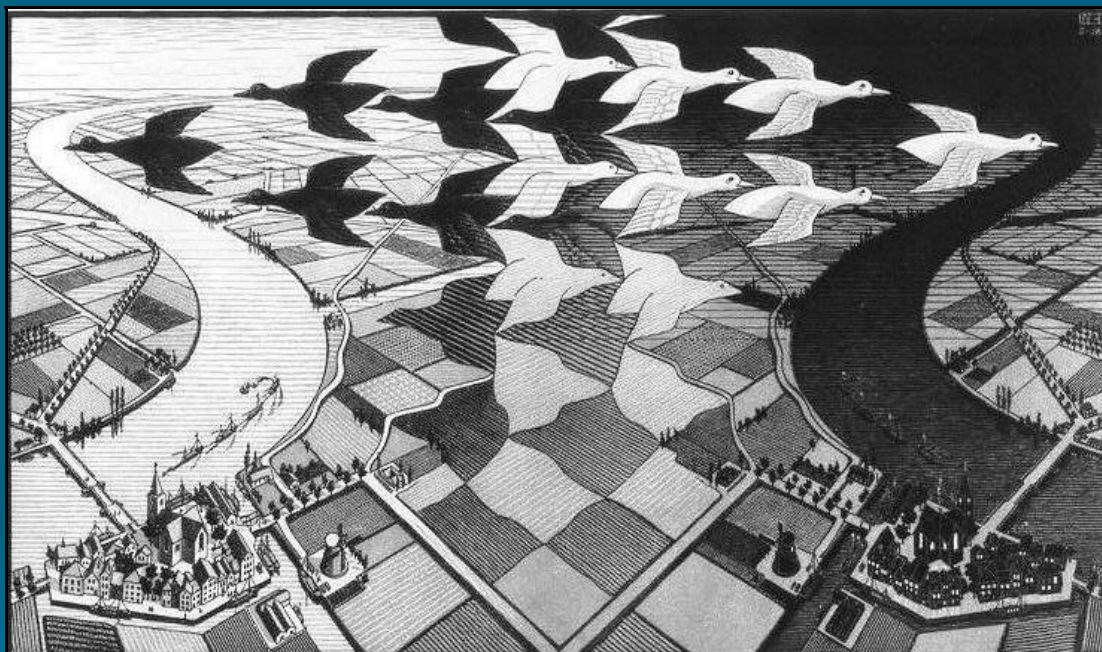


Sundhed

Individ og samfund



Måløv bibliotek
Januar 2009

Rete Trap

Disposition

- Hvorfor fokus på sundhed
- Hvad er sundhed
 - Forebyggelse og sundhedsfremme
- Sundheds adfærd (individ og samfund)
- Forandring som proces
- Hvor står vi i dag

Befolkningens sundhed – politisk opgave

- Danskere har i dag færre raske leveår – trods længere levetid (Rap 2006)
- 1,3 mio. i Danmark er overvægtige, heraf 400.000 stærkt overvægtige. (SS2008)
- Fedmeepidemien skyldes ikke en bevidst valgt livsstil – vores motions og spisevaner er i høj grad skabt af de ydre rammer
- En snæver livsstil betragtning diskriminerer, fører til mobning.

Lige adgang til sundhed?

- Danmark nærmer sig et samfund med udpræget social slagside.
 - Øget privatisering
- Solidaritet er ikke kun sympatisk - det er også sund fornuft.

Kommunens ansvar for sundhed

Sundhedsloven gældende fra 1. januar 2007

”Kommunalbestyrelsen har ansvaret for, ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne, at **skabe rammer for en sund levevis**. Kommunalbestyrelsen skal **etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne**”.

Økonomisk baggrund

- Strukturreformen giver et incitament for kommunerne til at minimere antallet af sygehusindlæggelser, da udgifterne til disse delvist afholdes af kommunerne.

Sundhed - udvikling

- Sundhedsområdet præges i disse år af flere udviklingstendenser, der hver bidrager til at bringe forebyggelse og sundhedsfremme frem på den politiske dagsorden.

Udviklingstendenser

- Sygdomsmønstret præges af kronisk/langvarige forløb.
- Flere ældre- større andel af befolkningen
- Den sociale ulighed i sundhed er voksende
- Befolkningen ønsker forebyggelse og sundhedsfremme
- Presset på sundhedssektoren stiger de kommende år.

Sundhedspolitisk skift?

- Kommunerne vil således få væsentlig betydning for det samlede sundhedsvæsen, gennem øget fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, sker en grundliggende tilpasning til et sygdomsmønster der tiltagende præges af kroniske forløb. Man må således forvente et paradigmeskift indenfor vores sundhedspolitik.

Ottawa Charteret, WHO (1988)

- *Sundhedsfremme er den proces, som gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand. For at nå en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende, må den enkelte eller gruppen være i stand til at identificere og realisere mål, at tilfredsstille behov og at ændre eller at kunne klare omverdenen.*

WHO – Sundhed

Ottawa-charteret 1988

- Sundhed fremmes gennem indsats i lokalmiljø
 - Lokal prioritering, beslutning, planlægning og gennemførelse.
 - Lokale menneskelige og materielle ressourcer
- Bygger på princip om ”Deltagelse og ejerskab”. Empowerment (borgernes kontrol og mulighed for at fremme eget helbred.

Salutogenese - Patogenese

| Traditionelt /Patogenetisk | WHO / Salutogenetisk |
|--|--|
| Fravær af sygdom | Positivt velbefindende |
| Fysisk velbefindende | Fysisk, mentalt og socialt velbefindende |
| Primært et anliggende for læger | Alles anliggende |
| Målet er et perfekt helbred | Målet er at individet bliver så sundt som det ønsker at være, som et middel til at få et godt liv |
| Sundhed er den enkeltes ansvar | Sundhed er både den enkeltes og samfundet/omgivelsernes ansvar |
| Sundhed forbedres primært ved medicinsk intervention og livsstilsintervention for den enkelte | Sundhedsfremme, som giver bedre sociale og fysiske rammer Hjælper folk til at mestre eget liv og give øget handlekompetence |

Masse strategi (oplysning og strukturelle ændringer)

Højrisikostrategi

Sundhedsfremme

Forebyggelse

Behandling

primær

primær

primær

sekundær

tertiær

sund

eksponering

**risiko-
adfærd**

sygdom

død



Forebyggelse kræver oftest at den enkelte ændrer sundhedsadfærd.

➤ Livsstil afhænger af:

1. **Samfundsressourcer**

(organisering, love/ regler/normer, kultur/religion, materielle vilkår, medier/reklamer)

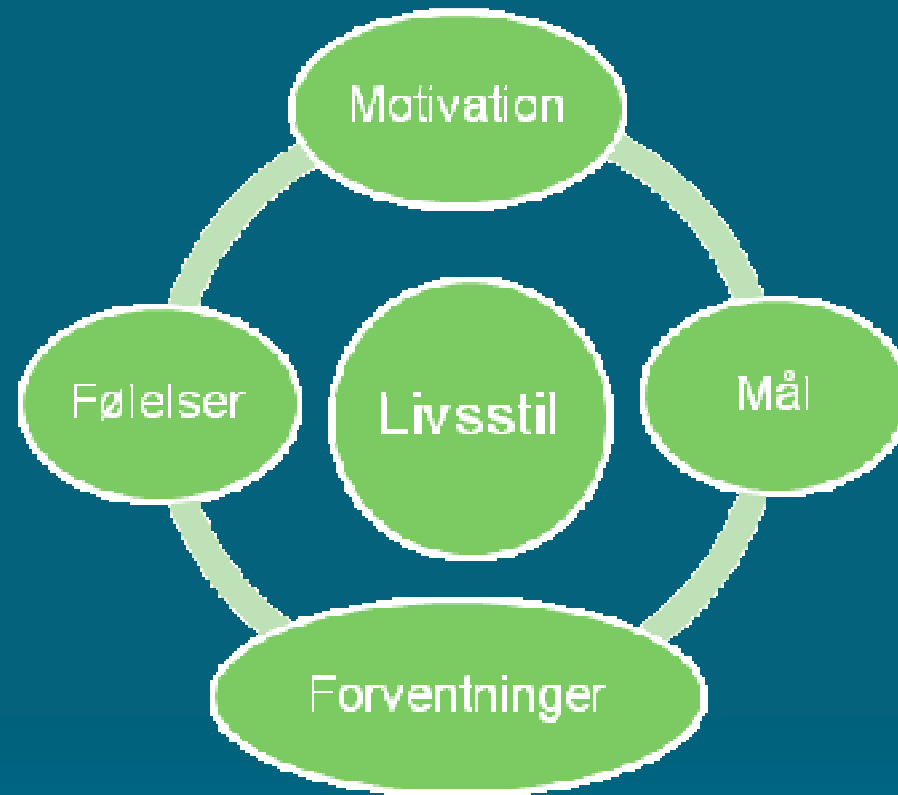
1. **Lokale ressourcer**

(arbejde/familie/bolig, Sociale relationer/netværk, normer/holdning/værdier, økonomi, viden/færdigheder.)

1. **Personlige ressourcer**

(køn/biologi/fysik, habitus/erfaring/viden/færdigheder, intelligens/personlighed, socialt netværk)

Hvad bestemmer vores livsstil



- Sundheds adfærd er ikke konstant

Individ sundhed = Individ ressourcer / omgivende krav og forventninger

Hvorfor har ikke alle en sund adfærd ?

Hvorfor har nogen nemmere ved at ændre sundheds adfærd?

- Bourdieu – habitus
- Health Belief modellen
- Social læring – mestrende selvtillid
- Oplevelse af sammenhæng
- Forandring som proces

Sundhedsadfærd - teori

- **Bourdieu (teori om habitus)**
- Habitus: Tillærte vaner som påvirkes af samfundet, kulturen som vi lever i.
- Sundheds adfærd er styret af "den sociale arv"
 - Vores bevidsthed er socialt struktureret (dannet ud fra det samfund der omgiver os).
 - Man indretter sig og sætter mål efter den omgivne struktur (Begrænsninger og ressourcer)

Sundhedsadfærd - teori

➤ **Health Beliefs Model:** (Mullen et Al 1987)

Adfærd styres af

- Følelser: ønsket om at undgå sygdom (alvor /sårbarhed)
- Forventede resultater af adfærd (støtte/modstand , mulighed/ barrierer)
- Bygger alene på den enkeltes erfaringer og personlighed, inddrager ikke miljøets betydning

Sundhedsadfærd - MS

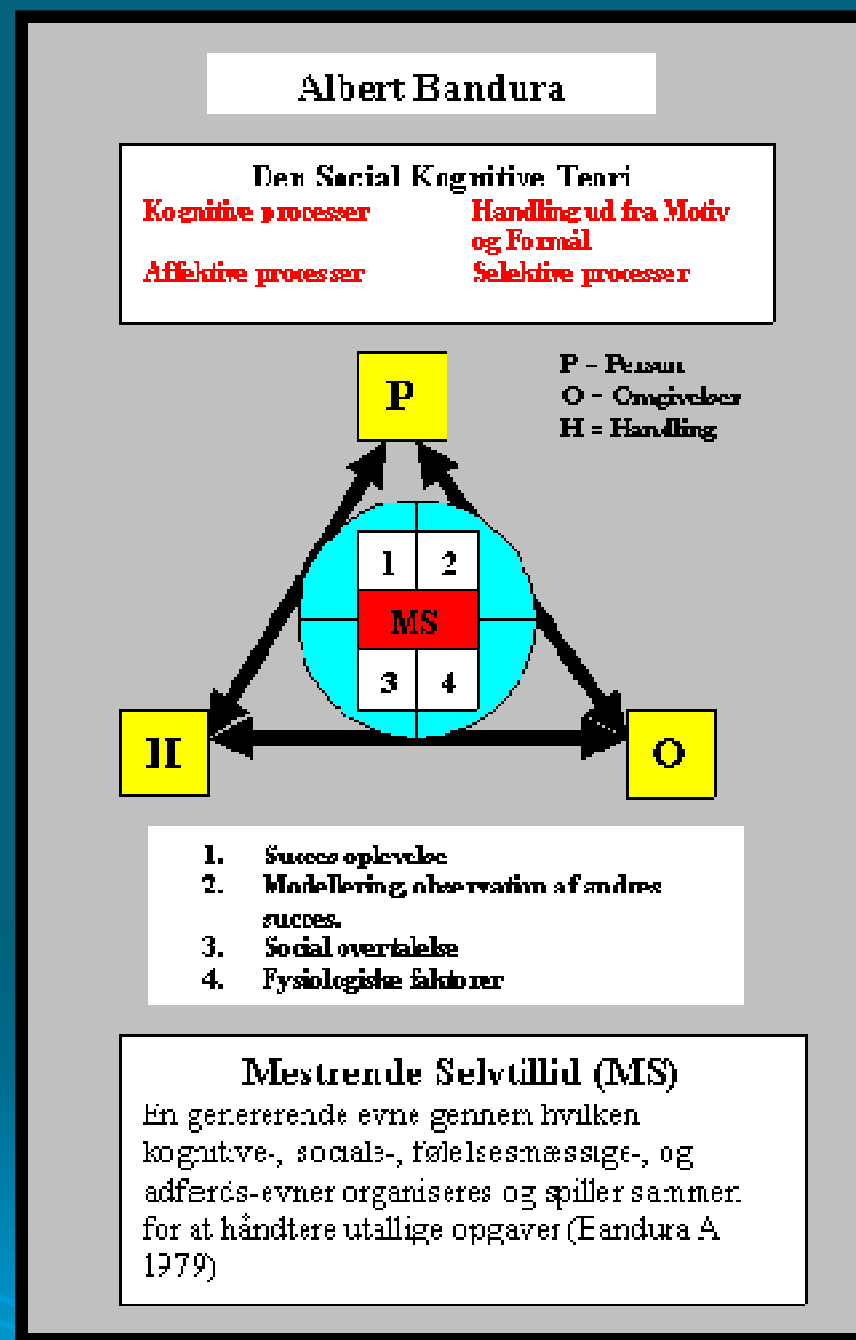
- **Theory of Planned Behavior** (Ajzen 1991)
- Indstilling til handling/ forventning til resultatet
- Omgivelsernes påskønnelse
- Oplevelse af kontrol over handling

Menneskelig Adfærd afhænger af (Bandura 1997)
MS og forventning om opnåelse af et specifikt MÅL

Social læring → Social kognitive teori → MS

Mestrende Selvtillid (MS)

Reciprok determinisme



Sundhedsadfærd - OAS

- Salutogenese- fokus på ressourcer der skaber og bevarer sundhed
- Flod metafor
- Generelle modstands ressourcer (GMR)
- Oplevelse af sammenhæng (OAS) (Antonovsky)
 - Global og dynamisk orientering der udtrykker i hvilken grad man oplever "livet" som struktureret, forudsigeligt og forståeligt ; samt oplevelse af at have tilstrækkelige ressourcer til rådighed ; samt en oplevelse af at udfordringerne i "livet " er værd at engagere sig i.

Sundhedsadfærd - OAS

➤ Fokus på ressourcer

Læreprocesser -> Oplevelse af sammenhæng

- Forudsigelighed -> Begribelighed
- Belastningsbalance-> Håndterbarhed
- Delagtighed/deltagelse -> Meningsfuldhed

OAS er en global indstilling til livet

Sundhedsadfærd

- Gennem arbejde med MS indenfor specifikke områder kan sundhedsadfærd påvirkes
- Gennem læringsprocesser kan OAS styrkes og derigennem kan den enkeltes handlekompetence øges, hvorved sundhedsadfærden kan bedres

-> -> -> **HANDLEKOMPETENCE** -> -> ->

(Viden, engagement, vision, erfaring, kritisk-sans)

Forandring som proces

”Nytårsforsæt”

- ”Forandringscirklen” en model til adfærdsændring (Prochaska og DiClemente1991)

| | Proces | Hvor er personen |
|---|-----------------------|-----------------------------------|
| 1 | Før overvejelse | Ikke modtagelig for info |
| 2 | Forandring overvejes | ++ info → afklaring |
| 3 | Forandring forberedes | Fordele > ulemper |
| 4 | Forandring påbegyndes | Viden + teori → aktiv handling |
| 5 | Forandring fastholdes | Opmærksomhed +ressourcer → vane |
| 6 | Tilbagefald | Sket ofte flere gange, begynd i 3 |

Forandringscirklen



Kommunalt sundhedscenter

- De kommende års udvikling vil give kommunen en central rolle i sundhedspolitikken og sundhedsvæsenet.
- Sundhedsfremme og forebyggelse blive væsentlige dele af vores ændrede sundhedspolitik.
- Sundhedscentre vil med tiden blive specialiserede forebyggelses enheder

Visioner for sundhedscenter

➤ Sundhedscenteret skal være

- Det faglige miljø indenfor F&S
- Organisatorisk ramme (koordinering)
- Anerkendt, kendt og nemt tilgængeligt
- Samarbejde med primær -/ sekundær - sundhedsvæsen- sammenhæng i beh.
- Samarbejde med lokalområdet (ældre, pt-handicap-, idræt-foreninger
- Samarbejdspartner med region og SS.

Modeller for sundhedscenter

- Murstensløst
- Det kommunale sundhedscenter
- Sundhedshuset

Kommunernes indsats 2008 (SS 2008)

- 69% har vedtaget en sundhedspolitik
- 40% har oprettet sundhedsudvalg
- 37% har et social og sundhedsudvalg
- 43% har oprettet en selvstændig sundhedsforvaltningsenhed
- 34% en social- og sundhedsforvaltning
- 42% har etableret et sundhedscenter
- 20% har planer om et sundhedscenter

Vision om et sundhedsfremmende samfund(S-S)

- Et S-S giver alle lige muligheder for at påvirke egne og fælles årsager til og følger af sygdom og dårligt helbred.
- I et S-S har alle mulighed for at klare livets udfordringer og at tage ansvar for den del af sundheden, som påvirkes af individet selv
- Faktorer i det omgivende miljø som skaber fysisk og psykisk sygdom (miljø og levekår) er elimineret i betydelig grad

Strategi for S-S

- Styrk sociale fællesskab og solidaritet
- Mulighed for integration / minimer udstødning fra arbejdsmarkedet
- Øg indflydelse og tryghed i arbejdslivet
- Øg børnefamiliers økonomiske og tidsmæssige ressourcer
- Lige forudsætning i livet, gennem mindsket segretion og kompensatoriske tiltag

Strategi for S-S

- Giv ældre og personer, der er langvarigt syge eller har nedsat funktionsevne, mulighed for at forme deres liv efter behov
- Skab fysiske miljøer der understøtter sundhed
- Øg solodariteten med dem, der er sårbare overfor livsstilrisici

Nationelle folkehälsokommitén 1999

Forebyggelse

FOREBYGGELSE

- Patogenese
- Rask gennem at undgå sygdom - risikofaktorer
- Down-stream, udgangspunkt i ekspertviden

Forebyggelse:

1. Primær
2. Sekundær
3. Tertiær

Før

S
Y
G
D
O
M

Efter

Forebyggelses-strategier

Masse

- **Oplysning**
- **Miljø** (Lov, styring, regulering)

Højrisiko

(Risikofaktorer / individet)

Forebyggelsesstrategi

1. Interventionsområde

Ex. :Uddannelse, Normer, Færdigheder, Regulering, Ressource udvikling, Miljø, Medicin

2. Målgruppe

- Individ, familie, grupper, samfund

3. Mål for ændring

- Livsstil, normer, ressourcer
- Levekår: lovgivning, miljø



Korttids effekter

- Normer, viden, holdninger, adfærd, prioriteringer, regler



Intermediære effekter

- Empowerment, mindsker risikoadfærd, øget velbefindende og fællesskab, optimeret ressource udnyttelse



Langtids effekter

- Øget livskvalitet og sundhed, mindsket sygdom og skader, øget social kapital

Model for behandling af kronisk syge



Skræddersyet behandling, rehabilitering og opfølgning

Kompliceret sygdom med komplekse comorbide tilstande.
Psykosociale forhold, skrøbelige ældre.

Kræver tæt overvågning, titrering af medicin, intensiv self-assessment, uddannelse,
Ukotrolleret sygdom, depression, kompleks medicinering, komplekse comorbide tilstande.

Behøver medicin
•Kotrolleret sygdom
•Livsstilsfaktorer

opfølgning

Specialty
Care

Level 3
1-5%

Speciallæge
koordinerer
med
case manager

Assisted Care
for Multiple
Risk Factor
Management

Level 2
20-30%

Sygeplejerske
/caremanager,
læge/special-
læge

Primary
Care with
Support -
Når mål, livsstil

Praksis
læge
Level 1
65-80%

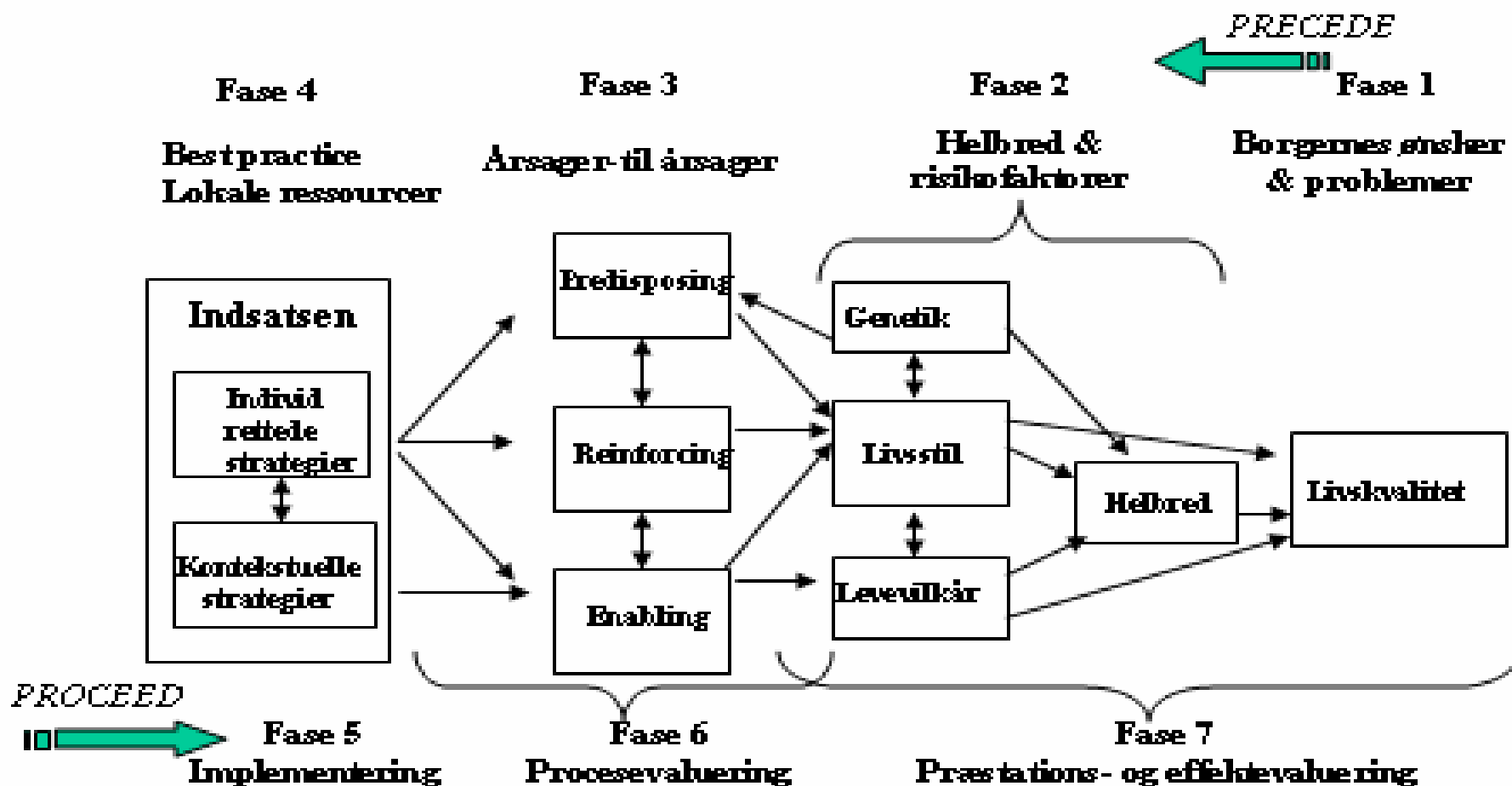
Fremme af sundhedsadfærd

- **Problemstilling:** Kan ændringer i OAS ændre sundhedsadfærd og findes der en nedre grænseværdi ?
- **Fremtidige studier:**
 - Vurdering af OAS som prædikter for sundhedsadfærd
 - Identifikation af grænseværdi for OAS – sundhedsadfærd
- PP-model: implementering og evaluering af OAS Projekt.
- **Screening OAS**

Sundhed - Samfund

- Sundhedscentre
formål, hvordan, hvornår
- Sundhedscenter , hvordan starter man
 - PP-model

PRECEDE –PROCEED MODEL



Green & Kreuter, Health Promotion Planning. New York: Mc Graw-Hill, 2005.

PP-Model

1. Borgerens ønsker og problemer
2. Helbred og risikofaktorer
3. Årsager til årsager
4. Best practices/lokale resourcer
5. Implementering
6. Process evaluering
7. Præsentations og effektevaluering

* Efter PP-modellen af Green og Kreuter, 2005

1. Borgerens ønsker og problemer

Hypotese:

Lav OAS er en risikofaktor for sundhedsadfærd

- a) Forudsættes at enhver borger ønsker fysisk, psykisk og social sundhed og ikke blot fravær af sygdom (WHO)
- b) Enhver borger forudsættes set som ligeværdig og med lige ret til sundhed uden stigmatisering

2. Helbred og risikofaktorer

Lav OAS – et folkesundhedsproblem ?

- Prævalensen: ?
- Behandling: Læringsprocesser, handlekompetence, Empowerment
- Incidensen = ?
- Økonomi ?
- Ulighed i sundhed.

3. Årsager til årsager

a) Prædisponerende faktorer

Borgere: Love- regler , Normer, Kultur-Religion, Social kapital
Individet: Socialt netværk, ressourcer, køn, SES, normer og holdning, økonomi, erfaring, viden og færdighed (SE)

b) Understøttende faktorer

Kampagne- og undervisningsmateriale
Politikker (mobning)

c) Ændringsfremmende faktorer

Udvikling af handlekompetence med læreren som konsulent og eleven som aktør

Delagtighed/ deltagelse (den sundhedsfremmende skole)

Den lokale og sociale forankring af projektet

4. Bedste praksis/lokale ressourcer

a) **Massestrategi** etableres i SST

/Undervisnings ministeriet i samarbejde med kommunerne i henhold til Sundhedsloven af 2005 og strukturreformen.

b) **Højrisikostrategi** etableres i henhold til elev differentieret undervisning (Screening ?)

5. Implementering

Foretages i henhold til projektplanen

- Kontekstuelle strategier
- Individ rettede strategier

Det skal bemærkes, at der skal allokeres ressourcer til tværsktorielt samarbejde (undervisning-sundhedssektor)

6. Processevaluering

a) Prædisponerende faktorer

Antal og geografisk fordeling af sundhedsfremmende skoler
Nye Love- regler

b) Understøttende faktorer

Antal og geografisk fordeling af kampagne
Uddelt undervisningsmateriale
Indført nye politikker (mobning)

c) Ændringsfremmende faktorer

Antal gennemførte handle kompetence forløb
Antal uddannede lærere for handlekompetence
Antal deltagende klasser

7. Præstations- og effektevaluering

a) Præstationsevaluering

Ændring af sundhedsadfærd

Ændring i levekår

b) Effektevaluering

Ændring af OAS

Ændring af sundhed

Adfærdssændring-modeller

| Forandrings stadier <small>DiClemente 1980</small> | Før over- vejelse | Over- vejelse | For- beredelse | På- begyndelse | Vedlige- holdelse | Tilbage- fald |
|--|--|------------------|---|---------------------------------------|----------------------|------------------|
| Health- Belief <small>Hochbaum & Rosenstock 1950</small> | Sygdomens alvor Fordele og ulemper ved ændret livsstil | | | | | |
| Planned Behavior <small>Aizen 1991</small> | Indstilling til handling/ forventning til resultatet Omgivelsernes påskønnelse | | | Oplevelse af kontrol over handling | | |
| Handle kompetence <small>Gabrielsen 1999</small> | Viden-holdning-handling | | | | | |
| Mestrende Selvtillid <small>Bandura 1979</small> | Verbal overtalelse | | Modellering Udførelse Kropslig tilstand | | | |

Sociale relationer en begrebslig model

