om enkelte indikatorer kan prioriteres i målingen af sundhed og trivsel i Varde Kommune.

Der analyseres med udgangspunkt i en viden om kompleksiteten af det brede sundhedsbegreb, og analysen struktureres derfor efter inspiration fra de forskellige lag, som er præsenteret i Dahlgren og Whiteheads begrebsmodel "Policy Rainbow" (Figur 1).

4.1 Empiriens begrundelse for inkluderede indikatorer

Forud for litteraturanalysen af indikatorer for sundhed og trivsel er det væsentligt at opnå indsigt i rapporternes begrundelse for de inkluderede indikatorer, da det har betydning for kvaliteten af den viden, som indhentes gennem empirien. Det er derfor vigtigt, at der i rapporterne i et vist omfang findes en beskrivelse af den videnskabelige sammenhæng mellem indikatoren og befolkningens sundhed og trivsel.

Der er flere eksempler i empirien på, at der ofte gives en videnskabelig beskrivelse af de inkluderede indikatorers sammenhæng med og betydning for folkesundheden (11, 44, 48, 53, 59). I rapporter fra eksempelvis OECD, University of Waterloo og U.S Department of Health and Human Services fremsættes detaljerede kriterier for udvælgelsen af de inkluderede indikatorer på baggrund af metodiske overvejelser og betragtninger (47, 48, 50). Kriterierne omhandler ofte kvaliteten af de underliggende data, datatilgængelighed, sensitiviteten for politisk forandring samt evnen til at indhente relevant og nuanceret information om befolkningens sundhed og trivsel (41, 47, 56, 60). Derimod er der i Den nationale sundhedsprofil (40) kun i et begrænset omfang fremstillet en begrundelse for de inkluderede indikatorer. Generelt findes dog i et rimeligt omfang tilgængelig viden om indikatorernes relevans for befolkningens sundhed og trivsel.

4.2 Første del: Udvælgelse af indikatorer for sundhed og trivsel

I det følgende udvælges de indikatorer for sundhed og trivsel, som i rapporterne findes hyppigst anvendt.

4.2.1 Analyseredskab

Analyseredskabet udgør første del af en struktureret litteraturanalyse af specialets 15 identificerede rapporter. Alt empiri gennemarbejdes omhyggeligt med henblik på at identificere de indikatorer, som fremstilles i rapporterne. Til at skabe overblik over de anvendte og præsenterede indikatorer udarbejdes et skema. I skemaet underordnes de præsenterede indikatorer seks temaer, der er inspireret af begrebsmodellen "Policy Rainbow".

De seks temaer i specialets analyseredskab er:

- Individuelle uforanderlige faktorer
- Sundhedsadfærd
- Mental sundhed
- Fysisk sundhed
- Sociodemografiske faktorer
- Samfund

Analyseredskabet fungerer således, at de identificerede indikatorer indsættes i skemaet under ovenstående temaer, hvorefter de opnår en markering for hver rapport, som indikatoren indgår i. Det fremgår af skemaet, hvilken rapport indikatorerne er tilknyttet. Dernæst er det synligt, at de indikatorer, som har opnået flest markeringer, anvendes i flest rapporter (Tabel 1-Tabel 6).

De identificerede indikatorer fremgår direkte af rapporterne. Eksempelvis vil indikatoren *beskæftigelse* kun indgå i specialets analyseredskab, hvis den inddrages og benævnes direkte i den pågældende rapport. Variationen og kompleksiteten i rapporternes mange præsenterede indikatorer er dog simplificeret i skemaet således, at alle indikatorer omhandlende eksempelvis fysisk aktivitet er samlet og markeret i én kolonne under overskriften "Fysisk aktivitet" (Tabel 2). Eksempelvis kan variationen i indikatoren *fysisk aktivitet* dække over deltagelse i sportslige aktiviteter i fritiden (53) til et fokus på monitoreringen af unges fysiske aktivitetsniveau (49). På samme måde er flere af de øvrige indikatorer for overskuelighedens skyld samlet under én overskrift, som dækker over variationen i rapporternes indikatorer.

Ud af de 15 rapporter er der i seks rapporter (11, 48-50, 55, 56) præsenteret indikatorer, hvis formål er at beskrive kvaliteten af og ressourcer i sundhedsvæsenets behandlende tilbud. Disse indikatorer inddrages ikke i analyseredskabet, da de ikke vurderes relevante i en dansk kommunal kontekst. Af samme årsag indgår indikatorer vedrørende privat sundhedsforsikring i relation til det behandlende sundhedsvæsen ikke i specialets analyseredskab.

Individuelle uforanderlige faktorer															
<i>Forskningsrapport nr.</i>	(40)	(41)	(42)	(53)	(44)	(59)	(55)	(46)	(47)	(48)	(11)	(56)	(15)	(49)	(50)
Køn	x	x		x			x	x	x	x	x	x	x		x
Alder	x	x		x	x		x	x	x	x	x	x	x		x
Genetik										x					

Tabel 1: Analyseredskab vedrørende indikatorer for individuelle uforanderlige faktorer

Sundhedsadfærd															
<i>Forskningsrapport nr.</i>	(40)	(41)	(42)	(53)	(44)	(59)	(55)	(46)	(47)	(48)	(11)	(56)	(15)	(49)	(50)
Kost	x	x		x		x		x		x	x	x		x	
Rygning	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x		x	
Alkohol	x	x		x		x	x	x		x	x	x		x	
Overvægt og fedme	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	
Sygefravær		x				x									
Fysisk aktivitet	x	x		x		x		x	x	x	x		x	x	
Euforiserende stoffer				x		x		x		x	x				

Tabel 2: Analyseredskab vedrørende indikatorer for sundhedsadfærd

Mental sundhed															
<i>Forskningsrapport nr.</i>	(40)	(41)	(42)	(53)	(44)	(59)	(55)	(46)	(47)	(48)	(11)	(56)	(15)	(49)	(50)
Mentale lidelser (depression, angst, stress, demens)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sociale relationer (herunder civil og samlivsstatus)	x	x	x	x		x	x		x	x	x		x		x
Sygefravær		x			x	x	x	x					x		x
Holdning til eller indsigt i sundhedsfremme (sundhedsforståelse)		x						x							
Selvrealisering og præstationer			x				x								
Tryghed, tillid eller sikkerhed (diskrimination, racisme, mobning)			x	x	x	x	x		x				x		x
Tilhørsforhold							x		x						
Spiritualitet og religion	x						x								x
Fritid (frivilligt arbejde, rejser, foreningsliv)			x				x		x				x		
Familie vs. arbejde (Work and life balance)							x		x	x			x		
Selvmod og selvmordsforsøg/-tanker				x		x		x		x	x	x		x	x
Arbejde i hjemmet (shopping, vasketøj, omsorg for børn/ældre)				x			x								
Dødsfald af nær pårørende								x							

Tabel 3: Analyseredskab vedrørende indikatorer for mental sundhed

Fysisk sundhed															
<i>Forskningsrapport nr.</i>	(40)	(41)	(42)	(53)	(44)	(59)	(55)	(46)	(47)	(48)	(11)	(56)	(15)	(49)	(50)
Langvarig somatisk sygdom (Cancer, hjerte-kar, diabetes, astma, fraktur, forhøjet blodtryk, invaliditet etc.)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Smerte (led, hovedpine, organer)	x	x		x	x			x			x		x		
Børnesundhed (inkl. amning)					x	x		x		x	x			x	
Organtransplantation								x							
Vaccination og screening					x	x			x	x	x	x	x	x	
Tandsundhed				x		x		x		x					
Syn og hørelse			x	x				x		x	x				
Seksuel sundhed og homoseksualitet				x		x				x					
Fertilitet										x	x				
Infektionssygdomme						x		x		x	x			x	

Tabel 4: Analyseredskab vedrørende indikatorer for fysisk sundhed

Sociodemografiske faktorer															
<i>Forskningsrapport nr.</i>	(40)	(41)	(42)	(53)	(44)	(59)	(55)	(46)	(47)	(48)	(11)	(56)	(15)	(49)	(50)
Indkomst (herunder fattigdom)	x		x	x	x		x		x		x	x	x		x
Husstandssammensætning/ Antal børn i husstanden / Enlig (forsørger)		x	x	x	x		x	x							x
Beskæftigelse (arbejdsled, pension)	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x		x
Levestandard (boligforhold, gæld og forbrug, hjemløs)			x	x		x	x		x	x		x	x		
Uddannelse og faglighed (alle alderstrin)	x	x		x	x	x		x	x	x	x	x	x		x
Etnicitet eller immigration	x	x		x	x			x		x					
Arbejds miljø og relateret sundhedsrisiko				x							x		x		

Tabel 5: Analyseredskab vedrørende indikatorer for sociodemografiske faktorer

Samfund															
<i>Forskningsrapport nr.</i>	(40)	(41)	(42)	(53)	(44)	(59)	(55)	(46)	(47)	(48)	(11)	(56)	(15)	(49)	(50)
Civilt engagement og (tillid til) regeringen/sociale institutioner			x	x			x		x				x		
National sikkerhed (terror, epidemier, naturkatastrofer)			x			x	x		x				x		
Kontakt til egen læge (psykolog, kiropraktor etc.)	x	x		x				x			x			x	
Miljø (bæredygtig energi, forurening, drikkevand etc.)			x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x
Sundhedsvæsen (antal indlæggelser) og forebyggende sundhedstilbud	x			x		x				x	x				
Indeklima og trivsel i skoler					x						x				
Medicinsk behandling og medicinforbrug					x	x					x			x	
Kriminalitet, hærværk og vold			x	x		x			x	x		x	x		
Udgifter til sociale ydelser			x								x				
Trafikuheld og skader (fx ved fald)			x	x	x	x		x		x	x	x		x	
Omgivelser (rekreative grønne områder)			x	x		x									
Befolkningstilvækst og fødselsrate					x						x				

Tabel 6: Analyseredskab vedrørende indikatorer for samfund

I de seks ovenstående afkrydsningsskemaer fremgår de indikatorer, som indgår i litteraturstudiets udvalgte rapporter. Indikatorerne er underordnet seks temaer: *Individuelle uforanderlige faktorer, sundhedsadfærd, mental sundhed, fysisk sundhed, sociodemografiske faktorer og samfund*. Afkrydsningerne i skemaet er i følgende afsnit bestemmende for hvilke indikatorer, der udvælges for sundhed og trivsel i specialet.

4.2.2 Indikatorer for sundhed og trivsel

På baggrund af ovenstående analyseredskab foretages den endelige udvælgelse af de indikatorer, som findes at have størst indflydelse på folkesundheden i en dansk kommunal kontekst. Dette fremstilles for overskuelighedens skyld i nedenstående skema, hvor det i tre trin fremstilles og beskrives, hvilke indikatorer, som udvælges til anden del af analysen.

Af første nedenstående Tabel 7 fremgår de oftest inddragede indikatorer i de 15 rapporter fordelt på kategorierne *Danmark*, *Vestlige lande* (Sverige, Norge, England, Australien, USA og Canada) og *mellemstatslige organisationer* (EU, WHO, OECD og FN). Indikatoren er inkluderet, hvis den indgår i over halvdelen af rapporterne indenfor hver enkelt af de ovenstående tre kategorier. Det vil sige, at eksempelvis indikatoren *køn* er inkluderet i skemaet i alle tre kategorier, da den indgår i minimum to ud af i alt tre rapporter fra *Danmark*, i minimum fire ud af i alt syv rapporter fra *vestlige lande* og endelig i minimum tre ud af i alt fem rapporter fra *mellemstatlige organisationer*. Stjerne-markeringen symboliserer, at indikatoren optræder i samtlige rapporter i én enkelt kategori, hvorfor den må tillægges væsentlig betydning for sundhed og trivsel. Indikatoren *rygning* indgår eksempelvis i alle tre rapporter (40-42) fra Danmark.

Kategori	Danmark	Vestlige lande	Mellemstatslige organisationer
1. Mest anvendte indikatorer	Køn	Køn	Køn
	Alder	Alder	Alder
	Kost	Kost	Kost
	Rygning*	Rygning	Rygning
	Alkohol	Alkohol	Alkohol
	Overvægt*	Overvægt	Overvægt
	Fysisk aktivitet	Fysisk aktivitet	Fysisk aktivitet
	Mentale lidelser*	Euforiserende stoffer	Mentale lidelser*
	Sociale relationer*	Mentale lidelser*	Sociale relationer
	Mentalt ubehag	Sociale relationer	Selv mord
	Langvarig somatisk sygdom*	Tryghed	Langvarig somatisk sygdom*
	Smerte	Selv mord	Børnesundhed
	Indkomst	Langvarig somatisk sygdom*	Vaccination og screening
	Husstandssammensætning	Børnesundhed	
	Beskæftigelse*	Vaccination og screening	Indkomst
Uddannelse	Tandsundhed	Beskæftigelse	
Etnicitet	Indkomst	Uddannelse	
Civilstatus	Husstandssammensætning	Miljø	
Kontakt til egen læge	Beskæftigelse	Trafikuheld og skader	
	Levestandard		
	Uddannelse		
	Etnicitet		
	Miljø*		
	Sundhedsvæsen og forebyggende sundhedstilbud		
	Kriminalitet og vold		
	Trafikuheld og skader		

Tabel 7: Første trin: Indikatorer, som forekommer i overhalvdelen af rapporterne indenfor kategorierne Danmark, Vestlige lande og mellemstatlige organisationer, *samt de indikatorer, som optræder i samtlige rapporter i én enkelt kategori.

I andet trin (Tabel 8) fremgår de indikatorer under hver kategori *Danmark, Vestlige lande og mellemstatslige organisationer*, som vurderes at have størst indflydelse på befolkningens sundhed og trivsel, da de indgår hyppigst i rapporterne. Kriterierne for inklusion i andet trin er, at indikatorerne optræder i alle tre kategorier i ovenstående skema, eller hvis indikatoren optræder i samtlige rapporter i én enkelt kategori (enten Danmark, Vestlige lande eller mellemstatlige organisationer) symboliseret med *markering i Tabel 7).

2. Indikatorer med størst indflydelse på sundhed og trivsel	Køn Alder	Køn Alder	Køn Alder
	Kost Rygning Alkohol Overvægt Fysisk aktivitet	Kost Rygning Alkohol Overvægt Fysisk aktivitet	Kost Rygning Alkohol Overvægt Fysisk aktivitet
	Mentale lidelser Sociale relationer	Mentale lidelser Sociale relationer	Mentale lidelser Sociale relationer
	Langvarig somatisk sygdom	Langvarig somatisk sygdom	Langvarig somatisk sygdom
	Indkomst Beskæftigelse Uddannelse	Indkomst Beskæftigelse Uddannelse	Indkomst Beskæftigelse Uddannelse
		Miljø	

Tabel 8: Andet trin: Indikatorer, som optræder under alle tre kategorier (Danmark, Vestlige lande og mellemstatlige organisationer) eller optræder i samtlige rapporter i én enkelt kategori (symboliseret med *markering i Tabel 7).

Her i tredje og sidste trin (Tabel 9) er de udvalgte indikatorer fra andet trin for overskuelighedens skyld opstillet under temaerne: *Individuelle uforanderlige faktorer, sundhedsadfærd, mental og somatisk sundhed, socioøkonomiske faktorer og samfund*. Temaerne anvendes strukturerende for anden del af analysen.

Tema	Individuelle uforanderlige faktorer	Sundhedsadfærd og livsstil	Mental og somatisk sundhed	Sociodemografiske faktorer	Samfund
3. Udvalgte indikatorer	Køn Alder	Kost Overvægt Rygning Alkohol Fysisk aktivitet	Sociale relationer Langvarig somatisk sygdom Mentale lidelser	Beskæftigelse Indkomst Uddannelse	Miljø

Tabel 9: Tredje trin: Endelige udvalgte indikatorer organiseret under strukturerende temaer.

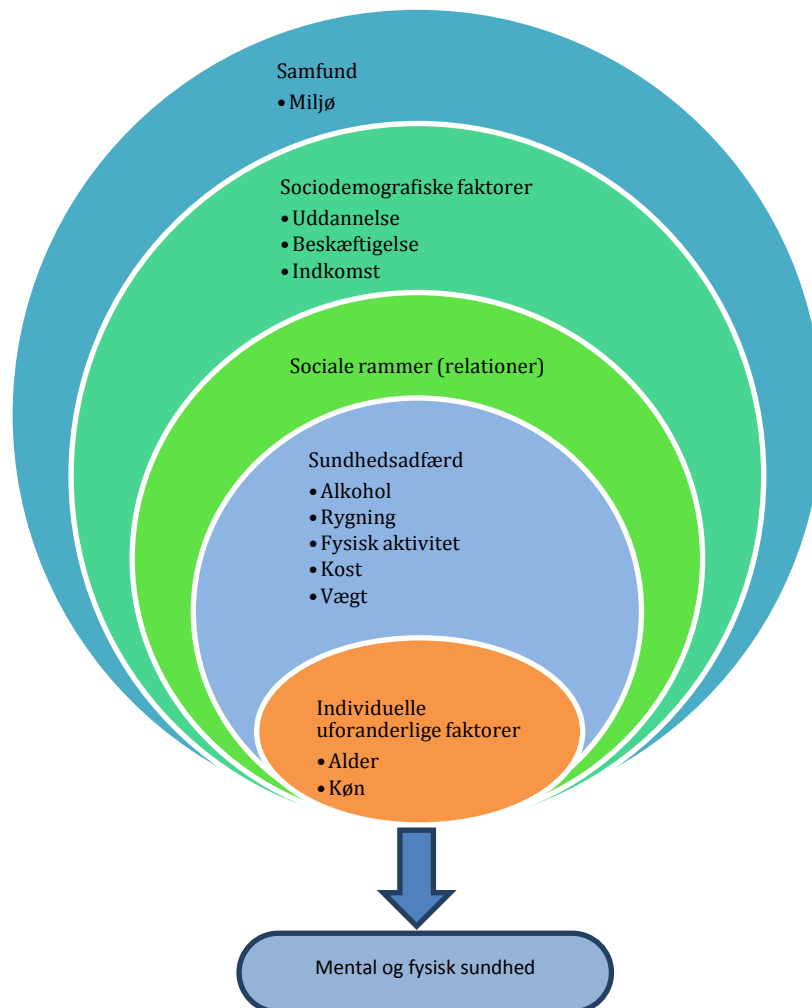
Således fremgår af tredje trin de endelige indikatorer, som indgår i analysens anden del. Indikatorerne er udvalgt med det formål at præcisere hvilke indikatorer, som er mest afgørende for sundhed og trivsel. De i alt 14 udvalgte indikatorer, som indgår i analysens anden del, er: *køn, alder, kost, overvægt, rygning, alkohol, fysisk aktivitet, sociale relationer, langvarig somatisk sygdom, mentale lidelser, beskæftigelse, indkomst, uddannelse og miljø*.

4.3 Andel del: Analyse af indikatorer for sundhed og trivsel

I analysens anden del gennemarbejdes empiriens beskrivelse af de udvalgte indikatorer med henblik på at undersøge mere dybdegående, hvad der er bestemmende for folkesundheden, samt hvilke udfordringer, der kan være forbundet med måling af sundhed og trivsel.

4.3.1 Indikatorer for sundhed og trivsel i sundhedshjulet

Litteraturanalysen er som tidligere beskrevet inspireret af begrebsmodellen "Policy Rainbow". På denne baggrund er udarbejdet et *Sundhedshjul* (Figur 5), som rummer specialets udvalgte indikatorer for sundhed og trivsel. Hermed dannes overblik over de indikatorer, som i litteraturanalysen findes betydningsfulde for sundhed og trivsel samt indikatorernes placering i forhold til hinanden og det enkelte individ.



Figur 5: *Sundhedshjul* modificeret ud fra "Policy Rainbow" med de endelig udvalgte indikatorer, som indgår i litteraturanalysens andel del.

Analysen af indikatorerne vil ske fra *Sundhedshjulets* midte og ud gennem de forskellige lag med indflydelse på sundhed og trivsel - inkluderende den aktuelle sundhedsstatus (*mental og fysisk sundhed*).

Forud for litteraturanalysen af de inkluderede indikatorer beskrives kort rapporternes anvendte metoder til måling af sundhed og trivsel herunder selvurderet helbred og sammensatte sundheds- og trivselsmål med henblik på at opnå en bredere forståelse for mål, hvormed sundhed og trivsel ofte monitoreres.

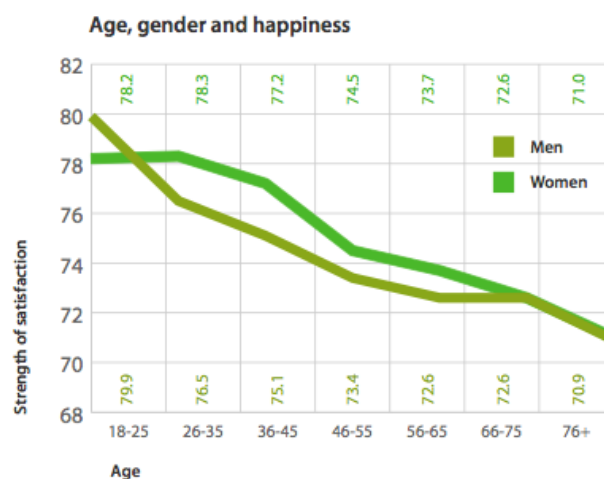
4.3.1.1 Mål for sundhed og trivsel

Det er forskelligt, hvilke metoder rapporterne anvender til monitorering af sundhed og trivsel. Registerdata suppleres både i Danmark og internationalt med selvrapporeret data. Et ofte anvendt mål til monitorering af generel sundhed og trivsel ved selvrapporeret data er trivselsmålet *selvvurderet helbred* (11, 15, 40-42, 46-50, 53, 55, 59). Selvvurderet helbred er et internationalt anerkendt mål, som opsummerer og reflekterer individets opfattelse af egen sundhed inkluderende fysiske, sociale og følelsesmæssige aspekter⁴ (11, 15). Målet er bevist at være en god prædikator for sygdom og død (15, 40, 49, 50, 53, 59).

Foruden selvvurderet helbred anvendes ofte sammensatte sundheds- og trivselsmål (11, 15, 44, 47, 53), som et generelt mål for en befolkningsgruppes sygelighed og dødelighed. Eksempelvis kan nævnes målene healthy life years (HLY) (11, 49), disability adjusted life years (DALY) (46, 53) og quality adjusted life years (QALY) (53). Disse mål baseres generelt set på levealder justeret henholdsvis for funktionsnedsættelse og livskvalitet (46, 53) og er nyttige mål, når det ønskes belyst, om et længere liv også er ensbetydende med flere leveår med et godt helbred (49).

4.3.2 Individuelle uforanderlige indikatorer

Individuelle uforanderlige faktorer rummer, som det første tema i midten af *Sundhedshjulet* (Figur 5), indikatorerne *køn* og *alder*. Disse fremgår af hovedparten af specialets empiri (11, 15, 40, 41, 44, 46-48, 50, 53, 55, 56). Ofte er data opdelt på køn og alder, da disse medfødte faktorer i mange henseender har indflydelse på folkesundheden (40, 41, 53). Generelle problematikker i folkesundheden, som er relateret til alder og køn, er, at kvinder oftere har et dårligere fysisk og mentalt helbred sammenlignet med mænd - men kvinder lever dog længere både i Danmark og Europa (40, 41, 44, 47, 56). Modsat vurderes tilfredsheden med eget helbred dog størst blandt kvinderne i hovedparten af livets forløb (Figur 6).



Figur 6: Sammenhæng mellem tilfredshed med eget helbred og alder fordelt på kvinder og mænd (45,s.30).

Endelig har kvinder generelt en sundere livsstil end mænd (med undtagelse af fysisk aktivitet) (40, 41). At være mand eller kvinde samt ung eller ældre er derfor vigtige indikatorer for sundhed og trivsel, og indikatorerne bør derfor inkluderes som baggrundsindikatorer i en monitorering af folkesundheden. Indikatorer kan fungere som indikator for

⁴ OECD fremhæver f.eks., at "how people experience a set of circumstances is as important as the circumstances themselves" (15, s.265).

aldersspecifikke tendenser i folkesundheden, da andelen med dårligt helbred øges med stigende alder hos både for mænd og kvinder (40, 41).

4.3.3 Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd rummer individuelle livsstilsrelaterede risikofaktorer som *kost, overvægt, rygning, alkohol og fysisk aktivitet*. Indikatorerne er udvalgt, da de benyttes i en stor del af empirien.

4.3.3.1 Kost

Indikatoren *kost* er inddraget i ni (11, 40, 41, 46, 48, 49, 53, 56, 59) ud af 15 rapporter. Kostvaner har blandt andet stor betydning for børns udvikling og læring (46, 48, 49) og en sund alderdom (41). Et usundt kostmønster kan medføre livsstilssygdomme som type-2-diabetes, cancer og hjerte-kar-sygdomme (41, 46, 48, 49, 59).

I Danmark har 13 procent af den danske befolkning et decideret usundt kostmønster og 62 procent et middelsundt kostmønster i forhold til SST's kostenbefalinger (40). Det medfører at ca. otte procent af den samlede mængde dødsfald i Danmark kan relateres til et for lille indtag af frugt og grønt og et for stort indtag af fedt. Danskernes kostvaner er dog blevet sundere de seneste 15 år, da voksne danskere i stigende grad spiser mere grønt og mindre fedt (41). Dog er energiindtaget stigende samtidig med at det fysiske aktivitetsniveau er faldende (41, 46). Denne udvikling vurderes i Australien og Danmark, som en af de største fremtidige udfordringer for folkesundheden (41, 46).

Kostvaner er blandt andet associeret med køn (40, 46, 53), alder (40, 53), uddannelse, beskæftigelse, civilstatus (40) samt kulturelle normer (43), og er forbundet med socioøkonomisk status (40, 46, 48, 49, 53). Dertil kan strukturelle forhold som prisen på alternative fødevarer (49) og tilgængelighed af sunde fødevarer være afgørende for individets kostvaner (48, 49).

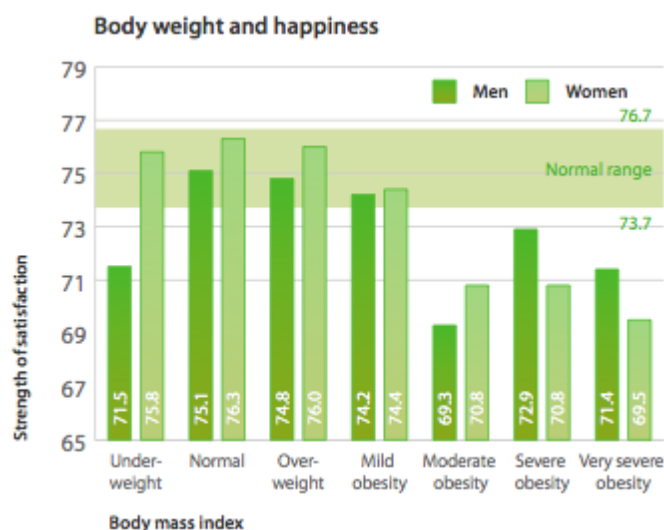
Flere rapporter (15, 41, 44, 48, 50, 55, 56) inddrager ikke indikatorer vedrørende *kost*. Der findes ingen begrundelse for udelukkelsen af indikatoren, men en forklaring kan formentlig være, at flere af ovennævnte rapporter (15, 41, 44, 55, 56) benytter indikatorer relateret til *overvægt og fedme*.

4.3.3.2 Overvægt og fedme

Indikatoren *overvægt og fedme* er inkluderet i 13 (11, 15, 40-42, 44, 46, 48, 49, 53, 55, 56, 59) ud af 15 rapporter. Vægt er stærkt påvirket af kostens sammensætning og kalorieindhold (41), og indikatoren har derfor stor sammenhæng med den foregående indikator *kost*.

I Danmark er næsten halvdelen af den voksne befolkning overvægtige (40). Overvægt og fedme defineres af WHO, som "*abnormal or excessive fat accumulation that may impair health*" (46,s.209). Overvægt kan klassificeres ud fra Body Mass Index (BMI) (40, 41, 49, 53). Grænseværdierne for BMI hos voksne er fastsat i forhold til helbredsrisikoen forbundet med graden af overvægt (15, 44). I den selvrapporterede data underestimeres forekomsten af overvægt ofte – specielt hos kvinder (15, 53). Af samme årsag baserer flere rapporter formentlig data om vægt på baggrund af registerdata (11, 15, 42, 46, 53).

Overvægt er ligesom et usundt kostmønster et stærkt stigende folkesundhedsproblem (40, 41, 46, 48, 53, 59). Den stigende forekomst er primært relateret til kostindtag og manglende fysisk aktivitet (41). Overvægt er associeret med køn, alder, beskæftigelse og civilstatus (40), og der ses en tydelig social gradient⁵ i forekomsten af overvægt (46, 53). Desuden er et varigt vægttab blandt overvægtige voksne vanskeligt at opnå (44), og overvægt blandt børn udgør en betydelig risiko for fortsat overvægt senere i livet (49, 59). Endelig er overvægt og fedme forbundet med betydelige omkostninger for det danske sundhedsvæsenet (40, 41), da det øger risikoen for udviklingen af en lang række livsstilssygdomme som diabetes, hjerte-kar-sygdomme og cancer (11, 15, 41, 44, 46, 48, 53, 59) samt mentale lidelser (44, 49, 55). Af Figur 7 fremgår en tydelig sammenhæng mellem overvægt og trivsel.



Figur 7: Sammenhæng mellem vægt (BMI) og trivsel hos mænd og kvinder i Australien (45,s.31)

Der findes kun én rapport, som ikke inkluderer indikatorer omhandlende overvægt og fedme (50). Desuden vælger Norges Folkhelseinstitut (44) kun at måle overvægt blandt mænd ved session til militæret i alderen 17-25 år. Dette skyldes formentlig et ønske om, at anvende så værdineutral data som muligt.

4.3.3.3 Rygning

Sundhedsadfærdsindikatoren rygning er, som de øvrige livsstilsindikatorer ofte anvendt og optræder i 12 (11, 40-42, 44, 46-49, 53, 56, 59) ud af 15 rapporter. Rygning er i Danmark og England den risikofaktor, som har størst betydning for dødeligheden (41, 59), og samtidig den største forebyggelige risikofaktor for sundhed i Europa (49). Antallet af rygere er i de seneste årtier faldet med ca. en tredjedel i Danmark (40). Alligevel angiver ca. 20 procent af den danske befolkning over 15 år at ryge dagligt, hvoraf halvdelen er storrygere (ryger mindst 15 cigaretter dagligt) (40).

Rygning er i Danmark medvirkende årsag til hvert fjerde dødsfald blandt mænd og hvert femte dødsfald blandt kvinder (41). Foruden den øgede dødelighed har rygning også stor indflydelse på sundhed og trivsel, så længe man lever (44). Livsstilssygdomme, som primært er forbundet med rygning, er hjerte-kar-sygdomme, lungekræft og kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) (41, 44, 48, 49, 53).

⁵ Den sociale gradient kan ifølge SST defineres som: "et udtryk for, at sygdomsbyrden stiger i takt med faldende uddannelse og indkomst. De bedre uddannede og dem med højere indtægter har dermed en relativt længere middellevetid og flere raske leveår end borgere med kortere uddannelser og lavere indtægt" (61,s.8)

Der ses en social skæv fordeling i sygdomsbilledet, hvor helbredseffekten af rygning er størst blandt de mindre ressourcestærke (44). Desuden er der stærk evidens for en socioøkonomisk forskel i intensiviteten af rygning, hvor de lavere sociale grupper ryger mest (49). Rygning er i Danmark især associeret med alder, uddannelse, beskæftigelse, og civilstatus (41). Konsekvenser af rygning er for de lavere sociale grupper så omfattende, at hvis ingen røg, halveres forskellen i dødelighed mellem de højeste og laveste sociale grupper i Europa (49).

Det samlede samfundstab i Danmark på grund af rygning udgør over 28 mia. årligt, som er fordelt på udgifter til sundhedsvæsenet og det produktionstab, der følger af, at rygere dør tidligere og går tidligere på førtidspension end ikke rygere (41). De store omkostninger for både individet og samfundet understreger vigtigheden af, at denne indikator inkluderes i et samlet mål for borgernes sundhed og trivsel.

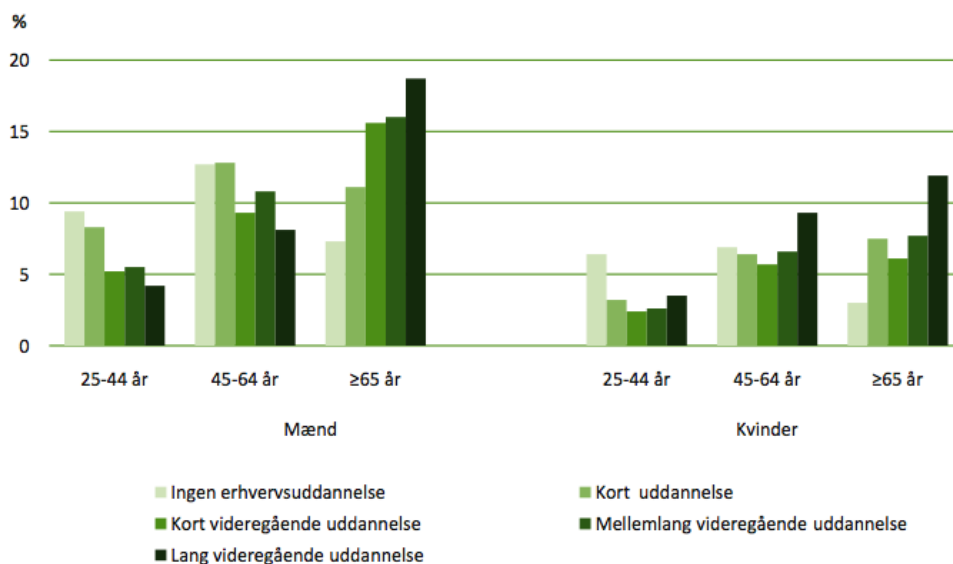
Rygning er ikke inkluderet i tre rapporter (15, 50, 55). Der findes ingen præcis begrundelse for dette.

4.3.3.4 Alkohol

Livsstilsindikatoren alkohol er en af de faktorer, som også har stor indflydelse på folkesundheden i Danmark (41). Indikatoren er medtaget i 10 (11, 40, 41, 46, 48, 49, 53, 55, 56, 59) ud af 15 rapporter. Alkohol er den tredjestørste årsag til sygdom næstefter rygning og forhøjet blodtryk i Europa, som er den region, der har det største alkoholforbrug i verden (49, 59).

I Danmark overskrider ca. 10 procent af den voksne befolkning SST's (40) højrisikogrænse for alkohol i en typisk uge, som er 21 genstande ugentligt for mænd og 14 genstande for kvinder (40). Desuden angiver 24 procent at overskride lavrisikogrænsen. Næsten 30 procent angiver at drikke mere end fem genstande ved samme lejlighed hver måned, som er karakteristisk ved det danske forbrug (især blandt unge mænd) (40, 49). Et stort alkoholforbrug er blandt andet forbundet med sygdomme (53) som cancer, mave-tarm-sygdomme, fosterpåvirkning (46) og leverlidelser (41, 50). I Danmark kan fem procent af alle dødsfald således relateres til alkohol som værende primær eller medvirkende årsag (41). Desuden har misbrug og afhængighed af alkohol sociale og mentale konsekvenser for individet (41).

Alkoholindtagelse er i nogen grad associeret med køn, alder og uddannelsesmæssig baggrund (40, 41). Tendensen er, at færre 25-44 årige med lang videregående uddannelse overskrider alkoholgrænsen end dem uden erhvervsuddannelse. Det modsatte gør sig dog gældende for begge køn i aldersgruppen over 65 år samt blandt kvinder i aldersgruppen 45-64 år (Figur 8). Det kan heraf udledes, at højt alkoholforbrug er en vigtig risikofaktor og dermed indikator for den samlede danske befolknings sundhed og trivsel, som ikke kan isoleres til enkelte socioøkonomiske grupper.



Figur 8: Andel i Region Syddanmark (fordelt på køn), der overskrider SST's højrisikogrænse ved alkoholindtagelse i en typisk uge i forskellige alders- og uddannelsesgrupper (41,s.165).

I Australien findes dog, at de mennesker, som aldrig drikker alkohol, har lavere trivsel end både de, som har et lavt og højt alkoholindtag til trods for, at trivslen falder ved indtagelse af mere end tre genstande dagligt (hvilket dog ikke er gældende for unge fra 18-25 år) (55). Indikatoren kompliceres derfor af, at et mindre alkoholforbrug også i Danmark synes at have en positiv effekt på individets sundhed og trivsel (41, 55).

Ud af de 15 rapporter har fem (15, 42, 44, 47, 50) ikke inddraget indikatoren alkohol, og der er ikke begrundelse for dette fravalg.

4.3.3.5 Fysisk aktivitet

Endelig er indikatoren fysisk aktivitet udvalgt som den sidste indikator for sundhedsadfærd. Indikatoren indgår i 10 (11, 15, 40, 41, 46-49, 53, 59) ud af 15 rapporter. Fysisk aktivitet er en forudsætning for befolkningens sundhed og trivsel i alle aldre (46, 48, 53, 59).

Fysisk aktivitet er en menneskelig adfærd med et bredt spektrum af aktiviteter, der kan inddeles i adskillige dimensioner. Det australske institut for sundhed og velfærd udtrykker det således: *"Physical activity can be performed as deliberate exercise or sports (such as running), incidental movement (for example, hanging out the washing) or work-related activity (such as heavy lifting)"* (46,s.203). De brede rammer, hvorunder individet kan være fysisk aktivt, bevirker sandsynligvis, at der er ikke fundet en sikker metode, hvormed graden af fysiske aktivitet i en befolkning kan monitoreres (41).

Fysisk inaktivitet er den fjerde største risikofaktor for dødelighed på verdensplan (41, 59). Dette hænger formentlig sammen med, at den fysiske belastning på arbejdsmarkedet er faldende i blandt andet de Vestlige lande (41). Alt tyder dog på, at det fysiske aktivitetsniveau i fritiden de seneste år er steget i Danmark til trods for, at fysiske krav i dagligdagen har været faldende de seneste generationer (41). 7-8 procent af alle dødsfald i Danmark associeret med fysisk inaktivitet (41), som er forbundet med en øget risiko for overvægt og fedme (49, 53) samt hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, cancer og depression (41, 48, 53).

Foruden den mere fysiologisk betingede forebyggelse ved fysisk aktivitet, kan bevægelse desuden medvirke til at skabe sociale relationer (i f.eks. sportsklubber) og øget mental sundhed (53). Graden af fysisk aktivitet er associeret med køn, alder (47), uddannelse, beskæftigelse og civilstatus (40). Desuden kan børn og især unges fysiske aktivitetsniveau fungere som et udtryk for aktivitetsniveauet senere i livet samt risikoen for f.eks. overvægt og dertil relaterede sygdomme (49, 59). Fysisk aktivitet har derfor stor indflydelse på befolkningens livslange sundhed og trivsel.

Der er seks rapporter (15, 42, 44, 50, 55, 56), som ikke har inkluderet fysisk aktivitet. Årsagen til dette er ikke begrundet yderligere.

4.3.3.6 Sammenfatning sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd er uden tvivl afgørende for forebyggelsen og opretholdelsen af sundhed og trivsel. Det er derfor væsentligt at inddrage indikatorer vedrørende kost, rygning, alkohol, overvægt samt fysisk aktivitet, da de alle har stor effekt på individets sundhed og trivsel, og tilsammen er årsag til langt de fleste af de sygdomme, som danskerne dør af i dag. Dermed opnås en indikation af befolkningens sundhed og ikke mindst en god prædiktorer for, hvilke helbredsmæssige udfordringer befolkningen og samfundet står overfor i fremtiden.

En klar fordel ved monitorering af sundhedsadfærd er den tilstedeværende mulighed for at forebygge de sygdomme, der hyppigt opstår på baggrund af den belyste uhensigtsmæssige adfærd.

4.3.4 Mental og fysisk sundhed

I det følgende analyseres temaet *mental og somatisk sundhed*, hvortil indikatorerne *sociale relationer* samt *langvarig somatisk sygdom* og *mentale lidelser* er udvalgt og indgår. Mental og fysisk sundhed udgør to separate skemaer i analyseredskabet (Tabel 3 og Tabel 4), men er i analysen samlet under et tema.

Ovenstående risikofaktorer, som er en del af vores sundhedsadfærd, kan som beskrevet medføre en lang række langvarige eller kroniske sygdomme (40). Sundhedsadfærden er derfor medvirkende til at begrunde relevansen af indikatorer vedrørende langvarig somatisk sygdom og mentale lidelser. Langvarig sygdom benyttes i det følgende som synonym for kronisk sygdom.

Somatisk sygdom og mentale lidelser er derfor afgørende risikofaktorer for sundhed og trivsel. Men ifølge en videnskabelig undersøgelse fra USA, som ikke er en del af litteraturstudiet, tyder det også på, at følelsen af ensomhed for især ældre over 60 år kan medføre alvorlige sundhedsproblemer og død. Faktisk findes i en kohorteundersøgelse i USA blandt ældre borgere, at en følelse af stor ensomhed øger risikoen for at dø for tidligt med op til 45 procent (62). Det er derfor væsentligt at rette blikket mod øvrige indikatorer end blot individets sundhedsadfærd, somatiske sygdomme og mentale lidelser.

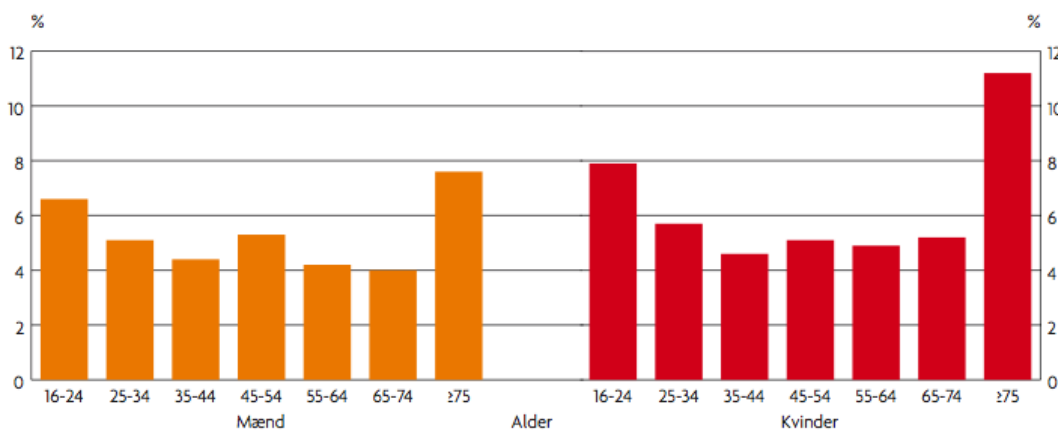
4.3.4.1 Sociale relationer

Indikatorer vedrørende sociale relationer er inkluderet, da den er inddraget i 11 (11, 15, 40-42, 47, 48, 50, 53, 55, 59) ud af 15 rapporter.

Sociale relationer har en central placering i folkesundheden, fordi mennesker er sociale væsener, som er afhængig af samvær med andre (15). Der findes adskillige dokumenterede sammenhæng mellem sociale relationer og sundhed (53). Stærke sociale relationer medfører lavere dødelighed, mindre sygdom og bedre mulighed for at overvinde sygdom. Personer med stærke sociale relationer har flere gode leveår uden langvarig sygdom end personer med svage sociale relationer (11, 15, 40, 41, 53, 59). I Danmark kan to procent af alle dødsfald sammenkædes med svage sociale relationer (41). Sociale relationer har derfor afgørende indflydelse på opretholdelsen af sundhed og trivsel, samt i forebyggelsen af både mentale og somatiske lidelser.

Personer med svage sociale relationer kan defineres som "*personer, der sjældent eller aldrig træffer familie, eller personer, som ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom*" (41,s.262). Den Nationale Sundhedsprofil fokuserer ligeledes på ensomhed med spørgsmålet "*Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?*" (40,s.75). EU tager et andet perspektiv og definerer indikatoren *social support*, som "*the perceived availability of people whom the individual trusts and who make one feel cared for, loved, esteemed and valued as a person*" (11,s.115). Hermed lægges der i højere grad vægt på det, som den sociale relation følelsesmæssigt bibringer individet.

Ovenstående perspektiver på sociale relationer kan beskrives som havende en *strukturel* og *funktionel* dimension (41). Den *strukturelle* dimension udgør den kvantitative del. Altså hvor mange, hvor ofte og hvilke personer, individet har kontakt med. Den *funktionelle* dimension udgør derimod den såkaldte kvalitative del, der kan beskrives som den følelsesmæssige støtte, hjælp, bekymring eller anden værdi, som relationen giver eller tillægges af individet (41). Som ovenstående eksempler illustrerer, fokuseres oftest på den *strukturelle* dimension af sociale relationer i målingerne - altså ensomhed, og i mindre grad på den *funktionelle* dimension, som relationer bibringer. Formentlig fordi det er vanskeligere at monitorere den funktionelle dimension. Det beskrives af *Statens Folkhälsoinstitut* i Sverige, at det er vanskeligt at måle kompleksiteten i sociale relationer og deres indflydelse på individets sundhed, da det endnu er uklart, hvilke mekanismer, som ligger bag sammenhængen mellem sociale relationer og sundhed (53). I den svenske folkesundhedsundersøgelse beskrives, at visse typer sociale relationer ligefrem virker hæmmende for kvinders mentale sundhed (53). Dette bakkes op af en ældre amerikansk undersøgelse, som ikke er en del af litteraturstudiet, hvor det tyder på, at det ikke altid er fordelagtigt for kvinders trivsel, at have flere tætte sociale relationer (63).



Figur 9: Andel i Danmark, der ofte er uønsket alene fordelt på køn og aldersgrupper (40,s.171)

Svage sociale relationer er negativt associeret med alderdom (Figur 9), lav uddannelse og fattigdom (40). Veludviklede sociale relationer kan derimod skabe tillid og tolerance i samfundet, samt et fundamentet for øget social kapital⁶ med opnåede fælles værdier og normer (15) *“Social capital embodies the idea that social connections (...) generate benefits above and beyond the intrinsic pleasure that comes from them”* (15,s.171).

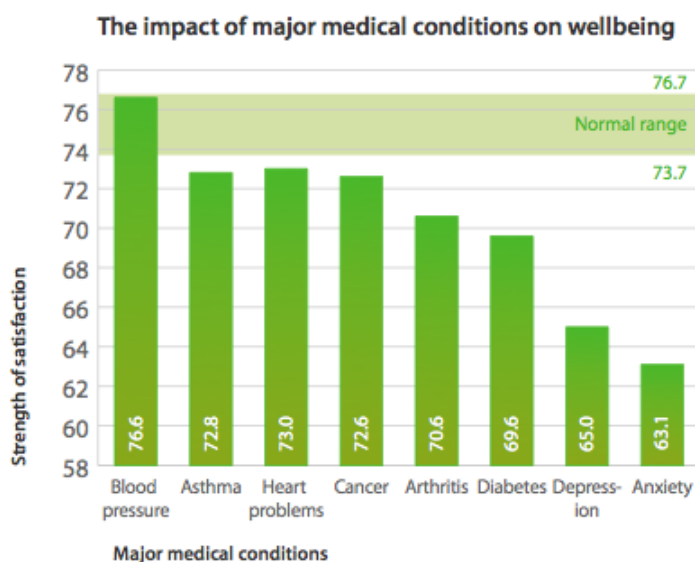
Indikatoren sociale relationer udgør dermed en betydningsfuld indikator, som i høj grad er forbundet med flere øvrige indikatorer med betydning for sundhed og trivsel. Samtidig har indikatoren sociale relationer afgørende betydning for både individet og samfundet. Endelig forstærkes indikatorens relevans af en stigende tendens til, at folk lever alene, hvorfor flere mennesker ikke har tætte relationer umiddelbart tilgængelig ved behov (15).

Indikatoren er uden forklaring ikke inkluderet i fire ud af 15 rapporter (44, 46, 49, 56).

4.3.4.2 Langvarig somatisk sygdom og mentale lidelser

Litteraturanalysen har i det ovenstående og vil i det efterfølgende omhandle indikatorer, som er tilknyttet individets sundhedsadfærd, sociodemografiske baggrund samt fysiske- og sociale omgivelser. Foruden disse disponerende faktorer er det væsentligt at monitorere den aktuelle somatiske og mentale sundhedsstatus. Længerevarende somatiske sygdomme og mentale lidelser forekommer at have afgørende betydning for sundhed og trivsel (Figur 10). Det er derfor nødvendigt at kende forekomsten og fordelingen af sygdomme og lidelser ved planlægning af forebyggelsesaktiviteter (41).

⁶ Social kapital kan defineres som: *“the degree of social cohesion which exists in communities. It refers to the processes between people that establish networks, norms, and social trust, and which coordination and cooperation for mutual benefits”* (6,s.19)



Figur 10: Sammenhæng mellem udvalgte somatiske sygdomme og mentale lidelser og deres indflydelse på oplevet trivsel hos Australiens borgere (45,s.30)

Alle rapporter, som er inkluderet i specialet, inddrager i større eller mindre omfang indikatorer, som omhandler langvarige somatiske sygdomme og mentale lidelser.

Langvarig somatisk sygdom

Langvarig sygdom er i stigende grad kommet i fokus som et dominerende folkesundhedsproblem, hvor det tidligere var blandt andet infektionssygdomme og ernæringsmæssige forhold, der udgjorde de største trusler mod folkesundheden (41). SST definerer langvarig sygdom, som *“sygdom af mindst 6 måneders varighed”* (40,s.31).

Langvarige somatiske sygdomme som oftest inddrages i rapporterne er hjerte-kar-sygdomme (11, 15, 41, 44, 46, 48-50, 55, 56, 59), cancer (11, 15, 41, 44, 46, 48, 49, 55, 56, 59), diabetes (11, 15, 41, 44, 46-49, 53, 55, 56), astma (11, 15, 41, 46, 48, 49, 53, 55, 56), KOL (11, 41, 44, 46, 48, 49, 56, 59), muskel og skeletsygdomme (11, 15, 41, 44, 46) samt forhøjet blodtryk (41, 48, 53, 55).

Forklaringen på det ændrede sygdomsbillede kan dels findes i en hurtigt voksende aldrende befolkning, hvor livsstilssygdomme er mere udbredte (46, 56), forbedrede behandlingsmuligheder samt det forhold, at de langvarige sygdomme i høj grad er betinget af en livsstil, hvor især fysisk aktivitet er minimeret væsentligt i de seneste år (41). Eksempelvis stiger antallet af diabetesramte så hurtigt, at det globalt har nået epidemiske højder (49), og cancer og hjerte-kar-sygdomme forårsager tilsammen trefjerdedele af dødsfaldene i Europa (56). Sygdomme som i høj grad er betinget af individets livsstil.

Region Syddanmark påviser i deres seneste sundhedsprofil, at hos danskere, som har en langvarig sygdom, findes der en større andel, som ryger, er fysisk inaktive eller svært overvægtige, sammenlignet med borgerne, der ikke har en langvarig sygdom (41). Ligeledes beskriver OECD, at langvarig sygdom er forårsaget af livsstilsfaktorer, som rygning, nedsat fysisk aktivitet og stort alkoholforbrug (15).

Størstedelen af den danske befolkning vil derfor opleve én eller flere gange i deres liv at have en længerevarende sygdom (41). Det er således individets sundhedsadfærd, som har afgørende betydning for risikoen for at udvikle en længerevarende sygdom samt for prognosen ved behandling af langvarig sygdom (41) i overensstemmelse med ovenstående del af analysen vedrørende sundhedsadfærd.

Borgere med langvarig sygdom er oftere ensomme, og mange har sjældent eller aldrig kontakt til venner sammenlignet med borgere uden langvarig sygdom. Endelig er langvarig sygdom ofte negativt associeret med beskæftigelse, alder, uddannelse (41) og indkomst (47). Dermed påvises en flerdimensionel og gensidig sammenhæng mellem langvarig sygdom, sundhedsadfærd, sociale relationer samt socioøkonomisk status (41).

Mentale lidelser

De mest omtalte mentale lidelser i rapporterne er depression (11, 15, 41, 46-48, 50, 55), angst (15, 41, 46, 50, 55) og demens (11, 15, 46, 48). OECD fremhæver det stigende antal mentale lidelser som angst og depression, forårsaget af livsstilsfaktorer som nedsat fysisk aktivitet og et stort alkoholindtag (15). Altså igen betinget af individets sundhedsadfærd. Mentale lidelser udgør alene den anden største sygdomsbyrde i Europa, og er en stor bidragyder til og konsekvens af ulighed i sundhed og trivsel (56).

Socioøkonomisk ophobningen af risikofaktorer og lidelser forstærkes af det forhold, at personer med en svær mental lidelse også oftere er udsat for en somatisk sygdom (46, 50). *The Earth Institute, Columbia University* beskriver, at mentale lidelser er særdeles invaliderende, og at depression vurderes at udgøre en 50 procent større sygdomsbyrde end en langvarig somatisk sygdom som astma, diabetes og hjerte-kar-sygdom (50).

Ifølge en kilde (64), som ikke er en del af litteraturstudiet, tegner det sig også i Danmark således, at danskere med langvarig sygdom har op til tre gange så stor risiko, som den resterende befolkning for at have mentale helbredsproblemer. Mentale lidelser er en stigende folkesygdom, som rammer hver tiende dansker, og ca. fem procent af voksne danskere har diagnosticeret depression eller angst.

4.3.4.3 Sammenfatning mental og somatisk sundhed

Sociale relationer har stor betydning for individets sundhed og trivsel. Ingen eller få svage relationer, der medfører ensomhed, udgør en risikofaktor for død på niveau med rygning og alkohol (135). Kvantiteten og kvaliteten af sociale relationer har foruden effekten på individets sundhed og trivsel også en afgørende betydning for samfundets vitalitet og sammenhængskraft.

Mentale lidelser og langvarig somatisk sygdom er en stigende sundhedsudfordring, som i høj grad er betinget af individets sundhedsadfærd og har store konsekvenser for befolkningens sundhed og trivsel. Ved monitorering af den aktuelle sundhed og trivsel findes det derfor væsentligt at klarlægge befolkningens mentale og somatiske helbredsproblemer, da monitoreringen indikerer, om de forebyggende indsatser medfører en lavere forekomst af mentale lidelser og langvarige somatiske sygdomme. Dermed skabes mulighed for at prioritere og målrette de mange forebyggende indsatser samt underbygge planlægningen af kommende sundhedspolitiske strategier.

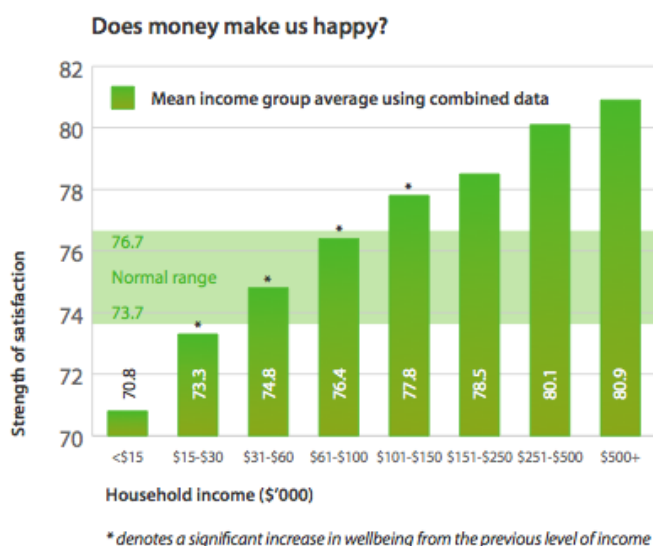
4.3.5 Sociodemografiske faktorer

De ovenfor beskrevne indikatorer vedrørende sundhedsadfærd samt fysisk og mental sundhed har en direkte indflydelse på individets sundhed og trivsel sammenlignet med sociodemografiske faktorer som i højere grad kan siges at være betingende for individets sundhedsadfærd. Således udgør *beskæftigelse*, *indkomst* og *uddannelse* (og sociale relationer) individets ressourcer for at leve et godt og sundt liv. Faktorerne har afgørende indflydelse på individets viden og personlige valg og den heraf følgende sundhedsadfærd (15, 56). Sammenhængen illustreres tydeligt i Sundhedhjulet (Figur 5).

4.3.5.1 Beskæftigelse og indkomst

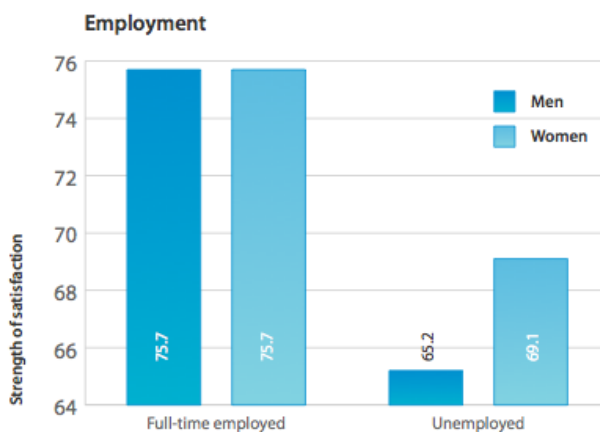
Indikatorerne *beskæftigelse* og *indkomst* beskrives i følgende afsnit sammen, da de typisk er tæt forbundet. Begge indikatorer er essentielle for individets sundhed og trivsel (15, 50). Indikatorerne *beskæftigelse* og *indkomst* er inkluderet i hhv. 13 (11, 15, 40-42, 44, 47, 48, 50, 53, 55, 56, 59) og 10 (11, 15, 40, 42, 44, 47, 50, 53, 55, 56) rapporter ud af i alt 15 rapporter.

Effekten af det økonomiske udbytte, som opnås ved beskæftigelse, er størst hos de borgere, der tjener mindst (Figur 11).



Figur 11: Sammenhæng mellem oplevet trivsel og husholdningens samlede indkomst hos Australiens borgere fordelt på indkomstgrupper (45,s.24).

At være arbejdsløs har stor negativ effekt på mental og fysisk sundhed (15) - specielt hos mænd (Figur 12). At blive eller være arbejdsløs er ofte forbundet med flere konsekvenser for individets trivsel end det at miste sin indkomst (15). Eksempelvis kan nævnes tab af social status, selvtillid og sociale relationer (50). Den forringede trivsel, som individet oplever ved at miste sit job, opleves typisk lige så stort, som at blive separeret fra sin ægtefælle (50). Foruden individet selv har arbejdsløshed også negativ indflydelse på den nærmeste familie (50).



Figur 12: Sammenhæng mellem fuldtidsbeskæftigelse eller arbejdsløshed og oplevet trivsel hos Australiens borgere fordelt på køn (45,s.32)

Efterløn eller pension ser ikke ud til at have en sammenhæng med sundhed og trivsel. Dog har det en effekt, hvis individets tvinges på efterløn eller førtidspension, hvilket kan hænge sammen med årsagen til den tvungne pension – altså et forringet helbred (50).

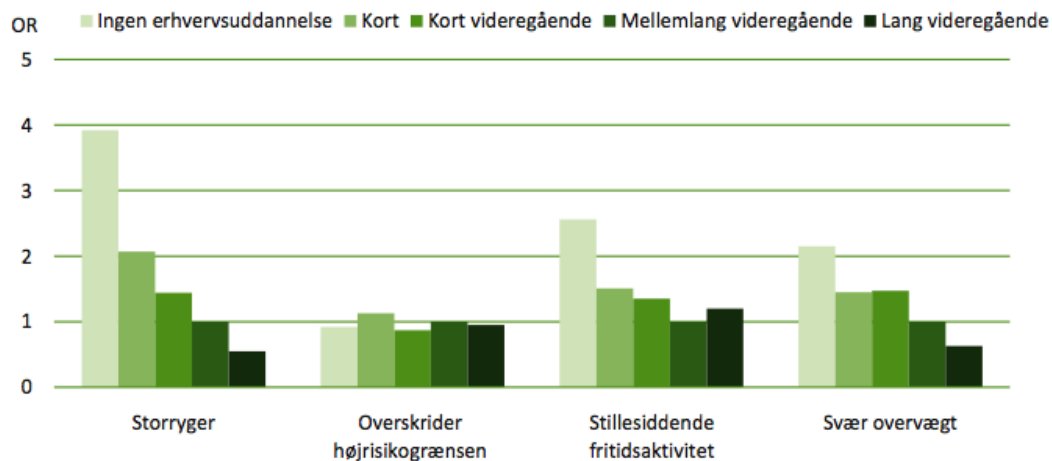
Indikatorerne beskæftigelse og indkomst er, som det fremgår ovenfor, ikke inkluderet i ganske få rapporter. Der findes ingen begrundelse for dette.

4.3.5.2 Uddannelse

Begrundelsen for at inkludere denne indikator i litteraturanalyse er, at 10 (11, 15, 40, 41, 44, 46, 47, 50, 53, 59) ud af 15 rapporter inddrager uddannelse. Der er veldokumenterede sammenhænge mellem uddannelse og sundhed og trivsel (44).

Udvikling af færdigheder er værdifuldt for mennesket og opfylder et grundlæggende behov for at lære (50).

Uddannelse påvirker (som beskæftigelse og indkomst) individets sundhed og trivsel (15, 50), da uddannelse bl.a. leder til bedre materielle levekår grundet den højere indtægt (50). Højere uddannelse medfører desuden oftere sundere arbejdsforhold end lav uddannelse (15). Desuden findes uddannelsesniveaet at have stor sammenhæng med individets sundhedsadfærd. I Figur 13 ses, at højere uddannelse generelt er forbundet med en bedre sundhedsadfærd (med undtagelse af alkoholindtagelse) (41). Endelig har uddannelse i sammenhæng med ovenstående betydning for individets vidensniveau (større evne at indsamle og håndtere viden om f.eks. sunde fødevarer), engagement i samfundet, evnen til at integrere sig, kriminalitet, social sammenhørighed og samfundets økonomiske vækst (15). Uddannelsesniveaet er derfor associeret med økonomiske såvel som sociale og adfærdsmæssige sammenhænge både for individet og for samfundet som helhed (15).



Figur 13: Sundhedsadfærdens sammenhæng med uddannelsesniveau. Køns- og aldersjusteret odds ratio (41,s.15).

The Earth Institute, Columbia University, argumenterer dog for, at effekten af uddannelse på individets sundhed og trivsel ikke er entydigt påvist. Årsagen er, at individer, som i forvejen trives, i højere grad påbegynder og fastholdes i et længere uddannelsesforløb (50). Det er derfor nødvendigt at sammenkæde mål for uddannelse med øvrige dimensioner af betydning for individets sundhed og trivsel, for at kunne skabe et fyldestgørende billede af indflydelseskilder på individets helbred (15). Dette gøres f.eks. i *Den nationale sundhedsprofil*, hvor der er indhentet registerdata vedrørende både uddannelse og beskæftigelse med henblik på at belyse social ulighed i sundhed (41).

Endelig er sammenhængen mellem uddannelse, arbejdsmarked og sundhed yderligere kompliceret på kommuneniveau. Når det gælder uddannelse er forholdet blandt andet afhængig af det lokale arbejdsmarked. Desuden kan den forventede risikoadfærd, som er knyttet til lav uddannelse modvirkes af lokale forhold (livsstil, holdninger) (44).

4.3.5.3 Sammenfatning sociodemografiske faktorer

Beskæftigelse, indkomst og uddannelse udgør individets ressourcer til at leve et godt liv, og medvirker derfor til at beskrive den sociale ulighed i sundhed (fordelingen af risikofaktorer på tværs af befolkningsgrupper). Derfor kan indikatorerne hjælpe til at pege på dele af befolkningen, hvor sundhed og trivsel er lavest. Arbejdsløshed og lav indtægt har en direkte effekt på sundhed og trivsel, da beskæftigelse styrker individets identitet, sociale relationer og socioøkonomiske status. Uddannelse har betydning for individets levestandard samt for økonomiske og sociale sammenhænge i samfundet. Effekten af uddannelse er dog ikke entydig, da det kan være sandsynligt, at de som fastholdes i et længere uddannelsesforløb i forvejen trives. Det kan derfor være en fordel at kombinere ovenstående sociodemografiske faktorer for at opnå det mest pålidelige billede af fordelingen af sundhed og trivsel. Desuden kan lokale data om uddannelsesniveau være stærkt afhængige af øvrige forhold i de omgivende rammer som f.eks. det lokale arbejdsmarked.

4.3.6 Samfund

I specialet er indikatoren *miljø* udvalgt og beskrives i det følgende. Miljøet påvirker individets sundhed og trivsel gennem de omgivende ydre rammer, som f.eks. effekten af at leve i områder, hvor luftforurening påvirker individets fysiske omgivelser og dermed muligheden for at leve et sundt liv (56). U.S. Department of Health and Human Services henviser til WHO's definition på miljøets relation til sundhed, som "*all the physical, chemical, and biological factors external to a person, and all the related behaviors*" (65). I denne brede definition kan det argumenteres for, at miljøet rummer alt, som ikke er genetisk forudbestemt. I specialet begrænses indikatoren miljø dog til at rumme de fysiske miljøfaktorer i individets omgivelser og den dertil relaterede påvirkning af individets sundhed og trivsel. Årsagen til denne afgrænsning findes i analysens første del, hvor det i analyseredskabet (Tabel 6) oftest findes at være aspekter som bæredygtig energi, forurening og rent drikkevand som anvendes i rapporterne.

4.3.6.1 Miljø

Indikatoren *miljø* er anvendt i 11 (11, 15, 42, 44, 46-48, 50, 53, 55, 59) ud af 15 rapporter. Det er ikke begrundet, hvorfor indikatoren *miljø* ikke indgår i de resterende fire rapporter (40, 41, 49, 56).

Miljøet er ekstremt kompleks, og de fysiske omgivelser har stor indflydelse på menneskets sundhed og trivsel (15). Luftforurening (11, 46, 50, 59) - herunder passiv rygning (48), giftige stoffer (50), rent drikkevand (44, 46, 50) og støj (50, 59) i miljøet er påvist at have stor indflydelse på befolkningers sundhed (50). Faktisk spiller faktorer i miljøet en rolle i udviklingen af 80 procent af alle større sygdomme i OECD landene (15), og i den europæiske region er ét ud af fem dødsfald relateret til miljøassocierede sygdomme (56). Konsekvensen af miljøfaktorernes indflydelse på sundhed er dog langt større i de mindre udviklede OECD lande end i Danmark (15). Det er dog oftest ikke muligt at påvise den direkte sammenhæng mellem miljømæssige faktor og en specifik sygdom. Alligevel peger de estimerede resultater på, at miljøet forårsager sygdom og død, som i høj grad er muligt at forebygge (46). Endelig har miljøets tilstand en betydning i den forstand, at folk værdsætter og trives bedre i bæredygtige og frodige fysiske omgivelser (15, 50).

Fokus på miljøet monitoreres ofte ud fra et forureningsmæssigt perspektiv (11, 42, 44, 48, 50, 55, 59). Luftforurening kan bidrage til eksempelvis cancer, hjerte-karsygdom og astma, og forurenede drikkevand kan medføre gastroenterologisk sygdom (48). I OECD's rapport fremgår det, at sammenhængen mellem fin-partikel forurening og hjerte- og luftvejssygdomme er medieret af mange faktorer, herunder erhvervs-mæssig eksponering, alder, køn, underliggende sygdom, rygning, livsstil, BMI, uddannelse og indkomst (15).

Desuden findes det, at indsatser, hvis formål er at forbedre det fysiske miljø, kan kombineres med indsatser rettet mod fremme af individets sundhedsadfærd og livsstil. Eksempelvis kan nye forbedrede og attraktive cykelstier og stisystemer påvirke både individets adfærd og miljøet, da det fremmer fysisk aktivitet og reducerer luftforurening fra biltransport (48). Dermed udføres et rammesættende forebyggende tiltag - også kaldet strukturel forebyggelse (uddybes senere i afsnit 5.1.3.1).

4.3.7 Sammenfatning af indikatorer for sundhed og trivsel

I ovenstående litteraturanalyse er de enkelte indikatorer gennemgået med henblik på at understøtte en diskussion af hvilke indikatorer, der bør prioriteres i en kvalificeret og enkel monitorering af folkesundheden i Varde Kommune.

Gennem analysen er opnået en dybere forståelse for hvilke indikatorer, som bør anvendes i målingen af sundhed og trivsel, og i hvilken grad de influerer folkesundheden.

Litteraturanalysen er struktureret efter specialets *Sundhedshjul* (Figur 5), som illustrerer de lag, hvori indikatorerne, som i analysens første del oftest er fundet anvendt til at beskrive sundhed og trivsel, er placeret. Litteraturanalysen af de udvalgte indikatorer kom frem til følgende betydningsfulde indikatorer for sundhed og trivsel, som præsenteres i Tabel 10 nedenfor:

Tema	Indikatorer
KRAM-faktorer ⁷	Kost, overvægt, rygning, alkohol, fysisk aktivitet
Mental og somatisk sundhed	Sociale relationer, mentale lidelser og langvarig somatisk sygdom
Sociodemografiske faktorer	Beskæftigelse, indkomst, uddannelse, køn, alder
De omgivende rammer	Miljø

Tabel 10: Oversigt over væsentlige indikatorer fremfundet i litteraturanalysen og de fire temaer, som anvendes i diskussionen relateret til Varde Kommune.

At litteraturanalysen kommer frem til netop disse indikatorer er måske ikke overraskende. Men ikke desto mindre er det centrale indikatorer, som alle bør medtænkes i udarbejdelsen af en fyldestgørende og balanceret sundhedsstrategi og politik, hvor ambition er at højne folkesundheden og samtidig mindske den sociale ulighed i sundhed. Indikatorerne afspejler samtidig betydningen af det brede sundhedsbegreb, hvor sundhed bør ses som mere end blot fravær af sygdom, men også influeret af individets livsstil, sociale relationer og levevilkår. Endelig læner SST's forebyggelsespakker sig i det væsentligste op af specialet udvalgte indikatorer for sundhed og trivsel.

Diskussion tager i det efterfølgende udgangspunkt i temaerne præsenteret i Tabel 10: *KRAM-faktorer, mental og somatisk sundhed, socioøkonomiske faktorer og de omgivende rammer.*

⁷ Betegnelsen "KRAM" stammer fra et projekt, som Statens Institut for Folkesundhed gennemførte i kommunerne i 2007-2008. Undersøgelsen blev kaldt KRAM, da den omhandlede ovenstående livsstilsindikatorer som Kost, Rygning, Alkohol og Motion (herunder overvægt, som går lidt på tværs af de fire KRAM-faktorer) (66).

5 Diskussion

Af ovenstående fremgår de indikatorer, som i litteraturlanalysen er fundet betydningsfulde for sundhed og trivsel. I det følgende diskuteres og argumenteres for, hvorledes disse indikatorer i praksis kan anvendes i Varde Kommune til at kvalificere og ikke mindst prioritere indikatorer for borgernes sundhed og trivsel i fremtiden.

Diskussionen opdeles i følgende to dele:

I diskussionens **første del** foretages en diskussion af litteraturlanalysens resultater med henblik på at besvare specialets problemformulering, som relateres til Varde kommune. Specialets fund vil, som sagt, løbende sammenholdes med og diskuteres ud fra anden teori og forskning. Sidst sammenholdes specialets resultater med SST's forebyggelsespakker, der aktuelt er rammesættende for den danske kommunale sundhedspolitik og forebyggende indsats.

I diskussionens **anden del** foretages en kritisk metodediskussion. Her vurderes besvarelsen af specialets problemformuleringen, samt specialets eventuelle metodiske og empiriske svagheder og begrænsninger identificeres og diskuteres.

Endelig gives på baggrund af analysen og diskussionen af de udvalgte indikatorers betydning for sundhed og trivsel anbefalinger for, hvorledes Varde Kommune med fordel kan medtænke og eventuelt integrere specialets fund i deres fremtidige sundhedsindsats.

5.1 Første del: Diskussion af udvalgte indikatorer i relation til Varde Kommune

Som beskrevet indledningsvist efterspørger Varde Kommune et sundhedsbarometer, der udgør et sundhedspolitisk redskab, som enkelt kan kommunikere kommunens sundhedsudfordringer til borgere, politikere og administrative beslutningstagere. Desuden er intentionen, at redskabet kan bidrage til at målrette og prioritere de sundhedsindsatser, der er opstået i kølvandet af kommunalreformen fra 2007. Endelig er ønsket i Varde Kommune på sigt at opnå et sammenligneligt og konkurrencefremmende måleinstrument kommunerne imellem.

For at imødekomme Varde Kommunes behov for en kvalificeret og enkel fremstilling af indikatorer for sundhed og trivsel og besvare specialets problemformulering, relateres fund i litteraturlanalysen til kommunens aktuelle helbredsstatus. Forud for dette er det væsentligt at opnå en generel indsigt i forekomst og fordeling af sundhed og trivsel i Varde Kommune.

5.1.1 Sundhed og trivsel i Varde Kommune

Varde Kommune har ikke udført en sundhedsprofil for borgerne i kommunen. Derfor beskrives borgernes sundhed, sygelighed og trivsel ud fra data indhentet i Region Syddanmarks sundhedsprofilundersøgelse *Hvordan har du det?*⁸ fra 2010 (41) samt online-databasen *Sundhedsprofil2010.dk* (67). Databasen er etableret i tilknytning til publiceringen af *Den nationale sundhedsprofil* og giver mulighed for en national sammenligning af data om Varde Kommunes sundhed og trivsel.

Data indhentet fra sundhedsprofilundersøgelsen *Hvordan har du det?* er omfattende og rummer adskillige aspekter af sundhed, sygelighed og trivsel. Undersøgelsens resultater er dog præget af en stor bortfaldsprocent i enkelte subgrupper til trods for vægtning for non-response. Frafaldet er størst i befolkningsgrupper med anden etnisk baggrund end dansk, blandt unge mænd og ældre kvinder samt ugifte borgere (41). Bortfaldet i disse grupper medfører problemer i generaliseringen af data til hele befolkningen (68), og mindsker formentlig synligheden af sociodemografiske indikatorers betydning for sundhed og trivsel. Det kan konkret betyde, at der i sundhedsprofilen ikke opnås tilstrækkelig indsigt i, om eksempelvis ældre kvinder oplever at være mere ensomme end yngre kvinder, eller om borgere med anden etnisk baggrund spiser mere eller mindre sundt end borgere med dansk etnicitet. Disse forhold kan medføre en væsentlig bias, som er vigtig at være opmærksom på i fremstillingen og anvendelsen af nedenstående data fra undersøgelsen.

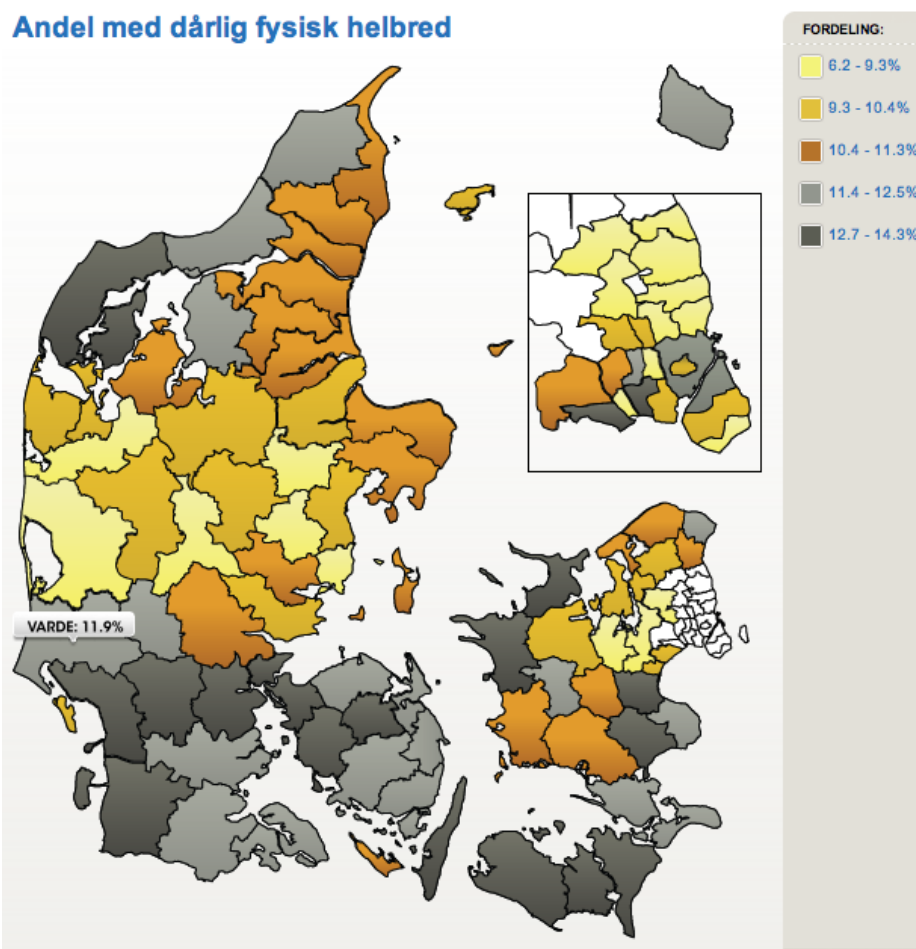
I 2010 er der 39.927 indbyggere i Varde Kommune. Af disse indbyggere findes en lidt større andel ældre borgere (over 75 år) sammenlignet med den øvrige befolkning i Region Syddanmark. Aldersfordelingen ligger dog generelt tæt op af det regionale gennemsnit (41).

Borgerne i Varde Kommune er relativt lavt uddannede. Fordelingen af højest fuldførte uddannelse placerer Varde Kommune en del under regionsgennemsnittet, hvad angår lang og mellemlang videregående uddannelse og over gennemsnittet i forhold til kort videregående uddannelse, kort uddannelse og ingen erhvervsuddannelse (41). Eksempelvis har 3,9 procent af borgerne i Region Syddanmark en høj videregående uddannelse sammenlignet med Varde Kommune, hvor samme gruppe udgøres af kun 2,4 procent af befolkningen, hvilket er blandt de laveste andele i Region Syddanmark (41).

Generelt vurderer et større antal borgerne i Varde Kommune det selvvaluerede helbred bedre end regions- og nationalgennemsnittet - også når der tages højde for alder, køn og uddannelse. En større andel af borgerne i Varde Kommune (11,5 procent) vurderer at have dårligere fysisk helbred end det nationale gennemsnit (10 procent). Specielt kvinder vurderer eget fysisk helbred lavt. Varde Kommune er blandt de kommuner, som vurderer eget fysisk helbred lavest (Figur 14).

⁸ Undersøgelsen *Hvordan har du det? – trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2010* er en tværsnitsundersøgelse, hvis formålet er at beskrive sundhed, sygelighed og trivsel i Regionen Syddanmark og dens 22 kommuner. Ud af 36.396 borgere i Varde Kommune udvælges tilfældigt 2.500 borgere i alderen 16 år og derover. Heraf besvarer 1606 borgere (svarprocent 64,2 procent) det selvadministrerede spørgeskema (41).

Det selvvaluerede mentale helbred vurderes dog bedre end det regionale gennemsnit – faktisk blandt det bedste i regionen (41). Det samme gør sig gældende i en national sammenligning (67).



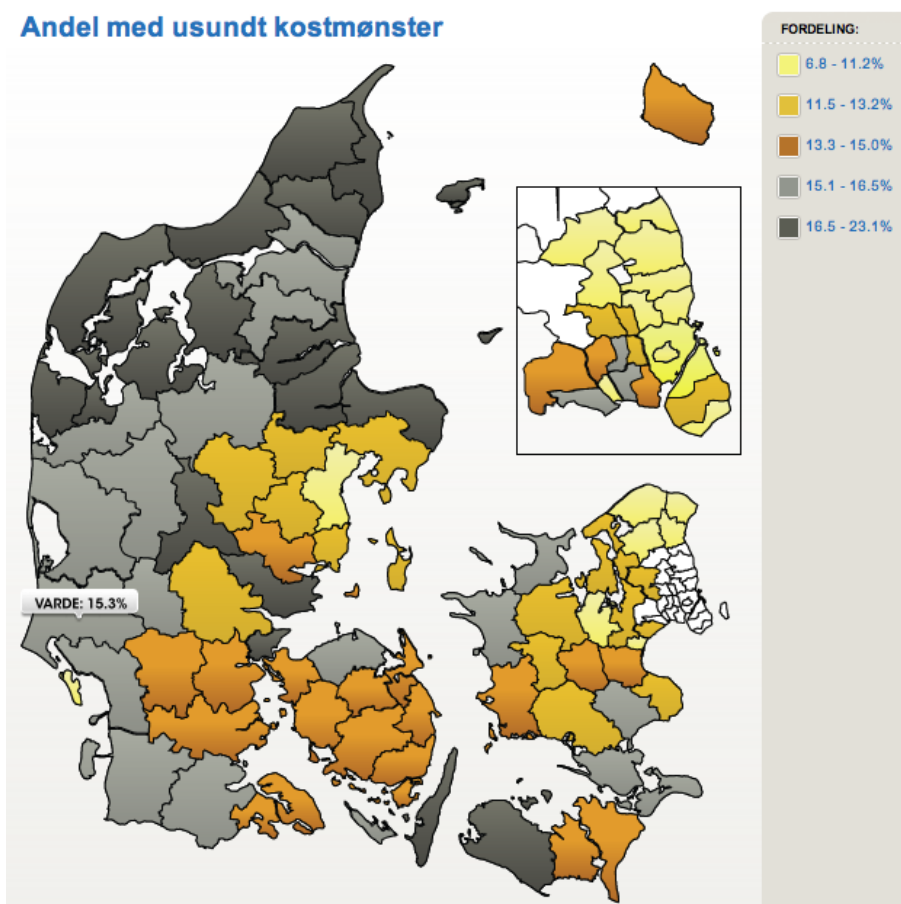
Figur 14: Andel med dårligt selvvalueret fysisk helbred fordelt på landets kommuner. Køns- og aldersstandardiserede forekomster (67)

Langvarig sygdom har den laveste forekomst i Varde Kommune sammenlignet med Region Syddanmark, selvom der er justeret for alder, køn og uddannelse. Ved specifikke sygdomme ses en generel lav forekomst. Dog ses ved sygdomme som diabetes og forhøjet blodtryk en gennemsnitlig forekomst eller en forekomst lidt under regionsgennemsnittet. Desuden ses en lav forekomst af sygefravær i Varde Kommune sammenlignet med befolkning i Syddanmark (41) og Danmark (67).

Sundhedsadfærd vedrørende daglig rygning er under det regionale gennemsnit (41). Dog er andelen, der ønsker at holde op med at ryge (17,1 procent), lidt lavere end nationalgennemsnittet (17,8 procent) (67). Derimod ønsker flere end regionsgennemsnittet at nedsætte alkoholforbruget blandt den relativt lille andel, som overskrider SST's højrisikogrænse (41). Varde Kommune er en af de kommuner, hvor færrest overskrider SST's højrisikogrænse for alkoholforbrug. Det samme er gældende for SST's lavrisikogrænse, binge drinking og alkoholafhængighed (41). Ved national sammenligning ses der ligeledes ingen tegn på et problematisk alkoholforbrug i Varde Kommune (67).

Et usundt kostmønster er dominerende blandt borgerne i Varde Kommune, som er blandt de højeste i regionen (15,3 procent) (41). Det samme fremgår ved national sammenligning, hvor 13,3 procent har et usundt kostmønster (Figur

15) (67). Det er primært mænd (21,6 procent), som spiser usundt i Varde Kommune. Flere end gennemsnittet spiser fedtstof på brødet og væsentligt færre spiser fisk 1-2 gange ugentligt. Flere borgere end gennemsnittet angiver dog at spise frugt dagligt. En væsentlig mindre andel af de borgere (51 procent), som spiser usundt, ønsker at spise mere sundt sammenlignet med landsgennemsnittet (57,1 procent). Kun en mindre andel (4,2 procent) end gennemsnittet i landets øvrige kommuner (4,9 procent) vurderer sine kostvaner som usunde eller meget usunde (67).



Figur 15: Andel med usundt kostmønster fordelt på landets kommuner. Køns- og aldersstandardiserede forekomster (67).

Varde Kommune ligger på regionsgennemsnittet, hvad angår moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, og andelen med stillesiddende fritidsaktivitet er væsentlig mindre end regionsgennemsnittet. Anderledes ser det dog ud ved national sammenligning. Borgere med hård/mellemhård fysisk aktivitet i fritiden er i Varde Kommune lavere (26,7 procent) end nationalt (28,9 procent). Færrest kvinder er fysisk aktive (21,1 procent). Af de borgere, som har en stillesiddende fritid, ønsker væsentligt færre borgere i Varde (61,0 procent) end nationalt (67,5 procent) mere bevægelse i hverdagen. Det kan eventuelt hænge sammen med, at en mindre andel (20,2 procent) af borgerne i Varde Kommune vurderer egen fysisk form som dårlig sammenlignet med landets øvrige kommuner (22,7 procent).

Overvægt er på næsten samme niveau som regionsgennemsnittet. Men ved national sammenligning er 50 procent af borgerne i Varde Kommune overvægtige (BMI over 25) sammenlignet med 46,7 procent i Danmark. Mænd er oftest overvægtige i Varde Kommune (57,4 procent). En større andel borgere i Varde Kommune er desuden svært overvægtige. En mindre andel end gennemsnittet i regionen ønsker at ændre sundhedsadfærd til at spise sundere ved

svær overvægt. Faktisk er det den laveste andel borgere regionen, som ønsker at ændre kostvaner. Næsten det samme billede tegner sig ved ønsket om at dyrke mere fysisk aktivitet ved svær overvægt. Endelig er andelen, der i høj grad vil tabe sig i Varde Kommune (17,3 procent) lavere end i Danmark (18,9 procent), og færre borgere i Varde Kommune (12,8 procent) end nationalt (13,1 procent) vurderer deres vægt som for høj (41).

Ofte ses en tendens til ophobning af livsstilsrelaterede risikofaktorer, som forstærker risikoen for at få hjerte-karsygdom, kræft og for tidlig død. Disse ophobninger ses ofte i enkelte befolkningsgrupper, og hænger ikke kun sammen med alder, køn og uddannelse men kan optræde i en kæde af årsagssammenhænge. Således at en svær overvægtig borger uanset alder, køn og uddannelse også ofte har stillesiddende fritidsaktiviteter og evt. et usund kostmønster. Heraf har en kun mindre andel borgerne (4,1 procent) i Varde Kommune en ophobning af 3-5 risikofaktorer sammenlignet med regionsgennemsnittet (5,1 procent) (41).

Sammenlignet med regionsgennemsnittet er det en væsentlig mindre andel borgerne i Varde Kommune, som sjældent eller aldrig har kontakt med familie og venner, er uønsket alene, eller som aldrig eller næsten aldrig har nogle at tale med ved problemer eller behov for støtte (41). Kvinder er sjældnere uønsket alene end mænd, hvorimod kun halvt så mange kvinder (2,9 procent) oplever at have nogen at tale med sammenlignet med mænd (5,2 procent) (67).

Samlet set fremstår borgerne i Varde Kommune som værende sunde og trives gennemsnitligt eller endda ofte bedre end øvrige borgere i Region Syddanmark og Danmark. Trods Varde Kommunens fine placering både regionalt og nationalt har borgerne alligevel væsentlige sundhedsrelaterede udfordringer.

Opsummeret er de mest fremtrædende sundhedsrelaterede udfordringer i Varde Kommune (sammenlignet med regionalt og nationalt gennemsnit):

- Stigende andel ældre borgere
- Lavt uddannelsesniveau
- Lavt selv vurderet fysisk helbred, oftest kvinder (forekomst af langvarig sygdom og specifikke sygdomme ikke over nationalt gennemsnit)
- Usundt kostmønster, primært mænd (kun gennemsnitlig andel borgere vurderer selv at have usundt kostmønster)
- Nedsat fysisk aktivitet, oftest kvinder (en mindre andel vurderer egen fysisk form som mindre god eller dårlig sammenlignet nationalt gennemsnit)
- Overvægt, oftest mænd (færre borgere end gennemsnittet vurderer sin vægt som alt for høj sammenlignet med nationalt gennemsnit)
- Ønsker ikke at ændre sundhedsadfærd (især mænd (67)). Specielt problematisk vedrørende kost, fysisk aktivitet og overvægt.

5.1.2 Indikatorer for sundhed og trivsel i Varde Kommune

I følgende afsnit sammenholdes de fremhævede sundhedsrelaterede udfordringer og tendenser i Varde Kommune med temaerne fremkommet i litteraturanalysen (Tabel 10). Hensigten er at diskutere og argumentere for, hvilke indikatorer, der bør prioriteres i Varde Kommune, for at opnå en kvalificeret og enkel fremstilling af indikatorer for borgernes sundhed og trivsel i fremtiden.

5.1.2.1 KRAM

I Varde Kommune er KRAM-faktorerne i det væsentligste bedre placeret end regions- og landsgennemsnittet. Således er der i Varde Kommune en lavere forekomst af rygning og skadelig indtagelse af alkohol, som er de to faktorer, der findes at have størst indflydelse på sygdom og dødelighed i Danmark. Faktisk placerer lægetidsskriftet *The Lancet* Danmarks sundhed og levealder på en bundplacering blandt 19 undersøgte lande på grund af usund livsstil med for meget røg og alkohol kombineret med usunde kostvaner (69). Specielt de usunde kostvaner er en dominerende risikofaktor i Varde Kommune. Derfor dyrker færre borgere fysisk aktivitet, og flere borgere er overvægtige end landsgennemsnittet.

Varde Kommune overstiger både det regionale og nationale gennemsnit, da 15,3 procent af borgerne har et usundt kostmønster mod 13,3 procent nationalt (67). Som i det øvrige Danmark, er tendensen i Varde Kommune, at indtagelsen af kostkomponenten frugt og grønt er mindre problematisk, mens en større andel end det nationale gennemsnit findes at indtage for meget fedtstof på brødet, og færre borgere spiser fisk 1-2 gange ugentligt. Som fremkommet i litteraturanalysen kan et usundt kostmønster medføre alvorlige livsstilsrelaterede sygdomme som type-2-diabetes, cancer og hjerte-kar sygdomme. Usund kost kan, som fundet i analysen, relateres til 8 procent af alle dødsfald i Danmark. Det er derfor væsentligt at tage højde for denne risikofaktor. Risikofaktoren er desuden negativt associeret med blandt andet høj alder samt lavt uddannelsesniveau, som findes i Varde Kommune.

På trods af det udbredte usunde kostmønster i Varde Kommune, findes det, at en mindre andel end nationalgennemsnittet vurderer egne kostvaner som usunde eller meget usunde. Det tyder derfor på, at borgernes egen vurdering ikke afspejler det faktiske kostmønster. Det kan enten skyldes en uvidenhed om hvilke kostvaner, der regnes for sunde og usunde, eller skyldes en overrapportering af egne sunde kostvaner. Endelig kan forklaringen være, at de udvalgte monitorerede kostkomponenter (frugt og grønt, fedtstof på brødet, fisk 1-2 gange ugentligt) ikke giver et fuldent billede af borgernes faktiske kostvaner. I litteraturanalysen findes det, at det især er befolkningens øgede energiindtag (kulhydrater), som er medvirkede til en af de største fremtidige folkesundhedsudfordringer. Det nuværende energiindtag kendes dog ikke i Varde Kommune. Energiindtaget kan derfor være betydningsfuldt at inddrage i monitoreringen af borgernes kost for at opnå et fuldent billede af borgernes kostvaner.

En undersøgelse udarbejdet af DTU Fødevarerinstitutionen af danskernes kost og oplevelsen af sunde kostvaner viser, at oplevelsen af at have sunde kostvaner især forbindes med fødevarer, som oftest er fremtrædende i kampagner og tidligere indsatser - f.eks. frugt og grønt og fisk⁹ (72). Indtaget af mættet fedt, som i Varde Kommune ligger over regionsgennemsnittet, forbindes formentlig ikke af borgerne med tidligere indsatser, hvorfor kostkomponenten ikke

⁹ Her kan eksempelvis nævnes den nationale kampagne for frugt og grønt "6 om dagen" (71) samt fiske-kampagnen "2 gange om ugen" (70).

opleves som havende samme sundhedsmæssige signalværdi (risiko), som indtagelsen af f.eks. frugt og grønt (72). Det kan være årsagen til, at en stor andel af borgerne i Varde Kommune angiver at spise sundt, da deres vurdering kan være baseret på indtaget af frugt og grønt, som ligger over gennemsnittet. En sådan sammenhæng antyder, at borgerne (især mænd) mangler viden om hvilke kostkomponenter, der regnes for sunde og usunde.

Usunde kostvaner er stærkt associeret med risikoen for overvægt. Denne sammenhæng fremgår også i Varde Kommune, hvor de usunde kostvaner ligesom overvægt specielt ses udbredt hos mænd. I analysen findes en tydelig social gradient i forekomsten af overvægt. Problematikken er derfor yderst væsentlig for Varde Kommune, da overvægt er forbundet med betydelige omkostninger for det danske sundhedsvæsen. Desuden fremgår det, at en meget lille andel af mændene (7,4 procent) i Varde Kommune vurderer sin vægt som alt for høj. Det modsatte gør sig gældende for kvinder (18,5 procent). Det indikerer, at især mændene ikke i samme grad er opmærksomme på deres vægt som kvinder. I øvrigt angiver mændene i ringe grad et ønske om at tabe sig ved overvægt.

Det er dog vigtigt, at være opmærksom på, at forskellen i overvægt mellem kønnene i Varde Kommune sandsynligvis er mindre i virkeligheden, da der, som fundet i litteraturanalysen, er en sandsynlighed for, at kvinder underestimerer egen vægt.

Endelig er det moderate og hårde fysiske aktivitetsniveau i fritiden i Varde Kommune lavere end nationalt, hvilket i analysen findes at være forbundet med en øget risiko for overvægt samt en lang række somatiske sygdomme og mentale lidelser, som f.eks. diabetes og depression. Færre kvinder end mænd er i Varde Kommune moderat og hårdt fysisk aktive. Alligevel er en mindre andel af borgerne end den gennemsnitlige dansker motiveret til at være mere fysisk aktive. Formentlig på grund af, at en lille andel borgere i Varde Kommune sammenlignet med landgennemsnittet vurderer egen fysisk form som mindre god eller dårlig. Deltagelsen i sportslige aktiviteter findes desuden i analysen at fremme sociale relationer og mental sundhed. Fysisk aktivitet er derfor stærkt forbundet med borgernes livslange sundhed og trivsel. Desuden er fysisk aktivitet negativt associeret med blandt andet høj alder og lav uddannelse, hvilket begrundes relevansen af indikatoren for Varde Kommune, da et tilstrækkeligt aktivitetsniveau oftest findes hos ressourcestærke borgere. Ifølge Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed ses i Danmark generelt en stigende inaktivitet i arbejdslivet såvel som i borgernes daglige liv i øvrigt. Dette kan blandt andet skyldes en livsstil, som i stigende grad domineres af tv, computer og dagligdagens hjælpemidler som eksempel vaskemaskiner (73).

5.1.2.2 Mental og fysisk sundhed

Det generelle selvvaluerede helbred og den mentale sundhed er i Varde Kommune væsentligt bedre end både det regionale og nationale gennemsnit. Derimod angiver borgerne i Varde Kommune at have dårligere fysisk helbred end det nationale gennemsnit til trods for, at forekomsten af langvarig somatisk sygdom og øvrige somatiske sygdomme ikke overstiger det nationale gennemsnit (med enkelte undtagelser vedrørende lidelserne grå stær og osteoporose). Varde er blandt de kommuner, som vurderer eget fysisk helbred lavest. Det lavt selvvaluerede fysiske helbred opleves oftest af kvindelige borgere. At det er kvinder, som vurderer eget fysisk helbred lavest, er forventeligt, da det fremgår

af litteraturanalysen, at kvinder i Danmark generelt har et dårligere fysisk helbred end mænd. Men det registerdata¹⁰, som indikerer den lave forekomst af langvarig sygdom i Varde Kommune, afspejler ikke de fysiske gener, som især de kvindelige borgere angiver ved det selvvalgte helbredsmål. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på den uoverensstemmelse, som eksisterer mellem det selvvalgte helbred og de indhentede registerdata (udbygges nærmere i *Afsnit 5.2.3*).

Borgerne i Varde Kommune er sjældnere uønsket alene og har oftere familie eller venner at tale med ved brug for støtte eller problemer sammenlignet med borgere i øvrige kommuner i Danmark. Den funktionelle dimension af borgernes relationer - altså den følelsesmæssige støtte og værdi, som borgeren tillægger relationen – er således opfyldt, da borgerne føler, at de opnår støtte og hjælp ved problemer. Det findes i litteraturanalysen, at netop denne dimension kan have afgørende betydning, da det ikke blot er et spørgsmål om ensomhed, men om de værdier, som de sociale relationer bibringer individet. Det fremgår, at kvinder i Varde Kommune sjældnere er uønsket alene end mænd, hvorimod kvinder kun næsten halvt så ofte som mænd oplever at have nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte. Som fundet i analysen indgår kvinder oftere i sociale relationer, hvor den funktionelle dimension tillægges negativ værdi, og har indflydelse på kvinders trivsel. Dette kan formentlig også være tilfældet for kvinderne i Varde Kommune.

Grundet de stærke sociale relationer og det sunde mentale helbred, som generelt findes i Varde Kommune, kan den heraf følgende sociale kapital benyttes og sandsynligvis forstærkes i forebyggelsen af sundhedsrelaterede problemer i kommunen. I Storbritannien søsattes i 2010 en række initiativer af den britiske regering benævnt Big Society (74) (herefter benævnt *Det store samfund*). Tanken er at øge det offentlige samarbejde med borgerne. Fokus er på fælles planlægning og levering af offentlige ydelser, som forbedrer kvaliteten i velfærdssamfundet. Den offentlige sektors rolle nytænkes, og borgernes ofte frivillige initiativer understøttes. *Det store samfund* anses som en mulighed for, at reformere den måde borgerne inddrages i offentlige aktiviteter under betegnelsen *samproduktion*. Samproduktionen skaber dialog om indholdet i de offentlige ydelser samt involverer og engagerer borgerne i skabelsen af nye innovative løsninger (74, 75). Som opbakning til idéen om samproduktion findes, at frivillighed er meget udbredt i Danmark. Med omkring 40 procent af den danske befolkning involveret i frivilligt arbejde i 2012, er danskerne blandt verdens mest engagerede borgere (76). Den frivillige sektor er karakteriseret ved at reagere hurtigt og innovativt på samfundets aktuelle udfordringer, og samarbejdet mellem kommuner og den frivillige sociale sektor er allerede steget markant de seneste par år – herunder større formaliserede samarbejdsaftaler (76). Blandt allerede eksisterende initiativer, som i det væsentligste er baseret på civilsamfundets engagement og frivillige arbejdskraft, kan nævnes patientforeninger, skolebestyrelser, besøgsvenner, Natteravnene samt diverse rådgivende telefonlinjer. Så potentialet for en øget frivillig indsats og inddragelse af borgerne i Varde Kommunes sundhedsindsats er formentlig allerede eksisterende.

Modsat kan idéen om *Det store samfund* anses som et spareprojekt, hvis formål er at spare på de offentlige aktiviteter og overlade dem til borgerne selv. Spørgsmålet er, om motivationen bag frivillighed og foreningsliv kan bære at blive forpligtet og styret med henblik på at levere tilstrækkelig kontinuitet, professionalisme og faglighed (74). En

¹⁰ Data indhentet gennem blandt andet landspatientregistret og Danmarks Statistik (41)

udfordring, som ifølge de frivillige i danske kommuner konkret viser sig ved, at det er vanskeligt for den kommunale institution at forstå, at frivillige primært agerer af lyst og ikke af pligt (76).

Til trods for udfordringer og uafklarede omstændigheder er det vigtigt at holde fast i, at frivillige indsatser med stor sandsynlighed kan bidrage med en større ligestilling og fortrolighed end det offentlige. Det frivillige arbejde kan være båret af et engagement og en nytænkning, som virkelig kan gøre en forskel for især den sociale dimension af kommunal sundhedsfremme og forebyggelse. Frivilligheden skal formentlig anses som et styrkende supplement frem for en erstatning af de offentliges aktiviteter.

Dermed kan idéen om *Det store samfund* fungere som inspiration til, hvorledes Varde Kommune ved samproduktion kan udnytte borgernes stærke sociale relationer til en styrket inddragelse af deres ressourcer i kommunens fremtidige udfordringer. Det kan konkret være i tilknytning til at øge sund adfærd eller trivslen blandt de ældre borgere, som i analysen generelt forekommer at være mere ensomme end yngre borgere.

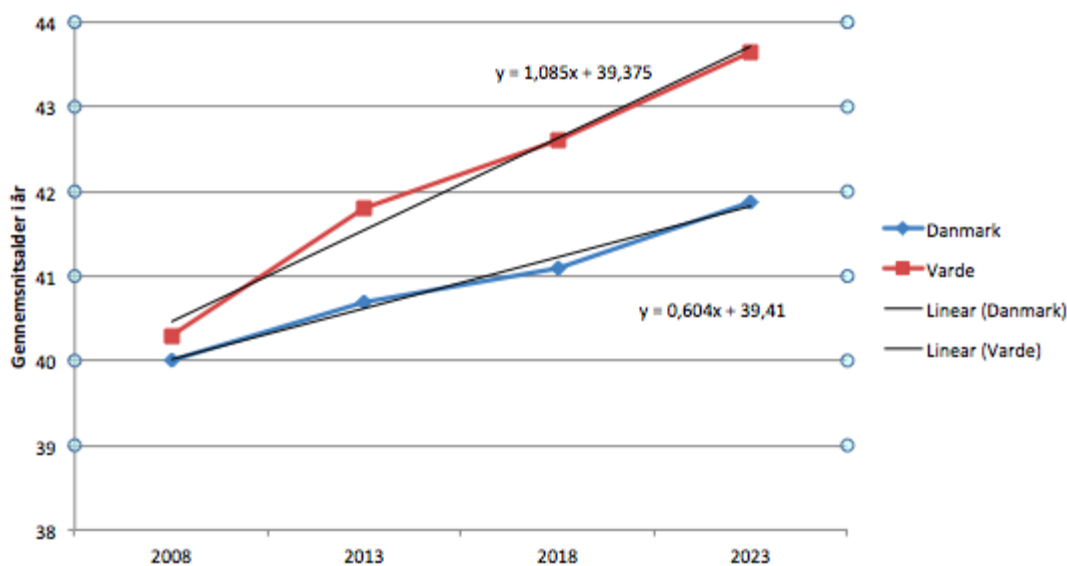
5.1.2.3 Sociodemografiske faktorer

I Region Syddanmarks undersøgelse *Hvordan har du det?* (41) samt i den tilknyttede online database www.sundhedsprofil2010.dk (67) inddrages desværre ikke indikatorer vedrørende *beskæftigelse* og *indkomst* på kommunalt niveau, hvorfor der i det følgende præsenteres data fra en anden kilde vedrørende disse indikatorer.

I følge Danmarks Statistik er 5,2 procent af arbejdsstyrken i Varde Kommune ledig (77). Ledigheden er i Region Syddanmark 6,9 procent, og i hele landet er 6,6 procent af arbejdsstyrken ledig (77). Ledigheden i Varde Kommune er derfor væsentlig lavere end regionalt og nationalt gennemsnit. Aktuelt findes indikatoren *beskæftigelse* derfor ikke mere problematisk i Varde Kommune end i resten af Danmark.

Den gennemsnitlige årlige indkomst (i 2011) per borger i Varde Kommune er 276.136 kr. Det er kun en smule under det nationale gennemsnit på 286.645 kr. (78). Den lavere gennemsnitlige indkomst i Varde Kommune er formentlig associeret med det relativt lave uddannelsesniveau, hvorfor effekten af den lavere indkomst sandsynligvis findes i denne borgergruppe. Generelt vurderes den lidt lavere gennemsnitlige indkomst per borger i Varde Kommune på baggrund af litteraturanalysen fund (jævnfør Figur 11) ikke at have udpræget indflydelse på borgernes sundhed og trivsel.

Ved hjælp af data fra Danmarks Statistik (79) beregnes, at Varde Kommune (foruden den nuværende større andel ældre borgere end landsgennemsnittet) i fremtiden kan forvente flere ældre borgere end gennemsnittet i Danmark. Af Figur 16 ses, at der hvert 5. år forventes en stigning i gennemsnitsalderen på 1,09 år i Varde Kommune, hvorimod gennemsnitsalderen i Danmark i samme tidsrum kun forventes at stige 0,60 år. Da alder i mange henseender har indflydelse på folkesundheden, er det væsentligt at være opmærksom på denne tendens i befolkningen i Varde Kommune. Alder er derfor en væsentlig baggrundsindikator for Varde Kommune i fremtiden.



Figur 16: Stigning i borgernes gennemsnitlige alder fra 2008 til 2023 i Varde (rød) og Danmark (blå). Af graferne ses hvert 5. år en forventet stigning i gennemsnitsalderen i Varde på 1,09 år. I Danmark i samme periode forventes gennemsnitsalderen at stige 0,60 år (79).

Det er dog vigtigt at bemærke, at en stigende gennemsnitlig alder også kan være et positivt udtryk for en øget gennemsnitlig levealder på grund af, at Varde Kommune på mange områder er sundere end de fleste øvrige danske kommuner. Dog forventes det, som fundet i litteraturanalysen, at andelen med dårligt helbred (specielt langvarige sygdomme) øges med stigende alder.

Ifølge en dansk videnskabelig undersøgelse af fremtidens udfordringer i industrilandenes aldrende befolkning forventes, at antallet af diabetestilfælde globalt vil stige til over det dobbelte i 2030 alene på grund af den ventede stigning i befolkningsgruppen over 65 år (forudsat at prævalensen af overvægt er stabil i perioden) (80). Diabetes er dermed et eksempel på en alvorlig kronisk sygdom, som i højere grad kan imødekomes og forebygges, hvis Varde Kommune er opmærksom på borgernes aldersrelaterede sundhed og trivsel. Det beskrives i en rapport fra Det Nationale Forskningscenter for Velfærd om ældres ressourcer og behov i Danmark, at fysisk aktivitet er en af de vigtigste områder for opnåelse af *suksessfuld aldring*¹¹. Ældre, som motionerer jævnligt, kan næsten fordoble deres chance for at forblive selvhjulpne hele livet (81). Dermed begrundes samtidig betydningen af indikatoren *fysisk aktivitet* set i sammenhæng med den stigende gennemsnitsalder i Varde Kommune.

Tilsvarende udgør det relativt lave uddannelsesniveau i Varde Kommune en risikofaktor for sundhed og trivsel. Uddannelse findes at have en veldokumenteret sammenhæng med individets sundhed og trivsel. Eksempelvis viser en dansk undersøgelse om social ulighed i dødelighed en markant forskel i dødelig mellem personer med den korteste og længste uddannelse (82). Desuden findes i specialets analyse, at uddannelse generelt har sammenhæng med individets engagement i samfundet, og landets (eller lokalområdets) økonomiske vækst. Et lavt uddannelsesniveau

¹¹ Begrebet *suksessfuld aldring* involverer flere faktorer, hvoraf de primære begrænsende faktorer er sygdom og reducere af funktionsniveau (81).

kan derfor have betydelige konsekvenser for både individets sundhed og trivsel samt Varde Kommunes sociale og økonomiske position.

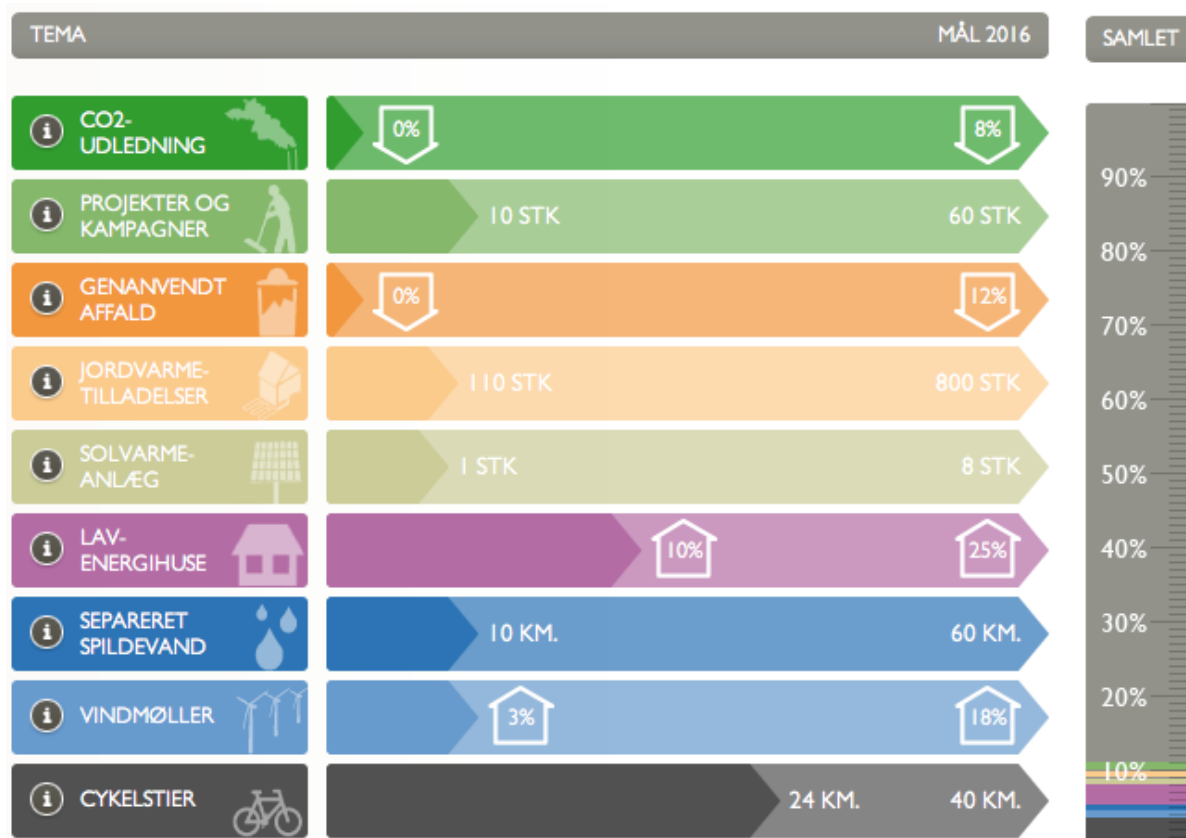
Det findes dog i litteraturanalysen, at enkelte omstændigheder vedrørende indikatoren uddannelse komplicerer sammenhængen med sundhed og trivsel. Uddannelsesniveaueffekt på sundhed er ikke altid entydigt påvist. I analysen fandtes, at individer, som i forvejen trives, i højere grad påbegynder og fastholdes i et længere uddannelsesforløb. Desuden findes, at antallet af uddannede borgere samt den tilknyttede risikoadfærd er påvirkelig af lokale forhold. Som eksempel kan det tænkes, at mængden af arbejdspladser i lokalområdet, som efterspørger højtuddannet arbejdskraft, eller tilstedeværelsen af attraktive uddannelsesinstitutioner i kommunen påvirke antallet af uddannede borgere. Dette gør sig naturligvis også gældende i Varde Kommune. Indikatoren uddannelse er derfor et eksempel på, at det ikke er retvisende at monitorere folkesundheden ud fra et meget begrænset antal socioøkonomiske indikatorer, når der ønskes et klart billede af henholdsvis årsag til og effekten af sund levevis.

Indikatoren køn, der indgår under dette tema, er løbende inddraget i diskussionen vedrørende blandt andet sociale relationer, overvægt og kost. Den løbende inddragelse begrundes derfor litteraturanalysens fund; at køn altid bør inkluderes som baggrundsindikator i en monitorering af folkesundheden. Det samme gør sig gældende for de øvrige sociodemografiske faktorer alder og uddannelse såvel som indkomst og beskæftigelse.

5.1.2.4 De omgivende rammer

Der foreligger ingen data om miljøets indflydelse på borgerne i Region Syddanmarks sundhedsprofil (41, 67). Men da denne indikator findes at have væsentlig betydning for borgernes sundhed og trivsel, kan det anbefales at inkludere indikatorer målrettet de omgivende rammer med henblik på en øget strukturel forebyggelse. Varde Kommune kan eksempelvis tænke på tværs af kommunens forvaltningsområder og integrere kommunens *Renhedsbarometer*¹² (Figur 17) i kommunens kommende strategier og handleplaner på sundhedsområdet.

¹² *Renhedsbarometeret* er udviklet af Varde Kommune i samarbejde med Aalborg Universitet for at synliggøre, hvorvidt målsætningen om at være landets reneste kommune i 2016 opfyldes (83).



Figur 17: Renhedsbarometeret illustrerer i ni udvalgte temaer, hvor langt Varde Kommune er mod at nå målsætningen om at være landets reneeste kommune i 2016 (83).

Renhedsbarometerets funktion er at opstille måleparametre med henblik på at begrænse flere risikofaktorer i borgernes omgivende rammer (83), som i specialets analyse findes at have betydning for borgernes sundhed og trivsel (f.eks. samlet mængde CO₂-udledning og drikkevandskvalitet).

I Danmark findes det, at den menneskeskabte sundhedsskadelige luftforurening forårsager omtrent 3.400 for tidlige dødsfald årligt (84). Luftforurening kan formentlig øge risikoen for lungekræft med 20-30 procent. Altså sammenligneligt med den skadelige effekt af passiv rygning (84). De to mest sundhedsskadelige kilder til luftforurening, som medfører de højeste helbredsrelaterede omkostninger for samfundet, findes ifølge en dansk videnskabelig undersøgelse af sundhedsomkostninger ved luftforurening i Danmark (og Europa), at være landbruget (ammoniakdampe) og trafik (CO₂-udledning) (85). Faktisk bidrager landbruget til ca. 35 procent af samfundets helbredsrelaterede omkostninger ved luftforurening, hvor den motoriserede trafik bidrager til ca. 15 procent (85). Undersøgelsen bekræfter, at luftforurening konstituerer en alvorlig trussel mod folkesundheden. Endvidere påpeges at eksempelvis landbruget, som i Varde Kommune udgøres af 1100 landbrug med erhvervsmæssigt dyrehold (86), sandsynligvis bidrager til en stor andel for tidlige dødsfald og helbredsrelaterede omkostninger. At Varde Kommune er opmærksom på reguleringen af landbruget samt fører tilsyn med miljøforholdene på landbrugsejendommene og deres indflydelse på borgernes sundhed, er derfor et betydningsfuldt anliggende for kommunal folkesundhed.

Foruden ovenstående fokus på luftforurening findes også øvrige indsatsområder i miljøet, som kan medtænkes i en kommunal sammenhæng. Eksempelvis at nedbringe partikelforurening fra brændeovne, at reducere støj fra trafikken

eller at sikre en ikke forurennet natur (87). Indsatsområdernes betydning afhænger naturligvis af forhold som geografisk placering og trafikbelastning (87).

Således er relevansen af de udvalgte indikatorer for sundhed og trivsel i det ovenstående vurderet i forhold til Varde Kommune. Følgende afsnit vil på baggrund af denne vurdering udføre en prioritering med fokus på de relevante indikatorer.

5.1.3 Prioritering af indikatorer for sundhed og trivsel i Varde Kommune

I besvarelsen af specialets problemformulering udføres en prioritering med fokus på de indikatorer for sundhed og trivsel, som i ovenstående afsnit især er fundet relevante for Varde kommune. Disse indikatorer er præsenteret i Tabel 11 (markeret med fed skrift) i relation til fire overordnede temaer. Prioriteringen bidrager til en vægtning og kvalificering af de indikatorer, som skaber et præcist og enkelt billede af folkesundheden i Varde Kommune i fremtiden.

Tema	Indikatorer
KRAM-faktorer	Kost, overvægt , rygning, alkohol, fysisk aktivitet
Mental og somatisk sundhed	Sociale relationer, mentale lidelser og langvarig somatisk sygdom
Sociodemografiske faktorer	Beskæftigelse, indkomst, uddannelse, køn, alder
De omgivende rammer	Miljø

Tabel 11: Temaer og indikatorer udvalgt i relation til Varde Kommune (markeret med fed skrift).

Prioriteringen er i specialet udført ved hjælp af et planlægningsværktøj, som indgår i første del af *Intervention Mapping* (88). *Intervention Mapping* er et omfattende og nyttigt redskab ved planlægning og udvikling af effektive sundhedsindsatser. I *Intervention Mapping* udføres forud for prioriteringen af de udvalgte indikatorer en behovsvurdering, hvor årsagerne til sundhedsproblemer i en befolkningsgruppes adfærd og omgivelser klarlægges. Som en del af denne behovsvurdering udføres til sidst en prioritering af de fremfundne årsager til befolkningens sundhedsproblemer med henblik på at opnå så effektiv en sundhedsfremmende og forebyggende indsats som muligt (88). Dette er gøres ud fra en vurdering af indikatorernes *betydning* for sundhed og trivsel samt *foranderligheden* af de sundhedsrelaterede problemfelter (88, 89).

Således er vurderingen af kriterierne *betydning* og *foranderlighed* bestemmende for prioriteringssætning af de indikatorer, som i specialet er fundet at have indflydelse på sundhed og trivsel i Varde Kommune.

Planlægningsværktøjet (Tabel 12) er udarbejdet på baggrund af Green og Kreuters anbefalinger til vurderingen af indikatorernes *betydning* og *foranderlighed* (88, 89). Planlægningsværktøjet danner således rammen om prioriteringen af specialets indikatorer for borgernes sundhed og trivsel i Varde Kommune, hvorfor der er taget udgangspunkt i de indikatorer, som er fundet problematiske i netop denne kontekst.

		Foranderlighed	
		Lav	Høj
Betydning	Lav	Ingen indsats	Lav prioritet - med undtagelse af at demonstrere indledende motiverende forandring
	Høj	Prioritet ved innovative indsatser; evaluering er nødvendig	Høj prioritet for indsatsfokus

Tabel 12: Planlægningsværktøj (88, 89) til prioritering af indikatorer for sundhed og trivsel i Varde Kommune.

Da indsigten i borgernes sundhed og trivsel i Varde Kommune hovedsageligt er baseret på den data, som er tilgængelig i Regions Syddanmarks sundhedsprofil *Hvordan har du det?* og *Den nationale sundhedsprofil* (41, 67), kendes kun i et begrænset omfang årsagen til borgernes sundhed og trivsel. Eksempelvis fremgår baggrunden ikke for, hvorfor en stor andel borgerne ikke ønsker at spise sundere, tabe sig i vægt, eller dyrke mere motion, udover, at mange borgere angiver ikke at være bevidste om problematikken. Desuden findes der ikke tilgængelig data på kommunalt niveau om de problematiske forholds sammenhæng med borgernes socioøkonomiske status samt miljøets indflydelse på borgernes sundhed og trivsel.

Specialets udvalgte indikatorer er alle fundet relevante for sundhed og trivsel, hvorfor de indikatorer, som i ovenstående afsnit er relateret til Varde Kommune, anses som værende *betydningsfulde*. Prioriteringens fokus vil derfor hovedsageligt være på potentialet for *forandring* af de problematiske indikatorer i Varde Kommune. Vurderingen af forandringspotentialet begrundes løbende med øvrig eksisterende viden om indikatorernes generelle foranderlighed, da den konkrete baggrund for sundhedsproblematikkerne, som sagt, ikke kendes i relation til Varde Kommune.

Det kan argumenteres for, at prioritering af indsatsområder ikke er det samme som at prioritere monitoreringsindikatorer. Eksempelvis kan uddannelsesniveaue i en kommune være en yderst betydningsfuld og generel beskrivende indikator for sundhed og trivsel (og ikke mindst ulighed i sundhed). Imidlertid er uddannelse ikke det højst prioriterede indsatsområde, da indsats for at højne uddannelsesniveaue har en relativt langsigtet effekt (Uddybes i afsnit 5.1.3.3 nedenfor om sociodemografiske faktorer). Derimod kan kost være et oplagt indsatsfokus, da det kan være forbundet med en hurtigere foranderlighed (Uddybes i afsnit 5.1.3.2 om KRAM-faktorer nedenfor). Men da Varde Kommune ønsker en beskrivende og relativt hyppig udført monitorering af borgernes sundhed og trivsel, vil tidsperspektivet for forandring være et omdrejningspunkt for diskussionen af prioriteringen af de udvalgte indikatorer for Varde Kommune.

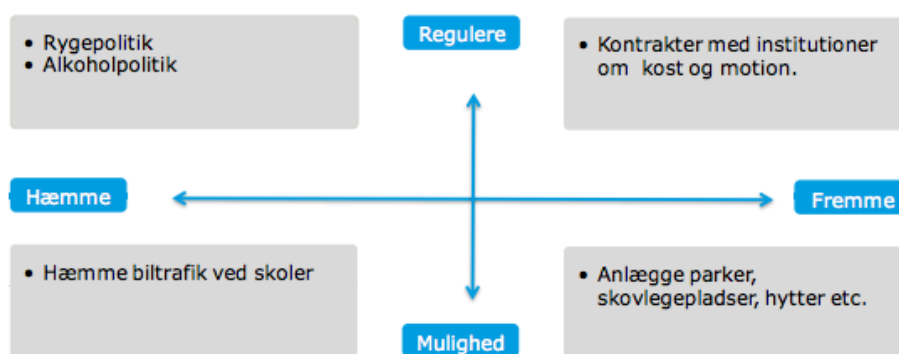
5.1.3.1 Forebyggelsesstrategi

Endelig er det afgørende for *foranderligheden*, hvilken forebyggelsesstrategi, som anvendes til f.eks. at fremme en sundere livsstil i befolkningen (90). Forebyggelsesstrategierne inddeles traditionelt i tre typer, som introduceres ganske kort i det følgende (samt løbende i afsnittet):

- Individuel højrisikostrategi
- Befolkningsstrategi
- Strukturel strategi

Den individuelle højrisikostrategi handler om at målrette forebyggelsesindsatsen mod netop de individer, som er i særlig risiko for sygdom - f.eks. personer, der spiser usundt, er ensomme eller lavtuddannede. Befolknings- eller massestrategien handler om, at man ved hjælp af sundhedsoplysning søger at påvirke hele befolkningen uanset den individuelle risiko. Den tredje strukturelle- eller miljøstrategi handler ligeledes om, at påvirke hele befolkningen, her er fokus dog på ændringer i de omgivende rammer (90, 91).

I en kommunal kontekst vil den strukturelle forebyggelse typisk sigte mod at fremme sund adfærd eller hæmme uønsket adfærd ved enten at skabe øgede muligheder eller decideret regulere adfærd. Det kan som i Figur 18 nedenfor illustreres i fire dimensioner. Dimensioner adresserer de metoder, hvormed det er muligt at arbejde med kommunal strukturel forebyggelse (92).



Figur 18: Dimensioner i strukturel forebyggelse i en kommunal kontekst (92,s.14).

Der findes adskillige argumenter for og imod de tre ovenstående forebyggelsesstrategier, som løbende inddrages i det følgende afsnit (93-95). Den hidtidige anvendelse af individorienteret forebyggelse og massekampagner (befolkningsstrategi) har i Danmark kun haft en forbigående og ringe effekt, hvorimod strukturelle ændringer påvirker store dele af befolkningen og medfører forbløffende ændringer i folkesundheden på kort sigt (93-95). Litteraturen viser, at kroniske sygdomme kan reduceres markant ved strukturelle indsatser, og at ansvaret for relevante strukturelle ændringer netop kan og bør varetages af blandt andet kommunale politikere og sundhedsmyndigheder (73, 96). Forebyggelsespolitikken har i mange år været centreret om, at borgerne træffer et informeret valg, og langt de fleste borgere kender rådene om sund levevis, men mindre end en fjerdedel lever efter rådene (96). Derfor er der i højere grad behov for at integrere strukturelle strategier i kommunal sundhedsfremme og forebyggelse (95).

Et eksempel på effekten af strukturelle indsatser (i kombination med massestrategier og individuelle indsatser) findes i den måde, hvorpå det danske politiske initiativ til reducere rygning med stor succes har introduceret langt flere strukturelle indsatser i løbet af det seneste årti (eksempelvis indførelsen af rygeforbud på alle offentlige steder i 2007) (94). De strukturelle indsatser har medført et historisk fald i antallet af rygere (94). På baggrund af disse erfaringer er

det derfor fremadrettet yderst relevant at understøtte den fremtidige sundhedsfremme og forebyggelse med flere strukturelle indsatser i Varde Kommune.

Vurderingen og diskussionen af hvilke indikatorer, som bør prioriteres frem for andre, er struktureret efter temaerne *KRAM-faktorer, sociodemografiske faktorer, de omgivende rammer samt mental og somatisk sundhed* som præsenteret i Tabel 11.

5.1.3.2 *KRAM-faktorer*

I Varde Kommune ses især, at de primære problemfelter er kost, fysisk aktivitet og overvægt. Dette er specielt forbundet med, at der blandt borgerne findes et manglende ønske om at ændre sundhedsadfærd. Den problematiske sundhedsadfærd, som findes i Varde Kommune, kan både ifølge specialets analyse og øvrige kilder (95, 97) ofte skyldes strukturelle forhold og manglende strukturel forebyggelse. Eksempelvis kan usunde kostvaner, som fundet i litteraturanalysen, skyldes strukturelle forhold som prisen på alternative fødevarer og tilgængeligheden af sunde fødevarer.

KRAM-faktorerne kan forandres gennem ovenstående forebyggelsesstrategier. Individ- eller befolkningsrettede indsatser målrettet *KRAM-faktorerne*, såsom informerende eller rådgivende forebyggende indsatser, kan eksempelvis omhandle rygestopkurser, kostvejledning eller borgerrettet uddannelse om, hvordan livsstilsbetingede langvarige sygdomme undgås. Disse informerende indsatser placeres, ifølge en videnskabelig funderet model benævnt *Health Impact Pyramid*¹³, som de indsatser, der generelt er mindst effektive. Dette på trods af, at de ofte anses som essensen af folkesundhedsindsatser (98). Årsagen er, at indsatsens forandringspotentiale forudsætter, at den øgede viden engagerer og motiverer borgeren til forandring (98). Information om vigtigheden af en ændring medfører dog ikke nødvendigvis en ændring i sig selv. Eksempelvis lever kun 15 procent af danske borgerne op til samtlige af SST's anbefalinger om ikke at ryge, drikke under genstandsgrænserne, være fysisk aktive i mindst 30 minutter dagligt og spise sundt (99).

Behovet for at tilskynde adfærdsændringer gennem individrettede indsatser, er symptom på en øget tilstedeværelse af svigtende omgivende rammer, hvori borgernes sunde adfærd ikke understøttes optimalt (98). Forudsat at borgerne i Varde Kommune ikke er motiverede til at ændre kostvaner, så vil foranderligheden ved informerende indsatser være lav, selvom betydningen af adfærdsændringen er høj for individets fremtidige sundhed og trivsel. Derimod kan den individ- og borgerrettede, informerende og rådgivende med større sandsynlighed bidrage til forandring, hvis det er borgernes uvidenhed om hensigtsmæssig sundhedsadfærd, som medfører en manglende forståelse for risikoen ved deres nuværende adfærd. Den ofte anvendte individbaserede indsats kan ved konsekvent og gentagen anvendelse medføre en overvejende effekt på en mindre gruppe borgere (98). Effektive befolkningsrettede informations- og rådgivningskampagner i kommunen vil formentlig også kunne nå ud til så mange borgere, at de påvirker sociale normer relateret til eksempelvis sund kost i kommunen, hvormed sandsynligheden for foranderlighed øges.

¹³ En lagdelt pyramide, som beskriver virkningen af forskellige folkesundhedsinterventioner samt betingelser for fremme af sundheden (98).

Det handler i ovenstående i høj grad om, man ønsker at anvende en relativt stor mængde ressourcer på de få, som er i særlig risiko for sygdom, eller i stedet ønsker at prioritere indsatser, som rammer hele befolkningen uanset individuel risiko. Det er påvist, at forebyggende strukturelle tiltag har større effekt på borgernes sundhed og trivsel end senere individrettede sundhedsfremmende tiltag (98). Årsagen kan ifølge epidemiologen Geoffrey Rose, eventuelt findes i, at den individuelle højrisikostrategi ikke afbryder den fortsatte tilstrømning af nye individer med høj risiko (90, 100). Dog er effekten på det enkelte individ ved befolkningsstrategien eller strukturel forebyggelse relativt mindre, da en stor del af befolkningen (i hvert fald i en årrække) havde klaret sig fint foruden indsatsen (100). Alligevel fremhæver Rose, at for opnåelse af en effektiv langsigtet forandring, må man i højere grad tilstræbe forandring af risikofaktorens distribution frem for kun at målrette indsatsen de individer, som allerede er i højrisikogruppen (100).

Derfor bør kontekstuelle ændringer anses som et højt prioriteret indsatsfokus med høj sandsynlighed for forandring, da det ofte indenfor en kort tidsramme kan forme omgivelserne således, at den enkelte borger skal yde en speciel indsats for ikke at drage nytte af interventionen (som i eksemplet ovenfor med indførelse af rygeforbud). Hermed målrettes indsatsen også de borgere i Varde Kommune, som ikke er motiveret til at ændre sundhedsadfærd i forbindelse med vægttab, usunde kostvaner og nedsat fysisk aktivitet.

Imidlertid kræver de strukturelle indsatser ofte fundamentale forandringer, som ofte ikke er en del af det traditionelle sundhedspolitiske syn på ansvars- og indsatsområder i folkesundheden (98). De strukturelle interventioner forudsætter stort politisk engagement og anses oftest som værende mere kontroversielle end individrettet rådgivende indsatser, som kræver mindre politisk engagement og handlekraft (98). Men som tænketanken Mandag Morgen i et debatoplæg om forebyggelse beskriver, så er forudsætningen for en ændret forebyggelsespolitik, at det offentlige politiske niveau i højere grad "svinger taktstokken" og holder op med at betragte den moderne verdens sundhedseffekter som følger af en selvvalgt livsstil (95). Til trods for, at flere af de politiske ansvarsområder, som sagt, er placeret hos staten udenfor kommunernes indflydelse, findes der utallige områder, hvor Varde Kommune kan forandre de omgivende rammer.

Eksempelvis er forsknings- og udviklingsprojektet *Sundhed og Lokalsamfund*¹⁴ (SoL) på Bornholm et eksempel på, hvordan strukturelle ændringer kan integreres lokalt til fremme af bevægelses- og spisevaner. Projektet har fokus på børnefamiliers mad og bevægelse (101), og indsatserne involverer foruden børnefamilier også et partnerskab med lokale organisationer, børneinstitutioner, supermarkeder og medier (101). Et succeskriterium for projektet er blandt andet, at salg og indtag af sunde fødevarer stiger med 15 procent (102).

Det er vanskeligt, at prioritere KRAM-faktorerne i Varde Kommune, da baggrunden for borgernes manglende ønske om at ændre sundhedsadfærd har stor betydning for graden af foranderlighed. Vurderes KRAM-faktorerne alene ud fra individbaserede indsatser, fremstår de ikke som havende høj foranderlighed. Den endelige vurdering af KRAM-faktorernes prioritet må derfor ses i sammenhæng med den strukturelle forebyggelsesstrategi, hvor der opnås effektive indsatser, som er målrettet alle uanset social baggrund. Derfor må monitoreringen af KRAM-faktorerne ligeledes centreret om forandringen knyttet til strukturelle tiltag.

¹⁴ Projektet SoL startede i efteråret 2011 og afsluttes i 2015. Projektet ønsker at modvirke udbredelsen af livsstilssygdomme. Projektet fokuserer ikke på sygdoms- og trusselsbilleder men på lokalsamfundets ressourcer (102).

5.1.3.3 Sociodemografiske faktorer

De sociodemografiske faktorer, herunder indikatorerne *beskæftigelse, indkomst, uddannelse* samt *alder og køn* påvises i specialets analyse at have veldokumenterede sammenhænge med befolkningens generelle sundhed og trivsel. Indikatorerne kan siges at være grobund for sundhed og trivsel, hvorfor individets forudsætning for at leve et sundt og godt liv i høj grad er baseret på sociodemografiske forhold. Det medfører, som sagt, ofte en ophobning af risikofaktorer hos enkelte befolkningsgrupper, f.eks. lavtuddannede eller ældre borgere. På baggrund af specialets analyse og diskussion er udfordringen i Varde Kommune især forbundet med, at borgerne i kommunen er lavtuddannede, samt at der ses en stigende gennemsnitsalder og en udpræget negativ sammenhæng mellem især det mandlige køn og den livsstilsbetingende risikoadfærd.

Forbedringer af indikatoren uddannelse er relativt langsigtet, hvorfor foranderligheden af indikatoren vurderes lav. Forandringens lange tidsperspektiv hænger i høj grad sammen med forældrenes sociale position (103) - også kaldet social arv¹⁵. Den sociale arv, herunder forældrenes uddannelsesmæssige baggrund, er tæt forbundet med næste generations sandsynlighed for et højnet uddannelsesniveau (103). Social arv kan derfor være et udtryk for barnets chance for at få en videregående uddannelse (103). Dette forhold udgør dermed en væsentlig udfordring ved ønsket om at forandre uddannelsesniveaet i Varde Kommune. Endvidere foreligger der stærkt begrænset evidens for, hvilke offentlige indsatser, der bedst skaber lige adgang til uddannelse (104). Dette placerer umiddelbart indikatoren uddannelse i kategorien "Prioritet ved innovative indsatser".

Dog findes et eksempel på en virkningsfuld, igangværende innovativ indsats med henblik på at højne uddannelsesniveaet i blandt andet Varde Kommune i Region Syddanmarks *Syddansk Uddannelsesaftale* (105). Her understøtter alle parter i uddannelsessektoren, herunder regionens kommuner, at flere unge tager en uddannelse. En indsats, som er baseret på samarbejde på tværs af forvaltninger, sektorer og kommuner (105). Tværgående indsatser som ovenstående eksempel udgør dermed et væsentligt bidrag til en samlet langsigtet uddannelsesindsats i kommunen. En indsats som i høj grad kan ses i sammenhæng med kommunens sundhedspolitik.

Endvidere kan betydningen af de videregående uddannelsesinstitutioners geografiske placering have afgørende indflydelse for uddannelsesniveaet i en kommune (107). Det viser sig, at 70 procent af personerne med en videregående uddannelse bliver boende lokalt til gavn for både vækst, erhvervsudvikling (107) og ikke mindst borgernes samlede sundhed og trivsel. Derfor bør Varde Kommune understøtte den regionale "uddannelseskæde" fra folkeskole til universitet ved at fremhæve mellemlange- og lange videregående uddannelsesinstitutioner i lokalområdet. Her tænkes eksempelvis på det store udbud af professions- og universitetsuddannelser i nabokommunen, Esbjerg.

Adskillige nationalpolitiske forhold har betydning for i hvor høj grad befolkningen vælger og har mulighed for at tage en videregående uddannelse. Eksempelvis udgør SU-systemet, som er reguleret af staten, et fundament for, at unge har mulighed for at tage en uddannelse uanset opvækst, social baggrund og forældrenes økonomiske situation (108). Kommunal forandring af indikatoren *uddannelse* kan derfor være begrænset af nationalpolitiske rammer og

¹⁵ Social arv (også benævnt social ulighed) drejer sig ifølge SST om forskelle i viden, uddannelse og adgang til information (106).

bestemmelser på uddannelsesområdet. Men da en kommune udgør et naturlig bindeled mellem grundskole, ungdomsuddannelse og jobcentre samt det lokale erhvervsliv og den næste generations forældre, er det væsentligt at monitorere indikatoren uddannelse, da kommunen har indflydelse på og ansvar for disse forholds sammenhæng, og dermed dets indvirkning på sundhed og trivsel i kommunen.

Fordelen ved at anvende indikatoren uddannelse som udtryk for social ulighed i sundhed er ved sammenligning med indkomst og beskæftigelse, at uddannelse ikke i lige så høj grad har en omvendt kausal sammenhæng med sundhed og trivsel som de to øvrige indikatorer (106). Forstået således, at sygdom løbende kan bevirke, at borgeren mister muligheden for at gå på arbejde, hvilket indebærer en væsentligt lavere indtægt. Derfor vurderes indikatoren meget beskrivende for fordelingen af sundhed og trivsel blandt borgerne i Varde Kommune.

Det fremsættes i modellen *Health Impact Pyramid* (98), som også er anvendt i relation til KRAM-faktorerne, at interventioner, som retter sig mod forandring af socioøkonomiske indikatorer, har større indvirkning på sundheden – altså skaber større forandring – end individuel adfærsændring. Årsagen er, at disse interventioner forbedrer mulighederne for et godt liv hos især de mindre ressourcestærke og udsatte grupper i samfundet (98). Et øget sigte mod at højne uddannelsesniveaue i Varde Kommune vil dermed på sigt skabe et solidt fundament for lokalsamfundet som helhed og for de enkelte borgere i kommunen.

Foranderligheden af indikatoren uddannelse kan ikke ses isoleret som et kommunalt anliggende, men må på flere områder ses i sammenhæng med overordnede nationalpolitiske rammer og beslutninger. Men som det fremgår af ovenstående har kommunen alligevel på baggrund af sin tætte kontakt til borgerne livet igennem og dets indsigt i lokale forhold mulighed for på sigt at skabe væsentlige forandringer vedrørende uddannelse lokalt. Samme billede vil formentlig tegne sig ved en vurdering og prioritering af indikatorerne *beskæftigelse* og *indkomst*.

Det faktum, at *køn* og *alder* er uforanderlige sociodemografiske faktorer, gør dem mindre interessante i en sammenhæng, hvor en kommune ønsker at udvikle indsatser, som fremmer borgernes sundhed og trivsel. Kommunen har meget begrænset indflydelse på borgernes alder og køn. Det er dog væsentlige indikatorer, som har afgørende betydning i monitoreringen af sundhed og trivsel. Specielt er alder en betydningsfuld risikofaktor for sundhed og trivsel i Varde Kommune på grund af den forventede stigning i borgernes gennemsnitsalder.

5.1.3.4 De omgivende rammer

Miljøet er, som fundet i specialets analyse, tæt forbundet med borgernes sundhed og trivsel. Desværre findes ingen data vedrørende miljøets betydning for borgernes sundhed og trivsel i netop Varde Kommune. Det vurderes dog, at Varde Kommune er godt på vej i forandringen og monitoreringen af forhold i miljøet, som i specialet findes betydningsfulde for borgernes sundhed og trivsel. Dette skyldes, som sagt, udviklingen af kommunens *Renhedsbarometer*, hvor monitoreringen af ni udvalgte områder danner rammen om kommunens miljø og klimaindsats. Et redskab som med fordel kan anvendes som inspiration til, hvorledes miljøet sættes på dagsordenen i landets øvrige kommuner. Ved en aktiv inddragelse af redskabets resultater i den samlede vurdering af borgernes sundhed og trivsel i Varde Kommune, kan det medvirke til at skabe et solidt overblik over miljøindikatorer relateret til borgernes helbredsstatus. Det kan dog supplerende være nødvendigt at rette blikket mod forskningen, hvor det som

tidligere beskrevet, er væsentligt at medtænke landbruget som betydningsfuld kilde til hovedparten af den sundhedsskadelige luftforurening. Et forhold som vurderes at være yderst relevant i Varde Kommune.

Foranderligheden af dette meget omfangsrige område vil primært - eller i hvert fald som udgangspunkt - være baseret på strukturelle indsatser for at minimere eksempelvis luftforurening. Ifølge en rapport (87) udgivet af SST med henblik på at give forslag til, hvordan kommunerne kan prioritere og tænke sundhed ind i det forebyggende arbejde, fremstilles blandt andet eksempler på strukturel forebyggelse. I rapporten prioriteres, i overensstemmelse med fund i specialet, at blandt andet indsatser, som er rettet mod landbruget, er væsentlige for kommuner i landzonen (som Varde Kommune). Desuden nævnes nedbringelse af partikelforurening fra brændeovne og energibesparende indeklimatelevanter som relevante prioriteringer for netop landzone-kommuner. Endvidere beskriver SST, at blandt andet indsatser rettet mod at ændre borgerens viden om miljørigtig adfærd, kan påvirke borgerne til en bedre forståelse for miljøets betydning for sundhed og trivsel (87).

Indikatorens bredde gør det vanskeligt at vurdere foranderligheden (altså muligheden for en effektiv reduktion af den sundhedsskadelige eksponering fra miljøet) samt tidsperspektivet for, hvornår de forebyggende effekter viser sig. Indsatser rettet mod strukturelle ændringer kan formentlig gennemføres på relativt kort tid, men for opnåelse af en væsentlig forandring af eksempelvis samtlige ni udvalgte områder i Varde Kommunes *Renhedsbarometer*, må sandsynligvis afsættes en langsigtet forandringsproces.

5.1.3.5 Mental og somatisk sundhed

Mental lidelse og langvarig somatisk sygdom findes i litteraturanalysen at have stor betydning for sundhed og trivsel. Borgere i Varde Kommune har imidlertid færre mentale lidelser og langvarige somatiske sygdomme end det regionale og nationale gennemsnit, hvorfor foranderligheden af netop denne indikator ikke prioriteres højest. I analysen forekommer det dog væsentligt at monitorere de aktuelle somatiske og mentale helbredsproblemer, da det er nødvendigt at kende forekomsten og fordelingen af sygdomme ved planlægning af forebyggelsesaktiviteter.

Indikatoren adskiller sig desuden fra de øvrige indikatorer, da den afspejler udkommet af de ovenstående risikofaktorer for sundhed og trivsel (som illustreret i *Sundhedshjulet*, Figur 5). Det medfører, at indikatoren ikke kan siges at være direkte foranderlig i en kommunal sammenhæng, da foranderligheden er afhængig af de forudgående disponerende faktorer – altså i en logisk rækkefølge af årsagssammenhænge. I Varde Kommune handler det i stedet om, at forebygge de ofte livsstilsbetingede langvarige somatiske sygdomme og mentale lidelser.

Som fundet tidligere i diskussionen (afsnit 5.1.2.2) kan de stærke sociale relationer og heraf formodede høje sociale kapital ses i en sammenhæng med indsatser rettet mod borgernes sundhedsadfærd eller ældres sociale forhold. Indsatser baseret på frivillige kræfter og fællesskaber kan med stor sandsynlighed fungere som et effektivt og styrkende supplement til Varde Kommunes borgerrettet sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, og endda underbygge den eksisterende sociale kapital (109). Dermed kan ideen om *Det store samfund* inspirere til oprettelsen af fællesskaber og frivilligt funderede indsatser, som kan understøtte en positiv forandring eller udvikling mod sundhedsfremmende sociale miljøer i Varde Kommune.

5.1.3.6 Opsamling prioritering

Interventioner, der skaber forandring af borgerens omgivelser, er fundet at have stor betydning for sundhed og trivsel. Disse interventioner minimerer risikofaktorer i borgernes omgivelser, og gør dermed det sunde valg let - eller ligefrem uundgåeligt. Interventionerne har en effekt uanset uddannelse, indkomst eller øvrige sociale forhold.

Prioriteringen af indikatorerne i Varde Kommune er derfor opstillet således, at de strukturelle indsatser i relation til borgerens sundhedsadfærd (KRAM-faktorer) prioriteres højest. Således inkluderes også de svageste grupper i samfundet, hvor man kan forvente størst sundheds- og samfundsmæssig gevinst. Strukturelle interventioner underbygger en adfædsændring hos de borgere i Varde Kommune, som ikke er motiveret til at ændre livsstil, eller som ikke oplever at have stærke sociale relationer i modsætning til det lavere potentiale for forandring ved de mere traditionelt anvendte forebyggelsesstrategier. Herunder skabes yderligere mulighed for at supplere eksisterende indsatser med samproduktion (frivillighed) inkluderende den relativt store gruppe ressourcestærke borgere i Varde Kommune.

Dernæst prioriteres de sociodemografiske indikatorer (især uddannelse), da disse trods den relativt langsigtede foranderlighed (effekt) udgør fundamentet for et sundt og godt liv samt for kommunens sociale og økonomiske position. Endvidere bør opmærksomheden rettes mod køn og alders sammenhæng med borgernes helbredsstatus. I sidstnævnte er der dog ikke muligt at skabe forandring, men køn og alder udgør ligesom de øvrige sociodemografiske faktorer en vigtig kilde til viden om mulige tendenser og mønstre i fordelingen af sundhed og trivsel.

Herefter prioriteres miljøet, da den samlede indsats i *Renhedsbarometeret* vurderes relativt langsigtet. Dertil vurderes det, at Varde Kommune med *Renhedsbarometeret* allerede har etableret et godt afsæt for effektiv monitorering af miljø og klima i Varde Kommune. Ved hjælp af supplerende relevante indsatsområder, danner barometret et solidt udgangspunkt for et overblik over miljøets sammenhæng med borgernes sundhed og trivsel.

Endelig prioriteres langvarig somatisk sygdom og mentale lidelser på baggrund af den logiske rækkefølge af årsagssammenhænge i foranderligheden. Indikatoren kan på længere sigt fungere som en indikation af i hvor høj grad forandringen af de øvrige udvalgte indikatorer er lykkedes eller ej. Herunder tænkes også på forandringen af det selvvaluerede helbred. Indikatoren er derfor vigtig i en monitorering af de iværksatte indsatser for fremme af sundhed og trivsel.

Prioriteringen er derfor som fremstillet i Figur 19:

Prioritering	Tema	Indikatorer
1	KRAM-faktorer	 Kost*  Overvægt*  Rygning  Alkohol  Fysisk aktivitet*
2	Sociodemografiske faktorer	 Beskæftigelse  Indkomst  Uddannelse*  Køn*  Alder*
3	De omgivende rammer	 Miljø **
4	Mental og somatisk sundhed	 Sociale relationer  Mentale lidelser  Langvarig somatisk sygdom ***

Figur 19: Temaer og indikatorer udvalgt og prioriteret i relation til Varde Kommune.

* Indikatorer som er specielt fremhævet i relation til de aktuelle sundhedsrelaterede udfordringer i Varde Kommune.

** Indikator som ikke med sikkerhed er problematisk i netop Varde Kommune, men som er fundet relevant og endvidere væsentlig at medtænke i en monitorering af borgernes sundhed og trivsel.

*** Her fokuseres især på vigtigheden af at tage det lavt selvvaluerede fysiske helbred i betragtning i monitoreringer af borgernes sundhed og trivsel i Varde Kommune.

På trods af, at de strukturelle adfærdsforandrende og sociodemografiske indsatser og monitoreringen heraf er prioriteret højest (da indikatorerne generelt har større potentiale for forandring), er det ikke ensbetydende med, at den individuelle højrisiko- og massestrategi skal udelukkes. Det er blot en anerkendelse af, at for opnåelse af en effektiv og langsigtet indsats, er det nødvendigt at søsætte interventioner, som i høj grad baserer sig på strukturelle indsatser. Hermed betragtes de mindre ressourcestærke borgers sundhed og trivsel ikke isoleret ud fra individets livsstil. Ovenstående skal selvfølgelig foregå i en velovervejet kombination med de øvrige forebyggelsesstrategier, der blandt andet bidrager til en betydningsfuld kognitiv bearbejdning af viden om centrale sundhedsbudskaber (98).

5.1.4 Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker

Som beskrevet indledningsvist er den kommunale sundhedsindsats aktuelt centreret om de nyligt udkomne nationale anbefalinger til kommunal sundhedsfremme og forebyggelse, som er beskrevet i SST's forebyggelsespakker. Det giver derfor god mening at sammenholde specialets resultater med de anbefalinger, som er gældende for samtlige danske kommuner.

Formålet med forebyggelsespakkerne er med et sundhedsfagligt udgangspunkt at styrke folkesundheden i danske kommuner (23). Forebyggelsespakkerne udgør adskillige faglige anbefalinger indenfor 11 udvalgte risikofaktorområder, som af SST forventes at kræve betydelig opmærksomhed de kommende år. De 11 risikofaktorer i forebyggelsespakkerne er *tobak (110)*, *alkohol (111)*, *fysisk aktivitet (112)*, *mental sundhed (113)*, *seksuel sundhed (114)*, *hygiejne (115)*, *indeklima i skoler (114)*, *mad og måltider (116)*, *solbeskyttelse (117)*, *overvægt (118)* og *euforiserende stoffer* samt et tværgående værktøj om *ulighed i sundhed (119)*. Hensigten er, at anbefalingerne anvendes som styringsværktøj til planlægning og implementering af effektive indsatser rettet mod folkesundheden i samtlige danske kommuner. Forebyggelsespakkerne anses af SST som et værktøj til at implementere følgerne af strukturreformen i 2007 (23). Det er op til kommunerne selv, at prioritere mellem pakker og anbefalinger, hvilket flere kommuner finder vanskeligt (120). Heriblandt også Varde Kommune (jævnfør informantinterviewet, afsnit 2.4).

Indikatorerne, som er udvalgt i specialets litteraturanalyse, stemmer overens med flere af de risikofaktorer, som forebyggelsespakkerne fremlægger. Her tænkes på risikofaktorerne *tobak*, *alkohol*, *fysisk aktivitet*, *overvægt*, *mad og måltider* samt *mental sundhed*. Dermed bekræftes indikatorernes inklusion i specialet samt betydningen af KRAM-faktorerne og mental sundhed for kommunal sundhed og trivsel. Derfor inkluderer forebyggelsespakkerne risikofaktorer, som i specialet ikke er fremhævet som de mest betydningsfulde for sundhed og trivsel. Disse risikofaktorer er *seksuel sundhed*, *hygiejne*, *indeklima i skoler*, *solbeskyttelse*, *euforiserende stoffer* samt et tværgående redskab om *ulighed i sundhed*¹⁶. Dog er sidstnævnte brede risikofaktor vedrørende *ulighed i sundhed* også inkluderet på tværs af specialets udvalgte indikatorer og høj grad i betydningen af sociodemografiske faktorer. Endvidere er de faktorer, som er udvalgt i specialet men ikke er direkte præsenteret i forebyggelsespakkerne, *sociale relationer*, *langvarig somatisk sygdom* samt *miljø*.

Ud af de 11 forebyggelsespakker retter ni sig mod individets sundhedsadfærd, og de resterende to omhandler mental sundhed og indeklima i skoler. SST's anbefalinger til den forebyggende indsats i kommunerne lægger derfor op til hovedsageligt at rette tiltag og indsatser i kommunen mod ændringer i individets sundhedsadfærd. Men som fundet i specialet, anbefaler SST også, at kommunens indsatser baseres på både information og undervisning samt rammesættende indsatser. Eksempelvis anbefales i forebyggelsespakken omhandlende mad og måltider, at kommunen med fordel kan informere om sund mad på kommunens hjemmeside og relevant materiale kan gøres tilgængelig i kommunens idrætshaller, biblioteker osv. Tilsvarende inddrages de omgivende rammer, hvor det anbefales at inddrage forældrebestyrelser i arbejdet med implementering af mad- og måltidspolitikken samt etablere frivilligt baserede skolemadsordninger (116). Således er der også i forebyggelsespakkerne fokus på nødvendigheden af, at forebyggende indsatser foregår på flere niveauer for dermed at medvirke til at udligne den sociale ulighed i sundhed samt ramme den store gruppe borgere, som ikke føler tilstrækkelig motivation til at ændre sundhedsadfærd.

Der fremgår desværre ikke en begrundelse for, hvorfor fokus i forebyggelsespakkerne er rettet mod netop de 11 udvalgte risikofaktorer frem for andre. Som eksempel kan nævnes risikofaktoren *indeklima i skoler*. Det fremgår ikke,

¹⁶ Heraf er de to sidstnævnte forebyggelsespakker om *euforiserende stoffer* og *ulighed i sundhed* endnu ikke publiceret, hvilket hindrer en nærmere indsigt i pakkernes reelle indhold.

hvorfor f.eks. indeklima i børneinstitutioner og på arbejdspladser er nedprioriteret i denne sammenhæng, samt hvilket belæg der er for netop at prioritere denne risikofaktor frem for øvrige miljøassocierede risikofaktorer. Manglen på tydelig videnskabelig begrundelse gør det vanskeligt at vurdere SST's belæg for udvælgelsen af deres 11 risikofaktorer samt for pakkernes indhold.

I en analyse foretaget af Kommunernes Landsforening i 2012 fremstilles de indsatsområder, som er inkluderet i kommunale sundhedspolitikker. Her indgår netop miljø og fysiske rammer i op mod halvdelen af de 25 adspurgte kommuners sundhedspolitik. Men ingen kommuner fremhæver hygiejne, solbeskyttelse og indeklima i skoler som centrale indsatsområder (121). Hermed ikke sagt, at de ikke er en væsentlige risikofaktorer for sundhed og trivsel. Men indikatorerne prioriteres ikke i eksisterende indsats i landets kommuner og findes ikke i specialet blandt de mest betydningsfulde indikatorer for sundhed og trivsel. Det forekommer derfor ugenomsommeligt, hvorfor SST prioriterer netop hygiejne, solbeskyttelse og indeklima i skoler i forebyggelsespakkerne. Alligevel må forebyggelsespakkerne dog anses som et betydningsfuldt skridt på vejen mod en vidensbaseret og ensrettet forebyggelsesindsats i landets kommuner.

5.2 Anden del: Metodediskussion

I det følgende vurderes besvarelsen af problemformuleringen, og specialets metodiske egnethed diskuteres kritisk. Metodediskussionen består af en vurdering af de egenskaber i empirien, der medfører, at specialets fund er gyldige, når de metodiske fordele og ulemper er taget i betragtning.

5.2.1 Litteraturstudiet som metode

Der er både fordele og ulemper knyttet til brugen af et systematisk litteraturstudie til besvarelsen af specialets problemformulering. Som skrevet i metoden har litteraturstudiet medført en mængde empiri, som giver en stor indsigt i og forståelse for, hvorledes sundhed og trivsel aktuelt monitoreres, samt indikatorernes generelle betydning for folkesundheden

Litteraturstudiet har ligeledes belyst en videnskloft, da det ud fra specialets søgestrategi ikke var muligt at finde videnskabelige artikler, som omhandler udvælgelsen og prioriteringen af indikatorer for befolkningens generelle sundhed og trivsel. I stedet beskriver og udforsker litteraturen enten én enkelt indikator eller flere indikatorer i relation til en bestemt målgruppe. Litteraturstudiet har således påvist et behov for en systematisk gennemgang af hvilke indikatorer, der kan påvises at have størst indflydelse på folkesundheden. Dermed har det ikke været muligt at basere udvælgelsen af indikatorer for sundhed og trivsel i Varde Kommune på en sammenligning af i forvejen udvalgte og prioriterede indikatorer. Besvarelsen af problemformuleringen har derfor krævet en afdækning af den viden, som foreligger og aktuelt anvendes i praksis til målsætning og monitorering af sundhed og trivsel.

Til trods for ovenstående har litteraturstudiet på baggrund af udvalgte rapporter sikret, at specialets fund er baseret på en identificering af indikatorer, som i Danmark, øvrige vestlige lande og på mellemstatsligt niveau har vist sig som værende effektive mål og betydningsfulde indikatorer for borgernes sundhed og trivsel. Endelig har det systematiske litteraturstudie af aktuelle sundhedsprofiler og sundhedspolitiske mål og strategier bevirket, at specialets fund er

baseret på en direkte indsigt i empirien og ikke øvrige forskeres fortolkning og sammenfatning af hvilke indikatorer, som optræder oftest eller har størst indflydelse på folkesundheden.

En ulempe ved litteraturstudiet er, at det ikke medfører et innovativt udsyn. Således forstået, at metoden forudsætter, at der tages udgangspunkt i eksisterende viden. Derfor fremkommer ikke viden om nye indikatorer, som findes at være endnu mere beskrivende for borgernes sundhed og trivsel. Til gengæld sammenfatter specialet international viden om indikatorer for sundhed og trivsel til anvendelse i en dansk kontekst. Dette skaber et solidt fundament for udvælgelsen af netop de indikatorer, som af centrale institutioner og organisationer er vurderet betydningsfulde for folkesundheden. Dermed opnås et nuanceret perspektiv på problemstillingen omkring monitorering af sundhed og trivsel i Varde Kommune.

Søgestrategien har naturligvis haft stor betydning for hvilket materiale, der er identificeret og inkluderet. De udvalgte søgetermer og valgte databaser er influeret af specialets udgangspunkt i det brede sundhedsbegreb. Det samme er gældende for udvælgelsen af rapporter. De omfangsrige databaser vurderes som værende dækkende for specialets problemstilling. Det kan dog ikke udelukkes, at en søgning i andre eller flere databaser kan frembringe andet relevant materiale.

5.2.2 Diskussion af specialets empiri

De 15 rapporter, som er udarbejdet af eller i samarbejde med statslige institutioner og mellemstatslige organisationer, danner grundlag for specialets resultater. Rapporterne, som omhandler både sundhedsprofiler samt sundhedspolitiske mål og strategier, antages at være baseret på tilstrækkelig videnskabelig kvalitet til at inkludere i et systematisk litteraturstudie.

Rapporterne rummer et massivt datagrundlag, og langt de fleste rapporter beskriver grundigt baggrunden for valget af indikatorer. En generel mangel er dog, at rapporterne ikke beskriver, hvorledes de er fremkommet til netop de inkluderede indikatorer. Eksempelvis kan nævnes *Det Gode Liv-Indeks* fra Region Syddanmark (42), som eksempelvis ikke fremstiller, hvorfor indikatoren *alkohol* ikke inddrages i vurderingen af *det gode liv* i Syddanmark. En indikator, som i litteraturanalsen findes at have stor indflydelse på befolkningens sundhed og trivsel. Dermed findes ikke en tilgængelig begrundelse for, hvorfor rapporterne udelukker alternative indikatorer, hvilket gør rapporternes endelige indikatorfremstilling unuanceret. Desuden kan det tænkes, at variationen i, hvad udvælgelsen af indikatorer afhænger af i såvel de statslige institutioner som i de mellemstatslige organisationer, kan være influeret af den gældende politiske dagsorden eller aktuelle mediebevågenhed. Dette kan også være tilfældet i SST's forebyggelsespakker. Endelig reproducerer rapporterne ofte hinandens viden og konklusioner. Eksempelvis er *OECD Health at Glance*, som er inkluderet i specialet, i det væsentligste baseret på ECHI-indikatorer.

Empirien, som består af rapporter fra USA, Australien, Canada, England, Sverige, Norge og Danmark samt de mellemstatslige organisationer EU, OECD, WHO og FN, vurderes at kunne overføres til en dansk kontekst. Derfor betragtes de udvalgte indikatorer, der i empirien beskriver eller målsætter folkesundheden, som værende relevante i en dansk kommunal sammenhæng. Trods store ligheder fremgår det dog af empirien, at de øvrige vestlige lande ofte adskiller sig fra Danmark på grund af indikatorer vedrørende sundhedsforsikring, personlig frihed, tillid til staten osv.

Altså eksisterende forhold i Danmarks velfærdsstatsregime, der så vidt muligt er udelukket fra specialets litteraturanalyseanalyse.

5.2.3 Kritisk vurdering af resultater

Med ovenstående metodiske og empiriske fordele og ulemper taget i betragtning vurderes i det følgende gyldigheden af specialets endelige fund. Desuden beskrives en mulig videreudvikling mod et praktisk anvendeligt sundhedsbarometer, som opfylder Varde Kommunes ønske og ambitioner.

Inklusionen af indikatorer for borgernes sundhedsadfærd samt mentale og fysiske helbredsstatus er gennemgående og dominerende i langt de fleste rapporter. I specialets empiri findes dog en tydelig international, national og lokal interesse for nødvendighed af at inddrage indikatorer, som relaterer sig til det brede sundhedsbegreb samt for at skabe rammer, hvori borgerne trives. Eksempelvis begrundes denne nødvendighed i *World Happiness Report* med, at *“the fact that happiness measures are predictive of sickness and death feeds back to strengthen the case for collecting measures of happiness as a regular part of health maintenance”* (50,s.18). Hermed opnås et mere balanceret perspektiv på sundhed afspejlende det holistiske biopsykosociale sundhedsparadigme. Derfor findes i de udvalgte rapporter et meget bredt spektrum af indikatorer, hvorfor specialets endeligt udvalgte indikatorer ikke vurderes mulige at indsnævre til færre indikatorer. Konsekvensen heraf er dog, at kompleksiteten af monitoreringen bliver stor. Endelig er det dog muligt at begrænse monitoreringen af borgernes sundhed og trivsel til de indikatorer, som i den gældende kontekst findes problematiske (jævnfør Figur 19).

I udviklingen af et sundhedsbarometer, som ifølge Varde Kommunes ønske skaber mulighed for sammenligning af kommunens helbredsstatus med øvrige kommuner, er det væsentligt, at specialets fund rummer en vis grad af overførbarehed – også kaldet ekstern validitet. Ekstern validitet er i kvalitative studier et udtryk for, hvorvidt en forklaring kan generaliseres til et større problemfelt end selve undersøgelsens materiale (122). I specialets litteraturstudie vurderes derfor generaliserbarheden af de udvalgte indikatorer til en monitorering af folkesundheden i øvrige danske kommuner. Til trods for, at specialets fokus hovedsageligt hviler på de indikatorer, som i Varde Kommune er fundet problematiske for sundhed og trivsel, anslås en ganske høj ekstern validitet. Det begrundes med, at flere indikatorer og prioriteringerne af disse i høj grad vurderes anvendelige i øvrige kommuner, idet der i diskussionen flere steder inddrages materiale, som forholder sig til nationale sundhedsrelaterede problemfelter. En forudsætning er dog, at kommunen også er en landkommune i Danmarks yderområde med sammenlignelige sundhedsudfordringer

I analysen fandtes en iøjnefaldende forskel mellem den registerdata, som indikerer en lav forekomst af somatisk sygdom i Varde Kommuner, og de fysiske gener og ubehag, som angives i den selvvaluerede data. Som beskrevet i analysen, er selvvalueret helbred bevist at være en god prædikator for sygdom og død. Anvendelsen af det selvvaluerede helbredsmål er et resultat af, at fokus ved introduktionen af det brede sundhedsbegreb flyttes fra ”illbeing” til ”well-being” (123). Begrebet well-being ligger op til, at der foruden den indhentede data om sygdoms aspekter også fokuseres på målgruppens egne forestillinger om det gode liv. Det er vigtigt, at disse forestillinger ikke forbigås men gøres til genstand for refleksion og debat (124). Som supplement til registerdata (hvor viden om borgerens fysiske helbred kun fremgår, hvis borgeren har været i kontakt med sundhedsvæsenet) må

selvvurderet helbred anses som værende en betydningsfuld og evidensbaseret prædiktor for generel sundhed, sygdom og levetid¹⁷ (125). Det er derfor væsentligt at være opmærksom på, at kvinder i Varde Kommune vurderer eget fysiske helbred lavt til trods for, at dette ikke fremgår af den tilknyttede registerdata.

Indikatorer, der ikke er fremhævet i relation til Varde Kommune som eksempelvis rygning, er, som det fremgår af specialets analyse langt fra uvæsentlige for borgernes sundhed. Men hvis fokus skal prioriteres i en mere enkel monitorering af folkesundheden må de fremhævede indikatorer tillægges størst værdi for opnåelse af større sundhed og trivsel i kommunen. Endelig er det væsentligt at være opmærksom på, at de indikatorer, som i specialet fremhæves relevante for Varde Kommune er baseret på data, som er indsamlet i SST's sundhedsprofil i 2010. I foråret 2014 publiceres en ny og mere aktuel sundhedsprofil, hvorfor det kan være væsentligt at revurdere indikatorer for monitorering af borgernes sundhed og trivsel i henhold til den nyeste viden om borgernes helbredstilstand og årsagen til denne.

5.2.3.1 Barometerværdi for sundhed og trivsel i Varde Kommune

Ambitionen i Varde Kommune er at skabe et sundhedsbarometer, som med én enkelt værdi kan angive borgernes sundhedsstatus. I specialets litteraturanalyse er fremkommet de indikatorer, som i Danmark, udvalgte vestlige lande og mellemstatlige organisationer findes beskrivende for sundhed og trivsel. Ved en sammenligning med Varde Kommunes aktuelle helbredsstatus er fremhævet de indikatorer, som aktuelt findes problematiske risikofaktorer for borgernes sundhed og trivsel. Indikatorerne angiver, hvor det er nødvendigt at kommunen retter sit fokus for at højne folkesundheden, men også med hvilke indikatorer monitoreringen angiver, om Vade Kommune har øget borgernes sundhed og trivsel.

Varde Kommunes fulde ambition om et færdigudviklet *Sundhedsbarometer* lader sig dog ikke løse indenfor specialets metodiske ramme. Her følger en kort gennemgang af en mulig fortsættelse af arbejdet mod udviklingen af en barometerværdi, som kan underbygge prioriteringen af de enkelte indikatorers betydning for sundhed og trivsel.

Barometerværdien skal, som tidligere nævnt, være en værdisætning af sundheden i kommunen, et øjebliksbillede. Ved værdisætning af sundhed findes en række anvendelige mål. Det simplest anvendelige mål til dette formål er Healthy Years of Life Gained (HYLG). Dette mål inddrager både funktionsnedsættelse og levetid, hvilket er relevant, da det er den samlede sundhed i kommunen, som ønskes vurderet. Målet vil bestå af et antal år, som er sammensat af den tidsperiode, hvor sygdom er undgået samt de antal år levetiden er forlænget. HYLG udgør den øgning i sunde leveår, som interventionen bibringer (126). En udbygning af målet HYLG er det alternative mål Disability-Adjusted Life Years (DALYs). Forskellen består i at DALYs er vægtede HYLG ud fra alder, hvilket gør målet mere omdiskuteret, idet denne vægtning udføres på baggrund af den sociale og kulturelle kontekst (126). Yderligere er vægtningen fastsat af personale i sundhedssektoren (16). Det vurderes i henhold til forståelsen af det brede sundhedsbegreb mest relevant at benytte måleenheden Quality-Adjusted Life Years (QALY). Mens HYLG og DALYs begrænses til at se på funktionsnedsættelse, rummer det mere datatunge helbredsmål QALY (kvalitetsjusterede leveår) den helbredsrelaterede livskvalitet (126). En fordel ved QALY er, at den er baseret på præferencevægte, hvor

¹⁷ Faktisk er et højt selvvurderet helbred ifølge et nyligt amerikansk litteraturstudie bevist at tilføre op til 4-10 år til levetiden sammenlignet med et lavt vurderet helbred (125).

værdisætningen er foretaget af repræsentanter fra den generelle danske befolkning (16, 127). De kvalitetsjusterede leveår er dermed et udtryk for den samlede mængde vundne leveår en person forventes at have korrigeret for tiden med lavere livskvalitet (126, 127).

For at opnå et sammenligneligt mål ved hjælp af kvalitetsjusterede leveår internt i kommunen over tid og kommunerne imellem, er det nødvendig at udregne det gennemsnitlige antal kvalitetsjusterede leveår per borger i kommunen. Eksempelvis kan Varde Kommune vurdere deres gennemsnitlige antal kvalitetsjusterede leveår per borger op imod Esbjerg Kommune. De kvalitetsjusterede leveår kan udregnes på baggrund af den gennemsnitlige levealder i kommunen fratrukket kvalitet af leveårene. Kvaliteten af leveårene vægtes i intervallet 0 til 1, hvor 1 er perfekt sundhed og 0 er død. Værdien af leveår under 1 (livskvalitetsfaktoren) multipliceres med antallet af leveår med den nedsatte kvalitet (127). Heraf kan udregnes de reducerede antal leveår/dage på grund af nedsat livskvalitet. Disse fratrækkes således den gennemsnitlige levealder, hvorved et bud på en barometerværdi fremstår – altså det gennemsnitlige antal kvalitetsjusterede leveår per borger. Kvalitetsjusteringen skal udregnes på baggrund af hver enkelt indikator for dermed at opnå den samlede kvalitetsjustering. Her kan eksempelvis tages udgangspunkt i de i specialet prioriterede indikatorer for derigennem at afdække de områder, som påvirker kvalitetsjusteringen, og dermed den akkumulerede justering, som ses i forhold til den gennemsnitlige levealder. Med udgangspunkt i denne prioriterede opstilling kan udviklingen i Varde Kommunes sundhed og trivsel enkelt belyses og sammenholdes med øvrige kommuners helbredstilstand.

For yderligere at opfylde Varde Kommunes ambition kan det være en mulighed at underbygge prioriteringen af de enkelte indikatorers påvirkning på sundhed og trivsel ud fra af en sundhedsøkonomisk tilgang. Den kommunale sundhedsindsats er naturligvis underlagt begrænsende økonomiske midler, hvorfor det er interessant at finde den mest omkostningseffektive prioritering af interventioner. På den måde belyses hvilke indikatorer, der bør prioriteres, hvis man ønsker størst mulig sundhedsgevinst for hver anvendte krone (127). Sundhedsprojekter kan evalueres og prioriteres ved hjælp af en række værktøjer, som ofte varierer med kompleksiteten af projekterne (126). Set i forhold til udviklingen af et sundhedsbarometer, er der behov for at sammenligne forskellige interventioner, sygdomme og aldersgrupper. Til dette formål anbefales en vægtet cost-effectiveness analyse. Denne analyse bygger på to faktorer - effekt og omkostninger. Når der er tale om en vægtet cost-effectiveness analyse, består vægtningen af den betydning, som tillægges henholdsvis funktionsnedsættelse og tabt levetid i forhold til hinanden (126).

Det første skridt i en sådan sundhedsøkonomisk analyse er en vurdering af de fordele (positive effekter), som en intervention vil bibringe. Dette mål for effekten af en intervention kan, som beskrevet i det ovenstående, baseres på det øgede antal kvalitetsjusterede leveår, en given intervention medfører (126).

Når effekten af en intervention kendes, er det nødvendigt at estimere omkostningerne ved interventionen. Nogle omkostninger kan henføres direkte til de konkrete offentlige udgifter ved en intervention, f.eks. en forebyggelsesindsats, som kan udregnes på baggrund af materiale og arbejdskraft. Dertil kan komme en række øvrige andre forhold, som skal medregnes. Eksempelvis samfundsøkonomiske konsekvenser forbundet med øget levetid. Yderligere kan sundhedstiltag i kommunen have effekt på flere områder, hvorved det er vanskeligt at estimere omkostningerne for hvert interventionsområde (126, 128).

En sundhedsøkonomisk evaluering af alternative og sammenhængende interventioner i Varde Kommune kan derfor give betydelige udfordringer, som forudsætter et omfangsrigt arbejde. Den økonomiske evaluering vil dog kunne give en enkelt overblik over, hvor Varde Kommune med fordel kan sætte ind for at opnå mest mulig folkesundhed (her flest mulige kvalitetsjusterede leveår) for pengene, og dermed opnå den bedst mulige barometerværdi. Det er blot vigtigt at være opmærksom på, at langt de fleste forebyggende indsatser ikke lader sig afspejle i en sådan barometerværdi indenfor hverken en halv- eller helårlig tidsperiode, hvorfor den politiske opbakning må være langsigtet.

I forbindelse med ovenstående kan det diskuteres, om man overhovedet kan værdisætte og sammenligne menneskers livskvalitet. Opfattelsen af, hvor stor betydning et mindre godt helbred har for livskvaliteten vil variere mellem mennesker. Kan otte leveår med en livskvalitet, der kun er halvt så god som det teoretiske maksimum sidestilles med fire leveår med maksimal livskvalitet? Og hvad er egentlig et perfekt helbred? En værdisætning af leveår (for at opnå en ensartet korrigeret af leveår med perfekt helbred) som grundlag for en økonomisk prioritering, kan derfor være forbundet med flere etiske problemstillinger. På den anden side er prioriteringen nok en uundgåelig udfordring for at sikre, at de begrænsede økonomiske midler bliver anvendt, hvor de gør mest mulig nytte for flest mulige borgere i Varde Kommune. Den sundhedsøkonomiske analyse kan og bør derfor ikke stå alene, men blot udgøre et supplement til kommunens samlede vurderings- og prioriteringsgrundlag.

6 Anbefalinger til Varde Kommune

I det følgende afsnit fremsættes anbefalinger baseret på den viden, som er fremkommet i specialets analyse og diskussionen samt under specialets prioritering af indikatorer for sundhed og trivsel i Varde Kommune.

Anbefalingerne tilstræbes derfor fremsat i en tematisk prioriteret rækkefølge. Idet flere anbefalinger relaterer sig til indsatser eller forebyggelsesstrategier, som går på tværs af de udvalgte indikatorer, vil anbefalingerne ofte være målrettet forebyggelsen af flere indikatorer samtidig.

Kommunal sundhedsfremme og forebyggelse er i høj grad en opgave, som ligger op til samarbejde på tværs af kommunens forvaltningsområder, samt til aktiv involvering af borgerne i lokalmiljøet. Derfor lægger flere anbefalinger op til samarbejde på tværs - både internt og eksternt i kommunen.

Der findes utallige metoder, hvormed sundhedsindsatser kan udføres i praksis. Det er håbet, at følgende anbefalinger kan understøtte allerede igangværende indsatser eller fungere som inspiration til den fremtidige tilrettelæggelse af væsentlige sundhedsfremmende indsatsområder i Varde Kommune.

6.1 Kombiner en strukturel, befolkningsrettet og individuel forebyggelsesstrategi

Med hovedvægten på den strukturelle forebyggelsesstrategi suppleres med indsatser, som retter sig mod de grupper af borgere, som allerede er i øget risiko for at udvikle sygdom, samt befolkningsrettet information om betydningen af en adfærdsændring.

Fremme tilgængeligheden af sund kost

Det anbefales, at Varde Kommune indgår samarbejde med supermarkeder i udvalgte lokalmiljøer vedrørende fremme af sunde fødevarer. Samarbejdet kan konkret handle om placeringen af sunde fødevarer i supermarkedet, hvor varen frister mest muligt. Eksempelvis kan fuldkornsprodukter placeres centralt i butikken, eller grøntsager kan opstilles ved siden af det kød, som er på tilbud den pågældende uge. Således kan borgeren fristes til at træffe et sundere valg (se yderligere tiltag ifølge SoL-projekt på Bornholm) (101).

I sammenhæng med ovenstående kan Varde Kommune regulere eller indføre kvoter for repræsentationen af fastfoodudbydere i socialt belastede nærmiljøer eller i undervisningsinstitutionernes nærområde. Således hæmmes muligheden for at vælge hurtige usunde måltider.

Sund kost i kommunens skoler, institutioner og plejehjem

Da en stor del af Varde Kommunes borgere (især børn, unge og ældre) tilbringer meget tid på kommunens skoler, institutioner og plejehjem, kan det anbefales af øge indsatsen på disse områder.

Et kreativt forslag, som også knytter sig til ovenstående samarbejde med lokalområdet supermarkeder, kan være, at børnene i institutionerne laver tegninger af deres yndlingsfrugt/grøntsag, som i butikkerne kan byttes til et stykke frugt eller en grøntsag. Dermed øges børnenes bevidsthed om sunde fødevarer, og børnene forbinder efterfølgende

supermarkeder med sunde fødevarer. Endvidere kan der laves *story-telling* i kommunens institutioner og mindste folkeskoleklasser med fokus på børnenes udlægning af, hvad der er med til at fremme og hæmme det sunde liv i hverdagen. *Story-telling* kan ved hjælp af tegninger og fotos danne et sundhedsteater, som fremføres for børnenes forældre (101).

Endelig kan Varde Kommune udnytte deres tætte daglige kontakt til borgerne med indførelsen af et krav om sund kost på samtlige af kommunens institutioner, skoler og plejecentre. Eksempelvis kan der i folkeskolen etableres kantiner med udbud af sunde fødevarer til billige priser.

Fremme de fysiske omgivelser

Varde Kommune er beliggende i et flot område med skov, strand og et hyggeligt bymiljø. Kommunen anbefales derfor at fremhæve dens attraktive beliggenhed med byplanlægning og faciliteter, som motiverer til bevægelse i de mange hyggelige og smukke områder, der findes i såvel byerne som på landet og ved stranden. Her kan eksempelvis hentes inspiration fra større byer, som har arbejdet med at skabe sundhedsfremmende faciliteter i bymiljøer.

Foruden ovenstående kan udarbejdes et aktivitetsprogram over regelmæssige ture eller events i kommunen med fokus på mangfoldigheden af bevægelsesrelaterede aktiviteter, som findes i naturen. Aktiviteterne kan eventuelt arrangeres af entusiastiske frivillige borgere og kan med fordel målrettes ældre borgere eller de kvinder, som ikke er motiveret til at dyrke motion.

Ændre sundhedsadfærd på arbejdspladsen

Da Varde Kommune fungerer som arbejdsplads for en stor gruppe borgere, kan kommunen med fordel opfordre arbejdspladser både internt men også eksternt i kommunen til at skabe rammer og indsatser, som stimulerer og motiverer til øget fysisk aktivitet. Desuden kan opfordres til at benytte aktiv transport til og fra arbejde. Eksempelvis kan i højere grad arrangeres walk-and-talk møder, indrettes fitnesslokaler på arbejdspladsen eller tilbydes rabatter til medlemskaber til fitnessklubber eller lokale idrætsforeninger (90).

Arbejdspladsen har desuden den fordel at være en velegnet arena til at skabe ændringer i mænds sundhedsadfærd, da mænd er mindre tilbøjelige til at deltage i forskellige sundhedstiltag. Sundhedsfremmende ændringer på arbejdspladsen er specielt effektive ved forandring af mænds fysiske aktivitetsniveau og kostvaner. Konkurrenceelementet samt humoristiske og troværdige formuleringer er nogle af de bedst fundne indgangsvinkler til sundhedsfremmende tiltag hos mænd (90).

Benytte de lokale og sociale medier

Lokale medier kan være vigtige samarbejdspartnere (101), da Varde Kommune hermed får muligheden for at nå bredt ud til lokalbefolkningen. Aktivt brug af medierne kan formentlig påvirke borgernes normer og holdninger samt viden om sunde mad- og bevægelsesvaner. Eksempler på relevante medier kan være den lokale radio og avis.

Foruden massemedierne kan oprettes en facebook-side, hvor Varde Kommune og lokale borgere kan dele erfaringer om bevægelse i nærmiljøet og sund kost. Desuden kan kommunen som supplement til massemedierne formidle

borgerrettet tilbud om eksempelvis kurser i sund madlavning, løbeklubber osv. Internettet spiller en stadig større oplysningsrolle – også blandt mindre ressourcestærke (90). Endvidere kan de sociale medier sandsynligvis danne grobund for sociale initiativer.

6.2 Skabe en solid socioøkonomisk grobund for sundhed og trivsel

Det er i specialets analyse og diskussion tydeligt, at de socioøkonomiske faktorer udgør fundamentet for borgernes sundhed og trivsel. Derfor findes borgere i Varde Kommune med lav socioøkonomisk status særligt udsatte for social ulighed i sundhed. I Varde Kommune findes særligt indikatoren uddannelse problematisk, hvorfor denne fremhæves.

Højne uddannelsesniveaet

Foruden den eksisterende indsats i Region Syddanmarks *Syddansk Uddannelsesaftale* (som primært har fokus på gymnasiale og tekniske uddannelser) kan Varde Kommune, som nævnt, anbefales aktivt at fremhæve de videregående uddannelsesmuligheder (professionshøjskoler og universiteter), som findes i lokalområdet. Hermed sikres det, som fundet i diskussionen, at en langt større andel af den højtuddannede befolkning bosætter sig i kommunen (107).

I sammenhæng med ovenstående anbefales det, at Varde Kommune medvirker til at skabe brobygning mellem universiteter og lokale virksomheder. Det kan medføre et stærkere fagligt miljø med innovative medarbejdere, som kan øge virksomhedernes omstillingsparathed. Det stærke faglige miljø blandt kommunens arbejdspladser kan bidrage til at tiltrække nye virksomheder og medarbejdere til kommunen (107).

Endelig kan Varde Kommune lægge op til at skabe specialiserede uddannelsesmiljøer på erhvervs- og ungdomsuddannelserne med rod fæste i den erhvervsudvikling, som findes i regionen. Her tænkes eksempelvis på den hurtigt udviklende offshore industri i Esbjerg Kommune. Således sikres kvalificeret arbejdskraft i nærmiljøet og ikke mindst gode jobmuligheder for de nyuddannede borgere (se yderligere anbefalinger ifølge Danske Regioners oplæg til opnåelse af vækst i Danmarks yderområder) (107).

Udarbejde sundhedsprofil af mindre ressourcestærke borgere

Da Varde Kommunes indsigt i de mindre ressourcestærke borgeres sundhed og trivsel er meget begrænset, vil en forudsætning for at give målrettede anbefalinger være, at kommunen udarbejder en sundhedsprofil blandt socialt udsatte og ressourcevage borgere. Hermed opnås en dybere forståelse årsagerne til den manglende hensigtsmæssige sundhedsadfærd. I monitoreringen er det væsentligt at inddrage mål for de strukturelle forholdes indflydelse. Indikatorerne alder, køn og uddannelse, beskæftigelse og indkomst bør altid anvendes som baggrundsindikatorer i en sådan monitorering.

6.3 Samtænke miljøområdet med borgernes sundhed og trivsel

I fremtiden er det betydningsfuldt at Varde Kommune tænker sundhed og trivsel ind i miljøet. En proces som kan tage afsæt i eksisterende initiativer i kommunen.

Tænk sundhed og trivsel ind i miljøet

Det anbefales, at Varde Kommune integrerer *Renhedsbarometeret* i kommunens sundhedsindsats for dermed at synliggøre, at forbedringer i miljøet er betydningsfuldt for borgernes sundhed og trivsel.

Da Varde Kommune er en landkommune, anbefales det som sagt, at kommunen fører tilsyn med miljøforholdene på landbrugsejendommene for at minimere denne væsentlige risikofaktor i miljøet. Desuden er det vigtigt, at kommunen løbende retter blikket mod forskningen, hvor der som i ovenstående eksempel findes nye betydningsfulde sammenhænge og opgørelser over miljøets vidtfavnende effekter på befolkningens helbred.

Det kan sideløbende anbefales, at Varde Kommune iværksætter oplysningskampagner og fordelagtiggør alternative miljørigtige valg for borgerne. En strukturel forebyggelsesstrategi kan eksempelvis styrke den kollektive trafik samt styrke et sammenhængende net af gang- og cykelstier i byer og naturområder. Endvidere kan kommunen udarbejde informationsmateriale om energibesparelser og betydningen af et sundt indeklima (se yderligere anbefalinger i SST's publikation om sundhedsfremme og forebyggelse på miljøområdet) (87).

6.4 Nedbringe livsstilssygdomme og tage borgernes selvvalgte helbred i betragtning

Varde Kommune er overordnet set en sund kommune. Faktisk lever en relativt mindre andel af borgerne i Varde Kommune med langvarige somatiske sygdomme, mentale lidelser og ensomhed end det regionale og nationale gennemsnit. Det gode ressourcefundament kan udnyttes til yderligere at fremme sundheden.

Borgerinddragelse - hente inspiration fra idéen om "Det store samfund"

En mulighed for at udnytte borgernes sunde helbred og stærke sociale relationer kan være ved at hente inspiration fra speialets præsenterede idéer om *Det store samfund*. Den øgede borgerinddragelse har den positive effekt at medføre empowerment - forstået som den proces, hvor igennem individ og/eller lokalsamfund øger handleevnen og muligheden for at tage kontrol og føle ejerskab over egen livssituation og de livsvilkår, der påvirker sundheden (129). En proces, som er i overensstemmelse med WHO's definition af sundhedsfremme¹⁸ (6). Borgerinddragelsen kan således medføre en slags magtdecentralisering fra Varde Kommune til borgerne.

Eksempelvis kan i Varde Kommune fokuseres på aktiv inddragelse af engagerede ældre borgeres initiativer med henblik på at gennemføre innovative indsatser, som er målrettet og tilpasset de ældres behov og interesse. Her tænkes bl.a. på indsatser vedrørende fysisk aktivitet. Aktiviteterne kan varetages af frivillige instruktører. Endvidere kan en sådant tilbud på sigt tænkes at rumme et udslusningstilbud til rehabiliteringsindsatsen. Tilbuddet kan eventuelt

¹⁸"Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health" (6,s.1) .

udarbejdes i samarbejde med praktiserende læger, medarbejdere på genoptræningscentre og privatpraktiserende fysioterapi.

Være opmærksom på borgernes selvvurderede helbred

Til trods for det sunde helbred ses der i borgernes selvvurderede fysiske helbred indikationer på, at en stor andel borgerne i Varde Kommune oplever fysiske gener og begrænsninger.

Det anbefales derfor, at Varde Kommune er opmærksom på, at den viden som borgerne selv kan give om, hvordan de føler og oplever egen sundhed og trivsel, er værdifuld for opnåelsen af effektivt forebyggende indsatser. Den allerede eksisterende viden om, at en stor gruppe borgere vurderer eget fysiske helbred lavt bør derfor anvendes til at skabe dybere indsigt i hvilke forhold, som har betydning for denne vurdering. Det kan for eksempel ske gennem et fokusgruppeinterview, hvor borgernes perspektiv fremhæves.

Sidst skal det dog understreges, at den registerbaserede monitoreringen af livsstilsbetingede sygdomme og lidelser ikke bør nedprioriteres som målemetode. Den er et vigtigt supplerende udtryk for i hvor høj grad indsatserne relateret til ovenstående anbefalinger er lykkedes.

I en erkendelse af, at findes der utallige metoder, hvormed det er muligt at monitorere og fremme borgernes sundhed og trivsel, giver ovenstående anbefalingerne blot nogle bud på indsatsområder, som ud fra specialets fund kan være væsentlige at prioritere i den fremtidige sundhedsindsats i Varde Kommune. Desuden kan Varde Kommune gøre brug af det sundhedsøkonomiske perspektiv (som beskrevet i afsnit 5.2.3.1), hvormed der opnås indsigt i hvilke indsatsområder, der omkostningseffektivt medfører flest mulige leveår med godt helbred blandt kommunens borgere.

7 Konklusion

Formålet med dette speciale er på baggrund af et litteraturstudie af relevante sundhedsprofiler samt mål og strategier for sundheden at klarlægge specifikke indikatorer for den generelle sundhed i befolkningen. Dertil ønskes en udvælgelse af de indikatorer, som vurderes afgørende for enkelt at beskrive og værdisætte befolkningens sundhed og trivsel i Varde Kommune. Derfor lyder specialets problemformulering:

Ud fra et systematisk litteraturstudie undersøges med hvilke indikatorer sundhed måles, og hvordan denne viden kan anvendes i en dansk kommunal kontekst (Varde Kommune) til at kvalificere og prioritere indikatorer for borgernes sundhed og trivsel i fremtiden?

En uddybende besvarelse af specialets problemformuleringen tager i det følgende afsæt i specialets tre nedenstående underspørgsmål:

- 1) Hvad påvirker individets og dermed befolkningens sundhed og trivsel, og hvad er mest afgørende for et sundt liv?
- 2) Hvilke indikatorer bør prioriteres, hvis man ønsker et monitoreringsredskab, som giver et præcist og enkelt et billede af folkesundheden i Varde kommune?
- 3) Hvordan kan Varde Kommune i fremtiden prioritere deres sundhedsindsats?

Når man taler om individets og befolkningens generelle sundhed og trivsel, findes det nødvendigt og betydningsfuldt at tage udgangspunkt i det brede sundhedsbegreb. Hermed rummes alle de indikatorer, som tilsammen er en forudsætning for og danner rammen om det gode liv. Til at skabe overblik over det vidtfavnende sundhedsbegreb findes Dahlgreen og Whiteheads begrebsmodel "Policy Rainbow" anvendelig. Begrebsmodellen danner derfor rammen om specialets litteraturanalyse.

Indikatorer for sundhed og trivsel

Litteraturstudiet, som gennemføres med udgangspunkt i det brede sundhedsbegreb, bidrager til en stor indsigt i hvilke indikatorer, som har indflydelse på befolkningens sundhed og trivsel. Ud fra en databasesøgning, kædesøgning og søgning i statslige institutioner med baggrund i udvalgte søgetermer og -kriterier blev 15 rapporter udvalgt. Disse danner grundlag for specialets litteraturanalyse. Rapporterne omhandler aktuelle sundhedsprofiler samt mål og strategier for folkesundheden, og vurderes relevante for besvarelsen af specialets problemformulering.

Til udvælgelse af rapporternes talrige indikatorer for sundhed og trivsel er i specialet udviklet et analyseredskab, som illustrerer forekomsten og fordelingen af indikatorer for sundhed og trivsel i de enkelte rapporter. Følgende indikatorer (præsenteret i Tabel 13) er hyppigst anvendt til at beskrive borgernes sundhed og trivsel i Danmark, vestlige lande (Sverige, Norge, England, Australien, Canada og USA) og mellemstatlige organisationer (WHO, OECD, FN og EU).

Tema	Sundhedsadfærd	Mental og somatisk sundhed	Sociodemografiske faktorer	De omgivende rammer
Udvalgte indikatorer	Kost Overvægt Rygning Alkohol Fysisk aktivitet	Sociale relationer Langvarig somatisk sygdom Mentalt helbred	Køn Alder Beskæftigelse Indkomst Uddannelse	Miljø

Tabel 13: Udvalgte indikatorer for sundhed og trivsel underordnet strukturerende temaer

Sundhedsadfærd har stor indflydelse på individets sundhed og trivsel, og de enkelte indikatorer er tilsammen årsag til langt de fleste af de sygdomme, som danskerne dør af i dag. Sundhedsadfærden er endvidere end god prædiktor for, hvilke langvarige somatiske sygdomme og mentale lidelser, som sundhedsvæsenet står overfor i fremtiden.

Mentale lidelser og langvarige somatisk sygdomme er en stigende sundhedsudfordring, som selvsagt har stor indflydelse på borgernes sundhed og trivsel. Det er derfor nødvendigt at kende forekomsten og fordelingen af sygdomme og lidelser ved planlægning af forebyggelsesaktiviteter. De mentale og somatiske helbredsproblemer indikerer samtidig den langsigtede effekt af de forebyggende og sundhedsfremmende tiltag. Endelig findes sociale relationer i høj grad bestemmende for udviklingen af langvarig sygdom og for tidlig død.

Sundhedsadfærd, mentale lidelser og langvarige somatiske sygdomme er ofte knyttet til de sociodemografiske faktorer. De sociodemografiske faktorer sætter rammerne for individets vilkår og muligheder, og medfører ulighed i både sygelighed og dødelighed. Individets levevilkår findes yderligere påvirket af miljøet i de fysiske omgivende rammer. Det bredtfaavnende miljø er betydningsfuldt for individets sundhed og trivsel, og ansues ofte ud fra et forureningsmæssigt perspektiv.

Indikatorerne afspejler nødvendigheden af, at sundhed ses som mere end blot fravær af sygdom, men også influeret af individets livsstil, sociale relationer og levevilkår. Endvidere fremgår af analysen en stærk indbyrdes forbundenhed mellem de udvalgte indikatorer, som tilsammen findes at danne et billede af forudsætninger for befolkningens sundhed og trivsel. En generel udfordring i måling af sundhed og trivsel findes derfor at være, at indikatorerne er forbundet i en sådan grad, at det er vanskeligt, at bedømme den generelle sundhed og trivsel ud fra enkeltstående eller meget få indikatorer.

Prioritering af indikatorer for sundhed og trivsel i Varde Kommune

Borgerne i Varde Kommunes er på langt de fleste områder sundere og trives bedre end regions- og nationalgennemsnittet. Alligevel findes væsentlige sundhedsrelaterede problemfelter, som danner grundlag for udvælgelsen af indikatorer for borgernes sundhed og trivsel. Hermed sikres, at de udvalgte indikatorer er relevante for de borgeres sundhed og trivsel, som ønskes forandret. De grundlæggende problemfelter er:

- Stigende andel ældre borgere
- Lavt uddannelsesniveau
- Usundt kostmønster
- Nedsat fysisk aktivitet
- Overvægt
- Borgerne ønsker generelt ikke at ændre deres sundhedsadfærd
- Lavt selv vurderet fysisk helbred

Ud fra specialets analyse og den foreliggende viden om borgernes helbredsstatus i Varde Kommune er udvalgt indikatorer, inden for hvilke det i sammenhæng med ovenstående problemfelter vurderes særligt betydningsfuldt at skabe forandring. Disse indikatorer er *kost, overvægt, fysisk aktivitet, uddannelse, køn, alder* og *miljø*. Yderligere fremhæves *somatisk sygdom*, da en stor andel borgere vurderer eget fysiske helbred lavt.

Prioriteringen af indikatorer for sundhed og trivsel bør ifølge Green og Kreuter foretages ud fra spørgsmålet om indikatorernes betydning for borgernes sundhed og trivsel samt potentialet for forandring i den givne kontekst. Ud fra denne betragtning findes i Varde Kommune, at de adfærdsrelaterede indikatorer bør prioriteres højest. Dette er på grund af, at KRAM-faktorerne skaber størst potentiale for forandring gennem en strukturel forebyggelsesstrategi. Den strukturelle forebyggelsesstrategi er betydningsfuld for borgerne i Varde Kommune, da strategien medfører en effektiv forandring, som inkluderer en stor gruppe borgere, som ikke findes at være motiveret til adfærdsændring. Det er derfor væsentligt, at Varde Kommune inddrager den strukturelle forebyggelsesstrategi i deres kommende sundhedsindsats samt monitorerer KRAM-faktorerne, da de er bestemmende for udviklingen af fremtidige livsstilssygdomme.








De sociodemografiske faktorer er betydningsfulde for borgernes sundhed og trivsel i Varde Kommune. Dette med fokus på betydningen af at højne uddannelsesniveaue i Varde Kommune. Uddannelsesniveaue er ligesom de øvrige sociodemografiske faktorer stærkt associeret med ovenstående risikoadfærd, hvorfor disse forhold må anses som værende fundamentet for opnåelsen af sundhed og trivsel. Derfor bør Varde Kommune rette opmærksomheden mod betydningen af de sociodemografiske faktorer både i en monitorering af sundheden såvel som i fremtidige indsatsområder i forhold til afdækning af målgrupper.

Miljøet findes generelt at have stor betydning for sygdom og dødelighed, hvorfor Varde Kommune bør tænke sundhed og trivsel ind i miljørelaterede indsats, samt i monitoreringen af den generelle folkesundhed. Ligesom indsats målrettet borgernes sundhedsadfærd, kan der med fordel anvendes en strukturel forebyggelsesstrategi.

Varde Kommune findes dog allerede at have skabt et godt afsæt for monitoreringen af miljø ved hjælp af kommunens *Renhedsbarometer.*, hvilket der kan drages nytte af i et sundhedsbarometer.

Sidst bør Varde Kommune prioritere monitoreringen af langvarig somatisk sygdom og mentale lidelser, da disse har stor betydning for borgernes sundhed og trivsel. Indikatoren adskiller sig dog, som sagt, fra de øvrige faktorer, da den afspejler udkommet af ovenstående disponerende faktorer. Foranderligheden er derfor afhængig af effekten af de indsatser, som rettes mod de øvrige udvalgte indikatorer.

Prioriteringen af indikatorer for opnåelse af et monitoreringsredskab, som giver et præcist og enkelt et billede af folkesundheden i Varde kommune, er derfor som følger:

Prioritering	Tema	Indikatorer
1	KRAM-faktorer	 Kost  Overvægt  Fysisk aktivitet
2	Sociodemografiske faktorer	 Uddannelse  Køn  Alder
3	De omgivende rammer	 Miljø
4	Mental og somatisk sundhed	(Selvvurderet fysiske helbred)

Figur 20: Temaer og indikatorer udvalgt og prioriteret i relation til Varde Kommune

Det er givet, at betydelige ændringer i befolkningens sundhedsadfærd, vil have stor indflydelse på det fremtidige helbred blandt borgerne i Varde Kommune. Det er blot spørgsmålet om, hvorvidt strategien til at udføre disse ændringer skal prioriteres på baggrund af den mindre gruppe borgere, som allerede er i en øget risiko for at blive syge, eller om strategien skal målrettes de mange borgere, som med tiden er i potentiel risiko for at havne i samme højrisikogruppe. Forebyggelsesstrategierne udelukker ikke hinanden, men skal ses i en supplerende sammenhæng. Så længe det ikke i højere grad er lykket at nedbringe årsagerne til den usunde adfærd, må underbyggende indsatser rettet mod de allerede udsatte borgere iværksættes. I forlængelse af dette prioriteres den strukturelle forebyggelsesstrategi højest. Strategien er på baggrund af tidligere erfaringer bevist effektiv til at modvirke omgivelsernes underliggende årsager til borgernes nedsatte sundhed og trivsel uanset uddannelsesmæssig baggrund, alder eller øvrige sociodemografiske faktorer. Hermed forebygges at flere borgere havner i risikogruppen samtidig med at sundhed og trivsel fremmes hos de allerede udsatte borgere.

SST's forebyggelsespakker kommer med mange fornuftige bud på, hvordan en strukturel forebyggelsesstrategi skal udfoldes i en dansk kommunal kontekst. Det er blot ikke alle 11 udvalgte risikofaktorområder, som vurderes velbegravede og relevante ved en sammenligning med specialets udvalgte indikatorer for sundhed og trivsel i Varde Kommune. Derfor bør Varde Kommune være opmærksom på, at prioritere netop de indikatorer, som vurderes mest betydningsfulde for deres borgere.

I en videre udvikling af sundhedsbarometeret i Varde Kommune kan måleenheden kvalitetsjusterede leveår anvendes som et mål for borgernes sundhed og trivsel. Anvendes et gennemsnit af kvalitetsjusterede leveår per borger i kommunen opnås et enkelt og let sammenligneligt udtryk for borgernes generelle helbredsstatus, om end denne måleenhed byder på udfordringer ved praktisk anvendelse. Værdisætningen af kvalitetsjusterede leveår kan sandsynligvis baseres på de i specialet konkluderede prioriterede indikatorer.

I en yderligere forlængelse af sundhedsbarometeret kan fremtidige interventioner prioriteres på baggrund af en omkostningseffektivitetsanalyse, hvori effekten af interventionerne samt omkostningerne indgår. Derved er der i specialet kort berørt den videreudvikling, der kræves, for at indfri ønsket om et praktisk anvendeligt sundhedsbarometer. Det overordnede ambition om at skabe et videnskabeligt fundament for den videre udvikling af Vardes kommunalpolitiske redskab "Sundhedsbarometeret" vurderes derfor i et vidt omfang indfriet.

Anbefalinger til Varde Kommunes sundhedsindsats

På baggrund af specialets litteraturanalyse og diskussion anbefales Varde Kommune i fremtidige sundhedsindsatser, at:

- Kombinere en strukturel, befolkningsrettet og individuel forebyggelsesstrategi ved blandt andet at fremme tilgængeligheden af sund kost, fremme de fysiske omgivelser, ændre sundhedsadfærd på arbejdspladsen og benytte de lokale og sociale medier i sundhedsindsatsen
- Skabe en socioøkonomisk solid grobund for sundhed og trivsel gennem en højnelse af uddannelsesniveaue samt ved udarbejdelse af en sundhedsprofil målrettet mindre de ressourcestærke borgere
- Samtænke indsatser på miljøområdet med borgernes sundhed og trivsel
- Nedbringe livsstilssygdomme og tage borgernes selvvalgte helbred i betragtning, hvortil der med fordel kan lægges vægt på øget borgerinddragelse

Hermed er konkluderet, hvilke indikatorer der ud fra litteraturanalysen bør prioriteres som beskrivende for sundhed og trivsel, og hvordan denne viden kan anvendes i Varde kommune til at kvalificere og prioritere sundhedsindsatsen i fremtiden. Endvidere gives anbefalinger til, hvorledes Varde kommune kan tilrettelægge deres fremtidige sundhedsindsat samt til videreudvikling af specialets indikatorer til et praktisk anvendeligt sundhedsbarometer.

8 Referencer

1. Harvey J. Basic Concepts. In: Harvey J, Taylor V, editors. *Measuring Health and Wellbeing*. London: Sage Publications; 2013.
2. Regeringen. *Sund hele livet: De nationale mål og strategier for folkesundheden*. 2002.
3. WHO Regional Office for Europe. *Ottawa Charter for Health Promotion*. København: 1986.
4. Forchhammer H, Nissen M. Psykologiske sundhedsbegreber i et subjektvidenskabeligt perspektiv. In: Uffe Juul Jensen PFA, editor. *Sundhedsbegreber filosofi og praksis*. Aarhus: Philosophia; 1995.
5. Otto L. Et robust helbred eller et lykkeligt liv. In: Jensen UJ, Andersen PF, editors. *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. Aarhus, Danmark: Philosophia; 1995.
6. World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. Geneva: 1998.
7. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Stockholm: Institut för Framtidsstudier, 1991.
8. Davies M, Macdowall W. Determinants of Health. In: Davies M, Macdowall W, editors. *Health Promotion Theory*: Open University Press; 2005.
9. Kamper-Jørgensen F. Analyse af sundhedsproblemer. In: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, editors. *Forebyggende sundhedsarbejde*. 5. udgave ed. København: Munksgaard Danmark; 2011.
10. WHO Regional Office for Europe. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. København: 2003.
11. National Public Health Institute (KTL) and European Union. *European health indicators: Development and initial implementation - Final report of the ECHIM project*. Helsinki 2008: 2008.
12. OECD. *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. 2008.
13. Department of Health. *The Public Health Outcome Framework for England, 2013-2016: Healthy Lives, Healthy People: Improving Outcomes and supporting transparency*. 2012.
14. Bauer G, Davies JK, Pelikan J, Noack H, Broesskamp U, Hill C. Advancing a theoretical model for public health and health promotion indicator development: proposal from the EUHPID consortium. *European journal of public health*. 2003;13(3 Suppl):107-13. Epub 2003/10/10.
15. OECD. *How's Life?: Measuring well-being*. 2011.
16. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. 2006.
17. WHO Regional Office for Europe. *Targets for Health for All. Targets in support of the European regional strategy for health for all*. Copenhagen: 1985.
18. Srivastava D, McKee M. The Emergence of Health Targets: Some Basic Principles. In: Wismar M, McKee M, Ernst K, Srivastava D, Busse R, editors. *Health Targets in Europe*. European Union: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
19. Gulis G, Gry P, Kræmer SRJ. *Sundhedskonsekvensvurdering - fra teori til praksis*. 2008.
20. Kamper-Jørgensen F. Nationale folkesundhedsprogrammer i de nordiske lande. *Ugeskrift for læger*. 2004;166(44):1301-5.
21. Jørgensen T. Hvorfor er befolkningsundersøgelser så vigtige? *Ugeskrift for læger*. 2004;166(15-16):1423.

22. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsregistre og befolkningsundersøgelser i Danmark - til brug ved planlægning af borgerrettet forebyggelse i kommunen. København: 2007.
23. Sundhedsstyrelsen. Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. 2012.
24. Larsen FB, Ankersen PV, Poulsen S. Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Voksne. 2011.
25. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen - en vejledning til Sundhedsloven §119 stk. 1 og 2. København: 2007.
26. Andersen PT, Jensen J-J. Healthcare reform in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010;38(246):246-52.
27. Økonomi- og Indenrigsministeriet. Evaluering af kommunalreformen. 2013.
28. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sundhedsloven. Retsinformation2010 [cited Lov nr. 913]; Available from: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455&exp=1#K35>.
29. Varde Kommune. Sundhedspolitik 2008-2012. Varde Kommune. 2008.
30. Didrichsen F, Nygaard E, Bonde A. Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet. København: 2009.
31. Kommunernes Landsforening. Notat: Kommunale sundhedspolitikker - en oversigt over indsatsområder, målgrupper og mål i 25 kommuner. 2012.
32. World Health Organization Regional Office for Europe. Health 2020 - policy framework and strategy. 2012.
33. Iversen L, Christensen U, Lund R. Indledning. In: Iversen L, Christensen U, Lund R, editors. *Medicinsk sociologi - sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred*. 2. udgave ed2011.
34. Cottrell R, McKenzie JF. The Literature Review. *Health Promotion and Education Research Methods: Using the Five-Chapter Thesis/Dissertation Model*. Sudbury: Mass Jones and Bartlett Publishers; 2005. p. 41.
35. Andersen I. Spørgeteknikker. *Den skinbarlige virkelighed - om vidensproduktion inden for samfundsvidenskaberne*. 4. udgave ed: Forlaget Samfundslitteratur; 2010.
36. Christina Forsberg YW. Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur; 2008.
37. Det Informationsvidenskabelige Akademi. Booleske operatorer. *Informationsordbogen: Ordbog for informationshåndtering, bog og bibliotek*: Københavns Universitet; 2013.
38. Garrard J. *Health sciences literature review made easy: The Matrix method*. 3. edition ed. United States of America: Jones and Bartlett Learning; 2011.
39. Wallin JA. Litteratursøgning: Introduktion til sundhedsvidenskabelig litteratursøgning. Syddansk Universitet; 2013 [cited 2013 5. april]; Available from: <http://www.sdu.dk/bibliotek/fag/medicin/vejledning/litteratursøgning>.
40. Sundhedsstyrelsen. Den nationale sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? 2011.
41. Region Syddanmark og Statens Institut for Folkesundhed. Hvordan har du det? - trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2010. 2010.
42. Region Syddanmark. Det Gode Liv-Indeks. 2012 [cited 2013 24 september]; Available from: <http://www.detgodeliv.regionsyddanmark.dk/det-gode-liv-indeks>.
43. Statens folkhälsoinstitut. Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor. [cited 2013 24. september]; Available from: <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/>.

44. Folkehelseinstituttet. KommuneHelsa. [cited 2013 24. september]; Available from: <http://khs.fhi.no/webview/>.
45. Australian Unity; Deakin University - Australian Centre on Quality of Life. What makes us Happy? Ten years of the Australian Unity Wellbeing Index. 2010.
46. Australian Institute of Health and Welfare. Australia's health 2012. Canberra: 2012.
47. Canadian Index of Wellbeing and University of Waterloo. How are Canadians Really Doing The 2012 CIW Report. Waterloo: 2012.
48. U.S. Department of Health and Human services. Healthy People 2020. 2010; Available from: <http://www.healthypeople.gov/2020/default.aspx>.
49. OECD. Health at Glance: Europe 2012. 2012.
50. The Earth Institute: Columbia University. World Happiness Report. 2012.
51. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier : Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur; 2008.
52. Region Syddanmark. Væksten i det gode liv: Nyt politisk redskab i Syddanmark. 2012.
53. Statens folkehälsainstitut. Hälsa på lika villkor: Syfte och bakgrund till frågorna i nationelle folkhälsoenkäten. 2011.
54. Australian Unity. Available from: <http://www.australianunity.com.au/>.
55. Australian Unity; Deakin University's Australian Centre on Quality of Life. Australian Unity Wellbeing Index. Survey 28.0: "The Wellbeing of Australians - The Impact of Marriage". 2012.
56. WHO Regional Office for Europe. Developing indicators for the Health 2020 targets. 2012.
57. WHO Regional Office for Europe. About Health 2020. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>.
58. United Nations. Resolution adopted by the General Assembly on 19 July 2011: 65/309. Happiness: toward a holistic approach to development. 2011.
59. Department of Health. Healthy Lives, Healthy People: Improving outcomes and supporting transparency. Public Health Outcome Framework 2013-2016: Part 2. 2012.
60. Office of Disease Prevention & Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2020 - Objective Selection Criteria. 2009; Available from: <http://www.healthypeople.gov/2010/HP2020/Objectives/selectionCriteria.aspx>.
61. Hvass LR, Manghezi A, Folker AP, Sandø N. Social ulighed i sundhed - hvad kan kommunen gøre? 2012.
62. Perissinotto CM, Censer IS, Covinsky KE. Loneliness in Older Persons A Predictor of Functional Decline and Death. Archives of Internal Medicine. 2012;172(14):1078-83.
63. Antonucci TC, Akiyama H, Lansford JE. Negative effects of close social relations. Family Relations. 1998;47(4):379-84.
64. Christensen SI, Ola Ekholm MD, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 - og udviklingen siden 1987. Statens Institut for folkesundhed, 2012.
65. U.S. Department of Health and Human Services. HealthyPeople.gov: Environmental Health. 2013; Available from: <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=12>.
66. Juel K. Store helbredsmaessige konsekvenser relateret til KRAM-faktorerne. 2006; Available from: http://www.si-folkesundhed.dk/Ugensprocent20talprocent20forprocent20folkesundhed/Ugensprocent20tal/50_2006.aspx.

67. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed. Sundhedsprofil2010.dk. 2010 [updated 26. september 2013]; Available from: <http://www.sundhedsprofil2010.dk/Pages/Home.aspx>.
68. Christensen AI, Ekholm O, Glümer C, Andreasen AH, Hvidbjerg MF, Kristensen PL, et al. The Danish National Health Survey 2010. Study design and respondent characteristics. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2012;40:391-7.
69. Larsen P. Danskerne dør for tidligt. Kommunernes Landsforening; 2013.
70. Fiskebranchens Oplysningsudvalg. 2 gange om ugen. Available from: <http://www.2gangeomugen.dk/>.
71. Landbrug & Fødevarer. 6 om dagen. Available from: <http://www.voresmad.dk/Inspiration/Fokus/6omdagen.aspx#.Ungt7xwmzAh>.
72. DTU Fødevarerinstitutionen. Danskernes fatiske kost og oplevelse af sunde kostvaner. 2013.
73. Hundborg L. Sundhed frem for effektivitet. Nyt om Forebyggelse: Tema: Strukturel forebyggelse - Et paradigmeskift. 2008:4-5.
74. Wier M. "Big Society" på dansk? AKF Nyt. 2011:1.
75. Vrangbæk K. Fremtidens velfærd - i borgernes hænder. AKF Nyt. 2011 december:2.
76. Center for frivilligt socialt arbejde. Frivilligrapport 2012: Den frivillige sociale indsats. 2013.
77. Danmarks Statistik. Fuldtidsledige i pct. af arbejdsstyrken (endelig opgørelse) efter område, alder og køn. 2013 [updated 27. september 2013]; Available from: <http://www.statistikbanken.dk/AUP02>.
78. Danmarks Statistik. Personer efter område, enhed, køn og indkomsttype. 2013 [updated 20. september 2013]; Available from: <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/selectvarval/saveselections.asp>.
79. Danmarks Statistik. FRKM113: Befolkningsfremskrivning 2013 efter kommune, alder og køn. Available from: <http://www.statistikbanken.dk/FRKM113>.
80. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009;374(9696):1196-208.
81. Lauritzen HH, Brüner RN, Thomsen P, Wüst M. Ældres ressourcer og behov: Status og udvikling på baggrund af ældredatabasen. København: SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd, 2012.
82. Juel K, Koch MB. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2013.
83. Varde Kommune, Aalborg Universitet. Renhedsbarometeret. Varde Kommune; Available from: <http://www.vardekommune.dk/Borger/Natur-og-miljoe/Renhedsbarometeret.aspx>.
84. Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapport Danmark 2007. 2007.
85. Brandt J, Silver JD, Christensen JH, Andersen MS, Bønløkke JH, Sigsgaard T, et al. Contribution from the ten major emission sectors in Europe and Denmark to the health-cost externalities of air pollution using the EVA model system – an integrated modelling approach. *Atmospheric Chemistry and Physics*. 2013;13(15):7725-46.
86. Metcalfe Rd. Landbrug. Varde Kommune; 2013; Available from: <http://www.vardekommune.dk/Erhverv/Miljoe/Landbrug.aspx>.
87. Sundhedsstyrelsen. Tænk sundhed ind i miljøet: Et prioriteringsværktøj og inspiration til kommunernes forebyggende indsats. København, Danmark: 2011.
88. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH, Fernández ME. Intervention Mapping Step 1: Needs Assessment. *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. Third Edition ed. United States of America: Jossey-Bass; 2011.

89. Green LW, Kreuter MW. Ecological and Educational Diagnosis. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. 4th Edition ed: McGraw-Hill; 2005.
90. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden. Udredningsopgave for Fødevareministeriet: Sund livsstil - hvad skaber forandring? Fødevareministeriet, 2009.
91. Due P, Holstein B. Sundhedsadfærd. In: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, editors. Forebyggende Sundhedsarbejde. 5. udgave ed. København: Munksgaard Danmark; 2011.
92. Sundhedsstyrelsen. "Gør det sunde valg let" - muligheder for strukturelle indsatser i kommunerne: Afsluttende afrapportering. 2009.
93. Jørgensen T. Vi kan lære af fortiden. Nyt om Forebyggelse: Tema: Strukturel forebyggelse - Et paradigmeskift. 2008:2.
94. Verwohlt B. Den rygende rEvolution: Interdependent medikalisering mellem stat, borger og epidemiologi: Aalborg Universitet; 2013.
95. Huset Mandag Morgen, TrygFonden. Er sundhed et personligt valg? - et debatoplæg om forebyggelse i Danmark. 2006.
96. Jørgensen T, Krogh J, Assenholm P, Glümer C, Husby I, Luthman J, et al. Paradigmeskift i forebyggelsen. Ugeskrift for læger. 2013;175(12):809.
97. L. Kay Bartholomew, Guy S. Parcel, Gerjo Kok, Nell H. Gottlieb, María E. Fernández. Environment-oriented Theories. Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach. United States of America: Jossey-Bass; 2011.
98. Frieden TR. Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. American Journal of Public Health. 2010;100(4):5.
99. Glümer C, Hilding-Nørkjær H, Jensen HN, Jørgensen T, Andreasen AH, Steen L. Sundhedsprofil for region og kommuner 2008. 2008.
100. Rose G. Sick individuals and sick populations. International Journal of Epidemiology. 2001;30:427-32.
101. Aalborg Universitet, Region Hovedstaden, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Steno Center for Sundhedsfremme. Sundhed og Lokalsamfund - SoL. Available from: <http://www.sol.aau.dk/>.
102. Aalborg Universitet, Region Hovedstaden, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Steno Center for Sundhedsfremme. Sundhed og Lokalsamfund - Bornholm. 2011.
103. Hansen EJ. Uddannelsessystemerne i sociologisk perspektiv. 2. udgave ed. København: Hans Reitzel; 2011.
104. Arendt JN. Analyse: Kan en tidlig indsats bryde den sociale arv?2012 [cited 2013 7. oktober]. Available from: <http://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i3251/Analyse-Kan-en-tidlig-indsats-bryde-den-sociale-arv>.
105. Region Syddanmark. Syddansk Uddannelsesaftale. Available from: <http://www.syddanskuddannelsesaftale.dk/>.
106. Didrichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
107. Danske Regioner. Vækst i hele Danmark - yderområdernes udfordringer og muligheder. 2010.
108. Styrelsen for Videregående Uddannelser. SU - Betingelser. [cited 2013 07.10]; Available from: <http://www.su.dk/SU/betingelser/Sider/default.aspx>.
109. Due P, Holstein B. Social kapital, forebyggelse og sundhed. In: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, editors. Forebyggende Sundhedsarbejde. 5. udgave ed: Munksgaard Danmark; 2011.
110. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Tobak. 2012.

111. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Alkohol. 2012.
112. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Fysisk Aktivitet. 2012.
113. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Mental sundhed. 2012.
114. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Indeklima i skoler. 2012.
115. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Hygiejne. 2012.
116. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Mad og måltider. 2012.
117. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Solbeskyttelse. 2012.
118. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Overvægt. 2013.
119. Sundhedsstyrelsen. Kommunal sundhedsplanlægning: Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Available from: <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Kommunal%20sundhedsplanlaegning/sst-FBpakker.aspx>.
120. Sundhedsstyrelsen. Høringsnotat: Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, forår 2012. 2012.
121. Kommunernes Landsforening. Notat: Kommunale sundhedspolitikker - en oversigt iver indsatsområder, målgrupper og mål i 25 kommuner. 2012.
122. Riis O. Kvalitet i kvalitative studier. In: Jacobsen MH, Jensen SQ, editors. Kvalitative udfordringer. København, Danmark: Hans Rietzels Forlag; 2012.
123. Eckersley R. Population Measures of Subjective Wellbeing: How Useful are they? Soc Indic Res. 2009;94:1-12.
124. Jensen BB. Sundhedspædagogiske kernebegreber. In: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, editors. Forebyggende sundhedsarbejde. 5. udgave ed: Munksgaard Danmark; 2011.
125. Diener E, Chan MY. Happy People Live Longer: Subjective Well-Being contributes to Health and Longevity. Applied Psychology: Health and Well-being. 2011;3(1):1-43.
126. Belli P, Anderson J, Barnum H, Dixon J, Tan J-P. Economic Evaluation of Health Projects. Handbook on Economic Analysis of Investment Operations: World Bank; 1998.
127. Pedersen KM, Wittrup-Jensen K, Brooks R, Gudex C. Værdisætning af sundhed: Teorien om kvalitetsjusterede leveår og en dansk anvendelse. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2003.
128. Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. 2009.
129. Minkler M, Wallerstein N. Improving Health through Community Organization and Community Building: Perspectives from Health Education and Social Work. In: Minkler M, editor. Community Organizing and Community Building for Health and Welfare. Third Edition ed. New Brunswick, USA: Rutgers University Press; 2012.
130. PubMed Medline [database on the Internet].
131. Web of Science [database on the Internet].
132. Scopus [database on the Internet].
133. Sociological Abstracts [database on the Internet].
134. Annual Review of Public Health [database on the Internet].
135. Holt-Lundstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLoS Med 7(7); 2010.

Bilag 1

Lydfil: Indledende informantinterview med Social og Sundhedsdirektør, Erling S. Pedersen, og Sundhedschef, Kirsten Enevoldsen Myrup i Varde Kommune.

Bilag 2

Beskrivelse af databaser anvendt i litteraturstudiet

PubMed er en af de mest benyttede internationale sundhedsvidenskabelige databaser. Databasen indeholder mere end 23 mio. referencer fra biomedicinsk videnskabelig litteratur. Kontrollerede emneord (benævnt MeSH-termer) findes i et kontrolleret og avanceret emneordssystem, som i databasen anvendes til at lave specifikke emnesøgninger. PubMed dækker flere emneområder - herunder folkesundhed (39, 130).

Web of Science er et kompleks af tre databaser indenfor teknik, natur- og lægevidenskab, samfundsvidenskab og humaniora. Alle databaser på Web of Science inkluderes samtidig i specialets søgning, da der foretages søgninger indenfor folkesundhed, som falder mellem de klassificerede læge- og socialvidenskabelige områder. Databasen indeholder ikke kontrollerede emneord (39, 131).

Scopus er en omfattende videnskabelig database af peer reviewed artikler med 46 mio. referencer, hvor sundhedsvidenskab udgør godt en tredjedel af databasen. Scopus adskiller sig fra PubMed, da den rummer sundhedsvidenskab, der i mindre grad er domineret af den kliniske sundhedsvidenskab, hvilket gør databasen særdeles relevant. Databasen indeholder ikke kontrollerede emneord (39, 132).

Sociological Abstracts databasen indekserer den internationale litteratur om sociologi og relaterede discipliner i sociale og adfærdsmæssige videnskaber. Databasen indeholder resumeer af tidsskriftsartikler fra over 1.800 tidsskrifter. I databasen kan gøres brug af kontrollerede emneord (39, 133).

Tidsskriftet Annual Review of Public Health beskriver udviklingen inden for folkesundheden, herunder især forandringer med hensyn epidemiologi og biostatistik, miljø- og arbejdsmiljømæssige forhold, sociale omgivelser og adfærd, sundhedsydelse, samt det offentlige sundhedsvæsen (134).