



Notat

Til:	Social- og sundhedsudvalget Direktionen
Fra:	Sundhedskordinator, ph.d. Malene Herbsleb
Notat til sagen:	Sundhedspolitik 2013

Byrådservice

Rådhusgade 3
8300 Odder
Tlf. 8780 3333

www.odder.dk

Sundhedsmæssige opgaver og udfordringer i Odder Kommune

22-02-2013

Sags Id. 727-2011-22161

Sagsbeh.

Malene Herbsleb

Tlf. 51386162

malene.herbsleb@odder.dk

Dok id. 727-2013-31078

Side 1/11



Del A: *Introduktion*

Indhold

1	Introduktion.....	3
1.1	Sundhedsloven.....	3
1.1.1	Forebyggelse.....	3
1.1.2	Risikofaktorer.....	4
1.1.3	Sundhed.....	4
1.1.4	Sundhedsfremme.....	5
1.2	Sundhedsprofilen "Hvordan har du det?" 2010.....	5
1.3	Sundhedsaftalen.....	6
1.4	Det nære sundhedsvæsen.....	6
1.5	Økonomiaftalen med regeringen.....	6
1.6	Kliniske retningslinjer.....	6
1.7	Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker.....	7
1.8	Lederes og medarbejderes bud på sundhedsmæssige udfordringer og forslag til indsatser.....	8
1.9	Rapportens opbygning.....	9
2	Referencer:.....	11

1 Introduktion

Siden kommunerne i forbindelse med strukturreformen overtog ansvaret for den nære, sundhedsfremmende og forebyggende indsats over for borgerne, er der sket en stor udvikling på sundhedsområdet. Hvor de første år efter reformen var præget af en eksperimenterende tilgang, er der nu ved at tegne sig et klarere billede af, hvad det er for nogle opgaver, kommunerne forventes at løfte. Det sker med afsæt i de erfaringer, de sidste seks år har bibragt.

Odder Kommune har med afsæt i sin første sundhedspolitik gjort en række erfaringer med at realisere de lokalpolitiske ambitioner på sundhedsområdet. Da den indeværende sundhedspolitik er seks år gammel, er der truffet beslutning om at opdatere den. I forbindelse med opdateringen har forvaltningen udarbejdet et notat, der kan bruges som inspiration i forbindelse med de politiske drøftelser af den ny politik.

Notatet er tænkt som et opslagsværk, der samler viden og anbefalinger om sundhedsområdet. Det tager afsæt i en række vigtige rapporter og anbefalinger, der er udkommet i løbet af de seneste tre år. Det drejer sig om følgende:

- Sundhedsprofilen Hvordan har du det? 2010
- Sundhedsaftalen
- KLs udspil Det nære sundhedsvæsen
- Økonomiaftalen med regeringen
- Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker
- Kliniske retningslinjer

Notatet kortlægger med afsæt i Sundhedsloven kommunens ansvarsområder på sundhedsområdet. Samtidig bliver væsentlige begreber som sundhed, sundhedsfremme og forebyggelse defineret.

1.1 Sundhedsloven

Med Sundhedsloven fra 2005 (1) og strukturreformen i 2007 fik kommunerne ansvar for en række nye opgaver inden for sundhedsområdet. Det drejer sig om følgende områder:

- Forebyggelse og sundhedsfremme (borgerrettet og patientrettet forebyggelse (§119))
- Genoptræning efter udskrivning efter hospitalsophold (§140)
- Omsorgstandpleje og specialtandpleje (§131-135)
- Stof- og alkoholbehandling (§141-142) (1)

Disse opgaver kom oven i de eksisterende kommunale opgaver på sundhedsområdet, der omfattede eksempelvis hjemmesygepleje, forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, kommunal børne- og ungdomstandpleje samt vedligeholdelsestræning.

Særlig §119 var ny. Heraf fremgår det, at kommunerne har ansvar for at skabe *rammer* for en *sund* levevis og etablere *forebyggende* og *sundhedsfremmende rammer* og *tilbud* til borgerne. Sundhed, sundhedsfremme og forebyggelse er således centrale ingredienser i den kommunale sundhedsindsats.

1.1.1 Forebyggelse

Inden for forebyggelse skelner man mellem borgerrettet og patientrettet forebyggelse. *Borgerrettet forebyggelse* skal medvirke til at forhindre, at sygdom opstår. *Patientrettet forebyggelse* skal modvirke, at eksisterende sygdom for-

værres. Her har kommunerne ansvar for den del af den patientrettede forebyggelse, der foregår, når patienten ikke længere er i behandling på sygehuset eller hos den praktiserende læge. I kommunalt perspektiv er alle borgere dog først og fremmest netop borgere, uanset om de er syge eller ej. Derfor handler den patientrettede forebyggelse primært om at etablere sammenhængende tilbud.

Forebyggelse har fokus på helbredet. For at kunne skabe en fornuftig forebyggende indsats skal man have kendskab til de risikofaktorer, der øger risikoen for, at sygdom opstår. Ligeledes er det nødvendigt at kende effekten af de tiltag, der allerede er afprøvet for at minimere risikofaktorerne.

1.1.2 Risikofaktorer

Ved en risikofaktor forstås et forhold, der øger risikoen for sygdom, funktionsnedsættelse eller død. For nogle risikofaktorer er der en direkte årsagssammenhæng med sygdom eller død. Det gælder fx for sammenhængen mellem rygning og lungekræft. Sammenhængen kan også være mere indirekte, fx når det drejer sig om kort uddannelse, sociale netværk og tidlige dødsfald.

Risikofaktorenes betydning kan sammenholdes med helbredsmæssige mål som fx dødelighed. Ser man på hvilke risikofaktorer, der forårsager flest dødsfald, er rygning den absolutte topscorer, da rygning i Danmark koster 14.000 for tidlige dødsfald om året (3).

Nok så interessant er det imidlertid at se på "tabte gode leveår", der angiver hvor mange år, man kan se frem til at skulle leve med langvarig belastende sygdom, såfremt man udsættes for en given risikofaktor. Rygning, fysisk inaktivitet og overvægt er de risikofaktorer, der giver anledning til det største tab i gode leveår uden langvarig belastende sygdom. Kort uddannelse samt svage sociale relationer er ligeledes begge væsentlige forhold i den sammenhæng (3).

1.1.3 Sundhed

Mens det er relativt enkelt at definere forebyggelse, fordi forebyggelse handler om at undgå eller mindske risikoen for sygdom, er det vanskeligere at definere sundhed. Hvor forebyggelse har kroppen i centrum, handler sundhed derimod om forestillingen om "det gode liv". Der findes en række definitioner for, hvad sundhed er, og fælles for de fleste definitioner er, at de giver et bud på, hvad der opfattes som "et godt liv".

I den nuværende sundhedspolitik tager Odder Kommune afsæt i Aron Antonovskys definition af sundhed (4). Ifølge Antonovsky handler sundhed om at kunne mestre livet og have en følelse af sammenhæng på trods af de belastninger, vi dagligt udsættes for. Der er tre forhold, der har betydning for, om livet opfattes som sammenhængende. For det første skal livet være *håndterbart*, dvs. de belastninger, det enkelte menneske udsættes for, ikke er større end, at de er til at klare. For det andet skal livet være *begribeligt*. Forudsætningen for, at livet er begribeligt, er, at der er en vis grad af *forudsigelighed* – at mængden af daglige overraskelser, der opfattes belastende, ikke er for høj. For det tredje skal livet opleves som *meningsfuldt*. Det kræver *delagtighed*, altså at vi til en vis grad selv føler os som herre over vores liv, og at livet opleves som værd at leve og investere kræfter i.

Som det fremgår af denne definition, er det at være sund således noget andet end at være rask. Man kan godt være syg med samtidig føle, man kan mestre livet og opfatte livet som håndterbart, begribeligt og meningsfuldt. Omvendt kan man også være rask uden at føle, at man mestrer livet.

1.1.4 Sundhedsfremme

WHO's såkaldte Ottawa charter fra 1986 (5) læner sig op ad Antonovskys definition på sundhed. WHO definerer med charteret sundhedsfremme som "Den proces, som gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand". Det handler om "...at opnå en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende" og om at kunne honorere de krav, der stilles for "at kunne klare omverdenen".

Kirsten Vinther-Jensen og Claus Vinther Nielsen har i bogen Klinisk socialmedicin koblet de to begreber:

"Fra et sundhedsfremmeperspektiv er sundhed imidlertid ikke blot fravær af sygdom, men en positiv egenskab ved individet. Sundhed er den kraft og styrke, der sætter mennesker i stand til at håndtere dagligdagens belastninger og udfordringer, hvad enten det er en influenza, en skilsmisse eller et nyt job. Sundhed opfattes således som andet og mere end at være rask, selv om sygdom kan være en væsentlig hindring for, at mennesker føler sig sunde. Også syge personer har brug for kraft og styrke for at overvinde sygdommen eller for at kunne klare at leve med deres sygdom. I dette perspektiv bliver sundhed en ressource. Sundhed er noget, der kan fremmes ved at forøge menneskers evne til at klare belastninger og udfordringer. Det er en sundhedsressource at være i god fysisk form, at spise sund mad, at være røgfri og leve i et røgfrit miljø, men også at have et godt socialt netværk, en uddannelse og et arbejde. Ressourcer knytter sig ikke alene til personer, men også til miljøer og grupper. Nogle miljøer er stimulerende og virker fremmende for sundheden, mens det modsatte er tilfældet for andre. Sundhedsfremme er en forøgelse af kraft og styrke og evne til at finde løsninger.

Den sundhedsfremmende del af indsatsen sigter mod:

- *at skabe rammer for menneskers hverdag, som fremmer trivsel, velvære og sammenhæng*
- *at fremme menneskers evne til i samarbejde med andre at håndtere hverdagens udfordringer*
- *at fremme socialt udsatte og sårbare menneskers mulighed for at leve et værdigt og indholdsrigt liv" (6)*

1.2 Sundhedsprofilen Hvordan har du det? 2010

Sundhedsprofilen Hvordan har du det? 2010 kortlægger sundhedstilstanden for borgere i Region Midtjylland (7) (8) (9). Den indeholder dels en beskrivelse af borgernes selvvaluerede oplevelse af helbred og sygdom. Dernæst indeholder den en kortlægning af borgernes sundhedsvaner inden for klassiske områder som rygning, kost, alkohol, fysisk aktivitet og overvægt. Endelig indeholder den et afsnit om borgernes motivation til at ændre sundhedsvaner. Det er et væsentligt afsnit, fordi kommunen her får et indblik i, hvor motiverede kommunens borgere er for at ændre vaner.

Undersøgelsen består af tre rapporter. I den første kortlægges sundhedstilstanden for de 25-79-årige. Den anden omhandler sundhedstilstanden for de

16-24-årige, mens den tredje indeholder en sammenligning med resultaterne fra den forrige undersøgelse, der blev gennemført i 2006. Det er således muligt at følge udviklingen.

Undersøgelsen bygger på en omfattende spørgeskemaundersøgelse. Der er foretaget en repræsentativ stikprøve for alle kommuner, og analyserne er efterfølgende foretaget på såvel regionalt som kommunalt niveau. Det er derfor muligt at bruge resultatet til at sige noget om sundhedstilstanden for kommunens borgere.

1.3 Sundhedsaftalen

Odder Kommune indgår hvert fjerde år en sundhedsaftale med Region Midtjylland. Den patientrettede forebyggelse er i centrum i de lovpligtige sundhedsaftaler. Målet med aftalen er at skabe sammenhængende patientforløb på tværs af overgangene mellem hospital, almen praksis og kommune. Ifølge aftalen er der konkrete forpligtelser, kommunen skal leve op til. Det drejer sig blandt andet om at implementere en række forløbsprogrammer for syge borgere. Målet med disse programmer er, at borgerne bliver i stand til at mestre livet med en kronisk eller livstruende sygdom, således u hensigtsmæssige genindlæggelser så vidt muligt undgås, og så borgere i den erhvervsaktive alder hurtigst muligt kan vende tilbage til arbejde. Forløbsprogrammerne præciserer roller og indsatser for hhv. kommuner, almen praksis og hospital i forhold til den konkrete patientgruppe.

Notatet (del C) giver et overblik over hvilke forløbsprogrammer, der er udarbejdet og hvilke, der er på vej og giver samtidig et overblik over, hvor langt kommunen er med at implementere de forskellige programmer.

1.4 Det nære sundhedsvæsen

Det nære sundhedsvæsen er KLs udspil til en overordnet og fælles kommunal sundhedspolitik. Oplægget udkom i marts 2012 som optakt til forhandlingerne mellem regeringen og KL om kommunernes økonomi.

Foruden en overordnet vision omhandler udspillet 13 konkrete temaer. Hvert tema indeholder overordnede bud på, hvilken rolle kommunerne skal spille i fremtidens sundhedsvæsen, og herunder konkrete bud på, hvad kommunerne skal forpligte sig til. Derudover indeholder temaerne en række ønsker til en andre parter såsom staten, regeringen, universiteterne, hospitalerne, de praktiserende læger, regionerne og Sundhedsstyrelsen.

Kommunerne vil løbende blive målt på, om de realiserer de opgaver, der er skitseret i udspillet.

1.5 Økonomaftalen med regeringen

Som nævnt har kommunerne via økonomaftalen fået tilført midler til at løfte specifikke opgaver på sundhedsområdet. I afsnittet bliver det beskrevet, hvad det er for konkrete opgaver, kommunerne forventes at løse, og hvor langt Odder Kommune er med dette arbejde.

1.6 Kliniske retningslinjer

Kliniske retningslinjer er et sundhedsfagligt beslutningsværktøj, der udgør en af hjørnestenene i sundhedsvæsenets indsats for at sikre ensartet og høj kvalitet i udredning, behandling, pleje og rehabilitering. Retningslinjerne er

også et element i sikringen af en løbende prioritering på sundhedsområdet, med det formål at få mest mulig sundhed for pengene.

Med Finanslov 2012 er der afsat 20 mio. kr. årligt for 2012-2015 til at udarbejde nationale kliniske retningslinjer. Af aftale om Finansloven fremgår, at der skal:

"... udarbejdes nationale kliniske retningslinjer. Det betyder systematisk udarbejdede, faglige anbefalinger, der beskriver diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for konkrete patientgrupper – baseret på evidens for virkningen og bedste praksis. Retningslinjerne er også et element i sikringen af en løbende prioritering på sundhedsområdet, med fokus på at sikre mest mulig sundhed for pengene. Regeringen og Enhedslisten afsætter 20 mio. kr. årligt, 2012-2015 til at frikøbe de nødvendige lægefaglige ressourcer. Administration og sekretariat for ordningen varetages af Sundhedsstyrelsen.

Af aftalen om kommunernes økonomi for 2013 fremgår det endvidere, at der udarbejdes ca. 5 kliniske retningslinjer i 2012 og yderligere ca. 15 kliniske retningslinjer i hvert af de følgende år 2013-2015 (7). Der foreligger endnu ikke færdige, kliniske retningslinjer, men når de udkommer, forventes der at foreligge et arbejde med at implementere dem.

1.7 Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker

Sundhedsstyrelsen har i 2012 påbegyndt et arbejde med at udarbejde forebyggelsespakker om alkohol, fysisk aktivitet, hygiejne, indeklima i skoler, mad og måltider, mental sundhed, overvagt, seksuel sundhed, sol, stoffer og tobak.

Formålet med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker er at bidrage til at styrke folkesundheden gennem en kommunal forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats af høj faglig kvalitet (1).

Forebyggelsespakkerne indeholder anbefalinger til det kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejde. Forebyggelsespakkerne omhandler faglige anbefalinger på væsentlige risikofaktorområder, som kommunerne allerede arbejder med, og som forventes at kræve betydeligt fokus de kommende år som følge af ny viden, samt udviklingen i holdninger og normer i samfundet. Pakkernes anbefalinger retter sig mod både raske og syge borgere i kommunen.

Forebyggelsespakkerne indeholder endvidere et økonomisk afsnit, der giver overblik over, hvad en given risikofaktor koster en gennemsnitlig kommune i form af øget kommunal medfinansiering, ekstra sygedage samt udgifter til førtidspensioner.

De anbefalede indsatser i forebyggelsespakkerne er opdelt i to niveauer: Et grund- og et udviklingsniveau. Formålet med opdelingen er:

- At anbefale grundlæggende forebyggelsesindsatser, som på kort sigt kan styrke kvaliteten af forebyggelsesarbejdet.
- At anbefale indsatser, der kan videreudvikle forebyggelsesindsatsen i kommunerne på længere sigt.

Indsatser på grundniveau er relativt veldokumenterede, og der er betydelige kommunale erfaringer og kompetencer på indsatsområdet, som oftest kan løf-

tes i regi af eksisterende kommunale rammer. Ofte vil kommunen have naturlig adgang til målgruppen og arenaer i indsatser på grundniveau.

Omvendt vil viden om indsatser på udviklingsniveau være svagere, ligesom kommunen vil have færre erfaringer på området. Der vil typisk være brug for udvikling af kompetencer, proaktiv rekruttering, opsøgende arbejde og indgåelse af nye partnerskaber for at løfte forebyggelsespakkerens udviklingsniveau.

Ifølge KL er der klare forventninger om, at kommunerne benytter forebyggelsespakkerne til at gennemgå de eksisterende indsatser med henblik på at afvikle indsatser, der ikke anbefales af Sundhedsstyrelsen. Samtidig er det anbefalingen og forventningen, at kommunerne påbegynder implementering af alle indsatser på grundniveau (2).

I forebyggelsespakkerne indgår fire typer af indsatser:

- Rammer (kommunale planer, politikker).
- Tilbud (rådgivning, træning, behandling af borgere).
- Informationsindsatser og undervisning (oplysning, markedsføring af kommunale forebyggelsestilbud, understøttelse af nationale/centrale initiativer).
- Tidlig opsporing (i denne sammenhæng screening og opsporing af risikofaktorer, som kommunen iværksætter i eget regi eller med andre sektorer).

Kommunen bør prioritere igangsættelsen og implementeringen af de enkelte pakker og indsatser ud fra overvejelser om kommunens sundhedsforhold, muligheder og erfaringer:

- Hvilke sundhedsudfordringer er de største og vigtigste at få gjort noget ved i kommunen?
- Hvilke risikofaktorer er kommunen allerede godt i gang med?
- Hvilke risikofaktorer og målgrupper er der yderligere behov for at arbejde med?
- Hvordan skal sundhedstilstanden hos borgerne i kommunen se ud om fem og ti år?

Sundhedsprofilen vil i den forbindelse være med til at danne et godt grundlag for prioriteringen.

1.8 Lederes og medarbejderes bud på sundhedsmæssige udfordringer og forslag til indsatser

Ud over den viden, der findes om sundhedstilstanden, og de anbefalinger og forventninger, der nationalt er til kommunen, har forvaltningen forsøgt at samle lokale bud på, hvad der ses som de største udfordringer og muligheder på sundhedsområdet. Forvaltningen har gennemført en række fokusgruppeinterviews med ca. 50 ledere og nøglemedarbejdere, der alle blevet stillet følgende spørgsmål:

1. *Odder Kommune har med den gældende sundhedspolitik fokus på kost og bevægelse. Byrådet vedtog en handlingsplan med en række konkrete tiltag. Hovedparten af disse er blevet iværksat. Hvad ser du som de største succeser af sundhedspolitikken? Hvad har du savnet i politikken?*

2. *Hvis vi ser fremad, hvad ser du da som de største sundhedsmæssige udfordringer for din primære målgruppe? Hvad vil være vigtigst at forandre?*
3. *Hvor tror du, der vil være de største økonomiske gevinster ved en målrettet sundhedsindsats?*
4. *Har du forslag til konkrete indsatsområder? Og til konkrete indsatser?*
5. *Har du forslag til konkrete mål?*

Medarbejdernes og ledernes svar giver et overblik over, hvad de ansatte ser som væsentlige udfordringer, som den reviderede sundhedspolitik bør adressere, ligesom de giver bud på, hvor der er et uudnyttet potentiale.

1.9 Rapportens opbygning

Notatet er delt i 4 delrapporter. Del A indeholder en introduktion. Del B giver et overblik over borgernes sundhedsvaner. Der er lavet en gennemgang af følgende risikofaktorer: rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost og overvægt.

Hvert kapitel indledes med et afsnit om, hvad den pågældende sundhedsvane betyder set som risikofaktor. For hver risikofaktor bliver der redegjort for hvor mange dødsfald, der årligt kan tilskrives den pågældende faktor, samt hvor mange års reduceret levetid og leveår med langvarig belastende sygdom risikofaktoren medfører for de, der faktisk dør af den pågældende faktor.

Dernæst følger et afsnit om den pågældende risikofaktors betydning for befolkningen i hhv. Region Midtjylland og Odder Kommune, herunder hvor hyppig er risikofaktoren, og hvad kendetegner de borgere, der er påvirket af risikofaktoren. Endelig følger et afsnit om, hvor motiverede borgerne i Odder Kommune er for at ændre den pågældende risikoadfærd. Disse data sammenholdes med data fra 2006 med henblik på at vurdere, om der er sket en ændring i forhold til borgernes sundhedsvaner og sundhedstilstand.

Hvert kapitel indeholder en opsummering over kapitlets hovedbudskaber.

Hvert kapitel afsluttes med et afsnit om, hvad Odder Kommune kan gøre for at fremme sundheden i relation til den enkelte risikofaktor. anbefalingerne bygger på en liste over grundmodellen fra Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker.

De fem kapitler om sundhedsvaner afsluttes med en oversigtstabel over sundhedsvanerne.

Dernæst følger et kapitel om forekomsten af kroniske sygdomme. I sundhedsprofilen er sygdomstilstanden i forhold til 18 sygdomme blevet kortlagt, men heri vil der blive fokuseret på KOL, diabetes, hjertesygdomme, kræft, psykiske lidelse og rygrelaterede lidelser, da det er de sygdomme, hvor kommunen er forpligtet til at indføre forløbsprogrammer. Del B afsluttes med et kapitel om stress blandt voksne samt psykisk trivsel blandt unge.

Del C kortlægger eksterne forventninger til Odder Kommunes sundhedsindsats. Det drejer sig om KLs udspil om det nære sundhedsvæsen, økonomaftalen mellem KL og regeringen, og sundhedsaftalen med Region Midtjylland.

Disse kapitler følges op af et kapitel, der handler om Odder Kommunes forbrug af sundhedsydelse. Kapitlet fokuserer på kommunes udgifter til kommunal

medfinansiering, og der indgår en sammenligning af kommunens forbrug i forhold til de øvrige kommuner i regionen.

Del D: Rapporten rundes af med ledere og medarbejders bud på lokale sundhedsudfordringer samt forslag til indsatser.

2 Referencer:

1. Sundhedsloven, lov nr. 546 af 24. juni 2005. 2005.
2. **Pedersen, K.M.** Kommunalreformen og sundhedsvæsnet: en forbedring? . *Ledelse & Erhvervsøkonomi*. 4, 2007.
3. **Juel, K, Sørensen, J og Brønnum-Hansen, H.** *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. s.l. : Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
4. **Antonovsky, A.** *Unravelling the mystery of health*. 1987.
5. **WHO.** *Ottawa charter for Health Promotion*. s.l. : WHO, 1986.
6. **Vinther-Jensen, K. og Nielsen, C. Vinther.** Sundhedsfremme og forebyggelse. *Klinisk socialmedicin (Kap 3)*.
7. **KL.** *Budgetvejledning 2013. Supplementsskrivelse om sundhedsområdet*. . 2012.
8. **Sundhedsstyrelsen.** *Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker* . 2012.
9. —. *Forebyggelsespakke Tobak*. 2012.
10. **Breinholt Larsen, F, et al.** *Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner (Unge)*. s.l. : Center for folkesundhed, Region Midtjylland, 2011.
11. —. *Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner (voksne)*. s.l. : Center for folkesundhed, Region Midtjylland, 2011.
12. **Juel, K.** *Flere kvinder en mænd dør af sygdom relateret til rygning. Ugens tal for folkesundhed*. s.l. : Statens Institut for Folkesundhed, 2012.
13. **Kjøller, M, Juel, K og Kamper-Jørgensen, F.** *Folkesundhedsrapporten*. s.l. : Statens Institut for Folkesundhed, 2007.
14. **Rasmussen, M og Due, Pernille.** *Skolebørnsundersøgelsen 2010*. s.l. : Statens Institut for Folkesundhed, 2011.
15. **Sund By Netværket.** *10 skridt til god tobaksforebyggelse - Dem gode kommunale model (revideret udgave 2012)*. s.l. : Sund By Netværket, 2012.
16. **Danmarks Statistik.** Vi lever længere. *Nyt fra Danmarks Statistik*. 15. Februar 2012, 71.
17. **Regeringen og KL.** *Aftale om kommunernes økonomi for 2013*. 2012.
18. **Breinholt Larsen, F, et al.** *Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner. Udviklingen 2006 til 2010 (voksne)*. s.l. : Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, 2011.
19. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke Alkohol*. s.l. : Sundhedsstyrelsen, 2012.
20. **Breinholt Larsen, F.** *En analyse af sygehusforbrug med særligt fokus på forskelle på kommunalt niveau*. s.l. : Region Midtjylland, 2012.
21. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke Mad & måltider*. s.l. : Sundhedsstyrelsen, 2012.
22. —. *Forebyggelsespakke Fysisk Aktivitet*. s.l. : Sundhedsstyrelsen, 2012.