

formning. Der findes ikke en færdig model, der kan rumme alle områders behov, således heller ikke den her beskrevne løsning i Boston. Det er nødvendigt, at hvert land/region undersøger faktorer såsom patientgrundlag, akutbehov og tilgængelige resurser, for på den måde at kunne opbygge et akutsystem, der er tilpasset de givne lokale krav. I denne proces bør der tages hensyn til, hvad man ønsker at opnå med en akutafdeling, og hvordan fordelingen mellem afdeling og primærsektor skal være. Forventer man, at afdelingen skal forestå grundig initial udredning og behandling af patienterne, vil det resultere i længere liggetider og et større resurseforbrug, end hvis afdelingen blot skal fungere som fordelingscentral til stamafdelingerne. Den valgte struktur for akutafdelingen vil uundgåeligt have en afsmittende effekt på de resterende afdelingers dimensionering. Den fremtidige akutstruktur kan derfor ikke blot reduceres til spørgsmålet om en enkelt afdelings indretning, men må ledsages af overvejelser omkring hele strukturen på de danske sygehuse.

Der foreligger ikke studier til afklaring af effektivitets-, morbiditets- og mortalitetsforskelle mellem

forskellige akutsystemer. For at belyse disse problemstillinger kræves der yderligere forskning inden for området.

**KORRESPONDANCE:** Karoline Skov Dalgaard, Lathyrusvej 14, 7400 Herning.

E-mail: karolinedalgaard@gmail.com

**ANTAGET:** 4. oktober 2009

**FØRST PÅ NETTET:** 10. maj 2010

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

#### LITTERATUR

1. Styret akutsystemer. <http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/Akutberedskab/StyretAkutberedskab.pdf> (18. nov 2009).
2. American College of Emergency Physicians. Definition of emergency medicine and the emergency physician. *Ann Emerg Med* 1986;15:1240-1.
3. Hockberger RS, Binder LS, Graber MA et al. The model of the clinical practice of emergency medicine. *Ann Emerg Med* 2001;37:745-70.
4. Lambe S, Washington DL, Fink A et al. Trends in the use and capacity of California's emergency departments, 1990-1999. *Ann Emerg Med* 2002;39:389-96.
5. Nawar EW, Niska RW, Xu J. National hospital ambulatory medical care survey: 2005 emergency department summary. *Adv Data* 2007;1-32.
6. Rosen P. The biology of emergency medicine. *JACEP* 1979;8:280-3.
7. Schneider SM, Hamilton GC, Moyer P et al. Definition of emergency medicine. *Acad Emerg Med* 1998;5:348-51.
8. Hockberger RS, Binder LS, Chisholm CD et al. The model of the clinical practice of emergency medicine: a 2-year update. *Ann Emerg Med* 2005;45:659-74.
9. Gilboy N, Tanabe P, Travers D et al. Emergency Severity Index. 4 ed. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.
10. [http://en.wikipedia.org/wiki/Trauma\\_center](http://en.wikipedia.org/wiki/Trauma_center) (18. nov 2009).
11. Skadestruernes virksomhed 2002. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.

## Ny europæisk model til tværsektorielt sundhedsarbejde

Lektor Jens-Jørgen Jensen, lektor Gabriel Gulis, ph.d.-studerende Maja Larsen, kandidatstuderende Helene Schaldemose Pedersen & adjunkt Pernille Tanggaard Andersen

EU har gennem nogle år arbejdet med udvikling af fælles klassifikationer af sundhedsindikatorer [1]. Hvad specielt forebyggelse og sundhedsfremme angår, har man nu udviklet et klassifikationssystem; *European Health Promotion Indicator Development* (EUHPID).

Baggrunden er forståelsen af, at den rolle, som livsstilssygdomme og kroniske sygdomme spiller i det moderne samfund, gør det nødvendigt, at sundhedsvæsenet fokuserer mere på sundhedsfremme og på, hvorledes sundhedsfremme kan spille sammen med det øvrige sundhedsvæsen. Formålet med EUHPID har været at udforme et system af indikatorer, med hvilket der sættes større fokus på netop sundhedsfremme. Samtidig skal EUHPID også tjene som planlægningsværktøj, der kan skabe større sammenhæng mellem forskellige sundhedsfremmetiltag og andre sundhedspolitiske tiltag [2]. I denne artikel gennem-

gås EUHPID-modellen og desuden diskuteres dens relevans i dansk sammenhæng.

#### OVERSIGT OVER MODELLEN

EUHPID-modellen (Figur 1) tager udgangspunkt i WHO's velkendte skelnen mellem tre dimensioner af sundhedsstatus hos det enkelte menneske, nemlig fysisk, mental og social sundhed. Disse dimensioner er naturligvis også forbundne, jf. i øvrigt pilene på Figur 1 [3].

Foruden disse dimensioner eller mål for sundhedsstatus opererer modellen endvidere med to hovedkategorier af faktorer bag sundhed og sygdom. Dels tales der om individuelle faktorer, som refererer til den enhed (dvs. de enkeltpersoner), der kan være tale om i den konkrete planlægningssituation, men analyseniveauet kan i princippet også være et lokalsamfund, en by eller en endnu større enhed. Dels

#### STATUSARTIKEL

Syddansk Universitet,  
Institut for Sundheds-  
tjenesteforskning,  
Forskningsenheden for  
Sundhedsfremme

arbejdes der med *socioøkologiske* faktorer bag sundhed og sygdom, og her refereres der til samfundsmæssige og naturlige omgivelser til den enhed, som analysen omhandler [2]. Som vi vender tilbage til nedenfor, er det hensigtsmæssigt at opdele disse to hovedkategorier yderligere i undergrupper af indikatorer.

Endelig inkluderer modellen to *hovedperspektiver* i sundhedspolitikken, nemlig det patogenetiske og det salutogenetiske perspektiv [2, 4]. Det *patogenetiske* perspektiv vedrører sygdomstilstande, herunder hvilke risikofaktorer der findes i den individuelle tilværelse eller i de sociale og naturlige omgivelser. Som det fremgår af Figur 1 præger dette perspektiv behandlingssystem, forebyggelse og forskellige beskyttelsesforanstaltninger (f.eks. på arbejdsplads, i trafik og hjem). Det *salutogenetiske* perspektiv fokuserer derimod på sundhedsfremme og på, hvilke positive resurser der findes hos individet og i omgivelserne, såsom fysisk form, følelse af personlig velbefindende, bolig- og arbejdsmiljøer, social samhængskraft m.m.

#### HVORDAN KAN EUROPEAN HEALTH PROMOTION INDICATOR DEVELOPMENT-MODELLEN ANVENDES I PRAKSIS?

EUHPID modellen opstiller altså en fælles referenceramme for de mange forskellige men i praksis

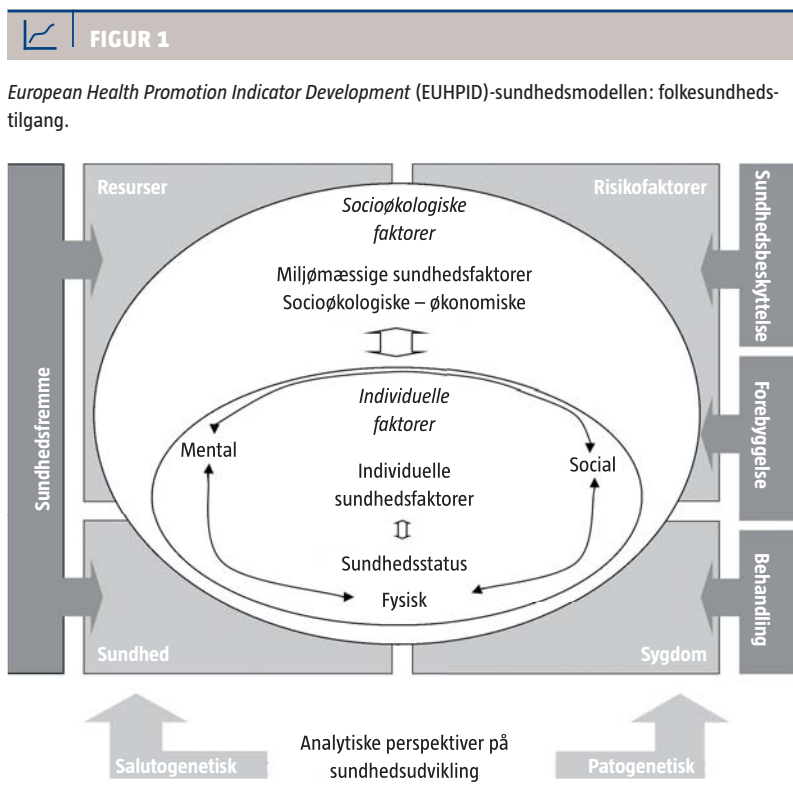
sammenhængende aktiviteter inden for sundhedsfremme, forebyggelse, behandling og sundhedsbeskyttelse. Modellens hovedinddeling i indikatorer for sundhedsstatus samt for individuelle og socioøkologiske sundhedsfaktorer kan yderligere opdeles, hvis det er hensigtsmæssigt i forhold til vurdering af de pågældende aktiviteter (Tabel 1). Dels kan man inden for hver af de tre kategorier differentiere i henhold til de tre WHO-dimensioner; det fysiske, det psykiske og det sociale. Hertil kan føjes yderligere underopdelinger i forhold til, hvilket af de to perspektiver, det patogenetiske og det salutogenetiske, der bærer den pågældende aktivitet.

Hensigten bag EUHPID er, at disse kategoriseringer kan give et samlet billede af sundhedsstatussen og de bagvedliggende, individuelle og socioøkologiske faktorer i f.eks. en kommune. Dette kan derefter bruges til at »plotte ind«, hvorledes forskellige sundhedsrelaterede aktiviteter fordeler sig på sundhedsfremme, forebyggelse, sundhedsbeskyttelse og behandling, hvilke indikatorer der påvirkes, og hvilket perspektiv der arbejdes ud fra. Kortlægningen vil f.eks. kunne vise, at en kommunal sundheds- og omsorgsforvaltning arbejder over en bred front i EUHPID-skemaet, men måske rejse spørgsmål om, hvordan de enkelte aktiviteter er prioriteret, og om de ses i sammenhæng. Andre forvaltninger, f.eks. børne- og skoleforvaltninger eller tekniske forvaltninger, har en række tiltag, der er relevante for sundhedsstatussen og sundhedsfaktorerne bag, uden at de nødvendigvis opfattes i den sammenhæng. Her vil EUHPID kunne motivere til mere koordineret og intersektorielt samarbejde.

Endelig kan modellen også anvendes i forholdet til aktører uden for den kommunale organisation, f.eks. patientforeninger, idrætsforeninger, fitnesscentre, boligforeninger m.fl., der opererer på et snævrere felt målt i forhold til indikatorerne, men hvis aktiviteter også hører til i en kortlægning af arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse i et lokalsamfund.

#### FORSTÅELSE AF EUROPEAN HEALTH PROMOTION INDICATOR DEVELOPMENT-TERMINOLOGIEN I DANSK KONTEKST

Der er netop gennemført en interviewundersøgelse med informanter fra kommunalt (fem informanter fra fem forskellige afdelinger i en kommune), regionalt (en informant fra en region) og nationalt niveau (en informant fra Statens Institut for Folkesundhed, en fra Kommunernes Landsforening og en fra Sundhedsstyrelsen) [5]. Undersøgelsen havde til formål at analysere, hvordan EUHPID-modellens terminologi forstås og eventuelt kan anvendes i dansk kontekst.



## Sundhed

Undersøgelsen viste, at sundhed generelt opfattes som et bredt begreb med fokus på det gode liv og ikke blot forstås som fraværet af sygdom. Dog bliver sundhedsbegrebet opfattet mere snævert af personer, som ikke er ansat i en sundhedsfaglig stilling, f.eks. i kommunale afdelinger ud over sundhedsafdelingen.

## Sundhedsfremme

Sundhedsfremme opfattes som et rummeligt begreb, der fokuserer på det sunde individ og skabelse af gode rammer, hvor individet kan agere sundt. Resurser og handlekompetencer anses af sundhedsprofessionelle som væsentlige substanser i forbindelse med sundhedsfremme.

## Behandling

Behandling opfattes som sygdomsbehandling i forhold til reparation af en skade eller en handling ud fra en diagnose. Der er dog ikke umiddelbar enighed om, hvorvidt behandling udelukkende foregår på sygehuse og hos praktiserende læger, eller om behandling også kan finde sted i kommunalt regi.

## Forebyggelse

Forebyggelse opfattes som handlinger, der har til formål at reducere risikofaktorer og undgå sygdomme. Der findes dog delte meninger om anvendelse af hen-



TABEL 1

Hovedinddeling i indikatorer for sundhedsstatus samt for individuelle og socioøkonomiske sundhedsfaktorer.

Kategorier af sundhedsindikatorer	Patogenetisk (sygdom)	Salutogenetisk	
		sundhed	ressurser
<i>Individuel sundhedsstatus</i>			
Fysiske	X	X	
Psykiske	X	X	
Sociale	X	X	
<i>Individuelle sundhedsfaktorer</i>			
Fysiske	X		X
Psykiske	X		X
Sociale	X		X
<i>Socioøkonomiske sundhedsfaktorer</i>			
Fysiske	X		X
Psykiske	X		X
Sociale	X		X

X: Her indsættes indikatorer, der skønnes relevante i sammenhængen.

holdsvis opdeling i »primær-, sekundær- og tertiær forebyggelse« og »borgerrettet- og patientrettet forebyggelse«. En opdeling i borgerrettet- og patientrettet forebyggelse kan være hensigtsmæssig til at afdække aktørerne på området, men giver anledning til snitflader, idet der f.eks. kan stilles spørgsmålstejn ved, om en kroniker altid er patient?

## Sundhedsbeskyttelse

Begrebet sundhedsbeskyttelse er ikke på samme måde som de tre førnævnte begreber kendt i dansk kontekst. Sundhedsbeskyttelse anses således som et element af det bredere forebyggelsesbegreb.

Der er en tendens til, at personer, der er ansat udenfor sundhedsområdet, ikke skelner mellem forebyggelse og sundhedsfremme. Således er der mest fokus på forebyggelse. Sundhedsfremme bliver i højere grad glemt, når der tales sundhed på tværs i f.eks. en kommune. EUHPID-modellen kan være et værktøj til at se sundhed i et bredere perspektiv også i en tværsektoriel indsats. Modellen kan bidrage til et fælles sprog i det tværgående sundhedsarbejde. Det kan imidlertid muligvis give mening at lægge sundhedsbeskyttelse ind under forebyggelsesbegrebet og dermed kun anvende begreberne sundhedsfremme, behandling og forebyggelse. Dog skal det fremhæves, at der er behov for at gennemføre en mere omfangsrig afdækning af terminologiforskelle på tværs af sektorer, da brug af indikatorer kun giver mening ved fælles begrebsopfattelse.

## PERSPEKTIVER

Det er et hovedpunkt i EUHPID-modellen, at det sa-



## FAKTABOKS

*European Health Promotion Indicator Development (EUHPID)*-modellen tager udgangspunkt i WHO's velkendte skelnen mellem tre dimensioner af sundhedsstatus hos det enkelte menneske, nemlig fysisk, mental og social sundhed.

I EUHPID-modellen opstilles en fælles referenceramme for de mange forskellige, men i praksis sammenhængende aktiviteter inden for sundhedsfremme, forebyggelse, behandling og sundhedsbeskyttelse.

Hensigten bag EUHPID er at give et samlet billede af sundhedsstatus og de bagvedliggende, individuelle og socioøkonomiske faktorer i f.eks. en kommune. EUHPID bruges til at »plotte ind«, hvorledes forskellige sundhedsrelaterede aktiviteter fordeler sig på sundhedsfremme, forebyggelse, sundhedsbeskyttelse og behandling.

EUHPID-modellen kan blive et nyttigt planlægningsredskab for kommunerne, der ifølge den ny sundhedslov har fået et hovedansvar for sundhedsfremme, dele af den primære og sekundære forebyggelse samt dele af genoptræningen efter hospitalsbehandling.

EUHPID-modellen kan fremme den tværsektorielle tilgang, da den kan demonstrere for forvaltninger, politikere og offentlighed, at spørgsmål, som i det daglige arbejde tit opfattes som rene sektoransvar – f.eks. lokal trafikplanlægning – også kan vurderes som en del af en samlet sundhedspolitik.

lutogenetiske perspektiv har været forsømt og skal opprioriteres. Men det fastslås også, at de to perspektiver er komplementære og supplerer hinanden i praksis. I den danske sammenhæng er EUHPID-tilgangen også interessant på baggrund af struktureformen, som har betydet en omfordeling af opgaverne også inden for sundhedssystemet, herunder at sundhedsfremme og til dels forebyggelse er blevet kommunernes ansvar.

EUHPID-modellen vil som antydnet kunne blive et nyttigt planlægningsredskab for kommunerne, der ifølge den ny sundhedslov har fået et hovedansvar for sundhedsfremme, dele af den primære og sekundære forebyggelse samt dele af genoptræningen efter hospitalsbehandling [6]. EUHPID-modellens kortlægning kan fremme den tværsektorielle tilgang, da den kan demonstrere for forvaltninger, politikere og offentlighed, at spørgsmål, som i det daglige arbejde tit opfattes som rene sektoransvar – f.eks. lokal trafikplanlægning – også kan vurderes som en del af en samlet sundhedspolitik. EUHPID kan dermed også blive et redskab for de såkaldte sundhedskonsekvensvurderinger, som nu bliver foreslået anvendt som et naturligt grundlag for politisk-administrative beslutninger [7].

Også forholdet mellem kommuner og regioner med deres forskellige ansvarsområder og snitflader kan belyses gennem EUHPID. Modellen er et anvendeligt værktøj i forbindelse med diskussionen om mere sammenhængende patientforløb. I sin endelige godkendelse af sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner efterlyste Sundhedsstyrelsen således, at de to parter samarbejder med de praktiserende læger bliver behandlet mere indgående i de kommende aftaler, og også her kan EUHPID vise sig at være anvendelig [6]. Som allerede antydnet kan modellen endelig bruges i en kortlægning af de stadigt flere forskellige private aktørers rolle indenfor sundhedsfremme og forebyggelse, herunder sportsforeninger, fitnesscentre, lokale patientforeninger m.fl.

EUHPID-modellen kan udvikles yderligere. Der er således på EU-plan et arbejde i gang med udvikling af *proces*-indikatorer [2], og herhjemme vil der som nævnt bl.a. være behov for at finde en fælles afklaring af, hvordan nogle af begreberne kan anvendes mere entydigt. Men samtidig skal det selvfølgelig huskes, at EUHPID aldrig vil kunne erstatte den *politiske* prioritering af ressourcerne.

#### LITTERATUR

1. EU-Kommissionen. Working party on health indicators: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/implementation/wp/indicators/indicators\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_information/implementation/wp/indicators/indicators_en.htm) (18. maj 2009).
2. Bauer B, Davies J K, Pelikan J. The EUHPID Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promo Int* 2006;21;2:153-9.
3. The Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Geneva: WHO, 2006.
4. Antonovsky A. The salutogenic model as theory to guide health promotion. *Health Promo Int* 1996;11;1:1-8.
5. Pedersen HS. EUHPID Sundhedsudviklingsmodellen – Anvendelse i danske kommuner til systematisk arbejde med folkesundhed. Syddansk Universitet, 2009.
6. Sundhedsstyrelsen. Brev til kommunerne om godkendelse af sundhedsaftalerne. København, 1. december 2008.
7. Sundhedsstyrelsen. Sundhedskonsekvensvurdering – fra teori til virkelighed. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.

**KORRESPONDANCE:** Maja Larsen, Niels Bohrs Vej 9-10, 6700 Esbjerg.

E-mail: malarsen@health.sdu.dk

**ANTAGET:** 24. januar 2010

**FØRST PÅ NETTET:** 26. april 2010

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen