



7. april 2006

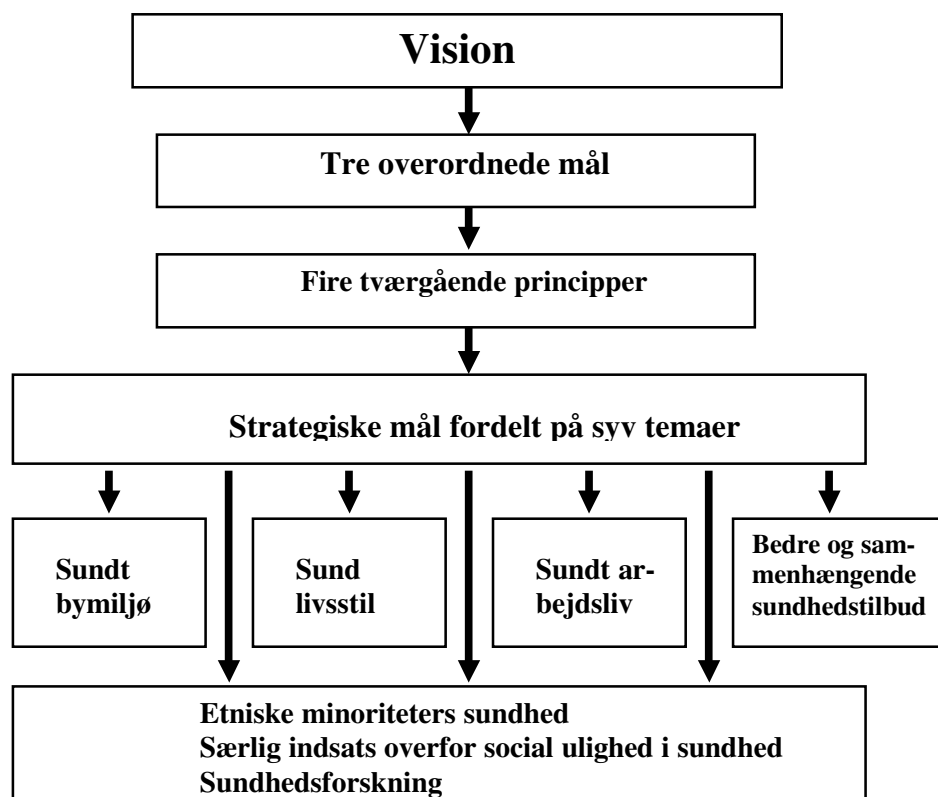
Journalnr.  
289628

/MEV

## Status for udarbejdelse af Københavns Kommunes sundhedspolitik

Dette notat beskriver de foreløbige overvejelser om Københavns Kommunes kommende sundhedspolitik og skitserer sundhedspolitikens struktur.

Denne figur viser sundhedspolitikens opbygning:



På de følgende sider beskrives de foreløbige forslag til indholdet i ovenstående figur.

Sundhedsstaben

Sjællandsgade 40  
2200 København N.

Telefon  
35 30 35 30

Telefax  
35 30 39 39

Direkte telefon  
35 30 35 36

E-mail  
MM44@suf.kk.dk

EAN nummer  
5798009295002

www.kk.dk

## **Vision**

Forslaget til sundhedspolitikens vision er følgende:

*København er en storby i den europæiske top, når det gælder borgernes sundhed - uanset alder, indkomst og etnisk baggrund.*

Med denne vision præsenteres en ambition om at ændre på Københavns nuværende placering blandt de mest usunde storbyer i Europa. Der er ikke blot tale om at stille muligheder og rammer til rådighed for borgere. Kommunen påtager sig et ansvar for at borgernes sundhed faktisk bliver forbedret. Samtidig er visionen, at der ikke skal være en systematisk forskel på borgernes sundhed afhængig af deres alder, indkomst og etnisk baggrund.

## **Overordnede mål**

Visionen følges op af følgende overordnede mål for sundhedsindsatsen de næste 10 år:

*1) Københavnernes middellevetid skal øges betydeligt inden 2015*

*2) Forøgelsen af middellevetiden skal medføre flere gode leveår end i dag*

*3) Den sociale ulighed i sundhed blandt københavnere skal mindskes*

## **Principper**

Sundhedspolitikken indeholder forslag til fire principper, som skal gælde for sundhedsindsatsen i København uanset hvilket tema og i hvilken organisatorisk sammenhæng indsatsen foregår.

- 1. Alle københavnere har ret til forebyggelse*
- 2. Kommunen har et tværgående ansvar for borgernes sundhed*
- 3. Borgernes sundhed er et fælles ansvar*
- 4. Reduktion af social ulighed i sundhed indgår i alle sundhedsindsatser*

## **Strategiske mål**

Som nævnt fordeler de strategiske mål sig indenfor en række temaer. Målene bliver her præsenteret indenfor hvert tema sammen med en kort motivation for hvert enkelt mål. For hvert mål udarbejdes der endvidere nogle indikatorer med henblik på at vurdere, om det enkelte mål er nået. Indikatorerne angiver, hvad der skal til for, at det enkelte mål er opfyldt, og i nogle tilfælde også hvilken effekt målopfyldelsen skal medføre. Indikatorerne er under udarbejdelse og er derfor ikke med i dette notat.

## **1. Sund livsstil**

### **Børn og unge**

*Mål: Børn og unge skal sikres gode og sunde opvækstvilkår. Vi skal skabe rammer, som gør at børn og unge – og deres familier – trives, og at sundhed bliver en naturlig del af hver-*

Idet de fleste børn og unge er tilknyttet kommunens institutioner og benytter sig af kommunens fritidstilbud har kommunen både en stor

mulighed og forpligtelse til at sætte fokus på kvaliteten af de rammer, vi skaber for børn, unge og familier i kommunen. Fx kan kommunen skabe røg- og alkoholfrie miljøer, hvor børn færdes og arbejde tværsektorielt med en plan mod overvægt.

***Mål: Børn og unges handlekompetencer skal styrkes, således at de kan træffe gode sunde valg og udvikle sunde vaner som grundlag for et sundt liv***

Indsatser vedrørende børn og unges handlekompetencer vil generelt gøre dem i stand til at forstå, vurdere og evt. gribe ind over for de forhold, der har betydning for deres sundhed og trivsel. Det handler både om at bruge sundhedsfremmende metoder i arbejdet med børn og unge, og det handler om uddannelse af fagprofessionelle og involvering af forældre.

***Mål: Børn, unge og deres forældre skal opleve sammenhæng i kommunens indsats for børn og unges sunde udvikling***

Der er behov for at styrke samarbejdet og koordineringen, såvel som det ledelsesmæssige ansvar for de indsatser, som de forskellige forvaltninger har overfor børn og unges sundhed og trivsel. Der skal skabes en samlet og helhedsorienteret indsats, hvor langt flere børn og unge oplever et ansvar og kontinuitet fra kommunen. Dette gælder opgave- og ansvarsfordelingen mellem eksempelvis institutionerne, fritidstilbudene, sundhedstjenesten, socialcentre og PPR.

***Mål: Børn og unge med handicap og deres familier skal modtage en koordineret og kontinuerlig indsats baseret på høj faglig kvalitet.***

En del familier med handicappede børn/unge oplever manglende sammenhæng og uensartethed i tilbudene omkring rehabilitering.

## Voksne

***Mål: Voksne københavnernes sundhedsadfærd skal forbedres i forhold til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost***

Det er veldokumenteret, at rygning, alkohol, motion og kost er fire livsstilsfaktorer, som har afgørende betydning for sundheden. En fortsat indsats på disse fire områder vil have en positiv effekt på folkesundheden i København.

***Mål: Københavnerens psyko-sociale sundhed skal styrkes og gøre målbar***

Psyko-social sundhed er en forudsætning for et velfungerende liv og livskvalitet. Selvom psyko-social usundhed ikke er det samme som psykisk sygdom, kan det føre til sygdomme som depression, angst, stress osv. Der har tidligere været relativt lille fokus på dette område bl.a. på grund af mangel på viden om udvikling og fordeling af psykiske sygdomme og effektive forebyggende metoder. Psyko-sociale problemer og sygdom er omkostningstungt, både socialt fordi det påvirker familien og andre sociale relationer, men også økonomisk i sundhedsmæssige udgifter. På denne baggrund er der behov for udvikling af området og en samlet kommunal indsats.

## Ældres livsstil

***Mål: Ældre københavnere skal være mere fysisk aktive***

Fysisk aktivitet er afgørende for sundhed og trivsel – også når man bliver gammel. Blandt ældre i København ses en tydelig sammenhæng mellem det at være fysisk aktiv og trivsel/sundhed. Udover at forebygge en række sygdomme, giver bevægelse en positiv afsmittende virkning på andre helbredsforhold og giver øgede udfoldelsesmuligheder.

***Mål: Fremme ældres aktive deltagelse i samfundslivet***

Sociale netværk og det menneskelige samvær har betydning for sundheden, og det har også betydning for ældres velvære og trivsel. Blandt de ældre københavnere, der vurderer deres helbred som dårligt eller virkelige dårligt, har kun 26 procent et godt netværk. Derfor er det vigtigt, at alle ældre får mulighed for at indgå i meningsfulde netværksskabende aktiviteter i nærmiljøet.

***Mål: Færre fald blandt ældre***

Fald er den hyppigste ulykke blandt ældre mennesker, og fald er et tidligt tegn på svækkelse af den ældres helbredstilstand. Omkring hver tredje ældre over 65 år oplever mindst ét fald om året, og risikoen for fald fordobles det efterfølgende år. Kun ca. 30procent der havde normal gangfunktion før bruddet, opnår samme fysiske funktionsevne efterfølgende.

***Mål: Indsats overfor svækkede ældre***

Ca. 15 – 20 procent af de københavnske ældre har enten fysiske eller psykiske funktionsbegrænsninger, som i alvorlig grad reducerer deres trivsel – det er denne gruppe, der skal være øget fokus på de næste fire år.

## **2. Sundt arbejdsliv**

***Mål: Alle arbejdspladser i København arbejder målrettet med at skabe sunde og attraktive rammer for de ansatte***

De fleste voksne tilbringer meget tid på arbejdspladsen, som for mange også er et vigtigt socialt netværk. Derfor bør sundhedsindsatsen også fokusere på arbejdslivet gennem en sammenhængende indsats med fokus på de tre områder, som i arbejdslivet har betydning for den en-

keltes sundhed og trivsel: livsstil, arbejdsmiljø og arbejdspladsens opfyldelse af sit sociale medansvar.

***Mål: Værktøjer til dokumentation og evaluering af sundhedsindsatsen udvikles og stilles til rådighed for alle arbejdspladser i København***

Der er behov for at sikre en effektiv monitorering af effekten af de indsatser, der gennemføres for at øge sundhed og trivsel på arbejdspladserne. Det sikrer et kvalificeret beslutningsgrundlag som udgangspunkt for målrettede opfølgende indsatser.

### **3. Etniske minoriteters sundhed**

***Mål: Sundhedstilstanden blandt etniske minoriteter skal forbedres indenfor områderne rygning, alkohol, kost, motion, tandsundhed og reproduktiv sundhed.***

Hver femte borger i København er enten indvandrer eller efterkommer. Undersøgelser tyder på, at sundhedstilstanden er dårligere blandt visse etniske minoritetsgrupper end den er blandt etnisk danske borgere, selvom der er stor variation mellem de enkelte etniske grupper og indenfor grupperne. Årsagerne til dette synes i høj grad at være forbundet med ringere uddannelse, beskæftigelse og indkomst. Man kan sige, at den sociale ulighed i sundhed slår tydeligt igennem hos etniske minoriteter, fordi de er socialt dårligere stillet.

### **4. Sundt bymiljø**

***Mål: Byens rum skal give mulighed for at alle københavnere kan udfolde sig i et sundt bymiljø.***

Det er vigtigt at skabe fysiske rammer i byen, som fremmer borgernes fysiske og psykiske sundhed ved at tilbyde attraktive opholdsarealer til bevægelse og rekreation. Det er også vigtigt, at borgerne kan færdes i byen uden negative sundhedspåvirkninger fra støj, luftforurening, trafikulykker, jordforurening og utryghed.

***Mål: Byens parker, vandområder, pladser og gaderum skal invitere til rekreation, leg og bevægelse***

Byens parker og vandområder og byens pladser og grønne gaderum skal opfordre til, at borgerne opholder sig og bevæger sig udenfor. Muligheden for bevægelse og rekreation i rolige omgivelser er med til at øge københavnernes livskvalitet.

***Mål: Cykel- og gangtrafik skal styrkes og trafikulykker, støj og luftforurening skal nedbringes***

Dette mål har både fokus på at optimere de positive sundhedsmæssige påvirkninger af, at københavnere cykler og går rundt i byen, og at reducere biltrafikkens negative sundhedsmæssige konsekvenser i byen.

## **5. Bedre og sammenhængende sundhedstilbud**

### **Genoptræning**

***Mål: Borgerne oplever et lettilgængeligt, sammenhængende og gennemskueligt tilbud***

Det er en vigtig forudsætning for borgerens positive oplevelse af et rehabiliteringstilbud, at det forekommer lettilgængeligt, dvs. at kommunen tager hånd om rehabiliteringen, koordinerer indsatsen og i samarbejde med borgeren fastsætter målene med rehabiliteringsindsatsen. Københavns Kommune skal derfor i samarbejde med sygehussek-



toeren, men også internt i kommunen mellem forvaltningerne sørge for at organisere et sammenhængende tilbud.

***Mål: Borgeren modtager et fagligt velbegrundet og målrettet rehabiliteringstilbud med henblik på, at borgeren oplever størst mulig effekt af rehabiliteringsindsatsen***

For at sikre det optimale rehabiliteringsforløb til borgeren er det en forudsætning, at der er tale om et målrettet tilbud. Dvs. målfastsættelsen og typen af forløb aftales med og målrettes den enkelte borger. Således at borgeren oplever størst mulig effekt af rehabiliteringsindsatsen.

***Mål: Borgeren inddrages aktivt i rehabiliteringsprocessen***

Inden for rehabilitering er der i de senere år sket et paradigmeskifte i forhold til borgerens aktive involvering og deltagelse. Rehabilitering kan hverken fungere som tidligere tiders opfattelse af borgere, som passive modtagere af træning eller den moderne opfattelse af borgeren, der shopper helt uden at forpligte sig. Rehabilitering skal, hvis det skal virke være nødt til at ske i tæt og ligeværdigt samarbejde mellem borgeren og terapeuten.

***Mål: Borgeren skal sikres en tidlig rehabiliteringsindsats***

En tidlig rehabiliteringsindsats kan have indvirkning på flere forskellige områder. En tidlig indsats kan fx påvirke borgerens livskvalitet i positiv retning og reducere udgifterne til hjemmehjælp, førtidspension og sygedagpenge, hvor omkring halvdelen går til langtidssyge. Varigheden af sygdommen er i høj grad præget af, hvilket rehabiliteringstilbud, der er til rådighed.

### **Kronisk sygdom**

***Mål: Der skal være nem og lige adgang for borgere med kroniske sygdomme til kommunens rehabiliteringstilbud***

Målet er motiveret af kommunens ønske om, at alle borgere med en kronisk sygdom kan få et relevant rehabiliteringstilbud.

***Mål: Borgeren deltager aktivt i rehabiliteringsprocessen og støttes i mestring af livet med kronisk sygdom***

Rehabiliteringsforløb, der inddrager borgeren aktivt, og som giver borgeren redskaber til at kunne mestre livet med en kronisk sygdom og hjælp til livsstilsændringer, giver borgeren større livskvalitet, øger evnen til egenomsorg, påvirker sygdommens forløb positivt og medfører færre kontakter til sundhedsvæsenet. Disse aspekter er centrale tilbud i sundhedscentrene for borgere med kroniske sygdomme.

***Mål: Kronisk sygdom skal opdages tidligt***

Jo tidligere en kronisk sygdom opdages, jo tidligere kan behandlingen og rehabilitering påbegyndes, og sygdomsudviklingen hæmmes. Herved kan borgerens funktionsniveau bevares og arbejdsmarkedstilknæytningen fastholdes.

***Mål: Borgere med kronisk sygdom skal opleve en ensartet høj kvalitet og sammenhæng i behandlingen***

Borgeren skal sikres en indsats af høj og ensartet kvalitet, uanset hvor borgeren henvender sig i sundhedsvæsenet og uanset hvor i sygdoms- eller behandlings- og rehabiliteringsforløbet borgeren befinder sig. Der er dokumentation for, at en veltilrettelagt indsats og en samlet høj behandlingskvalitet kan nedsætte behovet for ydelser fra sundhedsvæsenet. I en veltilrettelagt indsats er der et hensigtsmæssigt samspil og opgavefordeling mellem det kommunale og regionale sundhedsvæsen.

## **Misbrug**

På misbrugsområdet er der udviklet forslag til strategiske mål. Imidlertid er der sket et sammenbrud i forhandlingerne mellem H:S og Københavns Kommune om alkoholbehandlingen. Det betyder, at det indtil videre er de allerede foreliggende målene fra den alkoholpolitiske handlingsplan og udkast til sektorplan for stofmisbrugsområdet, som er gældende.

## **6. Sundhedsforskning**

*Mål: At dokumentere at der skabes et sundt og langt liv for alle københavnere*

En forudsætning for planlægning, monitorering og evaluering på sundhedsområdet er tilstrækkelig dokumentation af sundhedstilstand, risikofaktorer, sundhedsfremmende faktorer og ikke mindst sygdomskonsekvenser. Dette nødvendiggør et monitoreringssystem, der til stadighed kan følge sygdomsforekomsten og forekomsten af risikofaktorer/sundhedsfremmende forhold i den københavnske befolkning.

*Mål: At sundhedsrelateret forskning i Københavns Kommune og samarbejdet med forskere på sundhedsområdet sker koordineret og med henblik på den størst mulige sundhedsmæssige effekt til de lavest mulige omkostninger.*

Indsatsen på sundhedsområdet skal være koordienret og sammenhængende og ydes på baggrund af den aktuelt bedste viden og på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON-princippet). De potentielle muligheder for forskningssamarbejder er sjældent udnyttet, på trods af, at forskere og praktikere kan have stor glæde af hinanden. Praktikerne har ideerne fra virkeligheden, mens forskerne har metoderne for

videnskabelighed og den teoretiske viden. Et sådant forskningssamarbejde er et kompetenceudviklingsprojekt i sig selv.

***Mål: At alle tiltag på sundhedsområdet i Københavns Kommune i videst muligt omfang etableres på baggrund af evidens og at udvalgte områder underkastes forskningsbaseret***

Dette aspekt betoner udviklingsperspektivet. Viden indenfor sundhedsvidenskaberne udvikler sig til stadighed, og indsatser bør baseres på denne viden. Men indsatserne er i sig selv også videngenererende såfremt de nødvendige data indhentes på den rigtige måde.

***Mål: At udvikling af sundhedsindsatser i kommunen sker i samarbejde mellem, forskere, praktikere og politikere med henblik på det bedst mulige sundhedsresultat.***

Forskning bliver ofte opfattet som isoleret og elitær. Der er erfaring for, at forskningsresultater ikke altid når ud til de praktikere, som skal bruge dem i det daglige arbejde, og til de politikere som skal træffe beslutninger på baggrund af dem. Der er derfor behov for et forum hvor politikere, praktikere og forskere kan udveksle viden og holdninger.

## 7. Særlige indsatser overfor social ulighed i sundhed

### **Børn og unge**

***Mål: Børn skal sikres gode opvækstvilkår og i misbrugsfamilier skal børn beskyttes imod negative konsekvenser af forældres misbrug***

### **Voksne**

***Mål: Den sociale ulighed i sundhed blandt københavnere skal reduceres sådan, at forskellen mellem restlevetiden for en 30-årig med kort og lang uddannelse reduceres til 5 år. For udsatte grupper skal middellevetiden øges med 2 år.***

### **Ældre**

***Mål: Der skal ske en indsats overfor socialt udsatte og fysisk svækkede ældre.***

I København er restlevetiden for en 30-årig 6 år lavere for en borger med kort uddannelse sammenlignet med en borger med lang uddannelse. Det skyldes, at der er systematiske forskelle i sundhedsstilstanden mellem forskellige sociale grupper – med andre ord, der er social ulighed i sundhed.