

**Sund By Netværkets
forebyggende indsats mod
hjemme- og fritidsulykker
1998-2005**



af Jens Kristoffersen, Bjarne Laursen og Tine Curtis



Sund By Netværkets forebyggende indsats mod hjemme- og fritidsulykker 1998-2005

Jens Kristoffersen
Bjarne Laursen
Tine Curtis

Sund By Netværkets forebyggende indsats mod hjemme- og fritidsulykker 1998-2005

Jens Kristoffersen, Bjarne Laursen og Tine Curtis

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, København, december 2006

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende rapport, bedes tilsendt.

Omslag: Michala Clante Bendixen

Tegning: Jens Bach Andersen

Tryk: Schultz Grafisk

Rapporten kan rekvireres ved henvendelse til:

Statens Institut for Folkesundhed (SIF)
Øster Farimagsgade 5A, 2. sal
1399 København K
Telefon 39 20 77 77 – Telefax 39 20 80 10
E-mail: sif@si-folkesundhed.dk
www.si-folkesundhed.dk

ISBN-10: 87-7899-111-0

ISBN-13: 978-87-7899-111-9

Forord

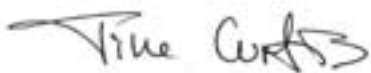
Denne publikation har til formål at beskrive og vurdere Sund By Netværkets indsats med ulykkesforebyggelse i perioden 1998 til 2005. Det ulykkesforebyggende arbejde i Netværket blev sidst vurderet i 2000 af Statens Institut for Folkesundhed, hvor temaet indgik i en samlet evaluering af Netværkets indsatsområder.

Det har været et ønske fra ulykkestemaets styregruppe, at denne evaluering indeholder en vurdering, der foruden at se på effekten også inddrager en struktur- og procesvurdering. Formålet med evalueringen er således at beskrive projekterne, der er blevet planlagt og implementeret i perioden, belyse rammerne for det ulykkesforebyggende arbejde i forhold til andre aktører og samarbejdsrelationer samt at vurdere en eventuel effekt af indsatsen for de grupper, der har været i fokus for indsatsen. Den samlede vurdering af indsatsen har inddraget erfaringer fra den danske og internationale litteratur vedrørende effektive forebyggelsesstrategier og –metoder.

Evalueringen af den ulykkesforebyggende indsats er blevet til i et samarbejde mellem ulykkestemaets styregruppe, Sund By Netværkets evalueringsgruppe og Statens Institut for Folkesundhed (SIF). Evalueringen er udarbejdet på baggrund af analyser baseret på Landspatientregisteret, projektbeskrivelser og andet skriftligt projektmateriale fra de gennemførte indsatser samt besvarelser fra en spørgeskemaundersøgelse blandt Sund By Netværkets koordinatører foretaget i 2005. Desuden er der gennemført interview med de centrale personer i ulykkestemaets styregruppe, Margit Rasmussen samt Søren Kølster, der har været formand for styregruppen i hele perioden.

Seniorforsker Bjarne Laursen, SIF, har analyseret ulykkesdata fra Landspatientregisteret. Forskningsmedarbejder Jens Kristoffersen, SIF, har stået for indsamling og analyse af spørgeskemabesvarelser samt foretaget interviews. Ulykkesevalueringen er udarbejdet af programkoordinator Tine Curtis, seniorforsker Bjarne Laursen og forskningsmedarbejder Jens Kristoffersen, SIF.

December 2006



Tine Curtis
Programkoordinator,
Statens Institut for Folkesundhed



Søren Kølster
Forebyggelseskoordinator
Formand for ulykkestemaet

Indholdsfortegnelse

Forord	3
1. Sund By Netværket og ulykkestemaet	7
Rapportens formål.....	10
2. Rammerne for arbejdet.....	13
Nationale handleplaner og internationale partnerskabsmålsætninger.....	13
Nationale aktører på ulykkesområdet	17
<i>Arbejdsulykker</i>	17
<i>Trafikulykker</i>	18
<i>Hjemme- og fritidsulykker</i>	19
Ulykkestemaets finansielle muligheder	20
3. Indsatserne i perioden 1998-2005	23
Faldulykker	24
<i>Håndbøger i faldforebyggelse</i>	24
<i>Inspirationsfoldere til fagpersoner</i>	27
<i>Faldforebyggelse i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg</i>	28
<i>Hoftebeskyttere</i>	30
<i>Gå-ture som sundhedsfremmende metode blandt ældre</i>	30
Børneulykker	31
<i>Børneulykker</i>	32
<i>Førstehjælp ved småskader og ulykker - mestring</i>	36
Kvalitetssikring og innovation.....	39
<i>Ulykkesregistrering</i>	39
<i>Trafiksikkerhed i virksomheder</i>	41
<i>Ulykkes- og skadeforebyggelse i Danmark</i>	41
4. Strategi og indsats typer	43
Den gennemgående strategi for ulykkestemaet	44
Guidelines og anbefalinger: Strategi og indsats typer	45
Vurdering af strategi og indsats type	48

5. Processer og metoder	51
Ulykkesgruppens arbejdsproces og metoder	51
Guidelines og anbefalinger: borgerinddragelse, forankring, vidensspredning og evaluering.....	52
Vurdering af arbejdsproces og metoder	56
Den lokale forankring af ulykkestemaet	58
6. Indsatsens tilskadekomsteffekt	63
Metode	63
Resultater	67
Diskussion.....	76
Vurdering af tilskadekomsteffekt	79
7. Konklusion	81
Referencer	85

1. Sund By Netværket og ulykkestemaet

Denne rapport belyser og vurderer Sund By Netværkets indsats i forbindelse med dets ulykkesforebyggelsestema i perioden 1998 til 2005. Indledningsvis gives en kort præsentation af Sund By Netværket, og ulykkestendenser i Danmark rides op. Den ulykkesforebyggende indsats, som Netværket udførte i perioden før 1998, vil også kort blive beskrevet. Efterfølgende vil formålet og de metodiske rammer for nærværende rapporten blive præsenteret.

Sund By Netværket blev oprettet i 1991 som et politisk bindende netværk af kommuner og amter, udsprunget af WHO's 'Healthy City'. Med amternes nedlæggelse i forbindelse med strukturreformen er det nu muligt for regionerne at indgå i Netværket. Netværkets overordnede formål er at styrke det lokale sundhedsfremmende og forebyggende arbejde gennem et forpligtende netværkssamarbejde. Grundlaget for Netværket og medlemmernes arbejde er Tiltrædelsesdokumentet, som blev udarbejdet i 1995. Det er Netværkets strategi at tilpasse sig udviklingen i samfundet. Dokumentet bliver derfor løbende revideret og opdateret i forbindelse med udviklingen af de sundhedsfremmende og forebyggende opgaver. Af Tiltrædelsesdokumentet 2005 fremgår det, at medlemmer forpligter sig til at arbejde for følgende overordnede formål:

- at samarbejde om udvikling af hensigtsmæssige metoder og materiale i det forebyggende sundhedsarbejde.
- at arbejde lokalt for en forankring af forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen, således at kommunen/amtet kan være en model for det lokale arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme.

Sund By Netværket, som i dag udgøres af 25 kommuner, arbejder med en række temaer, der er prioriterede af medlemmerne. Foruden arbejdet med ulykkesforebyggelse har Sund By Netværket i mange år arbejdet med temaerne 'sundhed på arbejdspladsen' samt 'kost og fysisk aktivitet'. I forbindelse med kommunalreformen og de nye ansvarsopgaver for kommunerne på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet har Netværket udvidet deres arbejdsområde med temaerne: 'sundhedspolitikker og sundhedsprofiler', 'forebyggelse på tobaksområdet' og 'forebyggelse på alkoholområdet'. Ulighed i sundhed er et gennemgående fokus, der inddrages i alle temaer. Desuden anser Netværket borgerinddragelse som et vigtigt element i den borgerrettede forebyggelse¹.

Det politisk bindende medlemskab har med henblik på lokal forankring af arbejdet resulteret i udarbejdelsen af sundhedspolitikker, som har bragt sundhed på den kommunale dagsorden. I forbindelse med det sundhedsfremmende og forebyggende temaarbejde lægger Netværket vægt på dokumentation og evaluering af indsatser, så de opnåede erfaringer

ger er synlige og veldokumenterede. Netværket prioriterer derfor at formidle den opnåede viden, blandt andet inden for ulykkesområdet, til resten af landets kommunale og amtslige forebyggelsesaktører¹⁻². Sund By Netværket har Center for Forebyggelse (Sundhedsstyrelsen) og Statens Institut for Folkesundhed tilknyttet som faglig støtte, mens blandt andre Kommunernes Landsforening og Netværket af forebyggende Sygehuse har observatørstatus i Netværket.

Det samlede antal ulykker i Danmark har været stort set konstant siden 1990'erne, dog med små variationer inden for de enkelte ulykkestyper³⁻⁴. Siden 1990 har Statens Institut for Folkesundhed varetaget Ulykkesregistret, der indeholder ulykkesregistreringer fra fem skadestuer, som er repræsentative for hele landet. Registeret tager udgangspunkt i NO-MESCO klassifikationen fra 1997, hvor en ulykke defineres som 'en ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigt virkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skade på kroppen'. Yderligere skelnes mellem forskellige typer af ulykker. En *arbejdsulykke* er en ulykke, der indtræffer i arbejdstiden. En *trafikulykke* er sammensat af følgende tre ulykkeskategorier: transportulykke, færdselsulykke og køretøjsulykke, som alle indbefatter en ulykke, hvor et transportmiddel er involveret. Endelig kan der være tale om en *hjemme- og fritidsulykke*. Det er vanskeligt at definere hjemme- og fritidsulykker, og derfor afgrænses de negativt, dvs. som de ulykker, der ikke er arbejdsulykker og ikke er trafikulykker. Der findes på nuværende tidspunkt ikke officielle registre over hjemme- og fritidsulykker⁵.

Hjemme- og fritidsulykker udgør langt størstedelen af de samlede ulykker med ca. 75% af alle henvendelser til skadestuerne svarende til mere end en halv million skadestuekontakter om året. Hjemme- og fritidsulykker er skyld i ca. 1800 dødsfald om året. Arbejdsulykker udgør ca. 15% (ca. 85.000 ulykker) af alle henvendelser til skadestuerne og er skyld i ca. 70 dødsfald årligt. Endelig udgør trafikulykker ca. 10% (ca. 60.000 ulykker) af alle henvendelser til skadestuerne og er skyld i ca. 400 dødsfald om året⁶. Hjemme- og fritidsulykkerne forekommer primært blandt børn og ældre, mens arbejdsulykker optræder hyppigst blandt de 20-29 årige og falder med stigende alder. For trafikulykkers vedkommende er det de 10-19 årige, der oftest er udsat³.

Under det ulykkesforebyggende tema arbejder Netværket primært med kategorierne 'ældres faldulykker' og 'børneulykker'. Indsatsen for at reducere de ældres faldulykker fokuserer på arenaerne hjem, plejehjem og hospitaler, mens indsatserne for børneulykker koncentrerer sig om daginstitutioner, skoler og fritidshjem¹. Hovedaktørerne inden for forebyggelsen af arbejdsulykker og trafikulykker vil kort blive gennemgået i kapitel 2.

Sund By Netværket besluttede i 1993 at supplere dets sundhedsfremmende og forebyggende indsats med ulykkesforebyggelse som et nyt tema. Det nye tema repræsenterede et område, der var årsag til mange skadestuehenvendelser. I forbindelse med Danmarks første forebyggelsesprogram i 1989 var ulykkesforebyggelse et af de fem prioriterede ind-

satsområder, med særligt fokus på børneulykker, idrætsulykker, faldulykker blandt ældre og trafikulykker¹⁵. Disse fire fokusområder udgjorde kommissoriet for Sund By Netværkets ulykkestema.

Det overordnede formål med ulykkestemaets arbejde var at udarbejde en udviklingsmodel, der anviste metoder til igangsættelse af forebyggende aktiviteter på grundlag af viden om ulykker samt at øge mængden af ulykkesforebyggende initiativer². Den første fase i arbejdet fra 1993 til 1996 havde fokus på at konsolidere det ulykkesforebyggende arbejde i Netværket. Amterne spillede en meget central rolle i deres fortsatte aktivitet indenfor området og ved at sikre vidensdeling med de kommunale partnere. Der blev i forbindelse med opstarten udarbejdet en projekt- og strategiplan indeholdende 4 faser:

1. En forberedende fase hvor der skulle laves status på området
2. En introduktionsfase hvor en temadag skulle vække interesse for temaet
3. Et uddannelsesforløb til kvalificering af personer og initiativer
4. En opsamlingsfase i form af udarbejdelse af en håndbog, der ville kunne bruges i den fremtidige udvikling af området.

På baggrund af projekt- og strategiplanen blev der blandt andet gennemført kurser i ulykkesforebyggelse, der havde til formål at uddanne fagpersoner i lokalområderne til at projektere og gennemføre forebyggende ulykkesindsatser inden for de fire temaer i styregruppens kommissorium. Forudsætningen for at deltage i kurserne var, at man arbejdede med ulykkesforebyggelse eller havde et ulykkesforebyggende projekt, der skulle implementeres. Det blev fra Netværkets side vurderet, at kurserne var med til at igangsætte den lokale ulykkesforebyggende indsats, etablere nyttige netværksrelationer og sprede viden indenfor området². Tolv projekter blev implementeret blandt Netværksmedlemmer og otte blandt amter og kommuner uden for Netværket⁷.

I 1998 evaluerede Netværket ulykkesindsatsen for årene 1993-1997. Evalueringen viste, at alle de daværende seks medlemsamter og fem ud af syv medlemskommuner arbejdede aktivt med ulykkesforebyggelse, primært med fokus på børneulykker og ældreulykker. Der var også opstartet projekter indenfor færdselsområdet og i relation til idrætsskader og arbejdsulykker⁷. Evalueringen af ulykkestemaet i 1998 konkluderede, at temaet var blevet forankret tilfredsstillende, idet der blandt medlemmerne var en overvejende positiv holdning til arbejdet. Samtidigt blev det konstateret, at interessen for at gå aktivt ind i lokalarbejdet var utilfredsstillende. Dette kom blandt andet til udtryk ved mangelfuld tilmelding til et opfølgingskursus svarende til det ovenfor omtalte. Det overordnede indtryk var dog, at valget af temaet var en succes med et stort forebyggelsespotential⁷.

Rapportens formål

Som led i Sund By Netværkets forpligtigelse til at dokumentere og evaluere deres indsats har Netværket bedt Statens Institut for Folkesundhed om at beskrive og vurdere ulykkestemaets indsats.

Netværkets ulykkesforebyggende arbejde i perioden 1993-1997 er tidligere blevet evalueret sammen med de øvrige aktiviteter i Netværket⁷. Med afslutningen af projekter i 2004/2005 har Netværket nu bedt om en vurdering af ulykkestemaets indsats i perioden 1998-2005.

Ulykkestemaets indsats i perioden 1998-2005 udgøres af i alt ti overordnede projekter, der fordeler sig med fem projekter under Faldulykker, to projekter under Børneulykker og tre projekter, som ligger udenfor de to fokusområder⁸. De ti overordnede projekter består af en eller flere delprojekter. Ud fra ulykkestemaets Handlings- og Perspektivplaner fra 2000 og frem fremgår det, at grundlaget for projekterne i det forebyggende arbejde som udgangspunkt har opereret med mennesket som ulykkesfaktor:

'Mennesket som ulykkesfaktor kan påvirkes gennem restriktioner, overvågning, sanktioner samt oplæring og information med henblik på videns- og adfærdændringer. Derfor er det mennesket som ulykkesfaktor, der er målet, og det er viden og handleanvisninger, som skal være resultatet af ulykkestemaets arbejde. Overordnet skal sandsynliggøres/sikres en konkret og markant antalsmæssig/procentuel reduktion i ulykker/skader på de indsatsområder (projekter), der håndteres af ulykkestemaet, idet såvel tid og interventionsområde er fastlagt. Projekterne skal afvikles professionelt, og kvaliteten skal sikres gennem styring på mål, faglighed, tid og ressourcer. Projekterne skal være karakteriseret ved at være synlige og tilgængelige, de skal bidrage med ny viden, de skal bidrage til markant ulykkesreduktion, og de skal sikre, at også den økonomiske nytteværdi er acceptabel set i relation til investeringerne'⁸⁻¹².

På baggrund af det ovenfor formulerede grundlag og mål har temaets indsats primært haft karakter af videns- og informationsformidling i form af kurser, temadage samt diverse håndbøger og foldere.

Det har været et ønske fra styregruppen for ulykkestemaet (Søren Kølster, Viborg Amt; Margit Rasmussen, Storstrøms Amt; Ragnhild Lindsø, Vestsjællands Amt; Dorthe Koops, Århus Kommune; Lene Bager, Vallø Kommune; Birthe Frimodt Møller, Statens Institut for Folkesundhed) at evalueringen både beskæftiger sig med de enkelte indsats og re-

sultaterne af disse og med de faktorer, der har haft indflydelse på udviklingen og implementeringen af indsatserne.

Formålet med denne rapport er derfor at:

- belyse indholdet af de gennemførte projekter og eventuelle projektevalueringer
- undersøge de strukturelle faktorer og de betingelserne for Styregruppen, der har dannet rammen for ulykkestemaets arbejdsproces
- undersøge om der i perioden 1998-2005 er sket en reduktion i antallet af skadesincidenser i forbindelse med børneulykker og ældres faldulykker indenfor Sund By Netværket
- vurdere om det er lykkedes at forankre ulykkesarbejdet i Netværket.

Den økonomiske nytteværdi vil ikke blive vurderet i denne evaluering, da det grundet indsatsens karakter af videns- og informationsformidling ikke er muligt at gennemføre en kvalificeret analyse.

Rapporten er baseret på skriftligt materiale produceret i forbindelse med projekterne og interviews med nøglepersoner i styregruppen for ulykkesarbejdet. Derudover er der foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt Netværkets Sund By koordinatorene i hver af medlemskommunerne/amterne. Endelig indgår en række kvantitative effektanalyser baseret på indberetninger til Landspatientregisteret af skadestuebesøg og indlæggelser i forbindelse med ulykker.

Det skriftlige materiale omfatter projektbeskrivelser, informationsmateriale, kursusrapporter, kursus- og materialeevalueringer og mødereferater. Som opfølgning på det skriftlige materiale er der foretaget interviews med de mest centrale personer i ulykkesgruppen i perioden. Interviewene har haft til hensigt at afdække og kvalificere den store mængde information, som diverse rapporter og referater har bidraget med. Spørgeskemaundersøgelsen blandt Netværkets medlemmer blev foretaget i efteråret 2005 med henblik på en afdækning af alle aktiviteter i Sund By Netværket. Undersøgelsen havde til denne rapport formål et uddybende afsnit omkring ulykkesarbejdet. Hensigten med spørgeskemaundersøgelsen har været at vurdere forankringen og prioriteringen af den forebyggende ulykkesindsats blandt medlemmerne.

Foruden data direkte relateret til Netværkets konkrete indsat for ulykkesforebyggelse indgår diverse relevante ulykkesrapporter, folkesundhedsprogrammer, institutionelle handleplaner fra nationale og internationale samarbejdspartnere samt generelle anbefalinger, retningslinjer og videnskabelig litteratur på ulykkesområdet.

Analyserne af skadesincidenserne i Netværket i perioden er foretaget ud fra indberetninger til Landspatientregisteret af skadestuekontakter og indlæggelser i forbindelse med

ulykker og skader. I disse analyser er ulykkesforekomsten i Sund By Netværkets område sammenlignet med det øvrige Danmark. Desuden er forekomsten i årene 1996 og 1997 (før evalueringsperiodens begyndelse) sammenlignet med forekomsten i 2004 og 2005 (ved evalueringsperiodens afslutning). Effekten af Sund By Netværkets indsatser er vurderet ud fra, om ulykkesforekomsten i 2004 og 2005 er lavere i Sund By Netværkets område end i det øvrige Danmark, samt om forekomsten af ulykker er faldet mere fra 1996/1997 til 2004/2005 i Sund By Netværkets område end i det øvrige Danmark.

Overordnet set har evaluering mulighed for at afspejle den proces, der determinerer, om et program eller indsats er relevant, opfylder de fastsatte mål og udnytter de anvendte ressourcer effektivt. Hvis evaluering indgår som del af implementeringen, vil det være muligt løbende at identificere og udnytte utilsigtede fordele og eliminere problemer undervejs, inden de bliver for komplekse¹³⁻¹⁴. Denne evalueringsrapport baseres ikke på et forløb parallelt med implementeringen, men vurderer der imod indsatsen retrospektivt, hvilket stiller store krav til kvaliteten af den eksisterende dokumentation af arbejdet. For mange af de ulykkesforebyggende projekter i perioden har den nødvendige information for evalueringen ikke været fyldestgørende, hvilket dels kan have medført en ufuldstændig belysning af indsatsen, dels vanskeliggør at der med sikkerhed kan vurderes sammenhænge mellem tilsigtede påvirkninger, ændret adfærd og eventuel reducere af ulykker. Udover rapportens retrospektive blik på indsatsen har det desuden betydning for vurderingerne, at den særlige indsats i og udenfor det geografisk afgrænsede område, der udgør Sund By Netværkets medlemmer, kun vanskeligt eller slet ikke kan adskilles fra omgivelsernes generelle påvirkning og indflydelse.

De ovenfor omtalte begrænsninger er forsøgt inddraget i vurderingen af Sund By Netværkets arbejde med forebyggelse af ulykker. Med henblik på yderligere kvalificering af vurderingen inddrager rapporten som en referenceramme for Sund By Netværkets arbejde en række af de væsentligste videnskabelige betragtninger i forbindelse med forebyggelse af ulykker i et sundhedsfremmende perspektiv. Referencerammen har dels til hensigt at vurdere, hvordan Netværket har arbejdet i forhold til den viden, der er i dag på området (en viden, der ikke nødvendigvis var identificeret ved starten af perioden), dels at give inspiration til det fremtidige arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse af ulykker. Inddragelsen af den videnskabelige litteratur på området understøtter således vurderingen af effekten af Netværkets indsats for at reducere ulykker blandt børn og ældre.

2. Rammerne for arbejdet

Det ulykkesforebyggende arbejde i Sund By Netværket tager udgangspunkt i det kommissorium, som styregruppen for ulykkesindsatsen har udarbejdet. Kommissoriet afspejler styregruppens vurdering af, på hvilket område der med størst fordel kan sættes ind med ulykkesforebyggelse. I forbindelse med ulykkestemaets opstart har Netværket, som nævnt i det indledende kapitel, valgt at fokusere på hjemme- og fritidsulykker, ud fra kendskabet til aktører på ulykkesområdet samt hjemme- og fritidsulykkers påvirkning af folkesundheden. Foruden valg af temaområde influeres Netværkets arbejde med ulykkesforebyggelse af de retningslinier og målsætninger, som kendetegner de nationale og internationale netværk, det danske Sund By Netværk er en del af. Nedenfor er en kort gennemgang af de væsentligste tiltag og strukturer uden for Netværket, som har haft betydning for ulykkestemaets kommissorium og indsats.

Nationale handleplaner og internationale partnerskabsmålsætninger

De væsentligste nationale handleplaner og internationale målsætninger, som Sund By Netværket har skulle forholde sig til og er blevet inspireret af, omfatter dels de nationale folkesundhedsprogrammer fra 1999 og 2002, dels det internationale netværkssamarbejde i Healthy Cities Network og Safe Community Network under WHO.

I målene for Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008 indgår reduktion af antallet af tilskadekomne og dræbte i trafikken, blandt andet på baggrund af en konstatering af, at risikoen for at blive dræbt i trafikken i Danmark er væsentligt højere end i for eksempel Norge og Sverige (10 pr. 100.000 i Danmark i forhold til 6 pr. 100.000 i Norge og Sverige)¹⁵. Hjemme- og fritidsulykker indgår i programmets statistikker og nævnes som en væsentlig faktor for for tidlig død og tabte gode leveår. Det fremhæves derfor, at der i forbindelse med programmets opfølgning blandt andet vil blive udarbejdet særlige redegørelser for forebyggelse af hjemme- og fritidsulykker.

Udover målsætninger relateret til risikofaktorer omfatter Folkesundhedsprogrammet desuden mål for aldersgrupperne børn, unge og ældre og de særlige risici, forudsætninger og forebyggelsesbehov, der er tilknyttet disse befolkningsgrupper. Ulykker bliver fremhævet som den hyppigste dødsårsag blandt børn, og det bliver understreget, at der stadig er behov for en markant indsats i forhold til trafikulykker og hjemme- og fritidsulykker med børn involveret. Blandt andet fremhæves det som væsentligt, at oplysningsindsatsen styrkes for at forebygge børneulykker, og at vidensgrundlaget i forbindelse med alvorlige produktrelaterede kvæstelser og dødsfald blandt børn videreudvikles. Hos den ældre del

af befolkningen fremhæves fald som en særlig stor risikofaktor, idet lårbenshalsbrud som følge af fald er den enkelsygdom, der beslaglægger flest sygehusedage. Det nævnes, at der er god viden om forebyggelse af faldulykker, og at denne viden skal udbredes. Blandt initiativerne for at sikre opretholdelsen af ældres sociale, fysiske og psykiske færdigheder lægges der vægt på, at amter og kommuner skal sikre en dækkende udbredelse af faldforebyggelse blandt såvel hjemmeboende som plejehjemsboere. Programmet fremhæver, at den forebyggende indsats skal indgå i de forebyggende hjemmebesøg. Specifikt nævnes det, at Sund By Netværkets materiale om faldforebyggelse skal udbredes til andre kommuner, skadestuer og sygehuse¹⁵.

I den nuværende regerings sundhedsprogram Sund Hele Livet er der identificeret otte risikofaktorer, som alle vurderes at være væsentlige i forebyggelsen af de store folkesygdomme og dødsårsager. Blandt de otte indgår ulykker, som samlet dækker over trafik-, arbejds- og hjemme- og fritidsulykker. Programmet fremhæver, at ulykker er den hyppigste dødsårsag op til 40 års alderen og årligt koster ca. 2400 mennesker livet. Faldulykker alene er skyld i 1200 menneskers liv om året, særligt blandt ældre over 80 år⁶. Ulykker bliver som de øvrige identificerede risikofaktorer gennemgået med hensyn til sundhedspolitiske mål, den nuværende situation og strategien for forebyggelse. Sund By Netværkets indsats i forbindelse med forebyggelsen af ulykker blandt børn og ældre fremhæves som et initiativ, regeringen også ønsker at fremme. Tilsvarende fremhæves de partnerskaber, som Netværket indgår i, som et vigtigt samarbejde i det forebyggende arbejde. Programmet pointerer vigtigheden af en vedholdende og differentieret indsats i forhold til de forskellige målgrupper, og at ulykkesforebyggelsen kræver en tværfaglig indsats med personlig kontakt for at være effektiv. Trafikulykker opfattes stadig som et område, der skal sættes målrettet ind overfor med fokus på udsatte grupper i trafikken og indsatser mod risikoadfærd.

Sund Hele Livet har foruden identificeringen af risikofaktorer også identificeret en række målgrupper og disses særlige sundhedsproblemer og muligheder for sundhedsfremmende tiltag i relation hertil. Børn, unge og ældre indgår sammen med gravide, voksne udsatte og langvarigt syge som grupper, den forebyggende indsats med fordel kan målrettes mod. Ligesom ved det foregående folkesundhedsprogram bliver ulykker fremhævet som den almindeligste dødsårsag blandt børn, hvilket kræver fastholdelse af fokus på det ulykkesforebyggende arbejde.

I forhold til de to folkesundhedsprogrammer har Sund By Netværkets valg af ulykkestemaet været aktuelt og relevant, og Netværkets fokus på hjemme- og fritidsulykker anerkendes i Sund Hele Livet. I Folkesundhedsprogrammet 1999-2008 pointeres, at der er behov for mere viden og udbredelse af information i forbindelse med børneulykker og i forbindelse med faldforebyggelse, og det fremhæves, at det er nødvendigt at udbrede den viden, som allerede eksisterer på området¹⁵. Sund Hele Livet fremhæver også disse aspek-

ter, som relaterer sig til Netværkets indsats, og supplerer desuden med at påpege vigtigheden af partnerskaber i sundhedsarbejdet for eksempel i mellem kommuner og amter⁶.

Internationalt er Sund By Netværkets arbejde påvirket af netværkssamarbejdet i WHO, hvor anbefalingerne fra Ottawa Charter (1986) og den efterfølgende Bangkok Charter (2005) udgør de overordnede strategiske rammer tillige med WHO's Health for All principper. Sund By Netværket indgår i Healthy Cities Network, hvor Athens Declaration (1998) og den efterfølgende Belfast Declaration (2003) udgør rammerne for arbejdet. Anbefalingerne fra disse dokumenter omhandler ikke specifikt ulykkesindsatsen, men beskæftiger sig i højere grad med grundlæggende handlingsstrategier og forpligtelser inden for arbejdet med lokal sundhedsfremme. WHO's Safe Community Network er et mere specifikt netværk for det ulykkesforebyggende arbejde, og et par af de danske Sund By Netværks medlemmer deltager i dette netværk.

Ottawa & Bangkok Charter opstiller de betydende faktorer for et succesfuldt internationalt engagement i arbejdet for at hæve den globale sundhedstilstand på tværs af lande, regioner, lokalsamfund og sociale grupper. Sundhedsfremme defineres i de to dokumenter som den proces, der giver mennesker øget kontrol med deres sundhed og de faktorer, der er afgørende for sundheden¹⁶⁻¹⁸. Lokalsamfundet fremhæves som en af de vigtige aktører i det sundhedsfremmende arbejde, både som effektiv aktør i styrkelsen af den lokale sundhed, men også som en aktør der med dets engagement kan fastholde regeringer og den private sektor i deres politik og praksis.

Athens og Belfast Deklarationerne fra henholdsvis 1998 og 2003 er udarbejdet af de europæiske Healthy Cities Network medlemmer. Athen deklARATIONEN (1998) opstiller fire overordnede principper for sundhed og bæredygtig udvikling. 1) reducere ulighed i sundhed i byerne, mellem køn og etniske grupper. 2) sikre bæredygtighed ved at implementerer økologiske politikker for miljøet, sensitiv udvikling med hensyn til at beskytte de svage, promovere køn og etnisk ligestilling og forhøje livskvaliteten blandt alle indbyggerne. 3) integrere sundhedsindsatsen i de øvrige sektorer for sammen at fremme sundheden mere effektivt. 4) international solidaritet med byer og regioner, gensidig deling af ressourcer, viden, information og erfaring. Yderligere opstilles der en række strukturelle faktorer, der skal skabe grundlaget for en bedre forankring af den forebyggende indsats blandt 'Healthy Cities'²¹. Belfast deklARATIONEN (2003) er en fornyet forpligtigelse af principperne og målsætningerne fra Athen deklARATIONEN²⁰.

Safe Community er det program, der i WHO fokuserer på skades- og ulykkesforebyggelse. Medlemmerne fordeler sig på store og små byer samt kommuner, amter og regioner. Som medlem skal man imødekomme følgende kriterier:

- En infrastruktur baseret på partnerskaber og samarbejde, der styres af en tværsektoriel gruppe med ansvar for ulykkes- og skadesforebyggelse i lokalsamfundet.
- Langsigtede og bæredygtige programmer der omfatter begge køn, alle aldersgrupper samt alle miljøer og situationer.
- Programmer der er målrettet mod højrisikogrupper og højrisikomiljøer, og programmer som fremmer sikkerhed og tryghed for udsatte grupper.
- Programmer som dokumenterer skadesfrekvens og årsagssammenhænge.
- Evalueringsmetoder til vurdering af programmer, processer og effekt af forandringer.
- Fortløbende deltagelse i nationale og internationale Safe Community netværk.

I det sikkerhedsfremmende arbejde fremhæves vigtigheden af at arbejde med adfærdsændringer, men også at de mest effektive ulykkesreducerende tiltag findes i forbindelse med ændringer i det fysiske miljø. Begge tilgange anses således for nødvendige i det forebyggende arbejde¹⁹.

Det internationale Safe Community netværk er en vigtig referenceramme for ulykkesarbejdet i Sund By Netværket. Ulykkesstyregruppen har i perioden arbejdet for at medlemmerne af Netværket også indgår, eller overvejer at indgå, som partnere i Safe Community Netværket. De danske medlemmer af dette netværk er i dag: Horsens og Nordborg kommune samt Fyns, Vejle, og Viborg amt.

EU har specifikt fokus på ulykker blandt ældre i deres EUNESE projekt. Dette er et 3-årigt projekt, der via netværksarbejde mellem medlemslandene skal harmonisere den forebyggende ulykkesindsats blandt ældre borgere i EU. Projektet skal identificere de mest effektive indsatser på området og formidle informationen til de beslutningstagere, der arbejder med sundhed for ældre²². Sund By Netværket, repræsenteret ved Ulykkesgruppens formand, deltager i arbejdet med at udvikle anbefalinger på ulykkesforebyggelsesområdet samt i forbindelse med sikkerhedsfremmende tiltag.

Det danske Sund By Netværk tilstræber løbende at tilpasse sig de kriterier, som lægges til grund for WHO's målsætninger og retningslinier. Netværket generelt og ulykkestemaet specifikt tager i deres arbejde og organisering udgangspunkt i disse retningslinier og deltager aktivt i det internationale arbejde. Overordnet i Netværket inddrages elementerne borgerinddragelse, tværsektoriel samarbejde og forankring, politik involvering og netværksbaseret samarbejde. Disse elementer influerer på arbejdet med alle Netværkets temaer – og således også i forbindelse med ulykkesindsatsen.

Nationale aktører på ulykkesområdet

Som nævnt i forrige kapitel opdeles ulykker generelt i tre kategorier; arbejdsulykker, trafikulykker samt hjemme- og fritidsulykker. Inden for hver af disse ulykkesområder findes nationale aktører, der er med til at sætte fokus på det forebyggende arbejde - enten som ansvarlig myndighed, i forskningsperspektiv eller som aktiv interessegruppe. Nedenfor er en kort gennemgang af de mest centrale myndigheder og institutioner, der er involveret i henholdsvis arbejds- og trafikulykker. Da hjemme- og fritidsulykker defineres som alle andre ulykker, gennemgås de relevante myndigheder og institutioner, der i mere eller mindre grad arbejder generelt med ulykker. Oversigten er ikke fyldestgørende og har kun inddraget de væsentligste aktører på ulykkesområdet.

Arbejdsulykker

I relation til arbejdsulykker har Beskæftigelsesministeriet ansvaret for regler og rammer for ansættelses- og arbejdsvilkår, arbejdsmiljø og arbejdsskader. Arbejdstilsynet, som hører ind under Beskæftigelsesministeriet, varetager tilsynet med de danske virksomheder og kontrollerer, om de lever op til arbejdsmiljøloven. Dette arbejde omhandler blandt andet udarbejdelsen af AT-vejledninger, der beskriver de generelle retningslinjer for, hvordan virksomheder kan forebygge arbejdsulykker ved hjælp af et højt sikkerhedsniveau²³. Arbejdsmiljøinstituttet (AMI), der er en sektorforskningsinstitution under Beskæftigelsesministeriet, producerer forskningsbaseret viden på arbejdsmiljøområdet med særlig henblik på en forebyggende indsats, herunder forskning i forebyggelse af ulykker og i årsager til fravær. AMIs Center for Forskning i Arbejdsulykker og Sikkerhed arbejder med at sikre øget viden og forståelse for virksomhedernes sikkerhedsarbejde og styrke forskningen i virksomhedsrettede interventioner for forbedret sikkerhed²⁴.

På landets sygehuse findes der en række Arbejdsmedicinske klinikker, der arbejder med forskning i blandt andet forebyggelse af arbejdsbetingede sygdomme og arbejdsulykker.

Arbejdsmiljørådet er det forum, hvor arbejdsmarkedets parter drøfter og samarbejder om et sikkert og sundt arbejdsmiljø på danske arbejdspladser. Rådet følger kontinuerligt udviklingen inden for arbejdsmiljø og rådgiver løbende beskæftigelsesministeren. På den måde deltager rådet aktivt i at tilrettelægge og gennemføre den samlede arbejdsmiljøindsats²⁴.

Bedriftssundhedstjenesten (BST) er et privat rådgivningsfirma, der rådgiver virksomhederne og giver dem den nødvendige faglige støtte til, at de kan leve op til arbejdsmiljølovens målsætning om et sikkert og sundt arbejdsmiljø. BST skal være med til at forebygge arbejdsmiljøskader, herunder arbejdsulykker, erhvervs sygdomme og nedslidning, ved at bekæmpe påvirkninger i arbejdet som fysisk eller psykisk virker skadelige²⁵.

Branchearbejdsmiljørådene (BAR) er 11 brancheopdelte råd, som består af repræsentanter for arbejdsmarkedets parter. De kortlægger branchens særlige arbejdsmiljøproblemer og hjælper virksomhederne med at løse dem ved blandt andet at lave information, temamøder, uddannelse og foreslå forskning²⁶.

Trafikulykker

Transport- og energiministeriet arbejdsområde omfatter veje og færdsel, broer, jernbane, kollektiv trafik, havne, luftfart og energi. Hertil kommer opgaver vedrørende for eksempel post, meteorologi, de danske kyster og transportforskning. Vejdirektoratet hører under Transport- og energiministeriet og har som hovedopgaver at drive og vedligeholde statsvejene og løser endvidere en række opgaver i forhold til den samlede danske vejsektor, blandt andet indsamling og bearbejdning af vej-, trafik- og uheldsdata, trafiksikkerhed, miljøforhold samt udarbejdelse af vejregler²⁷.

Danmarks Transportforskning er et sektorforskningsinstitut under Transport- og Energi ministeriet. Instituttet forsker blandt andet i årsager til ulykker og metoder til prioritering af indsatser, så det er muligt at foretage de mest hensigtsmæssige forebyggende foranstaltninger og at vurdere effekter af forskellige forslag. Havarikommissionen for Vejtrafikulykker (HVU) hører også under Transport og energiministeriet og foretager tværfaglige dybdeanalyser af hyppigt forekommende alvorlige ulykkestyper for hermed er at få et mere præcist billede af omstændighederne ved ulykkerne og en større viden om de bagvedliggende faktorer²⁷.

Ulykkes Analyse Gruppen (UAG) er en interessegruppe med tilknytning til Syddansk Universitet og en del af Ortopædkirurgisk afdeling ved Odense Universitetshospital. UAG har blandt andet fokus på trafikulykker. Ulykkesdata bearbejdes af sekretariatet i samarbejde med interesserede læger og andre med interesse for ulykkesforebyggelse²⁸.

Rådet for Større Færdselssikkerhed har som formål at begrænse antallet af dræbte og kvæstede i trafikken. Strategien for arbejdet er at fremme færdselssikkerheden ved at skabe et større kendskab til de farer og vanskeligheder, danskerne møder i trafikken. Rådet informerer og formidler ny viden om færdselssikkerhed for derved at påvirke alle danskeres trafikale holdninger og adfærd i en mere sikker retning²⁹.

Dansk Cyklist Forbund er en interesseorganisation, der arbejder for større sikkerhed og fremkommelighed for cyklister. Målet er at få flere på cykelstierne, og at det skal være sjovt og trygt at cykle for alle. DCF står bag kampagnerne: Alle Børn Cykler, Vi cykler til arbejde og Store Cykeldag. DCF sidder med ved bordet, når der diskuteres trafikpolitik i en række råd og kommissioner³⁰.

Hjemme- og fritidsulykker (ulykker generelt)

Beredskabsstyrelsen leder det statslige redningsberedskab og forestår koordineringen af den civile sektors beredskab. Redningsberedskabets hovedopgave er at forebygge, begrænse og afhjælpe skader på personer, ejendom og miljø ved ulykker og katastrofer³¹.

Forbrugerstyrelsen er en styrelse under Ministeriet for Familie- og Forbrugeranliggender. Forbrugerstyrelsen arbejder blandt andet med at understøtte forbrugernes og virksomhedernes valgmuligheder på markedet, at sikre forbrugernes sikkerhed og sundhed og at tilvejebringe uvildige testresultater³².

Sikkerhedsstyrelsen er en del af Økonomi- og Erhvervsministeriets. Styrelsens opgaver omfatter blandt andet den generelle produktsikkerhed, herunder kontrol af sikkerheden i produkter til småbørn og andre forbrugerprodukter samt sikkerhed i forbindelse med fyrværkeri³³.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets ministerområde består af et departement samt en række styrelser, råd og nævn. Sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, herunder forebyggelse af ulykker, indgår naturligt i en række af ministeriets arbejdsområder. Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse beskæftiger sig med fyrværkeriulykker ikke mindst gennem kampagner, der skal begrænse antallet af skader forårsaget af fyrværkeri³⁴.

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har beskæftiget sig med ulykker som et selvstændigt forskningstema siden 1999, hvor Center for Ulykkesforskning (CUF) blev oprettet. Centeret driver Ulykkesregisteret, som er et skadestuerregister baseret på indberetninger fra fem skadestuer. Formålet med Centerets arbejde er at gennemføre forskning og udredning om ulykkesforekomsten i Danmark og koordinere og formidle information om dansk ulykkesforskning til brug for tilrettelæggelsen af en rationel indsats inden for ulykkeforebyggelsen. Arbejdet består af at monitorere udviklingen i ulykkesforekomsten totalt og inden for forskellige typer af ulykker samt at analysere forhold af betydning for ulykkesforekomsten og konsekvenserne af ulykker. Statens Institut for Folkesundhed beskæftiger sig endvidere med evaluering af den forebyggende indsats³⁵.

Komiteen for Sundhedsoplysning er en almennyttig forening, der samarbejder med mange organisationer og offentlige organer om sundhedsoplysning. Komiteens hovedaktivitet er udgivelse og distribution af sundhedsoplysende materialer samt afholdelse af møder og kurser.

Dansk Selskab for Ulykkes- og Skadeforebyggelse har til formål er at fremme, koordinere og formidle forskning relevant for ulykkes- og skadeforebyggelse i Danmark. Selskabet er medlem af Dansk Medicinsk Selskab³⁶.

Forbrugerrådet er en uafhængig forbrugerorganisation, der varetager alle forbrugeres interesser overfor erhvervsliv og myndigheder. Forbrugerrådet har til formål at skabe forandring til gavn for forbrugerne og arbejder for, at produktion og forbrug - lokalt og globalt - foregår på et etisk og miljømæssigt forsvarligt grundlag³⁷.

Rådet for større badesikkerhed er en almennyttig og humanitær organisation, som har til formål at øge sikkerheden omkring såvel naturlige som kunstige vandområder. Rådet tager initiativer til forebyggelse af ulykker i forbindelse med de nævnte områder, vejleder lovgivere og fremstiller oplysningsmateriale³⁸.

Giftlinjen, som drives af Bispebjerg Hospital, er en telefonrådgivning, hvor alle danskere kan få råd og hjælp i tilfælde af forgiftning. Giftlinjens viden om forgiftninger udnyttes til at identificere farlige produkter og situationer, som indebærer en særlig risiko for forgiftning. Når det sker, tager Giftlinjen kontakt til forhandlere eller myndigheder med ansvar på området. Andre væsentlige opgaver for Giftlinjen er forskning og udvikling indenfor forgiftningsområdet, undervisning, bidrag til beredskabet overfor forgiftningskatastrofer og rådgivning af myndigheder³⁹.

Safe community er allerede omtalt i forbindelse med de internationale partnerskaber, der har betydning for Sund By Netværket og dets ulykkesforebyggende arbejde. Netværkets danske medlemmer forpligter sig til at arbejde med ulykkes- og skadesforebyggelse og skabe et sikkert og trygt miljø for deres borgere.

Sund By Netværket har i sit ulykkestema fokuseret på ældres faldulykker samt børneulykker. Som det fremgår af ovenstående er der for arbejdsulykker og trafikulykker en række veletablerede og forankrede myndigheder og organisationer, og der er fastsat lovgivning både i forbindelse med arbejdsmiljøloven og ved færdselsregler for gående og kørende. For ulykker på hjemme- og fritidsområdet er der i højere grad tale om forskellige aktører, der arbejder enten meget generelt med området eller har et særligt nicheområde, eksempelvis produktsikkerhed, fyrværkerisikkerhed og badesikkerhed. Sund By Netværkets fokus på ældres faldulykker og børneulykker er således velvalgt i og med, der ikke samtidig har været andre aktører, der har taget sig af samme opgave.

Ulykkestemaets finansielle muligheder

Sund By Netværket har siden sin oprettelse fået finansiell støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet til at udvikle relevant materiale, implementere det i Netværket og sprede det og de opnåede erfaringer til hele landet. Ved etableringen af det danske Sund By Netværk støttede ministeriet Netværket med at varetage sekretariatsfunktionen og bevilgede midler til udvikling af aktiviteter, som Netværket i samarbejde med ministeriet prioriterede. Efter at Netværket har indført medlemskontingent og selv varetager sekretariatet og

udgifterne til driften, har ministeriet inddraget det fastafsatte beløb, og i stedet søges der nu årligt pulje- og fondsmidler til aktiviteter prioriteret internt i Netværket.

I perioden 1998 til 2005 har ulykkestemaet gennemført aktiviteter for 2.148.500 kr.⁸⁻¹² (dette omfatter ikke personaleressourcer). Disse økonomiske ressourcer fordeler sig med 1.060.000 kr. i forbindelse med forebyggelse af ældres faldulykker, 963.500 kr. til forebyggelse af ulykker blandt børn og unge og 125.000 til en række aktiviteter, der ligger udenfor de to hovedområder. De enkelte aktiviteter opstillet nedenfor vil blive beskrevet i kapitel 3.

Faldulykker:

Ældres faldulykker (3 håndbøger)	480.000
Inspirationsfoldere til fagpersoner der foretager opsøgende hjemmebesøg	240.000
Faldforebyggelse i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg	185.000
Hoftebeskyttere	92.000
Gå-ture som sundhedsfremmende metode blandt ældre	63.000

Børneulykker:

Børneulykker	673.500
Førstehjælp ved småskader og ulykker - Mestring	290.000

Andre projekter:

Ulykkesregistrering	50.000
Trafiksikkerhed i virksomheder	25.000
Ulykkes- og skadesforebyggelse i Danmark	50.000

Aktiviteterne, som ulykkestemaets har søgt støtte til, har alle opnået den budgetterede økonomiske støtte fra ministeriet. Styregruppen for ulykkestemaet fremhæver, at den økonomiske ramme ikke har været en begrænsning for de aktiviteter, man gerne har villet arbejde med og sætte i gang. Styregruppens medlemmer har haft relevant erfaring med udvikling af aktiviteter med ekstern finansiering, og dette har resulteret i udarbejdelsen af realistiske budgetter. Arbejdet med projekter i Sund By Netværket er at betragte som en indsats udover medlemmernes øvrige professionelle forpligtigelser, hvilket er med til at begrænse omfanget af aktiviteter, der sættes i gang. Desuden har det været Netværkets udgangspunkt at arbejde med projekter, der kan være til gavn i andre kommuner og amter, og som kan indgå i den daglige drift; disse forhold har yderligere medvirket til at dimensionere aktiviteterne. Styregruppens formænd for henholdsvis ældres faldulykker og børneulykker har derfor ikke i perioden 1998 til 2005 oplevet, at ønskede aktiviteter ikke har været mulige at gennemføre.

Overordnet set kan det konstateres, at Sund By Netværkets ulykkestema varetager et ulykkesområde, som løbende inddrages i de nationale handleplaner på folkesundhedsområdet, og som må anses som relevant, i og med hjemme- og fritidsulykker udgør langt størstedelen af de ulykker, der sker i befolkningen. Til trods for dette er der meget få centrale aktører på området, sammenlignet med områderne arbejdsulykker og trafikulykker. Ulykkesgruppens arbejde har fordelt sig ligeligt mellem børneulykker og faldulykker blandt ældre, og de projekterede aktiviteter er alle blevet støttet med de budgetterede beløb.

3. Indsatserne i perioden 1998-2005

Siden 1998 har Sund By Netværket under ulykkestemaet beskæftiget sig med at reducere ulykker blandt befolkningsgrupperne 0-15 år og 65+ år, og i løbet af 2004 og 2005 har man afsluttet de ulykkesforebyggende projekter. Dette afsnit gennemgår de ulykkesforebyggende projekter, som Sund By Netværket har planlagt og gennemført i perioden 1998-2005. Projekterne er blevet identificeret i samarbejde med styregruppen.

Styregruppen for ulykkestemaet har løbende udarbejdet Handlings- og perspektivplaner, som har omtalt afsluttede, igangværende og planlagte projekter. Handlings- og perspektivplanerne er blevet godkendt i af Netværkets plenum og har desuden omtalt målsætninger, plangrundlag samt de økonomiske rammer for arbejdet. I perioden omfattet af evalueringen er der udarbejdet Handlings- og perspektivplaner for 1998-2002, 2000-2004, 2002-2005, 2003-2006 og 2004-2006. I handlings- og perspektivplanerne er projekterne delt op i hovedområderne Faldulykker blandt ældre, Fritidsulykker blandt børn og unge samt et tredje område med andre projekter, der beskæftiger sig med et bredere ulykkesperspektiv. Dette tredje område er i de seneste to Handlings- og perspektivplaner blevet omtalt som Kvalitetssikring og innovation. Projekterne, der er listet op nedenfor, repræsenterer overordnede projekter i perioden 1998-2005, og består alle af en eller flere delprojekter.

Faldulykker:

- Håndbøger i faldforebyggelse
- Inspirationsfoldere til fagpersoner, der foretager opsøgende hjemmebesøg
- Faldforebyggelse i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg
- Hoftebeskyttere
- Gå-ture som sundhedsfremmende metode blandt ældre

Børneulykker:

- Børneulykker
- Førstehjælp ved småskader og ulykker - mestring

Kvalitetssikring og innovation:

- Ulykkesregistrering
- Trafiksikkerhed i virksomheder
- Ulykkes- og skadeforebyggelse i Danmark

Projekterne og de tilhørende delprojekter vil nedenfor blive beskrevet med hensyn til formål, indhold og præstationer, idet beskrivelsen af præstation omfatter det umiddelbare resultat af aktiviteten (antal produkter, møder eller lignende). Effekten af indsatsen vil

blive diskuteret i kapitel 6. Inden for hvert hovedområde gennemgås de overordnede projekter og delprojekterne kronologisk.

Faldulykker

Baggrunden for at beskæftige sig med forebyggelse af faldulykker var ifølge styregruppen, at der i forbindelse med hjemme- og fritidsulykker overordnet set var tale om et nicheområde, som ikke var velorganiseret af andre aktører. Samtidigt mente styregruppen for ulykkestemaet, at der var et stort potentiale i at reducere dette problem.

Håndbøger i faldforebyggelse

I perioden 1994-1998 gennemførte Københavns Kommune Sund By projektet Forebyggelse af fald blandt ældre. Projektet havde til formål at nedbringe antallet af faldulykker og antallet af svære skader efter fald blandt ældre og fokuserede på temaerne faldrisici, forebyggelse og sundhed. Projektet bestod af undervisning i faldforebyggelse for relevante faggrupper, mere fokus på registrering og analyser af fald samt forslag til forebyggende og sundhedsfremmende initiativer. Personalet i social- og sundhedsvæsenet var en vigtig målgruppe for projektet, og der blev i projektperioden blandt andet udviklet 'faldmapper' til fagpersonalet med konkret beskrivelse af interventionsmetoder til forebyggelse af fald blandt ældre. Som følge af de positive erfaringer Københavns Kommune opnåede med hensyn til inddragelse af fagpersonale og de ældre, besluttede Sund By Netværket i 1998 at sammenfatte og videreformidle metoden til hele Netværket.

Good practice workshop om forebyggelse af ældres faldulykker

I februar 1998 afviklede styregruppen for ulykkestemaet en workshop med det formål at samle en gruppe eksperter med viden inden for ældres faldulykker. Med afsæt i diskussionerne fra workshoppen skulle der udvælges et sæt kvalitetsmodeller inden for forebyggelse af ældres faldulykker, som skulle ligge til grund for udarbejdelsen af en håndbog om ældres faldulykker.

Der foreligger ingen information vedrørende antal deltagere, den faglige sammensætning eller det konkrete resultat af denne workshop, udover at aktiviteten indgik som det indledende tiltag for udviklingen af tre håndbøger i faldforebyggelse.

Håndbøger om forebyggelse af fald på hospitalet, på plejehjemmet og i hjemmet

Håndbøgerne i faldforebyggelse blev udviklet med afsæt i en omskrivning og udbygning af de faldmapper, som Københavns Kommune havde udviklet, og med inddragelse af den viden og de konklusioner, som workshoppen havde resulteret i. Der blev udviklet tre håndbøger, der henvendte sig til de tre arenaer hospitalet, plejehjemmet og hjemmeplejen.

Formålet med håndbøgerne var at implementere dokumenteret viden om faldforebyggelse i de daglige rutiner på hospitaler og den primære sundhedstjeneste og at udvikle aktiviteter og samarbejdsmodeller på tværs af faggrænser og sektorer for at nedbringe antallet af faldulykker og antallet af svære skader efter fald blandt ældre.

De tre håndbøger tog udgangspunkt i hver deres arena for forebyggelse, og dermed målrettede de deres information til netop de fald og forebyggelseskarakteristika, der forekommer i de tre miljøer. Bøgerne indeholdt dog flere fælles afsnit. Baggrundsafsnittet orienterede om faldulykkers omfang, det videnskabelige grundlag for fald og forebyggelse samt strategien for det videre arbejde. Det efterfølgende afsnit omhandlede processen fra registreringen af et fald til udviklingen af kvalitetssikret faldforebyggelse. Bøgerne gav specifikke eksempler på måling af kvalitet i de tre arenaer med udgangspunkt i en opstillet problemformulering, en ideel tilstand og identificering af relevante målbare indikatorer. Håndbøgerne indeholdt også en standard for registrering af fald med retningslinier for hvornår, hvordan, hvad og hvem der bør registrere. De tre håndbøger benyttede identiske registreringskemaer. Et andet fælles element var en gennemgang af 'Samtalen i (fald)forebyggelsen' - et redskab til at afklare ønsker og behov blandt ældre for forebyggelsestiltag, som den enkelte patient/beboer kan være med til at effektuere og efterleve. De to håndbøger, der omhandlede faldforebyggelse i hjemmet og på plejehjemmet, præsenterede endvidere en model for mestring af alderdommen, der gennemgik mestring som en proces påvirket af forskellige mestrings-strategier. Desuden præsenteredes 'balancecirklen' for at forklare, hvilke faktorer der spiller ind i forbindelse med risikoen for fald.

Håndbogen i faldforebyggelse på hospitalet gennemgik, foruden de ovenfor beskrevne fælles afsnit, også vigtigheden af at foretage en udredning af den faldne patient for at få bedre viden om forebyggelse og helbredsmæssige konsekvenser af fald. I håndbogen blev erfaringer og anbefalinger fra faldforebyggende projekter fra Danmark, Sverige og USA gennemgået. Der blev givet forslag til et kursus om forebyggelse af fald, som de relevante afsnit på hospitalet kunne etablere, med forslag til kursusplan og kursusevaluering. Kurset tog udgangspunkt i et initiativ udviklet af H:S Kommunehospitalets tværfaglige faldteam på de geriatriske afdelinger, og som var blevet implementeret som patientkurser i daglig praksis.

Håndbogen i faldforebyggelse på plejehjemmet gennemgik, foruden fællesafsnittene, praktiske erfaringer fra Vejle Amt, som i perioden 1988-1989 gennemførte et projekt med fokus på hjemmeplejen og fald, samt et projekt om faldforebyggelse blandt ældre i Københavns kommune i årene 1994-1998.

Håndbogen i faldforebyggelse i hjemmet præsenterede faldforebyggelse som et integreret element af det forbyggende hjemmebesøg. Formålet med hjemmebesøget opsummeredes, og 'den strukturerede samtale' som et centralt og vigtigt værktøj blev gennemgået.

De tre håndbøger blev afsluttet af identisk materiale, der behandler nyttige øvelser, der kan medvirke til større velvære, og som er forebyggende i forhold til en lang række gener, der kommer med alderen. Faldteknikker blev præsenteret sammen med gode råd til fodtøj, kost og boligindretning.

Håndbøgerne blev uddelt i 3.000 eksemplarer primært til Netværkets medlemskommuner og amter og blev desuden introduceret på møder i hver medlemskommune eller amt. Hovedforfatterne introducerede indholdet af håndbøgerne og beskrev, hvordan man registrerede ulykker på henholdsvis sygehuset og i hjemmeplejen. Møderne blev afholdt med udgangspunkt i Sund By medlemskabet, og de tiltænkte brugergrupper blev inviteret til at deltage i et fælles møde.

Erfaringsopsamling vedrørende brugen af håndbøgerne

Sund By Netværket gennemførte en erfaringsopsamling af håndbøgerne ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse i slutningen af 1999.

Formålet for opsamlingen var at belyse, om håndbøgerne var brugbare, og om hospitaler, plejehjem og hjemmeplejen brugte dem. Desuden skulle det vurderes, om netværkstankegangen virkede med hensyn til udviklingen af et modelprojekt og efterfølgende spredning til Netværkets medlemmer. Endelig skulle opsamlingen belyse, om der var basis for en yderligere evaluering af indsatsen.

Rammen for erfaringsopsamlingen var en kort tidsplan og et begrænset ressourceforbrug uden mulighed for at rykke respondenterne for svar. Spørgeskemaet blev distribueret til de relevante institutioner blandt Netværkets medlemmer via kommunernes og amternes Sund By koordinatører på baggrund af en intern registrering af hvem, der havde modtaget håndbøgerne, samt til dem der havde bestilt håndbøgerne direkte gennem projektkonsulenten. København, Herlev og Holbæk deltog ikke i undersøgelsen, da de havde implementeret indsatsen tidligere end det øvrige netværk. Modtagerne på registreringslisterne varierede fra en hel kommune til en afdeling i en institution. Sund By Netværket gjorde i forbindelse med opsamlingen derfor opmærksom på, at et skema kunne repræsentere for eksempel hele ældreafdelingen i en lille kommune, et område i en større kommune eller for eksempel en enkelt afdeling på et sygehus. Derudover fremhævede Netværket, at der ved denne evaluering ikke var belæg for at vide, om alle brugerne af håndbøgerne deltog i undersøgelsen.

Sund By Netværket bestod af 136 kommuner og 39 hospitaler ved undersøgelsestidspunktet, foruden København, Herlev og Holbæk. Besvarelserne omfattede 110 svar fra 68 kommuner og 40 svar fra 22 hospitaler samt 25 besvarelser fra 'øvrige' (hjælpemiddelcentraler, sygepleje-, social-, og sundhedsskoler samt Sund By Butikker). Spørgeskemaundersøgelsen blev dermed besvaret af 175 enheder, hvilket svarer til cirka 50% af dem, der modtog skemaet.

Samlet set var der 157 tilbagemeldinger der tilkendegav, at Sund By Netværkets initiativ var relevant, 138 syntes at håndbøgerne lettede arbejdet med faldforebyggelse, 132 var i gang med at implementere håndbøgerne, og 77 ville gerne deltage i yderligere evaluering. Tilbagemeldingerne syntes endvidere at vise, at indsatsen havde en mere blivende karakter, idet 54 af besvarelsenerne oplyste, at de gennemførte registrering af fald, 45 havde udpeget ansvarlige kontaktpersoner, og 34 havde inddraget faldforebyggelse i deres målsætninger. I Sund By Netværkets opsamling af undersøgelsen blev der lagt vægt på, at resultaterne skulle ses i lyset af, at undersøgelsen var blevet sat i gang 6-10 måneder efter introduktionsmøderne, og at man kunne forvente en større inddragelse af håndbøgerne i det daglige arbejde, hvis undersøgelsen havde ligget senere.

Blandt de 40 besvarelser fra hospitalerne tilkendegav 25 afdelinger fordelt på 13 hospitaler, at de brugte håndbøgerne. De øvrige 15 afdelinger svarede, at de ikke brugte håndbøgerne på undersøgelsestidspunktet, fordi de på afdelingen allerede havde forebyggede indsatser mod fald, havde ringe kendskab til håndbøgerne, anså det som et irrelevant tiltag eller havde manglende tid eller ressourcer til at sætte et sådan projekt i gang. Blandt de 110 besvarelser fra kommunerne tilkendegav 85 svar fordelt på 54 kommuner, at de brugte håndbøgerne. De 25, der ikke brugte håndbøgerne på undersøgelsestidspunktet, begrundede det med, at de allerede havde implementeret faldforebyggelsestiltag, eller at der ikke var ressourcer til det. Blandt de øvrige adspurgte var der tre ud af 25, der ikke benyttede bøgerne.

Formidling af håndbøgerne uden for Netværket

Tilbagemeldingerne fra opsamlingen af brugen og nytten af håndbøgerne sammenholdt med udmeldingen i Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008 om udbredelse af faldforebyggende tiltag resulterede i, at Netværkets faldforebyggelsesgruppe i slutningen af 2000 distribuerede håndbøgerne til de øvrige amter og kommuner i landet. Foruden udsendelse af 700 håndbøger til landets hospitaler samt 1300 til amter og kommuner (ligeledes fordelt på forebyggelse af fald i plejehjem og i hjemmet) blev der sendt håndbøger til social- og sundhedsassistentskoler og sygeplejeskoler.

Inspirationsfoldere til fagpersoner

I forbindelse med videreudviklingen og implementeringen af indsatsen for forebyggelsen af faldulykker, udviklede Storstrøms Amt seks temabaserede foldere. Folderne henvendte sig til de ældre og blev formidlet i forbindelse med hjemmebesøg. Folderne informerede om følgende forholds betydning for ældres sundhed og årsager til fald: kost, motion, væske, medicin, påklædning, boligindretning og fællesskab. I Horsens Kommune blev en lignende folder om sovemedicin udviklet. De syv tematiske foldere blev samtidigt suppleret med en kort oversigtsfolder, der ridsede de syv områder op. Senere fulgte yderligere to foldere om henholdsvis Syn og briller og Fødder og fodtøj.

Forebyggelsesinformation om ældres faldulykker

De syv temafoldere informerede om følgende: 1) Gode kostråd og konsekvenserne af dårlig ernæring samt vigtigheden af at undgå væskemangel, 2) En gennemgang af indtagelsen af medicin og risikoen for fald i forbindelse med bivirkninger, 3) Hvordan man vedligeholder kroppen ved at motionere, 4) Betydningen af for lidt søvn, og rådgivning om hvordan man kan forbedre sin søvnrytme, 5) Præsentation af hvad der karakteriserer hensigtsmæssigt tøj at bevæge sig i, 6) Forslag til at sikre indretning af boligen samt 7) Vigtigheden af samvær med andre.

Storstrøms Amt og Horsens Kommune havde med god erfaring benyttet folderne i forbindelse med de forebyggende besøg af kommunens hjemmepleje. Faldforebyggelse blev drøftet ved hjemmebesøgene, og de relevante foldere udleveret afhængig af hvilke temaer der blev diskuteret. På baggrund af de positive erfaringer besluttede Ulykkesgruppen at distribuere 20.000 foldere til hele Netværket.

Der var særlig efterspørgsel på folderne vedrørende væske, kost og søvn samt oversigtsfolderen, og et økonomisk overskud blev i midten af 2002 brugt til at trykke yderligere 10.000 foldere til Netværket. I 2004 var restlageret af folderne ved at gå i nul. Folderne har aldrig været genstand for en formel evaluering, men Netværket og styregruppen for ulykkesforebyggelse har fået flere positive tilkendegivelser og yderligere efterspørgsel på eksemplarer.

Syn og briller; Fødder og fodtøj

Ulykkesgruppen udgav på baggrund af efterspørgsel yderligere to foldere i 2004. Folderne omhandlede dels sammenhængen mellem syn og balance og gode råd til at forbedre et nedsat syn, dels vigtigheden af valg af fodtøj og pleje af fødderne for at stå godt samt forslag til gymnastik for tæer og fødder. Det faglige indhold blev udviklet af Ulykkesgruppen i Sund By Netværket med faglig konsultering af Lis Puggård, lektor ved Institut for Idræt på Syddansk Universitet.

Der blev udsendt 2.000 foldere til amterne og 1.000 foldere til kommunerne i Netværket. Derudover blev foldere sendt ud til koordinatorene, for at de kunne videregive materialet til sygeplejeskoler, social- og sundhedsassistentskoler, Sund By Butikker, biblioteker, praktiserende læger, relevante sygehusafsnit m.fl. Ligesom de første syv temafoldere har heller ikke de to supplerende foldere været fulgt op med hensyn til udbredelse eller brugertilfredshed. Der er dog efter sigende stadig efterspørgsel på de supplerende foldere, der bruges ved opøgende hjemmebesøg.

Faldforebyggelse i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg

For yderligere at styrke faldforebyggelsen i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg arrangerede Sund By Netværket en række kurser for relevante fagpersoner i hele landet.

Forløbet bestod af inspirationsdage fulgt op året efter af kurser med mere intensiv undervisning og øvelser i kommunikation og samtaleteknik.

Inspirationsdage

Formålet med inspirationsdagene var, at deltagerne blev opdateret med den nyeste viden om balance og bevægelse og præsenteret for de seneste erfaringer og anbefalinger inden for faldforebyggelse. Dagene henvendte sig til fagpersoner, der foretog forebyggende hjemmebesøg hos ældre over 75 år.

Kursusdagen var delt op i to sessioner. Den først del var en gennemgang af sammenhængen mellem balance og bevægelse, samt fysiologiske faktorer med betydning for forbedret balanceevne og sikker bevægelse såsom: det sensoriske system (syn og vestibulær systemet), centralnerve systemet og muskelskelet systemet. Den anden del omhandlede faldforebyggelse med erfaringer og anbefalinger fra Københavns Kommune. Der blev lagt vægt på følgende tiltag: brugen af hoftebeskyttere, at gøre de ældre mere fysisk aktive samt det forebyggende hjemmebesøgs mulighed for at identificere risikoadfærd og faktorer i forhold til mulige faldulykker.

Som udgangspunkt skulle kurset udbydes fem forskellige steder i landet, og der forventedes 100 deltagere ved hvert kursus. Der blev afholdt inspirationsdage i Åbenrå, Dianalund, Skive, København og Horsens i perioden januar til marts 2002; hvert kursus havde deltagelse af 40-50 personer. Kursusarrangørerne var tilfredse med tiltaget og oplevede stort engagement fra deltagerne, og deltagerne efterlyste lignede tilbud i andre relevante forebyggelsesemner som en mulighed for efteruddannelse. Styregruppen for ulykkestemaet vurderede efterfølgende, at tiltaget kunne udvikles til yderligere inspirationsdage med forskellige forebyggelsesemner, som afspejlede den aktuelle debat og forskning.

Samtalen i faldforebyggelse

I forlængelse af inspirationsdagene afholdt ulykkesgruppen en række to-dages kurser om samtalen i forebyggelsen med udgangspunkt i praksisbeskrivelser om faldulykker. Formålet var at give et tilbud til medarbejdere, der foretager forebyggende hjemmebesøg til ældre over 75 år, om at dygtiggøre sig i samtalen om forebyggelse af faldulykker og derved forbedre deres kompetence på kommunikationsområdet.

De fire planlagte kurser blev afholdt i Vordingborg, Vejle, Vestsjællands Amt og Viborg i perioden november 2003 til januar 2004. Der var i alt 53 deltagere til de fire kurser.

Kurserne satte fokus på kommunikation og samtale med stor vægt på at skærpe den sansede opfattelse. Deltagerne fik konkrete redskaber til at opfatte og anvende iagttagelser, samt til verbal og nonverbalkommunikation for at styrke samtalens dynamik. De centrale temaer var: hvordan en samtale kan ledes, hvordan en stillestående samtale brydes, og hvordan de ældre kan coaches og motiveres via samtale.

Hvert kursus blev afsluttet med en deltagerevaluering. Styregruppen for ulykkestemaet konkluderede på baggrund af 40 returnerede spørgeskemaer, at der generelt havde været stor tilfredshed med kursets indhold og forløb. Ligeledes havde flertallet af deltagerne fået tilført ny viden, og de forventede, at kursets teorier og teknikker ville kunne anvendes i deres daglige arbejde. Den relevante faggruppe for kurset lagde desuden vægt på, at det var et godt efteruddannelses tilbud, og at det var vigtig at samles med kollegaer i et ellers meget isoleret dagligt arbejde.

Hoftebeskyttere

Københavns Kommune gennemførte i perioden 1994 til 1998 et projekt med uddeling af gratis hoftebeskyttere til personer med risiko for lårbenshalsbrud. Efterfølgende faldt forekomsten af lårbenshalsbrud blandt kommunens borgere på 64 år eller ældre med 21%, målt i perioden 1994–2003. Sund By Netværket ønskede at sprede erfaringerne fra denne indsats til de øvrige kommuner og amter i Danmark.

Informationshæfte: Hoftebeskyttere – erfaringer fra Københavns Kommune

Informationshæftet blev produceret for at informere amtslige og kommunale institutioner om tilbud, administration og praktisk anvendelse af hoftebeskyttere, herunder inspiration til tværsektorielt samarbejde. Hæftets formål var at inspirere amter og kommuner til at gennemføre lignende tiltag som Københavns Kommune med brug af hoftebeskyttere, og derfor var projektet målrettet beslutningstagere, administratorer, ledere og konsulenter på ældreområdet. Hæftet fokuserede på at forebygge konsekvenserne af fald frem for forebyggelse af selve faldet.

Hæftet informerede om årsagen til fald, og om hvordan lårbenshalsbrud opstår. Derudover blev hyppigheden af hoftebrud præsenteret, og hoftebeskyttere blev introduceret som et effektivt forebyggende tiltag. Endvidere blev der i hæftet videregivet erfaringer og anbefalinger fra Københavns Kommune vedrørende hoftebeskyttermodel, brug af faglig vejledning og praktiske oplysninger i forbindelse med de ældres behov for at afprøve hoftebeskyttere og bruge dem i hverdagen. Hæftet blev trykt i 30.000 eksemplarer og udsendt til koordinatorene i Netværket med information om, hvem hæftet var rettet mod til videre distribution. Desuden blev amter og kommuner uden for Netværket informeret om hæftet, som de efterfølgende kunne rekvirere. Der er ikke blevet fulgt op på, hvem der modtog informationen, og der er heller ikke kendskab til, om informationen har resulteret i eller været med til at inspirere til brug af hoftebeskytter blandt ældre med risiko for fald.

Gå-ture som sundhedsfremmende metode blandt ældre

I 2000 blev der i en kommune i Storstrøms Amt gennemført et pilotprojekt med formålet at forbedre ældres fysiske tilstand og udvide deres sociale netværk ved hjælp af fælles gå-ture. Gå-ture projektet gav mulighed for at deltage i udendørs gå-ture af ca. 30 minutters varighed tre til fem gange om ugen i otte uger. Projektet blev oprettet som et tilbud til ældre mennesker, der normalt ikke var fysisk aktive. I foråret 2005 havde syv kommuner i

amtet igangsat gå-ture projektet, og mindst 350 ældre havde deltaget i gåturene. Projektet var emne for en MPH afhandling, der havde til formål at belyse oplevelsen hos de ældre mennesker, der havde deltaget i og gennemført et otte ugers projektforsøg. Afhandlingen undersøgte blandt andet, hvilke overvejelser deltagerne havde gjort sig i forbindelse med tilmeldingen til gå-ture projektet og deres oplevelse af, hvordan projektet havde påvirket dem. Afhandlingen tog udgangspunkt i de borgere, der havde der tilmeldte sig projektet i starten af 2000. Konklusion på afhandlingen fremhævede, at gå-ture projektet gav deltagerne en følelse af at gøre noget godt for sig selv og en oplevelse af gradvis øget mestringsevne. Desuden stabiliserede turene den fysiske form, gav øget energi og godt humør⁴⁰.

På baggrund af erfaringer i Storstrøms Amt blev det besluttet at sprede kendskabet til projektet ud til resten af Sund By Netværket.

Videreformidling af projektet og metodehåndbogen

Erfaringerne og anbefalingerne fra Storstrøms Amt blev formidlet via en kort håndbog, som var tilgængelig på Netværkets hjemmeside sammen med relevant materiale til lokal formidling og projektopstart. Også gennemførelsen af fire temaaftermiddage, hvor projektet blev introduceret for interesserede, blev formidlet videre i håndbogen.

Håndbogen gennemgik forslag til organisering af indsatsen lokalt. Et hensigtsmæssigt opstartsforløb med inddragelse af interessegrupper og målgruppen blev beskrevet sammen med projektkoordinatorens rolle og opgaver. Derudover blev økonomien i projektet gennemgået, og håndbogen blev afsluttet med en række forslag til den videre lokale formidling.

Sammen med informationen om håndbogen blev der informeret om tiltaget i Netværket og muligheden for at få repræsentanter blandt initiativtagerne til at iværksætte introduktionsmøder. Der har ikke været henvendelser i forhold til at gennemføre introduktionsmøder, men flere medlemmer har henvendt sig med forespørgsler generelt i forhold til projektet, og der er kendskab til, at yderligere en række kommuner i Storstrøms Amt har gennemført projektet. Der er ikke kendskab til, at andre medlemmer af Netværket eller andre kommuner i landet har implementeret dette projekt.

Børneulykker

Styregruppen for Netværkets ulykkestema har sat fokus på børneulykker af flere grunde. For det første var det som for ældres faldulykker et område, hvor der ikke var andre centrale aktører, og hvor Netværket vurderede, der var potentiale for at reducere antallet af ulykker. For det andet var det vigtigt for styregruppen at inddrage børne- og ungegruppen i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, fordi man ved at sikre, at børn færdes

mere sikkert i hjem og fritid, kan opnå dels en afsmittende effekt på børnenes omgivelser, så for eksempel forældregruppens adfærd påvirkes, dels kan opnå en afsmittende effekt på børnenes egen færden senere i livet. Endelig var der kommet fokus på den sundhedsfremmende skole, og styregruppen ønskede at inddrage skole- og institutionsmiljøerne som forebyggelsesarenaer.

Børneulykker

Med udgangspunkt i den proces, der var blevet anvendt i arbejdet med ældres faldulykker, blev det i 1998 besluttet i Sund By Netværkets styregruppe for ulykkestemaet, at der skulle udvikles information til forebyggelse og reducere af ulykker blandt børn.

Ekspertmøde i børneulykkesforebyggelse

I november 1998 afholdtes på initiativ af Sund By Netværket et Ekspertmøde i børneulykkesforebyggelse. Femogtyve centrale personer indenfor området deltog i mødet. Deltagerne repræsenterede Sundhedsstyrelsen, Forbrugerstyrelsen, Socialministeriet, Center for Småbørnsforskning, Dansk Selskab for Ulykkes- og Skadeforebyggelse, Rådet for Større Færdselssikkerhed, Institut for Idræt samt amtslige forebyggelseskonsulenter og kommunale sundhedsforvaltninger.

Formålet med mødet var at afklare, hvor og hvornår børn kommer til skade, ulykkesproblemet størrelse samt metoder og indsatser, der virker i relation til forebyggelse af børneulykker. Mødet var planlagt som det første af en række initiativer til forebyggelse af børneulykker og blev fulgt op af to workshops og udviklingen af håndbøgerne samt introduktionsmøder afledt af disse håndbøger.

Mødet bestod af oplæg omkring børneulykkesproblemet og en gennemgang af arenaerne hjemmet, legepladsen, institutionsområdet, trafikken, og sportspladsen/fritidsaktiviteter.

På baggrund af mødets præsentationer kunne det konstateres, at der på stort set alle områder var en nedadgående udvikling i antallet af børneulykker. For de 0-6 årige omhandlede ulykkerne hovedsageligt 'hjemme/fritid' kategorien, mens der for de 7-14 årige primært var tale om sportsulykker i forbindelse med fodbold, ridning og rulleskøjter samt trafikulykker i forbindelse med cykling. Sammenfatningen af mødet lagde desuden vægt på følgende:

- At der var behov for bedre registrering både i forbindelse med mere valide ulykkesregistreringer på skadestueniveau men også på ulykkeshenvendelse til de praktiserende læger.
- At man med fordel kunne oprette en vidensbank med indenlandske og udenlandske erfaringer vedrørende indsatsdesign, relevant materiale i forbindelse med indsatser og evidens af indsatser.

- At definere børn som gruppen fra 0 til 18 år (og ikke kun op til 14 år) for at undgå at tabe en større gruppe mellem 15 til 18, som har et betydeligt antal ulykker ikke mindst i trafikken.
- At indsatser bør være vedkommende, involverende, tilpasset målgruppen, med gode rollemønstre og formentlig igangsat af ildsjæle. Der syntes enighed om, at indsatser bør rettes mod marginalgrupper som fx enlige mødre og indvandre-re/flygtningegrupper. Indsatser i hjemmet bør rettes mod køkkener, trappeområder og stikkontakter, mens indsatsen i trafikken bør rettes mod cyklister.

Som opfølgning på mødet, og i tråd med Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008, blev det besluttet at udvikle håndbøger med metoder og værktøjer til implementering af forebyggende indsatser. Som led i udvikling af bøgerne skulle der afholdes en række workshops for at afdække de væsentlige områder, håndbøgerne skulle omhandle.

Workshops om børneulykker

Der blev afholdt to workshops for at afklare hvilke forebyggelsesinitiativer, der med fordel kunne anbefales i det videre forløb. De to workshops blev udviklet og afholdt i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, Forbrugerstyrelsen og Socialministeriet. Der foreligger ikke dokumentation for hvem eller hvor mange, der deltog i disse workshops.

Udgangspunktet for de to workshops var at udvikle tre tematiserede håndbøger, der alle indeholdt en generel information om børneulykker og indsatser. Temahåndbøgerne skulle hver for sig beskæftige sig med målgrupperne 0-6 årige, 6-15 årige og de 15-18 årige. Håndbogen rettet mod de 15-18 årige blev dog ikke udviklet på grund af en vurdering af, at det var vanskeligt at identificere den medarbejdergruppe, der i amter og kommuner skulle løfte opgaven.

Håndbog i forebyggelse af ulykker 0-6 år og Håndbog i forebyggelse af ulykker i skolen og fritidsordninger 6-15 år

Håndbøgerne skulle udbrede viden om forebyggelse og børneulykker, herunder metoder og værktøjer som var let tilgængelige for den relevante borgergruppe, og som kunne implementeres. Brugergruppen for håndbøgerne var skoler, pasningsinstitutioner og ungdomsklubber.

De to bøger bestod af en fælles grunddel, der bestod af en gennemgang af børneulykker i Danmark med hensyn til omfang og hyppighed af ulykker, karakteristika ved ulykkerne samt ulykkesproblematikken i relation til andre sundhedsmæssige problemer. Betydningen af forebyggelse, det internationale forebyggelsesfokus samt praktiske analyseværktøjer til identificering af nødvendigheden af forebyggelse blev gennemgået sammen med

betragtninger omkring formidlingen af forebyggelsesbudskaber. Endelig blev proceduren for registrering af ulykker i Danmark omtalt.

Det blev for begge håndbøger fremhævet, at de beskæftigede sig med de alvorlige ulykker, der skulle forebygges for at undgå varige mén eller død og ikke med småulykker, der var en del af børnenes afprøvning af grænser i forhold til dem selv og omgivelserne.

Håndbog i forebyggelse af ulykker 0-6 år gennemgik forebyggelse af ulykker primært i hjemmet, hvor denne aldersgruppe opholder sig mest, og til dels i trafikken og på legepladsen. Forebyggelsestiltagene var opdelt efter børnenes udviklingstrin og gennemgik kort risici og tiltag fra 0-4 måneder, 5 måneder-2 år, 2-4 år og 4-6 år. Gennemgangen omfattede de redskaber og hjælpemidler, der findes i forbindelse med disse aldersopdelinger såsom seng, pusleplads, barnevogn, autosæde, babystol og legetøj. Derudover blev der informeret om varmt vand, elektriske installationer, trapper, vinduer, komfur, medicin, møbler, knive og sakse og lignende i boligen. For de lidt ældre børn (2-4 år og 4-6 år) gennemgik håndbogen desuden trafikken, generelle risici forbundet med vand udenfor hjemmet, brug af redningsvest, cyklen, legepladsen, skolevejen og børn alene hjemme før og efter skoletid.

Håndbogen præsenterede afslutningsvis en række tabeller, der dokumenterede nogle af de kendetegn, som håndbogen fremhævede i forbindelse med ulykker i hjemmet og 0-6 års målgruppen. Dette var eksempelvis hyppigste årsager til ulykker, og hvordan der oftest følges op på en ulykke i henholdsvis hjemmet og i daginstitutioner.

Bilagsmaterialet omfattede blandt andet lovgivningen på området (loven om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge fra 1995) og en vejledning i forebyggende helbredsundersøgelser af børn i førskolealderen. Det eksisterende materiale, der bruges i Danmark (udviklet af for eksempel amterne, Rigshospitalet, Socialministeriet, Dansk Røde Kors, Sund By Netværks medlemmer og Forbrugerstyrelsen) blev kort beskrevet. Derudover blev værktøjer til gennemgang af hjemmets sikkerhed fremvist, og godkendelsesmærker i forbindelse med produktsikkerhed blev gennemgået.

Håndbog i forebyggelse af ulykker i skolen og fritidsordninger 6-15 år omfattede foruden den fælles grunddel en kort gennemgang af risici i forbindelse med skolevejen, cykling, idræt, vand og både, rulleskøjter og det at være alene hjemme før og efter skoletid. Derudover præsenteredes et værktøj til at gennemgå sikkerheden på skolen. Håndbogen blev afsluttet af en række tabeller til dokumentation af nogle af de fremhævede ulykkeskarakteristika i forbindelse med ulykker på skolen og fritidsordninger og for målgruppen 6-14 år. Bilagsmaterialet svarede i store træk til det i *Håndbog i forebyggelse af Ulykker 0-6 år*.

Håndbøgerne blev trykt i 2 x 4.000 eksemplarer som via Sund By koordinatorene blev fordelt til relevante institutioner og faggrupper i Netværket. Begge håndbøger er præsenteret i forbindelse med Child Safety konferencen i Bangladesh marts 2000.

Introduktionsmøder til håndbøgerne

For at udbrede kendskabet til bøgerne og informere om anvendelse af værktøjerne og metoderne til at sikre mod ulykker blev der arrangeret en række introduktionsmøder. Møderne blev, ligesom i forbindelse med udbredelsen af de tre faldforebyggelseshåndbøger, afholdt som en række fælles møder for Netværkets medlemmer, geografisk dækkende hele landet. Brugergruppen var sundhedsplejersker i skolerne og pædagoger i pasningsinstitutionerne. Hovedforfatteren af håndbøgerne stod for dette introduktionstiltag. Der foreligger ikke dokumentation for antallet af møder eller antallet af deltagere til de afholdte møder.

Erfaringsopsamling af håndbøgerne

I forbindelse med introduktionsmøderne blev der foretaget en spørgeskemaundersøgelse om tilfredsheden med håndbøgerne og intentionerne med det videre arbejde. Spørgeskemaet blev udfyldt af 285 deltagere. Ved sammenfatningen af besvarelserne blev det fremhævet, at over halvdelen af tilbagemeldingerne vurderede introduktionen af håndbøgerne som god eller meget god, og at tæt på halvdelen fandt håndbøgerne inspirerende og brugbare som opslagsbog. Foruden disse tilbagemeldinger var der også tilkendegivelser om, at bogen kunne bruges i forbindelse med samarbejde med skolen om sikring af rum, gange og trapper, oplæg til tema i lokalområdet, forældremøder, tværfaglige grupper, selvregistreringsskema, undervisningsmateriale, vejledning til mødregrupper samt initiativer i dagplejen.

Styregruppen for ulykkestemaet konkluderede på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen, at håndbøgerne blev positivt modtaget af målgruppen, og at håndbøgerne var brugbare i forebyggelsen af børneulykker. Hvad angår selve introduktionsdagene var konklusionen den, at dagene indholdsmæssigt havde givet deltagerne for lidt og formmæssigt ikke var inspirerende.

Børnesikkerhed 0-15 år

Som opfølgning på de to håndbøger fra 2000 var der planlagt en opdatering og en udsendelse til de dele af landet, der endnu ikke havde modtaget bøgerne. Disse planer blev revideret til i stedet at udvikle en ny håndbog, der samlet beskæftigede sig med børneulykker for de 0-15 årige. Ulykkestyregruppen vurderede, at de to håndbøger var forældede, og at aldersopdelingen ikke var hensigtsmæssigt. I en gennemgang af de to håndbøger i forbindelse med opdateringen blev det også fremhævet, at de hverken var særlig funktionelle som opslagsbøger eller som baggrundsmateriale.

Formålet med håndbogen var at bygge videre på de erfaringer, der allerede var gjort dels i Sund By Netværket dels blandt de øvrige aktører. Bogen skulle støtte op om det arbejde, som forældre og fagfolk udfører i forbindelse med sikkerhed og forebyggelse af ulykker. Som i de foregående to håndbøger blev der lagt vægt på, at det ikke var små-ulykkerne, der skulle forebygges, da de betragtes en del af den almindelige udvikling, børn gennemgår, men derimod de ulykker, der kunne resultere i død og varige men.

Bogen blev indledt med nogle generelle betragtninger vedrørende børn og ulykker og dokumenterede nogle af de karakteristika, der kan ses for køn, alder, skader og ulykkestyper. Efterfølgende var en gennemgang af særlige forhold, man skal være opmærksom på i forhold til barnets sikkerhed på forskellige alderstrin (ved barnets fødsel, barnet på 0-4 måneder, 4 måneder-2 år, 2-4 år, 4-6 år, 6-12 år og endelig 12-15 år). Der blev for eksempel taget fat på emner som udstyr til børn, hyppige ulykker, trafikken, legepladsen, skolevejen og idrætten samt børn der er alene hjemme, og børn der er til fest.

Den resterende del af håndbogen var en gennemgang af børnesikring, der alfabetisk gennemgik emner som for eksempel udstyr til børn, boligudstyr, risikoområder udenfor hjemmet samt emner som tobak, kemikalier, giftige planter og medicin. Sidst i håndbogen var der tjeklister til sikring af hjemmet indendørs og udendørs. Håndbogen har været introduceret til hele landet med mulighed for bestilling af eksemplarer.

Førstehjælp ved småskader og ulykker - mestring

For at undgå unødige skadestuebesøg og mindske antallet af unødigt dramatiske og angstprovokerende situationer i forbindelse med børneulykker besluttede Sund By Netværkets styregruppe for ulykkesteamet i 2002 at udarbejde kursusmateriale samt afholde en række kurser i mestring af småskader. Det fremgik af projektets formål, at det at undgå unødigt brug af skadestuen og angstprovokerende situationer foruden at være til stor tilgavn for børn, pædagoger og forældre samtidigt ville kunne tænkes at resultere i en økonomisk besparelse.

Baggrunden var den stigende forekomst af børneulykker i daginstitutioner resulterende i flere skadestuebesøg i perioden 1989-1997⁴¹. Stigningen var størst blandt børn i børnehavealderen og koncentreret om de lettere skader, hvilket resulterede i at ca. 1/3 af de skader, som blev undersøgt på skadestuerne, endte med hjemsendelse uden behandling.

Formålet med dette projekt var at reducere den stigende brug af skadestuerne ved at arbejde med institutionspersonalets usikkerhed og manglende viden omkring skelen mellem skader, der kræver professionel hjælp, og skader der kan klares ved brug af elementær førstehjælp. Projektet var en kombination af kurser og en mestringshåndbog som kursusmateriale, der kunne benyttes i det videre arbejde.

Mestringshåndbogen

Håndbogen udgjorde materialet til kurset og var en gennemgang af, hvad man skal være opmærksom på og foretage sig i forbindelse med ulykkesskader. Bogen indeholdt som indledning en general rådgivning i, hvordan man forholder sig til skadessituationen både med hensyn til det psykologiske aspekt og det behandlende aspekt.

Hovedparten af håndbogen gennemgik små-skader ud fra fem overskrifter: Slag mod hovedet, fremmedlegemer (noget i halsen eller i næsen), sår, andre skader, knoglebrud og ledskred. Gennemgangen omfattede dels en beskrivelse af den givne skade, dels en beskrivelse af, hvordan man forholder sig både med hensyn til selv at varetage en hensigtsmæssig håndtering af skaden og med hensyn til inddragelse af relevante sundhedsfaglige personer (egen læge, skadestue, 112 alarmcentralen).

Afslutningsvis indeholdt håndbogen et situationsspil om skader. Det var hensigten, at dette skulle kunne bruges som et redskab til at komme i dialog med medarbejdere vedrørende skader og skadessituationer, og hvordan man forholder sig, samt en handleplan i forbindelse med småskader og ulykker i børneinstitutioner. Håndbogen blev uddelt til kursister i forbindelse med et introduktionskursus i at mestre småskader. Derudover blev der gjort opmærksom på dens tilgængelighed på internettet, og i forbindelse med lokale initiativer blev den optrykt og distribueret til relevante fagpersoner.

Kurser i mestring af småskader

Der var to resultatkrav i forbindelse med indsatsen overfor det stigende brug af skadestuer ved at arbejde med institutionspersonalets viden i forbindelse med skader. Det første krav var at reducere de deltagende institutioners skadestuebesøg med 20%, det andet krav var, at personalets viden om førstehjælp blev øget, således at de kunne imødekomme skadessituationer på en måde, der belastede barnet mindst muligt fysisk og psykisk.

I arbejdet med at højne institutionspersonalets viden om småskader og ulykker var der udviklet et kursus, som primært henvendte sig til ledere af daginstitutioner og lokale sikkerhedsrepræsentanter. Kurset tog udgangspunkt i Mestringshåndbogen og var et en-dags kursus. Kravet for deltagelse i kurserne var, at daginstitutionen varetog pasningen af børn i alderen 3-6 år og var beliggende i en medlemskommune eller en kommune under et medlemsamt i Sund By Netværket.

Kurset blev i februar og marts 2004 udbudt til institutionspersonalet i børnehaverne i Sund By Netværkets daværende seks amter og otte kommuner. Hvert medlem kunne invitere ti institutioner, hvilket for en række kommuner betød alle de kommunale institutioner, og for amter og store kommuner resulterede i invitation til udvalgte institutioner. Det var planlagt at afholde 23 kurser, men da et amt og en række kommuner takkede nej, blev der afholdt 16 kurser. Ifølge sammenfatningen af kursusevalueringen, som gennemgås

nedenfor, var der i alt deltagelse af 259 kursister fra 98 daginstitutioner fordelt på 47 kommuner. Der havde været en forventning om 450 deltagere til kurserne.

Evaluering af Mestringshåndbogen og kurser

For at vurdere deltagerens udbytte af kurserne og effekten af den samlede indsats om mestring af småskader og ulykker blev der udarbejdet en evaluering baseret på spørgeskemabesvarelser fra kursisterne samt en måling af antallet af skadestuehenvendelser og ulykkesregistreringer i indsatsområdet. Spørgeskemaet til kursusdeltagerne blev udleveret ved starten af kurset og omhandlede mulige reaktioner i forskellige situationer, hvor et barn kommer til skade. Ved kursets afslutning udfyldte kursisterne et tilsvarende skema, og det kunne således vurderes, hvorvidt kursisterne havde opnået en øget viden om førstehjælp og kompetence til vurdering af, hvilke situationer, der kan tages hånd om i institutionen og hvilke, der bør føre til henvendelse på skadestue. Skemaet var udformet som en tipskupon med 13 spørgsmål og afkrydsning ved multiple choice metoden. Skemaet blev udfyldt af 244 kursister ved start og slutning af kursusdagen. Generelt konkluderede kursuslederen, at deltagerne i forvejen havde en stor viden om skadesbehandling og at årsagen til, at tipskuponen ikke var fejlfri ved kursets afslutning primært skyldtes, at deltagerne oplevede, at der var flere rigtige svar på nogle af spørgsmålene.

Foruden tipskuponen blev kursusdagen afsluttet med et kursusevalueringsskema, som 244 besvarede. Overordnet set var der tilfredshed med kurset, der efter deltagerens mening havde haft et afvekslende program mellem teori og praksis og en grundig gennemgang af de relevante ulykkes- og skadestyper. Kurset levede op til de flestes forventninger, og deltagerne følte sig bedre rustet og sikrere i at håndtere småskader. I forhold til mangler i kursusprogrammet blev det dels fremhævet, at kurset med fordel kunne komprimeres, og at der kunne bruges mere tid på håndtering og anvendelse af forskellige forbindelser. I forhold til kursusmaterialet (Mestringshåndbogen) efterlyste deltagerne information om øjenskader, men generelt var der stor tilfredshed med bogen både hvad angik opslagsmulighederne og det materiale, der kunne bruges til dialog omkring skader og ulykker.

For at få viden om anvendeligheden af kurset og bogens indvirkning i hverdagen udsendes tre måneder efter kurset et opfølgningsspørgeskema til 100 ledere fra de institutioner, der havde deltaget. I alt kom 63 besvarelser tilbage, repræsenterende institutioner med i alt ca. 3.900 børn. Besvarelserne blev gennemgået af Statens Institut for Folkesundhed, som udledte, at kurset og Mestringshåndbogen var blevet opfattet positivt, og at håndbogen blev opfattet som en god opslagsbog til at afklare tvivlstilfælde. Stort set alle kursisterne havde viderefremmet håndbogen til personalet, og den blev også brugt i det omfang, der forekom relevante skader. Dette havde dog ikke altid medført en ændret praksis, da lederne ofte mente, at personalet i forvejen godt vidste, hvordan de skulle håndtere småskader. Alligevel vurderede svarpersonerne, at op mod hver femte kontakt med sundhedsvæsenet var blevet undgået. I SIFs redegørelse fremhæves det, at det kan betvivles, om denne andel er korrekt, da det jo er svært at sige, om man rent faktisk var taget på

skadestuen, hvis det ikke var for håndbogen og kurset. Kurset og håndbogen havde ikke ført til nye formelle handleplaner eller sikkerhedsplaner, men flere institutioner angav dog, at de havde sådanne i forvejen, især med relation til brand. I sjældne tilfælde var forældrene, og i så tilfælde næsten udelukkende via forældrebestyrelsen, informeret om brugen af håndbogen. Evalueringen pointerede, at den manglende orientering af forældrene kunne have betydning for skadesforløbet, fordi forældrene som oftest bliver kontaktet i forbindelse med en skade og kan have en anden vurdering af nødvendigheden af et læge-, tandlæge- eller skadestuebesøg end personalet⁴².

Den anden del af evalueringen skulle belyse effekten af indsatsen ved at indsamle data fra skadestuerne i de områder, der havde været involveret i kurset, sammenlignet med data fra skadestuer øvrige steder i landet. Data skulle primært belyse skadestuebesøg med 'lette skader' blandt børn og indsamles i året efter indsatsen og sammenlignes med data fra samme periode året før. Derudover var det tanken, at de deltagende institutioner skulle registrere hvert ulykkes- og skadestilfælde som dokumentation for antal ulykker og skader på de enkelte institutioner. Denne anden del af evalueringen valgte man ikke at udføre, da antallet af de institutioner, der deltog i kurserne, var for lille. Det skyldtes tilmelding fra færre kommuner end forventet, og kun i to tilfælde var der deltagelse fra størstedelen af institutionerne i kommunen. Dermed var der ikke det nødvendige datagrundlag til at identificere ændringer i skadestuebesøg.

Kvalitetssikring og innovation

Foruden de to hovedområder, faldulykker blandt ældre og børneulykker, har styregruppen også arbejdet med et tredje område: Kvalitetssikring og innovation. I henhold til styregruppens seneste Handlings- og Perspektivplan sigter dette arbejde på at kvalificere arbejdet med ulykkesforebyggelse, bidrage med viden og erfaringer, give inspiration til nye satsningsfelter samt sikre kvalitet i projektarbejdet⁸. De gennemførte projekter har været karakteriseret ved at afdække områder i ulykkesforebyggelse, som ikke varetages af andre, og hvor Netværket anser det nødvendigt at udvikle ny viden. Der har været afholdt tre konferencer, der primært har skulle inspirere de øvrige aktører på ulykkesområdet og informere dem om mindre diskuterede emner relateret til ulykkesforebyggelse.

Ulykkesregistrering

Center for Ulykkesforskning blev etableret ved Statens Institut for Folkesundhed i 1999, der i den forbindelse overtog ulykkesregistreringen fra Sundhedsstyrelsen. Centerets hovedopgaver er:

- at udføre ulykkesforskning, udredningsopgaver på ulykkesområdet og forskningsbaseret rådgivning
- at drive og videreudvikle ulykkesregisteret

- at arbejde på at etablere et landsdækkende nationalt ulykkesregister
- at indsamle og formidle information om skader og ulykker

I tilknytning til ulykkesregisteret er der nedsat en koordinationsgruppe og en brugergruppe, der henholdsvis skal bistå driften og videreudviklingen af registeret, og som skal rådgive centeret om anvendelsen af registeret. Sund By Netværket er repræsenteret i brugergruppen ved formanden for ulykkestemaet. Ulykkesregisteret indsamler data fra fem sygehuse: Glostrup, Herlev, Frederikssund, Esbjerg og Randers. Befolkningen i optageområderne for disse sygehuse er repræsentativ for hele landet og dækker ca. 17% af den danske befolkning. Data i ulykkesregisteret er sammenlignelige med de data, der indberettes til Landspatientregisterets (LPR) ambulante del, dog således at ulykkesregisteret dækker flere typer af oplysninger og en større detaljeringsgrad. Detaljeringsgraden er vigtig for den lokale forebyggelsesindsats, og det opleves derfor som en fordel for Sund By Netværkets aktiviteter, såfremt lokale sygehuse udvider skadestuerregistreringen med en detaljeringsgrad svarende til ulykkesregisterets.

Temadag om ulykkesregistrering, 2002

I 2002 arrangerede Sund By Netværket i samarbejde med SIF et møde for politikere og fagfolk med henblik på at øge tilslutningen til ulykkesregisteret. Mødet skulle vise, hvorledes ulykkesregistrering på skadestuer kan gavne det skadesforebyggende arbejde regionalt og lokalt, inspirere og motivere amter til at iværksætte udvidet skadestuerregistrering med henblik på tværsektoriel udnyttelse af data samt motivere politikere og beslutningstagere til at arbejde for oprettelse af en national løsning vedrørende skaderegistrering. I alt deltog 48 personer inden for forebyggelse og forskning i temadagen, repræsenterende en række af landets amter og sygehuse samt de væsentligste nationale aktører på området (blandt andet Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Danmarks Transport Forskning, Arbejdstilsynet og Forbrugerstyrelsen).

Programmet for dagen var en præsentation af sundhedsvæsenets skadedata og eksempler på dataudtræk og tværsektoriel udnyttelse af sundhedssektorens data. Derudover blev de samfundsøkonomiske omkostninger i forbindelse med ulykker og skader præsenteret, og fremtidig ulykkesregistrering diskuteret.

Som opfølgning på temadagen udsendte Sund By Netværket og SIF en pressemeddelelse, hvor det blev konstateret, at temadagen havde vist enighed om at et nationalt skades- og ulykkesregister må baseres på sundhedsvæsenets kontakt med tilskadekomne, at sundhedsvæsenets oplysninger om ulykker skal formidles til andre samfundssektorer, der har ansvar for ulykkesforebyggelse, og at der i den allernærmeste fremtid ville være politisk, administrativ og økonomisk vilje og beslutningsdygtighed til at igangsætte design af et nationalt skades- og ulykkesregister. Derudover blev det præciseret, at der er behov for koordinering og forbedring af samfundets viden om ulykkesrisici, og visioner for et nati-

onalt skadesregister blev opstillet. Der er dog aldrig blevet implementeret et nationalt skadesregister.

Trafiksikkerhed i virksomheder

Temadag om trafiksikkerhed i virksomheder, 2003

Sund By Netværket var i 2003 ansvarlig for at arrangere en temadag om virksomhedsplaner på trafikområdet, sammen med Færdselssikkerhedskommissionen, Færdselsstyrelsen, Vejdirektoratet og Rådet for Større Færdselssikkerhed. Baggrunden for denne temadag var Færdselssikkerhedskommissionens vurdering af, at der ved implementering af virksomhedsplaner årligt kunne forebygges ca. 60 personskader (heraf tre dræbte) i trafikken. Derudover fremhævede Folesundhedsprogrammet 1999-2008 betydningen af trafikulykker, der sker i arbejdstiden, og den forebyggende mulighed, der ligger i at inddrage trafiksikkerhed i arbejdspladsens forebyggende politik. Dette blev med udgangspunkt i Færdselssikkerhedskommissionens handlingsplan 2000 'Hver ulykke er en for meget' fulgt yderligere op i Sund Hele Livet.

Det var formålet med temadagen at udveksle erfaringer og meninger for at få større virksomheder, kommuner og amter til at tænke på behovet og gavnen af en færdselssikkerhedspolitik. Temadagen henvendte sig primært til politikere og embedsmænd i Sund By Netværket samt repræsentanter for regionale og lokale færdselssikkerhedsråd.

Programmet for dagen var en række oplæg, der dels præsenterede eksempler på trafiksikkerhedsplaner, hvordan man kunne udvikle og implementere trafiksikkerhedspolitik samt nødvendige forudsætninger for trafiksikkerhedsplaner, dels præsenterede konkrete erfaringer på området og vurderinger af, hvad det betyder at gennemføre sådanne tiltag.

I alt 67 personer deltog i temadagen, hvoraf halvdelen udfyldte det afsluttende evalueringsskema. Besvarelserne viste, at der var tilfredshed med arrangementet, og at det havde været inspirerende for de fleste. Langt de fleste, der havde svaret på evalueringen, overvejede at udvikle og implementere en trafiksikkerhedspolitik på arbejdspladsen. I evalueringen af temadagen blev det bemærket som meget naturligt, at dagen i særlig grad tiltrak dem, der i forvejen beskæftigede sig med dette område. Evalueringen konkluderede: '...at der er god grund til at fastholde fokus på de praktiske og procesmæssige dimensioner af det kommende arbejde med trafiksikkerhedspolitik'.

Ulykkes- og skadeforebyggelse i Danmark

Årsmøde om ulykkes- og skadeforebyggelse i Danmark

Det har i længere tid været et ønske for ulykkesstyregruppen i Sund By Netværket at samle aktørerne for alle ulykkesområderne årligt for at få mulighed for at præsentere deres arbejde, udveksle erfaringer og fremlægge fremtidige ulykkesforebyggende tiltag. Et initiativ som også understøtter intentionerne i Sund hele livet.

Med afsæt i nationale og internationale erfaringer arrangerede ulykkesgruppen et årsmøde i 2004 for en bredt sammensat gruppe af interessenter på ulykkesområdet. Formålet var at skabe større opmærksomhed omkring ulykkesforebyggelsen igennem et tilbagevendende årsmøde. Årsmødet havde desuden til formål at skabe vækst i det ulykkesforebyggende arbejde, synliggøre arbejdet indenfor skades- og ulykkesforebyggelse, sikre udveksling af viden og erfaringer, styrke samarbejdet, herunder etableringen af nye partnerskaber og medlemskaber af WHO-Safe Community, koordinere og samordne aktiviteter og initiativer og endelig at forfølge visionerne i Sund hele Livet.

Årsmødet indeholdt fælles sessioner om den eksisterende skades- og ulykkesforebyggelse og den fremtidige strategi samt en afsluttende session om ansvaret for at forebygge skader og ulykker. Der blev lagt vægt på de sundhedspolitiske mål for ulykker som beskrevet i Sund Hele Livet. Regeringens forebyggelsesprogram blev holdt op imod handlingsplanen for Sund By Netværkets ulykkestema sammen med WHO's betragtninger vedrørende Safe Community som eksempler på imødekommende forebyggelsestiltag på ulykkesområdet. Foruden fællessessioner indeholdt årsmødet en række parallelsessioner med præsentationer indenfor følgende emner: hjemme- og fritidsulykker, trafikulykker, arbejdsulykker, vold, selvmord, ulykkes- og skadesregistrering, strategier, programmer og internationalt samarbejde.

Årsmødet i 2004 havde deltagelse af ca. 140 personer fra institutioner og råd med tilknytning til det ulykkesforebyggende arbejde samt fra staten, amter, kommuner og sygehusvæsenet. Før og efter afholdelsen blev mødet omtalt i SIFs Nyhedsbrev om Ulykkesforskning og forebyggelse. I forbindelse med årsmødet blev der foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt deltagerne for at vurdere tiltagets anvendelighed og målgruppens tilfredshed. Deltagerundersøgelsen viste en meget positiv tilbagemelding, hvilket gav grundlag for gentage initiativet. Årsmødet blev fulgt op af et årsmøde i 2006, som der også var bred opbakning til.

Som ovenstående gennemgang viser, har Sund By Netværkets ulykkestema produceret en lang række materiale og afholdt flere relevante kurser og konferencer i forbindelse med hjemme- og fritidsulykkesområdet. Derudover har ulykkestemaet lagt vægt på at udvikle et forum, i form af årsmøderne og de mere tværgående ulykkeskonferencer, hvor aktører og interessenter indenfor alle ulykkestyper har kunnet udveksle erfaringer. Det omfattende materiale, der ligeligt dækker faldulykker og børneulykker, består i langt overvejende grad af formidling af relevant information samt uddannelseskurser. Hensigten med materialet har primært været at informere fagpersonale og relevante borgergrupper om hensigtsmæssigt adfærd i forhold til at forebygge faldulykker blandt ældre og ulykker blandt børn i hjemmet og i daginstitutioner.

4. Strategi og indsattstyper

Ulykker er som oftest resultatet af et sammenspil af forskellige risikofaktorer og situationer, og mange af dem kan forebygges. Som omtalt i kapitel 1 arbejder Sund By Netværket med den tilgang til ulykker, at 'mennesket som ulykkesfaktor kan påvirkes gennem restriktioner, overvågning, sanktioner samt oplæring og information med henblik på viden- og adfærdssændringer'. Flere studier har vist, at risikoen for at falde, stiger betydeligt med et stigende antal risikofaktorer⁴³. I forbindelse med faldulykker er risikofaktorerne klassificeret dels som indre faktorer (ekstrem svaghed, dårlig gribe styrke, dårlig balanceevne, funktionssvækkelse samt visuel begrænsning), og dels som ydre faktorer (multimedcinering) eller miljømæssige faktorer (dårlig belysning, løse tæpper og manglende sikring af badeværelset). Interaktionen mellem risikofaktorer modificeres ved eksempelvis alder, sygdom og antallet af risikofaktorer i hjemmet⁴³. I forbindelse med børneulykker kan risikofaktorerne også opdeles i miljømæssige og individuelle risikofaktorer, der varierer i forskellige aldersgrupper. De miljømæssige risikofaktorer er for børn under fem år særligt hjemmet, hvor de uden for opsyn kan blive ofre for druknedød, forgiftning, kvælning eller mindre skader. Dette skyldes primært, at de små børn ikke har viden om de farer, der omgiver dem. I forbindelse med de ældre børn øges evnen til selv at begå sig i nærmiljøet, og risikofaktorerne er i særlig grad trafikmiljøet med individuelle risikofaktorer som alder, køn og sociale forhold. Socialt dårligt stillede børn er en særlig udsat gruppe i forhold til trafikulykker⁴⁴. Relateret til disse forhold er børnenes evne til at vurdere og reagere på deres omgivelser.

Det enkelte menneske er ikke altid opmærksom på risikoen for at komme ud for en ulykke og genkender ikke nødvendigvis risikofaktorerne omkring sig. Som konsekvens er mulighederne for at forhindre ulykker oversete, og risikoen bliver oftest først synlig, efter en ulykke eller en skade er indtruffet. Folkesundhedsprogrammer inddrager ulykker som et område, der kræver forebyggelsesfokus, men der er begrænsede referencer til, hvordan man effektivt forebygger og reducerer ulykker. De mest benyttede tilgange til arbejdet med ulykkesforebyggelse indeholder elementer af uddannelse, miljømodificering og særligt i forbindelse med ældre også fysisk træning. Desuden er der i mange tilfælde også fokus på regulering og lovgivning, men da dette ikke har været det primære fokusområde for Sund By Netværkets arbejde generelt, bliver den mere samfundsstrukturelle strategi ikke behandlet her.

I dette kapitel gennemgås Sund By Netværkets valg af strategi og indsattstyper til at forebygge ulykker og til at fremme en mere sikker tilværelse for borgergrupperne børn og ældre. For at understøtte vurderingen af Netværkets indsats indeholder afsnittet efterfølgende en gennemgang af den væsentligste videnskabelige litteratur på området, hvilket afslutningsvis leder til en diskussion af Netværkets strategi på ulykkesområdet.

Den gennemgående strategi for ulykkestemaet

Styregruppen for ulykkesforebyggelse valgte samme strategi og indsatsstype i forbindelse med udviklingen af hovedområderne Ældres faldulykker og Børneulykker. For begge områders vedkommende har det været hensigten at distribuere relevant viden om ulykkesforebyggelse, primært til fagpersoner på børne- og ældreområdet.

Som en del af opstarten har styregruppen samlet en række af de væsentligste eksperter på ulykkesområdet fra myndigheder, forskningsinstitutioner og interessegrupper for at afdekke de aspekter, der er forbundet med henholdsvis faldulykker blandt ældre og de ulykker, som rammer børn i hjemmet, i daginstitutioner og i fritiden. Ekspertmøderne har givet overblik over udviklingen i bestemte ulykkestyper, hvilke tiltag der gøres for at forebygge og reducere specifikke ulykker, og hvilken viden der er på henholdsvis faldulykkesområdet og området, der omhandler hjemme- og fritidsulykker blandt børn. Denne baggrundsviden har gjort det muligt at afholde workshops med det formål at konkretisere effektive og brugbare indsatser, der kan implementeres i kommuner og amter. På baggrund af den generede viden i forbindelse med ekspertmøder og workshops har styregruppen både for faldulykker blandt ældre og hjemme- og fritidsulykker blandt børn efterfølgende valgt at udarbejde informationsmateriale primært til fagpersonale. Styregruppen har villet samle og videreformidle anvendelsesorienteret information med fokus på gode råd til, hvordan fagprofessionelle forebygger fald eller ulykker blandt deres brugergrupper. Der informeres om faktorer, der har indflydelse på fald og ulykker, og om nyttige værktøjer i forebyggelsesarbejdet. Materialet er blevet distribueret til relevante institutioner (henholdsvis i sundhedsvæsnet og børnepasningsinstitutioner) i og udenfor Netværket. Styregruppen har i nogle tilfælde afslutningsvis valgt at følge op på brugen og tilfredsheden af informationsmaterialet blandt de potentielle brugere, der har vist interesse i forbindelse med introduktionen af materialet.

Gennemgangen af Sund By Netværkets projekter i kapitel 3 viser, at der foruden projekter med udgangspunkt i den gennemgående strategi med ekspertmøder, workshops, informationsmateriale og opfølgning har været en række andre supplerende projekter inden for hvert hovedområde. Disse projekter har også primært haft til formål at informere om forebyggelse enten til fagpersonale i kontakt med de ældre eller børnene eller ved at information direkte til de ældre. Der har i forbindelse med de øvrige projekter også været inddraget kurser i relevante redskaber, som for eksempel 'Den motiverende samtale' og håndtering af småskader blandt børn. Et enkelt projekt målrettet de ældre borgere har benyttet sig af fysisk aktivitet i forebyggelsen.

Guidelines og anbefalinger: Strategi og indsattstyper

Evalueringer af ulykkesforebyggende indsatter og internationale udviklede guidelines for ulykkesikring fremhæver uddannelse-formidling og miljømodifikation som de to væsentligste generelle forebyggelsesstrategier og fysisk træning som et supplerende vigtigt element, når der specifikt skal arbejdes med reducere af faldulykker blandt ældre^{43, 45-47}. Nedenstående er en fremstilling af en række af de væsentligste videnskabelige erfaringer og konklusioner i tilknytning til forebyggelse af ulykker.

Litteraturen viser, at der i forbindelse med ulykkesforebyggelse ofte anvendes en uddannelses- eller formidlingsstrategi, hvilket bygger på en antagelse om, at viden om hensigtsmæssig adfærd er en forudsætning for adfærdændring⁴⁸⁻⁵⁰. De potentielle adfærdændringer kan betragtes både i relation til de fagprofessionelle, der arbejder med en særlig befolkning i risiko for at blive udsat for ulykker, men også som en indsats der henvender sig direkte til den relevante befolkningsgruppe. Uddannelsesaspektet omhandler derfor både information om potentielle risikofaktorer i hverdagen, men også om uddannelse af sundheds- og institutionspersonale i formidling af relevant information og rådgivning i ulykkesforebyggelse.

Der er generelt enighed om, at kampagner rettet mod befolkningen er svære at vurdere effekten af⁵⁰⁻⁵². Derfor har evalueringer af uddannelsesstrategier primært omfattet tiltag, der retter sig mod fagpersonale som mellemed i ulykkesforebyggelse i særlige miljøer og for specifikke befolkningsgrupper. Towber og kollegaer har set på uddannelse af sundhedspersonale i ulykkesforebyggende rådgivning og konkluderer, at de bedste resultater opnås, når rådgivningen kan følges op med lettilgængelige og ikke ressourcekrævende hjælpemidler⁵³⁻⁵⁴. Deal og kollegaer har draget de samme konklusioner, og understøtter dette med, at det er vigtigt at rådgivningen suppleres med et gentagende budskab i andre miljøer⁴⁷.

I en lang række best practice guidelines indgår behovet for at uddanne sundhedspersonale i hele sundhedssektoren i forebyggelse af ulykker samt at uddanne personale inden for andre sektorer, der beskæftiger sig med det miljø, mennesker færdes i^{45, 55}. Specifikt for retningslinier for forebyggelse af faldulykker pointeres det, at alle sundhedsprofessionelle og plejepersonale, der arbejder med patienter eller brugere i risikogruppen for at falde, bør udvikle og opretholde basiskompetencer i faldvurdering og faldforebyggelse⁴⁵. Individet i risiko for at falde bør blive tilbudt både mundtlig og skriftlig information^{43, 45-46}. Evaluering af en række interventioner vedrørende uddannelse og træning af sundhedspersonale i forbindelse med ulykkesforebyggelse viser, at de sundhedsprofessionelle opnår øget viden indenfor ulykkesområdet, men at dette kun sjældent fører til ændringer i deres adfærd i forhold til ulykkesforebyggelse⁵⁶. Blandt andre konkluderer Marsh og Kendrick, at det generelt er svært at få sundhedspersonale til at engagere sig tilstrækkeligt i

ulykkesforebyggelse, og at eventuelle barrierer for dette engagement bør undersøges og inddrages i det videre forebyggende arbejde^{47, 56}. I en analyse af forebyggelsesinformation til ældre fremhæver Yardley og kollegaer, at en barriere i forhold til videreformidlingen af forebyggelsesbudskaber er valg af adfærdsændringsteknikker⁵⁷. Ved at benytte 'den motiverende samtale' fokuseres der på at øge klientens indre motivation, så adfærdsændringerne kommer indefra frem for at blive påført udefra^{47, 55}. Flere internationale anbefalinger pointerer, at den forebyggende motivationssamtale bliver inkorporeret i de rutine besøg og aktiviteter som eksempelvis de sundhedsprofessionelle har, og at det er meget afgørende, at de sundhedsprofessionelle tager sig tid til at levere budskabet på den rigtige måde⁴⁵.

Guidelines udviklet af amerikanske og engelske geriatriske selskaber pointerer, at flere studier, der har inddraget uddannelsesaspektet som del af en bredere forebyggende indsats, har vist en præventiv effekt blandt andet i forhold til faldulykker. Der imod har der ikke været studier, der har kunnet vise en reducere i faldulykker, når uddannelse er blevet benyttet som eneste strategi^{43, 50}. Der er således ikke i litteraturen belæg for, at uddannelsesstrategien alene kan reducere risikoen for fald^{43, 56, 58}. De nationale canadiske guidelines pointerer dog, at ældre har behov for viden om faldrisiko og forebyggelse for at kunne være aktive deltagere og ændre adfærd for at reducere faldrisikoen⁴⁶. Ældre, som er uvidende om risikoen for fald, er sandsynligvis mindre motiverede for at modtage faldforebyggende strategier. Uddannelse spiller højst sandsynlig en vigtig rolle i forhold til at forøge ældres opmærksomhed og viden om fald og risikofaktorer. Dette gælder ligeledes forældres viden om sikkerhed i hjemmet og pædagogers evne til at reagere på ulykker i pasningsinstitutionerne^{46, 47}.

Analyser viser, at der er et stort potentiale for reducere af ulykker ved at gøre de fysiske omgivelser mere sikre^{47, 58}. Den store fordel er, at der er tale om passive interventioner, som eksempelvis indhegning af swimmingpools, vejbumper til dæmpning af hastigheden i trafikken eller installation af håndtag og skridsikre underlag i badeværelser for at undgå fald. I modsætning til indsatser, der bygger på uddannelsesstrategien og forudsætter løbende aktiv adfærdspåvirkning, kræver de passive tiltag ikke gentagne adfærdsændringer af individer, når først de er installeret⁴⁷. Undersøgelser har vist, at forekomsten af faldulykker reduceres ved at gøre omgivelserne mere sikre i forhold til synlige risikofaktorer som nævnt ovenfor, særligt i forbindelse med personer der tidligere har oplevet fald⁴⁵.

At være faldet tidligere er en risikofaktor for at falde igen^{43, 45}. Ifølge guidelines fra National Institute for Clinical Excellence i England (NICE) foreslås det derfor, at der som rutine i forbindelser med hjemmebesøg hos ældre borgere spørges om faldhistorie, frekvensen af fald samt karakteristika ved faldet⁴⁵. Personer, der rapporterer at være faldet tidligere, bør som minimum observeres i forhold til balanceevne, gang og synsproblemer^{43, 45}. Desuden bør der foretages en risikovurdering af omgivelserne, således at der kan foretages udbedringer for at gøre de fysiske rammer mere sikre^{45, 46}. Sikring af de fysiske omgi-

velser har også stor forebyggende betydning for børns risiko for ulykker^{47, 53, 54}. De studier, der har fremvist en reduktion i forekomsten af for eksempelvis fald blandt børn, har indeholdt en kombination af forebyggelsesrådgivning og sikring af risikofaktorer i boligen^{58, 59}. Der er ikke fundet effekt ved miljømodifikation uden anden form for intervention^{43, 45}. Hjemmebesøg med det formål at lave en vurdering af risikofaktorer forbundet med hjemmet har altså ingen effekt, hvis ikke det følges op af tilbud til de ældre i form af for eksempel mulige henvisninger eller udbudringer^{46, 58}. Ulempen ved miljømodifikationsstrategien er de relative høje omkostninger i både timeløn og materiale i forbindelse med at sikre hjem⁴⁶. Derudover er det også en barriere at få adgang til ældres hjem og få deres accept af at foretage ændringer for at gøre det mere sikkert⁴⁶. Endelig er det selvfølgelig væsentligt at gøre sig klart, at kun knapt halvdelen af alle fald blandt sunde og aktive ældre sker i hjemmet⁴⁶.

Litteraturen vedrørende fysisk træning blandt ældre fremhæver, at formålet med at fokusere på fysisk træning af ældre er at forbedre deres mobilitet ved at styrke deres muskulatur og forbedre deres balanceevne^{43, 46}. Få studier viser, at træning kan resultere i en reduktion af faldulykker, mens de fleste studier ikke finder nogen effekt^{58, 60}. De succesfulde træningsinterventioner har elementer af balancetræning (især gode resultater med Tai Chi⁶¹). Øvrige studier, der har vist effektive resultater, omhandlede styrke og udholdenhed i forbindelse med én-til-én individorienterede programmer⁵⁸. Der er stor variation i træningsindsatserne også med hensyn til intensitet og krav til deltagerne. Best practice guidelines anbefaler ikke gruppetræning, der ikke kan tage højde for individuelle behov⁴⁵. Derimod viser NICE guidelines, at styrketræning og balancetræning vurderet på individniveau i eget hjem og praktiseret med hjælp af en trænet sundhedsprofessionel er effektiv i reduktion af fald, både for personer der tidligere er faldet og personer, der har problemer med balancen eller med deres gang⁴⁵. Feder og kollegaers systematiske gennemgang af faldforebyggelsesprojekter fastslår, at projekter med fysisk træning, der ikke har kunnet dokumentere effekt, har været karakteriseret af for kort varighed, manglende intensitet og hyppighed samt inddragelse af personer, der ikke har været i høj risiko for fald⁵⁸.

Shah Ebrahim og kollegaer konkluderede i forbindelse med en gå-intervention, som lagde vægt på rask gang, at der ingen positive resultater var, og at projektet muligvis resulterede i en øget risiko for fald⁶². Generelt fastslår de nationale canadiske guidelines, at effekten af træning oftest er kort, hvis ikke der tages særlige tiltag mod langtidseffekter⁴⁶. Træning skal være vedvarende for at have vedvarende effekt⁴³. På baggrund af de få evalueringer af relevante træningsprojekter vurderer NICE, at der er ringe evidens for at træning alene reducerer fald⁴⁵. Til trods for at træning alene ikke nødvendigvis reducerer risikoen for faldulykker, er der dog i de fleste tilfælde andre sundhedsfordele at være fysisk aktiv⁵⁸.

Vurdering af strategi og indsatsstype

Sund By Netværkets ulykkesforebyggende indsats har i langt overvejende grad omfattet formidling og uddannelse af fagpersonale og borgergrupper i forebyggelse af faldulykker eller ulykker blandt børn. Strategien og valg af indsatsstyper har derfor været ensidig, hvilket kan medvirke til en reduceret effekt. Som ovenfor fremhævet konkluderer flere evalueringer og guidelines, at forebyggelse af ulykker giver den største effekt, når der benyttes en fler-strengt strategi, hvor flere indsatsstyper kombineres, så borgergrupper både opnår større viden om deres forebyggelsesmuligheder samtidig med, at der bliver foretaget konkrete tiltag til reducere af risikofaktorerne.

Sund By Netværkets fokus på formidlingen af risikofaktorer har primært henvendt sig til fagprofessionelle og i mindre grad til befolkningsgrupper med særlig risiko for en specifik ulykkestype. På børneområdet har man valgt at udgive håndbøger i henholdsvis forebyggelse af ulykker i forhold hjemmet og skole-fritidsordningerne. Derudover har man udgivet en håndbog i, hvordan personale (og forældre) mestrer skader som følge af ulykker, og i forbindelse med bogen har man afholdt en række kurser med det formål at udanne relevante faggrupper i håndtering af småskader. I forbindelse med faldulykker blandt ældre har ulykkestemaet også udgivet en række materialer til formidling af forebyggelsestiltag og nyttige forebyggelsesværktøjer i sundhedsvæsenet og i de ældres hjem. Dette materiale har været suppleret med letlæselige foldere til den relevante befolkningsgruppe, de ældre, og med kurser i den motiverende samtale for forebyggelse af fald for hjemmeplejepersonalet.

Best practice guidelines og anbefalinger fra de evaluerede studier viser, at den fagprofessionelle gruppe er meget vigtig at inddrage i det forebyggende arbejde, men at det ikke er en let gruppe at engagere i ulykkesforebyggelse. Sund By Netværket har primært arbejdet med sundhedspersonalet på sygehus og i ældreplejen samt med det pædagogiske personale i daginstitutionerne. I forbindelse med kurser udarbejdet af Netværket har deltagelsen ikke altid svaret til forventningerne, hvilket kunne være et resultat af, at det er svært at engagere disse grupper i det ulykkesforebyggende arbejde. Kurset i Mestring af småskader afspejlede en deltagergruppe, der var mindre end forventet, og som i forvejen havde viden på området, hvilket kunne skyldes at gruppen repræsenterede dem, der allerede var interesserede og aktive på området, og at kurset ikke lykkedes med at engagere de grupper, der ikke til dagligt tænkte i forebyggelse af ulykker.

Formidlingsindsatsen har i forbindelse med de ældres faldulykker brugt en mere kompleks metode til at formidle budskabet på sammenlignet med børneulykker. Dette er sket ved at kombinere håndbøger til fagpersonale og foldere til de ældre med en opfordring til, at fagpersonalet i forbindelse med deres rutinebesøg snakkede om forebyggelse i relation til individ og miljø. Ifølge litteraturen skulle denne flerstrengede indsats således have god

mulighed for effekt. Samtidig viser litteraturen dog også, at der for en række forebyggende indsatser har været manglende effekt, fordi disse ikke har fokuseret på de befolkningsgrupper, der er i særlig risiko for at blive udsat for en ulykke. I forbindelse med Netværkets arbejde har man fokuseret på at nå ud til et bredt udsnit af ældre både i hjemmet, på plejehjem og på hospitaler, men der har ikke været en særlig målrettet indsats overfor borgere i størst risiko. Endelig har der for Netværkets ulykkesforebyggende indsats kun i begrænset omfang været fulgt op på brugen og betydningen af den formidlede viden, og erfaringsopsamlingen vedrørende brugen af de redskaber, som Netværket har formidlet i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg, har ikke muliggjort vurdering af effekt.

Ulykkestemaet har kun i forbindelse med et enkelt faldforebyggende projekt blandt ældre benyttet sig af fysisk træning. I forbindelse med gå-ture projektet var det formålet at forbedre ældres fysiske tilstand samt udvide deres sociale netværk, og opfølgningen på projektet viste, at deltagerne fik en øget følelse af velvære og en oplevelse af gradvis øget mestringsevne. Projektet tog ikke udgangspunkt i de ældres individuelle træningsbehov og var ikke lagt an på intensiv træning og bør derfor ikke vurderes som et projekt med fokus på fysisk træning med henblik på reducere af faldulykker.

5. Processer og metoder

Sundhedsfremme kan defineres som 'enhver planlagt kombination af uddannelses, politisk, miljømæssig, regulerende eller organisatorisk mekanisme, som støtter handling og levevilkår der bidrager til individers, grupper eller samfunds sundhed'¹⁴ og metoderne omfatter således såvel politiske beslutninger, kliniske interventioner, uddannelsesaktiviteter samt lokalsamfundsindsatser⁶³. Sikkerhedsfremmende arbejde omfatter som vist i kapitel 4 også såvel modificering af strukturer og miljøer som påvirkning af holdninger og adfærd relateret til sikkerhed¹⁸. Sund By Netværkets ulykkesgruppe har, som nævnt, primært beskæftiget sig med formidling af relevant viden for at påvirke fagpersoners og befolkningsgruppers adfærd.

Planlægningen af indsatsen, herunder processer og metoder i det sundhedsfremmende arbejde, er afgørende for effektiviteten ikke mindst for indsatser, der har til hensigt at medvirke til adfændsændring. Nedenfor er en kort beskrivelse af ulykkestemaets arbejdsproces efterfulgt af en gennemgang af anbefalinger i litteraturen med henblik på perspektivering af Netværkets indsats. Afslutningsvis vurderes forankringen af indsatsen på baggrund af medlemskoordinatorernes tilbagemeldinger vedrørende deres brug af ulykkesgruppens arbejde samt Netværksmedlemmernes lokale ulykkesforebyggende indsats.

Ulykkesgruppens arbejdsproces og metoder

Arbejdet for ulykkestemaets styregruppe har bestået i at identificere nyttig eksisterende viden, der med fordel har kunnet bredes yderligere ud, og at identificere mangler i den eksisterende viden, som man har ønsket at få belyst. Anbefalinger fra styregruppen i dette arbejde er blevet bragt op i Sund By Netværkets plenum for godkendelse og er forankret i de respektive arbejdsgrupper, der har udarbejdet budget og ansøgning om økonomisk støtte, primært til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Ulykkesgruppen har implementeret stort set alle de projekter, styregruppen har fremført.

Ulykkesgruppen er opdelt i tre arbejdsgrupper, som varetager henholdsvis ældres faldulykker og børneulykker samt arbejdet omkring kvalitetssikring og innovation. Det har været arbejdsgruppernes opgave at holde sig orienteret om, hvad der sker på området hos medlemmerne og sikre, at gode erfaringer spredes til resten af Netværket og det øvrige land. Arbejdsprocessen har været karakteriseret ved, at styregruppen har været inddraget som faglig støtte, blandt andet i tilknytning til ekspertmøderne som beskrevet i kapitel 4, eller direkte i forbindelse med udarbejdelse af materiale, eksempelvis i forbindelse med udarbejdelse af de supplerende informationsfoldere til brug ved forebyggende hjemmebesøg. I de fleste tilfælde har der været tale om allerede udviklet materiale, som Netværket

har vurderet med fordel kunne videredistribueres. Det udviklede materiale er blevet distribueret videre enten via Netværkets koordinatore eller direkte til de tiltænkte brugergrupper, som har været fagpersonale i kontakt med slutbrugerne. Medlemskoordinatorerne har spillet en central rolle for identificeringen af de relevante aftagere af materialet. Næsten samtlige projekter i perioden er efterfølgende blevet distribueret til de øvrige amter og kommuner uden for Netværket.

Der har for flere projekter, både materialeudvikling samt afvikling af kurser og konferencer, været gennemført opfølgninger, primært med hensigt på vurdering af tilfredsheden med projekterne. Opfølgningerne har oftest været baseret på spørgeskemabesvarelser og har koncentreret sig om den umiddelbare vurdering af tilfredsheden med et givent arrangement eller et nyt distribueret materiale. Det har ikke ligget indenfor styregruppens arbejdsområde at belyse den faktiske brug eller anvendelighed af den formidlede viden eller eventuelle opnåede kompetencer. I et enkelt tilfælde har styregruppen foretaget opfølgning af et udsendt materiale efter tre måneders brug for at vurdere implementeringsgraden og anvendelsen.

Guidelines og anbefalinger: borgerinddragelse, forankring, vidensspredning og evaluering

Med udgangspunkt i Sund By Netværkets arbejde generelt og den ulykkesforebyggende indsats i særdeleshed har dette afsnit fokus på fire forhold vedrørende arbejdsproces og metode, som den internationale litteratur påpeger som særlig vigtige for succesen af sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Det drejer sig om borgerinddragelse, forankring, vidensspredning og evaluering.

Borgerinddragelse og empowerment er centrale elementer i WHO's definition af sundhedsfremme¹⁶, som en dynamisk proces, der forudsætter inddragelse og deltagelse af de relevante borgergrupper, og at borgergrupper opnår ejerskab af processen⁶⁴. WHO pointerer, at det er vigtigt at inddrage relevante befolkningsgrupper i det sundhedsfremmende og sikkerhedsfremmende arbejde, fordi det både er til gavn både for individerne og lokalsamfundet og for indsatsernes kvalitet^{18, 65}. Relevante borgergruppers deltagelse ses derfor både som et middel til bedre sundhedsfremmende projekter og som et mål i sig selv. Blandt andre begrundes Bracht vigtigheden af inddragelse med, at individer og grupper i lokalområder har brug for at føle, at de har kontrol og ejerskab over de beslutninger, der påvirker deres livsvilkår og sundhed og har brug for at blive bemyndiget til at handle på deres egne behov⁶⁴.

WHO har opstillet en række mål, som er væsentlige i forbindelse med sundhedsfremmende projekter, og hvor inddragelse af relevante borgergrupper kan bidrage til opnåelse: 1) Inddragelse er med til at udvikle den demokratiske proces, og individer bør have ind-

flydelse på deres egen sundhed, 2) Ved inddragelse af relevante grupper er der mulighed for at få input fra marginaliserede og dårligt stillede grupper, der normalt ikke bliver hørt, og dermed kan inddragelse være med til at reducere social eksklusion, 3) Selve inddragelsesprocessen kan styrke individer og lokalområder til at tage mere hånd om deres egen situation og forbedre deres livskvalitetsopfattelse, 4) Der er mulighed for at mobilisere vigtige ressourcer, der ellers ikke ville være blevet udnyttet, 5) Ved at inddrage en eventuel målgruppe opnår man et mere nuanceret billede af behov og muligheder, og projekter udvikles mere holistiske end de fag-professionelle er trænet til at tænke samt 6) Inddragelse af relevante borgergrupper er et centralt element, hvis projekter med fokus på at fremme sundhed, velvære, øget livskvalitet og miljøsikring skal blive bredt forankrede og bæredygtige⁶⁶. Det pointeres, at inddragelse kan gennemføres i forskellige grader, og at udfordringen for planlæggerne er at iværksætte metoder og processer, som promoverer aktiv og engageret deltagelse frem for den mere passive proces med at tilbyde information og konsultation⁶⁶.

Foruden borgerinddragelse er forankringen af projekter også et central element, særligt for projekter der retter sig mod adfærdsændringer. Jensen og Johansen redegør for, at sundhedsoplysninger modtages af befolkningen i en proces, hvor informationen skal skabe: '... en meningsfuld helhed mellem holdninger, sundhedsvaner, sociale påvirkninger, muligheder for ændringer af sundhedsvaner i dagligdagen, selvtillid i forhold til forandringer og endelig oplevelser i hverdagslivet'⁶⁷. Karen Glanz og kollegaer beskriver adfærdsændringer på populationsniveau som små ændringer, der vokser frem og spreder sig over tid, fordi det kræver ændringer af sociale normer at fremme en særlig adfærd i samfundet⁶⁸. Adfærdsændringer, som forekommer på lokalt niveau, kan spredes over tid, fordi ændringer der påvirker forekomsten af en særlig adfærd måske også har indflydelse på samfundets normer, hvilket kan resultere i yderligere lokale adfærdsændringer⁶⁸.

Adfærdsændringer og fastholdelse af disse ændringer tager tid, hvilket fordrer forankring af projekter eller en forlængelse af interventioner ud over en given projektperiode gennem lokal videreførelse⁶⁹. Shediak-Rizkallah og Bone fastslår, at der er tre grunde til, at forankring af sundhedsfremmeprojekter skal prioriteres i det forebyggende arbejde: 1) Så længe der eksisterer et givent sundhedsproblem, bør det forebygges, 2) Sundhedsprojekter omfatter investeringer i økonomi og kompetenceopbygning, og mange projekter afsluttes med at blive støttet økonomisk, inden de har opnået den potentielle effekt og 3) For mange korte og ikke effektfulde sundhedsprojekter påvirker lokalmiljøers engagement og støtte til nye projekter⁷⁰. Forankring af sundhedsfremmeprojekter i praksis kan handle om, at de opnåede sundhedsresultater opretholdes, at de implementerede aktiviteter fastholdes eller at der er opbygget en særlig kapacitet hos projektets modtagergruppe^{64,69,70}. Bracht opererer med fire begreber, der alle omhandler holdbarheden af en intervention, og som også tager udgangspunkt i de tre ovenstående perspektiver. 1) Institutionalisering, der referer til den proces, hvor et projekt fortsætter indenfor en eksisterende organisation, som oftest fordi en central ildsjæl promoverer projektet eller projektet pas-

ser særlig godt overens med organisationens fokus. 2) Inkorporering referer til den situation, hvor en lokal partner eller bidragsyder opretholder det oprindelige program eller en modificeret version. 3) Bæredygtighed er opretholdelsen af en intervention på baggrund af en organisations deltagelse i et projekt og spredningen af opnåede kompetencer hos individer i at varetage denne og andre opgaver. 4) Kompetenceopbygning er et centralt begreb i empowerment og dermed et væsentligt element for at projekter kan fortsætte efter afsluttet projektperiode i kraft af lokalt ejerskab og evner⁶⁴.

Som nævnt i kapitel 4 er uddannelse og formidling en meget benyttet strategi i forhold til ulykkesforebyggende indsatser, og det har også været den benyttede strategi for Sund By Netværket. Formålet med vidensspredning er at maksimere eksponeringen og kendskabet til indsatser, der har vist sig hensigtsmæssige. Vidensspredning af innovationer skal, for at være effektiv, ifølge Oldenburg og kollegaer inddrages i fem projektfaser: 1) I forbindelse med udviklingen af innovationen, hvor repræsentanter fra brugergruppen med fordel kan kvalificere arbejdet ved at identificere relevante brugergrupper med henblik på udviklingen af en promoveringsstrategi, 2) Ved spredningen af budskabet hvor kommunikationskanaler i forhold til brugergruppen identificeres, 3) Ved brugergruppens modtagelse med fokus på nøglemodtagere, der skal tage innovationen til sig og påvirkes til at ændre deres nuværende strategi, 4) I forbindelse med etableringen af innovationen hos brugergruppen, der kræver at nøglemodtagerne opkvalificeres i forhold til at implementere innovationen og 5) I det videre brug og i forankringen af innovationen⁷¹.

Oldenburg og kollegaer opsummerer i nedenstående skema de centrale forhold, der har betydning for, hvor hurtigt og i hvilket omfang viden spredes.

- Er innovationen bedre end det der evt. skal erstattes?
- Passer innovationen til den tænkte målgruppe?
- Er innovationen let at bruge?
- Kan innovationen let afprøves?
- Kan resultaterne af innovationen observeres og lette at måle?
- Kan innovationen let omstilles eller afbrydes?
- Er innovationen let og klar at forstå?
- Kan innovationen implementeres ved et minimum investering af tid?
- Kan innovationen implementeres med minimal risiko?
- Kan innovationen være effektiv med kun lidt engagement?
- Kan innovationen opdateres eller modificeres over tid?

Yderligere pointerer Bracht, at vidensspredning ikke kun omfatter selve det sundhedsfremmende budskab, men at det, ligesom fremhævet i Oldenburg og kollegaernes fase fem, også handler om at sprede de opnåede erfaringer^{64, 71}.

Opfølgning eller evaluering af sundhedsfremmeprojekter er nødvendig for at kunne dokumentere mulige effekter samt for at kunne lære af og videregive de erfaringer, som er opnået gennem planlægningen af projektet og implementeringsprocessen^{13, 72}. For at en evaluering skal kunne vurdere et projekts succeser og begrænsninger, skal den være godt planlagt og systematisk i sin gennemførelse. Evalueringen bør planlægges parallelt med planlægningen og implementeringen af selve projektet for at kunne indsamle de relevante informationer til brug for evalueringen. Ved at designe evalueringen i begyndelsen af projektprocessen vil det være muligt ikke blot at vurdere projektets målopfyldelse men også at drage nyttige erfaringer af og vurdere selve implementeringen. Dokumentationen af, hvad der i praksis blev gjort, mulige forhindringer der skulle løses, og hvordan de blev løst, vil efterfølgende kunne anvendes af andre, der planlægger lignende projekter, eller som ønsker at implementere en gentagelse af det konkrete projekt^{13, 73}.

Da sundhed er et resultat af et komplekst samspil mellem faktorer på såvel individ, hverdagslivs og samfundsmæssigt niveau, og sundhedsfremmeprojekter derfor ofte også opererer med komplekse mål, er det ikke enkelt at fastlægge hvilke indikatorer, der skal indgå i målingen af et projekts opnåede resultater og effekt^{13, 51, 52, 65, 74, 75}. Thorogood og Coombes blandt flere fremhæver, som også pointeret ovenfor, at det er vigtigt at inddrage en vurdering af implementeringsprocessen for at kunne afdække de særlige virkninger, der er relateret til et sundhedsprojekt. Dette gælder eksempelvis øget viden, inddragelse og handlekompetence^{63, 75, 76}. Nutbeam har præsenteret en model for mulige måleresultater i forbindelse med sundhedsfremmeaktiviteter, der illustrer de forskellige niveauer, som sundhedsfremme opererer på. På det grundlæggende niveau skal de sundhedsfremmende aktiviteter dokumenteres og beskrives, og derefter dokumenteres den umiddelbare måleopfyldelse i form af for eksempel øgede kompetencer. Hvis det er muligt at påvise en sammenhæng med en sundhedseffekt eller en effekt i sundhedsadfærd inddrages dette også i evalueringen^{51, 76}.

O'Neill og Simard har undersøgt, om der i forbindelse med Healthy City konceptet kan udarbejdes generelle retningslinier for evaluering af arbejdet⁷⁷. Formålet med undersøgelsen var overordnet at diskutere, hvordan man kan måle, om det at være del af Healthy Cities gør en forskel i forhold til borgernes sundhed. Undersøgelsen fremhæver vigtigheden af at evaluere men konkluderer samtidigt, at der ikke findes en generel liste af relevante indikatorer, der kan udgøre grundlaget for evalueringer i Healthy City regi. Evalueringer bør derimod baseres på en forhandling af de involverede parters kortsigtede, midtvejs og langsigtede evalueringsbehov. Denne proces inddrager foruden faglige målsætninger en vigtig politisk proces, og forfatterne anser udviklingen af rammerne for evalueringen som mindst lige så vigtig for selve projektet som for evalueringen i sig selv⁷⁷.

Vurdering af arbejdsproces og metoder

Sund By Netværket har, som det anbefales i forbindelse med WHO's Healthy City Network, prioriteret borgerinddragelse i deres sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Borgerinddragelse fremstår som det første af Netværkets syv målområder og beskrives således: 'I forbindelse med lokalt sundhedsarbejde er det centralt, at borgerne bliver inddraget i processen. Medlemmerne skal gøre det synligt for borgerne, hvordan de kan opnå indflydelse og deltage i arbejdet'⁷⁸. Definitionen er som udgangspunkt mere snæver end WHO's og omhandler primært synliggørelsen af kommunikationskanaler, som borgerne kan benytte, hvis de ønsker at deltage i det sundhedsfremmende arbejde. Det ulykkesforebyggende arbejde har i nogle tilfælde inddraget faglig kompetence i forbindelse med udviklingen af projekter, blandt andet ved inddragelse af repræsentanter fra faggrupper, der har været potentielle brugergrupper. Der har ikke i det udviklende arbejde været inddraget repræsentanter fra nogle af de to grupper, som man har haft fokus på i ulykkesforebyggelsen, hverken de ældre eller børnene og deres forældre. Det er ulykkesgruppens vurdering, at den manglende borgerinddragelse i arbejdet kan skyldes sammensætningen i gruppen, som primært består af amtsmedlemmer. Generelt har amterne i Netværket ikke arbejdet med en særlig tæt kontakt til borgergrupper, hvilket SIF også tidligere har konkluderet i en rapport om borgerinddragelse i Netværket⁷⁹. Konklusionen i forhold til Netværkets generelle inddragelse af borgere i forbindelse med konkrete projekter var, at de fleste medlemmer havde erfaring med at inddrage borgere, men at grad af inddragelse varierede meget. Der var projekter som i hele forløbet havde borgere involveret, og projekter som kun benyttede sig af borgernes ressourcer og kompetencer i forbindelse med afgrænsede dele af projekterne. Kommunerne havde lettere ved at inddrage borgerne i deres aktiviteter end amterne⁷⁹.

Som pointeret har det ulykkesforebyggende arbejde i Netværket navnlig gjort brug af formidling som indsatsstrategi, og der har for de fleste projekter været tale om at sammenskrive eksisterende materiale og videreformidle dette til resten af Netværket eller det øvrige land snarere end at udvikle nyt indenfor området. Fordi ulykkesindsatsen har anvendt eksisterende materiale, der allerede tidligere været afprøvet i forhold til en relevant borgergruppe, har den manglende inddragelse af brugergruppen i Netværkets arbejde formentlig ikke påvirket indsatsen negativt.

Netværkets forebyggende indsats i forbindelse med at reducere ulykker blandt børn og ældre har ikke tidligere undergået en selvstændig evaluering. Ulykkestemaet er dog sammen med Netværkets øvrige aktiviteter blevet vurderet i forbindelse med generelle beretninger og evalueringer. Som nævnt ovenfor har styregruppen for ulykkestemaet primært set deres rolle som formidler af relevant ulykkesforebyggende materiale. Derfor har de interne opfølgninger eller evalueringer, som har været foretaget af Styregruppen, primært omhandlet deltager tilfredshed i forbindelse med konferencer, årsmøder, temadage eller

kurser. I enkelte tilfælde har der været tale om vurderinger af brugertilfredshed i forbindelse med udgivelse af materiale. Opfølgningerne har været udført som afgrænsede evalueringsskemaer, der er blevet udfyldt i forbindelse med afslutningerne på de forskellige aktiviteter. Opfølgningerne er gennemgået sammen med ulykkestemaets aktiviteter i kapitel 3. Nedenfor vil resultaterne af disse opsamlinger kort kommenteres. Der skelnes mellem opfølgninger af materiale, der skal vurderes i forhold til fagprofessionelles behov, og opfølgning af arrangementer.

Brugertilfredshed har været vurderet i forbindelse med de tre håndbøger i faldforebyggelse, som sygehuse, plejehjem og hjemmeplejen modtog. I forbindelse med børneulykker er såvel de to håndbøger til pasningsinstitutioner i forebyggelse af ulykker blandt 0-6 årige og 6-15 årige børn og unge samt Mestingskurset og det udviklede materiale blevet vurderet i forhold til anvendelighed. Opfølgningen af faldforebyggelseshåndbøgerne havde til hensigt at vurdere, om materialet blev benyttet i det daglige arbejde, om ulykkesgruppens indsatsstrategi virkede med hensyn til udvikling og spredning af viden, og om der skulle gennemføres en mere omfattende evaluering af materialet. Undersøgelsen var baseret på et spørgeskema udsendt til meget forskellige respondenter lige fra enheder i en kommune til afdelinger på sygehuse. Tilbage meldingen viste, at blandt dem, der indgik i undersøgelse, var langt de fleste positive overfor håndbøgerne. Idet undersøgelsen blev gennemført seks måneder efter udsendelsen af håndbøgerne, kan den i sig selv have haft den positive effekt, at der er kommet fornyet fokus på materialet, og de potentielle brugere har måtte tage stilling til indhold og anvendelighed. Derudover resulterede denne opfølgning i, at ulykkesgruppen vurderede, at der ikke var tilslutning til at gennemføre en mere omfattende evaluering af tiltagets succes. Erfaringsopsamlingen i forbindelse med håndbøgerne i børneulykker var mindre positiv, idet kun knap halvdelen af tilbage meldingerne fandt materialet inspirerende og brugbart som opslagsværk. Til gengæld endte undersøgelsen op med at give bud på andre endnu ikke inddragede miljøer, som materialet kunne bruges i. Mestringsprojektet blev fuldt op af en evaluering tre måneder efter endt kursus og udlevering af opslagsmateriale. Resultatet af evalueringen var et positivt indtryk af materialet blandt institutionerne, som svarede, men samtidigt gav den et billede af institutionerne som allerede kompetente på området. Evalueringen belyste andre områder, der i fremtiden kunne inddrages med fordel, som for eksempel mulighederne for at inddrage forældrene i formidlingen af informationen. Overordnet set har vurderingerne af brugertilfredsheden med Netværkets ulykkesforebyggende arbejde været afgrænset til de største projekter. De relativt lidt ressourcekrævende evalueringer har givet Netværket brugbar viden om dets arbejde og muligheder for fremtidige projekter.

Måling af deltagertilfredshed har været gennemført i forbindelse med alle tre konferencer under kvalitetssikrings- og innovationstemaet, og i forbindelse med kurserne i forebyggende hjemmebesøg blandt ældre og mestrings af småskader blandt børn. Generelt har disse spørgeskemaer, som deltagerne har udfyldt som afslutning på et arrangement, udtrykt tilfredshed. Også i forbindelse med disse opsamlinger har ulykkesgruppen og Netværket

modtaget gode råd til fremtidige lignende arrangementer. Et generelt problem med måling af deltagertilfredshed er dog, at de personer, der deltager i arrangementerne og svarer på tilfredshedsskemaer, meget vel kan tænkes at repræsentere en gruppe, som allerede er motiveret, og som under alle omstændigheder gør en forebyggende indsats i forhold til det givne område. Endvidere kan tilfredshedsundersøgelser i mange tilfælde bære præg af, at de utilfredse ofte vælger ikke at svare på spørgeskemaet.

Vigtigheden af at evaluere sundhedsfremmende og forebyggende projekter er pointeret ovenfor, og Netværket og ulykkesstyregruppen har opnået vigtig viden og erfaringer i forbindelse med de opfølgninger, som har været gennemført. Deltagertilfredshedsundersøgelser giver dog meget lidt viden om, hvilken betydning et givent projekt har i praksis for det ulykkesforebyggende arbejde. Der har ikke været opfølgning på, hvorvidt uddannelseskurserne har medført ændret viden blandt kursisterne, eller om det efterfølgende har haft konsekvenser for deres daglige arbejde. Der har heller ikke været opfølgning på, hvorvidt eksempelvis hjemmeplejen videreformidler den opnåede viden baseret på den motiverende samtale i forebyggelse.

Ulykkesgruppen har primært set sin rolle, som dem der skulle formidle brugbare værktøjer til relevante faggrupper, og ikke som dem, der skulle følge det yderligere. Den manglende opfølgning kan have mindskes brugen af materialet og forankringen af projekterne hos de relevante faggrupper og i de inddragede forebyggelsesarenaer. Det har derfor også kun i et begrænset omfang været muligt for styregruppen at drage nyttige erfaringer om, hvad der er lykkedes, og hvad der skal justeres i forbindelse med fremtidige lignende projekter.

Den lokale forankring af ulykkestemaet

Det er en ambition ifølge ulykkestemaets Handlings- og perspektivplaner at udvikle forebyggelse af ulykker til en synlig del af driften hos netværksmedlemmerne⁸⁻¹². I perioden 1998-2005, som denne evaluering dækker, har det derudover været formuleret i Tiltrædelsesdokumentet, at netværksmedlemmerne i forbindelse med temaet Forebyggelse af ulykker forpligtiger sig til at have kontinuerlig opmærksomhed på udviklingen i antallet og typen af ulykker samt til at have en kontinuerlig indsats over for de store ulykkesgrupper (idrætsulykker, børneulykker, ældreulykker og faldulykker).

Netværket pointerer, at styrken ved deres samarbejde er, at der kan udvikles nyttige og effektive redskaber inden for Netværkets rammer, som enkeltkommuner og -amter kun ville have vanskeligheder ved selv at gennemføre. Dermed er Netværket, som allerede fremhævet i kapitel 2, en vigtig aktør for udviklingen af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i Danmark. Engagementet og forankringen af ulykkesforebyggelse inden for Netværket er derfor med til at løfte ulykkestemaets arbejde.

På baggrund af en spørgeskemaundersøgelse blandt Netværkets medlemskoordinatorer, suppleret med information fra interviews med centrale personer i styregruppen for ulykkesforebyggelse, afspejler nedenstående sammenfatning, hvordan man blandt medlemmerne i Netværket arbejder med forebyggelse af ulykker. Spørgeskemaundersøgelsen blev foretaget blandt de etablerede medlemmer af Sund By Netværket i efteråret 2005, hvilket omfattede 11 kommuner og seks amter. Forankringen af det ulykkesforebyggende arbejde tager udgangspunkt i de lokale målsætninger, koordinationen af det lokale arbejde, hvilke ressourcer der er afsat til dette arbejde, hvilke aktiviteter og materiale der lokalt har været anvendt, opfølgningen af det ulykkesforebyggende arbejde og hvilken betydning det har at være medlem af Netværket, når man arbejder med ulykkesforebyggelse.

Som medlemmer i Sund By Netværket har kommuner og amter siden Tiltrædelsesdokumentets tilblivelse i 1995 været forpligtiget til at udarbejde sundhedsplaner for at gøre sundhedsredegørelserne mere anvendelsesorienterede. Derfor har der blandt medlemmerne været udarbejdet en række målsætninger på det sundhedsfremmende og forebyggende område. Alle medlemmer har i forbindelse med deres sundhedspolitik inddraget ulykker som et af fokusområderne. De fleste har formuleret målsætninger i forhold til både faldforebyggelse blandt de ældre borgere og forebyggelse af ulykker blandt børn og unge. På disse to områder lægges der blandt andet vægt på at sikre faldforebyggelse i hjemmet, at sikre ulykkesforebyggelse i hjem med småbørn og sikre ulykkesforebyggelse på skoler og institutioner. Fremme af trafiksikkerheden prioriteres af over halvdelen af de adspurgte medlemmer og i særlig grad blandt amterne. Endelig er der en mindre andel af medlemmerne, der arbejder målrettet med arbejdsulykker særligt i forbindelse med de kommunale arbejdspladser. Kun et enkelt medlem har ikke formuleret målsætninger på ulykkesområdet, mens det hos et andet medlem fremstår som en generel målsætning, der ikke er yderligere præciseret.

Ulykkesforebyggelse er som vist ovenfor en integreret del af medlemmernes sundhedsfremmende og forebyggende politik. Til at varetage denne opgave har medlemmerne inddraget en eller flere forvaltninger i arbejdet. Over halvdelen af medlemmerne har forankret ulykkesarbejdet i Sundhedsforvaltningen/Sundhedsafdelingen, og blandt de amtslige medlemmer er det tilfældet for alle medlemmerne. Syv ud af 17 medlemmer har forankret opgaven hos Teknisk Forvaltning, og kun ganske få medlemmer har inddraget Børne- og ungeafdelingen eller Ældreafdelingen. Hos tre af de kommunale medlemmer er det en opgave forankret i alle forvaltninger, og for ni medlemmer er opgaven forankret i mere end én forvaltning eller afdeling.

At forankre ulykkesindsatsen i flere forvaltninger, svarer til Netværkets målsætning om at gøre sundhedsfremme og forebyggelse til en integreret del af alle de kommunale og amtslige forvaltningers aktiviteter. Specifikt for indsatsen med at reducere antallet af ulykker blandt børn og ældre anbefales det for en succesfuld bred indsats, at der samarbejdes mellem forskellige sektorer. Involvering af flere forvaltninger giver både mulighed for en

mere kvalificeret og nuanceret tilgang til forebyggelsen samt bedre opfølgingsmuligheder, når indsatsen eksempelvis inddrager både en uddannelses- og formidlingsstrategi og miljømodificering.

Involveringen i ulykkesforebyggende aktiviteter udarbejdet eller formidlet af Sund By Netværkets ulykkesgruppe har generelt været højere blandt de amtslige medlemmer end blandt de kommunale medlemmer af Netværket. Udvikling og udarbejdelsen af aktiviteter har primært været et anliggende for Viborg Amt, Vestsjællands Amt og Storstrøms Amt, som alle er medlemmer af ulykkesstyregruppen. De øvrige aktive medlemmer i udviklingsarbejdet har primært været forgangskommuner for de enkelte aktiviteter eller medlemmer, der har suppleret de tre amters arbejde med lokale erfaringer, der efterfølgende er kommet hele Netværket til gode. Halvdelen af Netværkets medlemmer har aldrig været involveret i udviklingsarbejdet.

De amtslige medlemmer har også været de mest aktive i forbindelse med at arrangere aktiviteter for at udbrede den viden, som er udviklet i Netværket. Både Inspirationsdag vedrørende faldulykker og Kursus i Mestring af småskader og ulykker blandt børn har været arrangeret i næsten alle amter. De kommunale medlemmer har i højere grad arrangeret specifikke lokale aktiviteter frem for de aktiviteter, der er udarbejdet af Netværket.

Medlemmernes deltagelse i ulykkestemaets aktiviteter er i overensstemmelse med ovenstående billede. Over halvdelen af medlemmerne har deltaget i kurset om Mestring af småskader og ulykker blandt børn, og over halvdelen har også deltaget i faldforebyggelseskurser. De amtslige medlemmer har været de mest aktive. Der har været generel lille deltagelse fra Netværksmedlemmerne i forbindelse med årsmøder for ulykkes- og skadesforebyggelse i Danmark samt temadage, der har omhandlet andre emner end fald- og børneulykker.

Overordnet set kan det konstateres, at de amtslige medlemmer har været meget gennemgående i Netværkets ulykkesforebyggende aktiviteter, både med hensyn til udviklingsarbejdet og i forbindelse med at fremme den viden, som Netværket har ønsket at sprede.

Ulykkestemaet har som vist produceret en lang række materialer i form af håndbøger, pjecer og manualer om ældres faldulykker og børns hjemme- og fritidsulykker. Materialet er i alle tilfælde blevet distribueret til de enkelte medlemskoordinatorer, som så har stået for den videre formidling. Overordnet set har materialet været flittigst benyttet blandt medlemsamterne. Håndbøgerne i faldforebyggelse og håndbøgerne i børneulykker har været benyttet hos alle amterne i Netværket og Mestringshåndbogen i småskader i alle amter på nær ét. Blandt kommunerne har materialet været langt mindre inddraget i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Håndbøgerne i faldforebyggelse og Mestringshåndbogen i småskader har været benyttet af hver tredje medlemskommune, mens håndbøgerne i børneulykker har været anvendt af to kommuner. Folderne i faldfo-

rebygelse til udlevering i forbindelse med hjemmebesøg har ikke været rapporteret som anvendt af så mange medlemmer som forventet. Det er indtrykket, at disse foldere har været efterspurgt i hjemmeplejen mange steder i landet, men ifølge medlemsundersøgelsen blandt Sund By koordinatorene er det kun få kommuner og amter, der har anvendt disse. Der er i dataindsamlingen ikke blevet spurgt til brugen af kursusmateriale.

Fordi ulykkesgruppen ikke har forestået opfølgning af anvendelsen af det udviklede materiale, har den videre opfølgning været anset som et lokalt anliggende. De amtslige og kommunale Sund By medlemmer, der har benyttet sig af det ulykkesforebyggende materiale, har kun i meget lille grad selv fulgt op på deres lokale ulykkesindsats. Halvdelen af de medlemmer, der indgik i spørgeskemaundersøgelsen, angav, at de intet gjorde i forhold til at følge op på de erfaringer, som de enkelte indsatser genererede. Blandt den anden halvdel havde to amter gennemført erfaringsudvekslingsmøder, mens et amt og to kommuner foretog evalueringer af flere af deres indsatser. I to amter og to kommuner var det forvaltningerne selv, der løbende varetog opfølgningen på deres projekter. I spørgeskemaundersøgelsen blandt medlemskoordinatorene har det ikke skulle præciseres, hvordan evalueringen praktisk er blevet håndteret. Det vides derfor ikke, om der i givet fald har været tale om effekt- eller præstationsmål, brugertilfredshed eller mere gennemgribende erfaringsevalueringer omhandlende både implementeringen og effekten.

Sund By Netværket består af både store og små kommuner samt amter. Dette har, som ovenfor vist, betydning for, hvordan der arbejdes med ulykkesforebyggelse, ligesom medlemmernes forskellighed også har indflydelse på andre af Netværkets aktiviteter. I af-rapporteringen af hvilke ressourcer, der afsættes til det forebyggende arbejde af ulykker, ses det dels, at Netværksmedlemmerne afsætter forskellige mængder af ressourcer både med hensyn til økonomiske midler og personaletimer, dels at arbejdet med ulykker i mange tilfælde er integreret i en mere overordnet strategi, og derfor ikke har særskilte midler. En tredjedel af de adspurgte medlemmer valgte ikke at svare på dette spørgsmål, hvilket nok i de fleste tilfælde kan tolkes sådan, at det ikke ville være muligt at angive omfanget af de ressourcer, som går specifikt til ulykkesforebyggelse. I nogle tilfælde kan det også betyde, at det pågældende medlem ikke har brugt eller bruger ressourcer på dette område. Blandt de øvrige to-tredjedele angiver halvdelen, at der ikke bruges særskilte midler, mens de resterende seks medlemmer bruger mellem 300.000 kr. og 1 million kr. I ét tilfælde bruges den angivne million udelukkende i forbindelse med trafiksikkerhed og ikke indenfor hjemme- og fritidsområdet. Billedet er det samme i forbindelse med angivelse af personale, der beskæftiger sig på området. Ti af de 17 besvarelser angiver, at de ikke ved hvor mange personaleressourcer, der er afsat til ulykkesområdet, eller undlader helt at svare. De øvrige syv medlemmer, som omfatter tre kommuner og fire amter, har en til fire ansatte på området.

I 2000 foretog SIF en vurdering af ulykkestemaets forankring i Netværket, idet forebyggelse af ulykker var det nyeste af Netværkets prioriterede områder⁷. Vurderingen frem-

hævdede, at der var et stort potentiale i arbejdet med ulykkesforebyggelse og særligt i forbindelse med hjemme- og fritidsulykker, som nævnt i forbindelse med rammerne for ulykkesarbejdet. Derudover blev det vurderet, at ulykkesgruppen havde været meget produktive og at netværksmedlemmerne havde taget godt imod temaet. Dog havde opbakningen til de første arrangementer været mangelfuld, men dette mentes at skyldes generelle problemer for det lokale forebyggende sundhedsarbejde snarere end ulykkestemaet som sådan⁷.

Ovenstående gennemgang af etableringen af den ulykkesforebyggende indsats i medlemssamterne og -kommunerne, brugen af det udviklede materiale fra ulykkestemaet og endelig prioriteringen af ressourcer til dette arbejde viser et billede af Netværkets medlemmer opdelt i to grupper. Overordnet set har ulykkestemaet haft betydning for alle Netværkets amtslige og kommunale medlemmer, enten ved at have påvirket det politiske niveau, eller ved at medlemmerne har benyttet sig af materiale, kurser eller konferencer udviklet af ulykkesgruppen. Ud fra spørgeskemaerne bærer de amtslige medlemmers besvarelser dog præg af, at de har fokuseret mere på det ulykkesforebyggende arbejde end de kommunale medlemmer. Amterne har i langt højere grad benyttet sig af det materiale, som er blevet udviklet i Netværket, samt udbudt og deltaget i kurser og møder i forbindelse med udgivelse af materiale. Kommunerne har ikke i samme omfang haft fokus på ulykkestemaets arbejde, og nogle kommuner har afsat få eller slet ingen midler til området. Afslutningsvis i spørgeskemaet er koordinatorene blevet bedt om at vurdere, hvilken betydning det har haft, at man var medlem af Sund By Netværket i forbindelse med det ulykkesforebyggende arbejde. Fire ud af seks amter nævner erfaringsudveksling som en stor fordel, samt at relevant materiale har været let tilgængeligt. Over halvdelen af de kommunale medlemmer giver udtryk for, at de i forbindelse med forebyggelse af ulykker ikke har draget nogen særlig fordel ved at være del af Netværket. Både blandt enkelte medlemskommuner og medlemsamter nævnes der fordele i forbindelse med at få ulykker lettere på den politiske dagsorden, hvilket i nogle tilfælde har resulteret i politiske målsætninger på området. Koordinatorerne fremhæver, at der ved at være en del af Netværket generelt arbejdes mere målrettet med forebyggelse og dermed også med reducere af ulykker. Endelig nævnes det, at kommuner uden for Netværket ikke løbende arbejder med ulykkesforebyggelse.

6. Indsatsens tilskadekomsteffekt

Formålet med analysen er at undersøge effekten af Sund By Netværkets indsats indenfor forebyggelse af børneulykker samt ældres faldulykker i perioden 1998-2005, målt i forhold til forekomsten af disse typer af ulykker.

Det er således ikke målet at undersøge effekten af de enkelte indsatser isoleret, men at undersøge den samlede effekt af indsatsen, herunder lokale indsatser der ikke nødvendigvis er koordineret fra Sund By Netværkets side, men som er affødt af det fokus, som tilstedeværelsen af Netværket har sat på ulykkesforebyggelsen.

Hypoteserne er:

1. Ulykkesforekomsten blandt børn samt forekomsten af faldulykker blandt ældre er i Netværkets området reduceret i løbet af perioden 1998-2005.
2. Ulykkesforekomsten blandt børn samt forekomsten af faldulykker blandt ældre er reduceret mere i Netværkets området end i det øvrige Danmark

Ulykkesforekomsten blandt børn og faldulykker blandt ældre bestemmes ved en række forskellige ulykkesmål.

Metode

Datagrundlag

Som datagrundlag er benyttet Landspatientregisteret (LPR), som indeholder oplysninger om alle skadestuebesøg, indlæggelser og ambulante behandlinger på sygehusene. Skader, som er behandlet af vagtlæger, praktiserende læger og speciallæger udenfor sygehusene indgår ikke i Landspatientregisteret, og er derfor ikke medtaget i denne analyse. En sygehuskontakt er relevant i forhold til ulykkesforekomsten, hvis den opfylder mindst et af kriterierne:

- Sygehuskontakten er registreret som forårsaget af en ulykke
- Den primære diagnose er en skadesdiagnose

Den første definition burde være den korrekte, men ofte er skader efter ulykker ikke registreret med kontaktårsagen ”ulykke”. Dette gælder i særlig grad forgiftninger. Skadesdiagnoserne omfatter også skader, som skyldes vold eller selvskade, senfølger af ulykker samt skader hvis primære årsag er en sygdom, for eksempel epilepsi. I praksis skyldes

langt de fleste skader dog ulykker. I analyserne benyttes såvel mål baseret på kontaktårsag som på diagnose.

For at undersøge effekten i perioden 1998-2005 er ulykkesforekomsten bestemt dels i årene 1996 og 1997, dels i årene 2004 og 2005. Valget af en to-års periode sikrer et tilstrækkeligt stort datamateriale til at observere forskelle. Alle LPR registreringer er på grundlag af den tilskadekomnes bopælskommune opdelt i henholdsvis Sund By Netværkets område og det øvrige Danmark. Til Sund By Netværkets område er i denne analyse medregnet:

1. Vestsjællands amt
2. Storstrøms amt
3. Vejle amt
4. Sønderjyllands amt
5. Viborg amt
6. Nordjyllands amt

Samt kommunerne:

1. Københavns Kommune
2. Herlev Kommune
3. Vallø Kommune
4. Holstebro Kommune
5. Århus Kommune

De øvrige kommuner i Sund By Netværket indgår i et af de nævnte amter. Da Bornholms kommune, Ballerup kommune og Helsingør kommune er kommet til sent i perioden, indgår de i det øvrige Danmark i den foretagne analyse. Tilsammen udgør befolkningen i Sund By Netværkets område cirka halvdelen af den danske befolkning.

Som det ses af tabel 1, omfatter ulykkesmålene tolv mål for børns ulykker og syv for ældres faldulykker. De sidste to ulykkesmål (20 og 21) er valgt indenfor et område, hvor der ingen indsats har været i Sund By Netværket, nemlig ulykker blandt voksne. Her vil man ikke forvente at finde forskel mellem Sund by Netværket og det øvrige Danmark.

Tilsyneladende dækker flere af ulykkesmålene i tabel 1 samme fænomen. (1) og (3) er begge mål for forekomsten af børneulykker. Formelt set burde (3), Ulykker blandt børn give den korrekte forekomst af ulykker, men i praksis vil (1), Skade blandt børn ofte være mere valid. Dette skal forstås på den måde, at hverken (1) eller (3) er sande mål for ulykkesforekomsten, men hvis der er forskel mellem disse, er (1) sandsynligvis det mest pålidelige mål.

Udviklingen er belyst for 21 ulykkesmål, nemlig følgende:

Tabel 1. De benyttede mål for ulykkesforekomsten.

1. Alle skader, børn under 15 år
 2. Indlæggelser som følge af skader, børn under 15 år
 3. Sygehuskontakt som følge af ulykker, børn under 15 år
 4. Sygehuskontakt som følge af trafikulykker, børn under 15 år
 5. Sygehuskontakt som følge af hjemme/fritidsulykker, børn under 15 år
 6. Sygehuskontakt som følge af ulykker i hjemmet, børn under 15 år
 7. Sygehuskontakt som følge af ulykker i daginstitution og skole, børn under 15 år
 8. Sygehuskontakt i forbindelse med knoglebrud, børn under 15 år
 9. Sygehuskontakt som følge af forbrænding, børn under 15 år
 10. Indlæggelser som følge af forbrænding, børn i alderen 0-4 år
 11. Sygehuskontakt i forbindelse med forgiftning, børn under 15 år
 12. Indlæggelser i forbindelse med forgiftning, børn i alderen 0-4 år
-
13. Sygehuskontakt i forbindelse med skadesdiagnose, ældre på 65 år og derover
 14. Indlæggelser med skadesdiagnose, ældre på 65 år og derover
 15. Sygehuskontakt i forbindelse med ulykker, ældre på 65 år og derover
 16. Sygehuskontakt i forbindelse med faldulykker, ældre på 65 og derover
 17. Indlæggelser i forbindelse med faldulykker, ældre på 65 år og derover
 18. Sygehuskontakt i forbindelse med knoglebrud, ældre på 65 år og derover
 19. Indlæggelser med hofte- og hofte- og hoftefrakturer, ældre på 65 år og derover
-
20. Sygehuskontakt i forbindelse med skadesdiagnose blandt voksne 20-64 år
 21. Indlæggelser med skadesdiagnose blandt voksne 20-64 år

Ved beregning af alle de nævnte ulykkesmål tælles en person kun én gang i løbet af et kalenderår.

Indlæggelsesmålene (2, 10 og 12 for børn) viser omfanget af alvorlige ulykker. Disse mål er i forhold til målene baseret på skadestuekontakt mindre følsomme for sygehusstruktur, herunder skadestuelukninger og visitation, samt afstande til skadestuen.

Forgiftninger er opgjort separat for 0-4 årige. I denne aldersgruppe er forgiftningsulykker hyppige. Blandt de ældre børn skyldes forgiftninger ofte mere eller mindre bevidst indtagelse af alkohol, medicin eller stoffer.

Ældres faldulykker dækkes af målene (13)-(19). Formelt set er (16) Faldulykker blandt ældre det korrekte mål for forekomsten af ældres faldulykker. To andre mål er (15) Ulykker blandt ældre og (13) Skader blandt ældre. Disse mål omfatter ud over faldulykker også en række andre skader, for eksempel trafikskader og snitsår. I praksis er (13) og (15) også relevante mål for ældres faldulykker, idet langt størstedelen af de ældres ulykker (og især de alvorlige) er faldulykker.

For hvert ulykkesmål er det registeret, hvor mange personer, der i løbet af hvert år har haft sygehuskontakt som beskrevet i dette mål. Antallet er gjort op for 1996/1997 samt

2004/2005, dels for Sund By Netværkets område, dels for det øvrige Danmark. For hvert område og periode beregnes den aldersjusterede incidensrate (forekomsten årligt pr. 1000 personer der boede i området). Aldersjusteringen er foretaget på den måde, at der er beregnet incidensrater for hver 5-års aldersgruppe, for eksempel 0-4 år, 5-9 år, 10-14 år osv. Ud fra disse incidensrater beregnes en gennemsnitlig incidensrate for børn under 15 år samt for voksne 20-64 år, idet incidensraterne i hver 5-års aldersgruppe indgår med samme vægt i gennemsnittet. For gruppen af ældre beregnes den aldersjusterede incidensrate som et vægtet gennemsnit af incidensraterne i hver 5-års aldersgruppe, beregnet ud fra alderssammensætningen i Danmark 2005.

Supplerende er der for udvalgte ulykkesmål foretaget analyser af forekomst og udvikling opdelt på de 14 amter samt København Kommune og Frederiksberg Kommune. Århus Amt er dog opdelt i Århus Kommune (som er med i Netværket) og resten af amtet. På grund af de relativt små befolkningstal er de øvrige kommuner i Netværket (Herlev, Vallø og Holstebro kommuner) ikke udskilt fra amterne i denne analyse.

Der er for hvert mål testet for følgende forskelle med logistisk regression:

Forekomst i Sund By Netværket (SBN) versus øvrige Danmark, i 1996/1997

Forekomst i SBN versus det øvrige Danmark, i 2004/2005

Ændring fra 1996/7 til 2004/5, SBN versus det øvrige Danmark

Endelig vises for udvalgte ulykkesmål grafer over udviklingen i incidensen fra 1996-2005.

Der er en række faktorer, der gør analysen vanskelig. Først og fremmest er der i perioden 1998-2005 sket betydelige ændringer i sygehusstrukturen, idet skadestuer er lukket eller blevet visiterede. Dette problem vil blive behandlet i diskussionen. Desuden varierer kvaliteten af ulykkeskodningen i skadestuen meget fra sygehus til sygehus. Derfor er der i analysen også benyttet ulykkesmål baseret på diagnosekoder (skadesdiagnoser) som supplement til målene defineret ud fra ulykkeskoder (koderne for kontaktårsag og skadesmekanisme). For at belyse forskelle i skadestueadgangen er der udviklet og analyseret ”småskadeindex”, som kort er beskrevet i diskussionsafsnittet.

Resultater

Tabel 2. Forekomsten af børns og ældres ulykker i 1996/1997. Aldersstandardiserede incidensrater pr. 1000 personer årligt.

	SBN	Øvrige Danmark	SBN/ øvrige Danmark
Skader, børn under 15 år	150	153	0,98*
Indlæggelse skade, børn under 15 år	10,5	10,1	1,04*
Ulykker, børn under 15 år	138	140	0,99*
Trafikulykker, børn under 15 år	7,4	8,2	0,90*
HF ulykker, børn under 15 år	131	133	0,98*
Hjemmeulykker, børn under 15 år	61	62	0,99*
Institution og skole, børn under 15 år	36	38	0,96*
Knoglebrud, børn u. 15	31	31	0,99
Forbrænding, u. 15	3,1	3,0	1,03
Forbrænding, indlagt, 0-4 år	0,47	0,40	1,19
Forgiftning, u. 15	3,8	4,0	0,95*
Forgiftning, indlæggelser, 0-4 årige	2,3	2,2	1,04
Skader, ældre over 65 år	89	91	0,98*
Indlæggelser, skader, over 65 år	30	29	1,05*
Ulykker, ældre over 65 år	71	73	0,97*
Faldulykker, ældre over 65	52	55	0,95*
Faldulykker, ældre, indlagt	18,1	18,2	1,00
Knoglebrud, ældre	42	42	1,00
Indlagt, hoftefrakturer, ældre	11,5	11,1	1,04*
Skader, voksne 20-64 år	103	102	1,01
Indlæggelser, voksne 20-64 år	10,4	10,1	1,03*

* angiver signifikant forskel fra 1,00, $p < 0,05$

Tabel 2 viser, at der i begyndelsen af perioden ikke var klare forskelle i ulykkesforekomsten mellem Sund By Netværkets område og det øvrige Danmark. Der var blandt børn færre trafikulykker, færre ulykker i daginstitution og skole, men flere indlæggelser efter skader. For de ældre var der ingen entydig forskel mellem SBN og det øvrige Danmark. I Sund By Netværkets område var der lidt færre skadestuebesøg som følge af ulykker, men lidt flere indlæggelser samt hoftefrakturer end i det øvrige Danmark. For alle aldersgrupper gælder det, at hyppigheden af indlæggelser er lidt højere i SBN end i det øvrige Danmark.

Tabel 3. Forekomsten af børns og ældres ulykker i 2004/2005. Aldersstandardiserede incidensrater pr. 1000 personer årligt.

	SBN	Øvrige Danmark	SBN/ øvrige Danmark
Skader, børn under 15 år	131	141	0,93*
Indlæggelse skade, børn under 15 år	8,6	8,6	1,00
Ulykker, børn under 15 år	121	130	0,92*
Trafikulykker, børn under 15 år	5,5	6,6	0,83*
HF ulykker, børn under 15 år	116	125	0,92*
Hjemmeulykker, børn under 15 år	51	55	0,93*
Institution og skole, børn under 15 år	34	38	0,89*
Knoglebrud, børn u. 15	27	27	0,98
Forbrænding, u. 15	2,6	2,7	0,94*
Forbrænding, indlagt, 0-4 år	0,42	0,40	1,04
Forgiftning, u. 15	2,5	2,8	0,90*
Forgiftning, indlæggelser, 0-4 årige	1,9	2,1	0,87*
Skader, ældre over 65 år	85	92	0,93*
Indlæggelser, skader, over 65 år	28	29	0,97*
Ulykker, ældre over 65 år	67	73	0,92*
Faldulykker, ældre over 65	48	51	0,95*
Faldulykker, ældre, indlagt	13,3	13,6	0,98
Knoglebrud, ældre	37	38	0,97*
Indlagt, hoftefrakturer, ældre	9,6	9,6	0,99
Skader, voksne 20-64 år	94	99	0,95*
Indlæggelser, voksne 20-64 år	10,4	10,0	1,03*

* angiver signifikant forskel fra 1,00, $p < 0,05$

Skadeshyppigheden for børn var i 2004/5 ca. 7% lavere i SBN, sammenlignet med det øvrige Danmark. Indlæggelser efter skader lå dog på samme niveau. Trafikulykker lå 17% lavere.

For de ældre viser de fleste af ulykkesmålene et lavere skadesniveau i SBN end i det øvrige Danmark i 2004/5, med undtagelse af nogle af de alvorligste ulykker (faldulykker der fører til indlæggelse samt hoftefrakturer). For disse ulykker er niveauet ved slutningen af perioden det samme i SBN som i det øvrige Danmark.

For de 20-64 årige (som ulykkestemaet ikke omfatter) er forekomsten af skadestuekontakt efter skader 5% lavere i SBN end i det øvrige Danmark, mens forekomsten af indlæggelser efter skader er 3% højere i SBN.

Tabel 4. Udviklingen i forekomsten af børns og ældres ulykker fra 1996/1997 til 2004/2005 for SBN, det øvrige Danmark samt forskellen i ændring mellem SBN og det øvrige Danmark. I procent.

	SBN ændring	Øvrige Danmark ændring	Ændring SBN forskul til det øvrige Danmark (%)
Skader, børn under 15 år	-13	-8	-5*
Indlæggelse skade, børn under 15 år	-19	-15	-4*
Ulykker, børn under 15 år	-13	-7	-6*
Trafikulykker, børn under 15 år	-26	-20	-6*
HF ulykker, børn under 15 år	-12	-6	-6*
Hjemmeulykker, børn under 15 år	-16	-11	-5*
Institution og skole, børn under 15 år	-6	+2	-8*
Knoglebrud, børn u. 15	-14	-13	0
Forbrænding, u. 15	-17	-9	-8*
Forbrænding, indlagt, 0-4 år	-12	+1	-13
Forgiftning, u. 15	-34	-30	-4
Forgiftning, indlæggelser, 0-4 årige	-18	-1	-17*
Skader, ældre over 65 år	-4	+1	-5*
Indlæggelser, skader, over 65 år	-8	0	-8*
Ulykker, ældre over 65 år	-5	0	-5*
Faldulykker, ældre over 65	-7	-7	+1
Faldulykker, ældre, indlagt	-27	-25	-2
Knoglebrud, ældre	-13	-10	-3*
Indlagt, hoftefrakturer, ældre	-17	-13	-4
Skader, voksne 20-64 år	-5	+1	-6*
Indlæggelser, voksne 20-64 år	+3	+3	+1

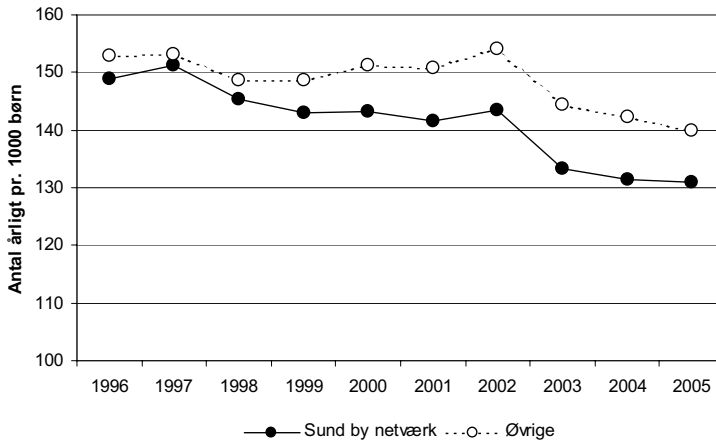
§) 95%-konfidensintervallet (-8 til +0) angiver, at det omfatter 0 og at forskellen i ændring ikke er signifikant. Signifikante forskelle i ændring ($p < 0,05$) er markeret med *.

Tabel 4 viser ændringen af ulykkesforekomsten fra 1996/1997 til 2004/2005 i SBN og i det øvrige Danmark. Incidensraten af skader blandt børn er i SBN faldet med 13%, og indlæggelserne er faldet med 19%. Skader efter trafikulykker er faldet med 26%, forbrænding med 17% og indlæggelser efter forgiftning blandt småbørn med 18%. Reduktionerne er generelt større i SBN end i det øvrige Danmark, forskellen er op til 17%, størst forskel er fundet for indlæggelser efter forbrænding og forgiftning hos småbørn.

Incidensraten af ældres ulykker er faldet i SBN med ca. 4%. I det øvrige Danmark har der været tale om en svag stigning på ca. 1%. Indlæggelserne er faldet ca. 8% i SBN, mod en uændret incidensrate i det øvrige Danmark. Særlig indlæggelser efter faldulykker er blevet sjældnere i SBN, ca. 27%, hvilket dog svarer til udviklingen i det øvrige Danmark. Indlæggelser efter hoftefrakturer er faldet med 17%, lidt mere end i det øvrige Danmark.

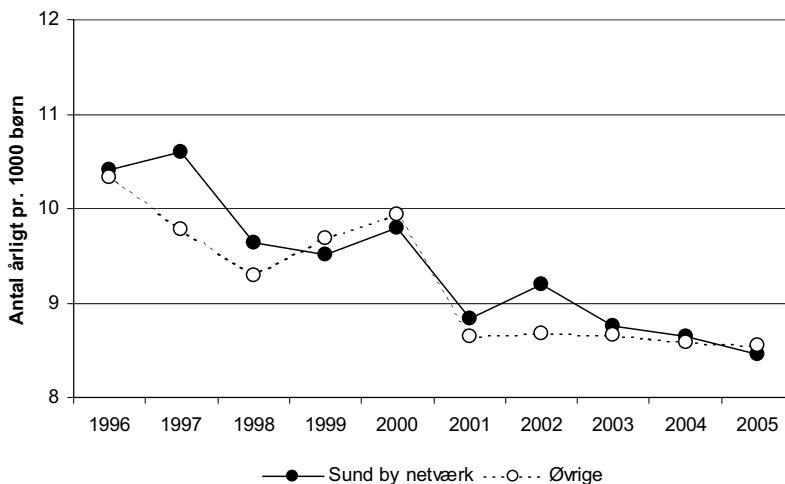
Selv om effekten af Sund By Netværket indsats er baseret på sammenligningen mellem ulykkesforekomsten i 1996/1997 og 2004/2005, er det dog interessant at følge udviklingen gennem hele perioden. På denne måde belyses det, om valget at disse år er afgørende for resultaterne. I de følgende figurer er vist udvikling for nogle udvalgte ulykkesmål.

Figur 1. Udvikling i forekomsten af børns skader (mål nr. 1) i Sund By Netværket og i det øvrige Danmark



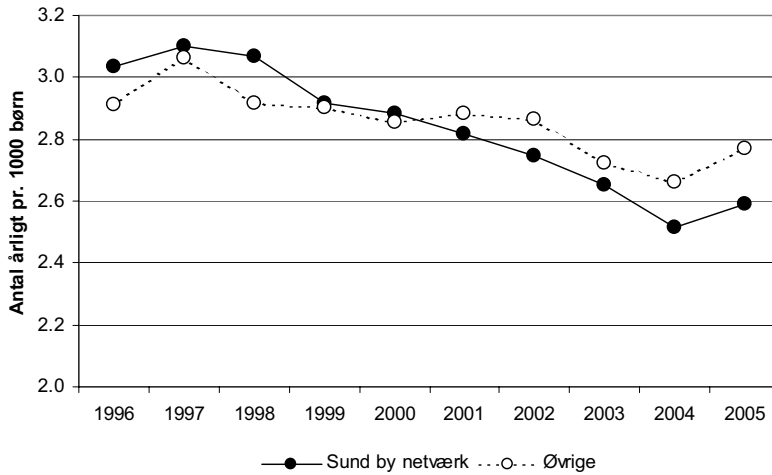
Figur 1 viser, at fra at have ligget på nogenlunde samme niveau i 1997 er hyppigheden af skadesrelateret sygehuskontakt blandt børn faldet mere i SBN end i det øvrige Danmark. Begge steder er dog tale om et fald, især siden 2002.

Figur 2. Udviklingen i forekomsten af børns indlæggelser (mål nr. 2) i forbindelse med skader i Sund By Netværket og i det øvrige Danmark.



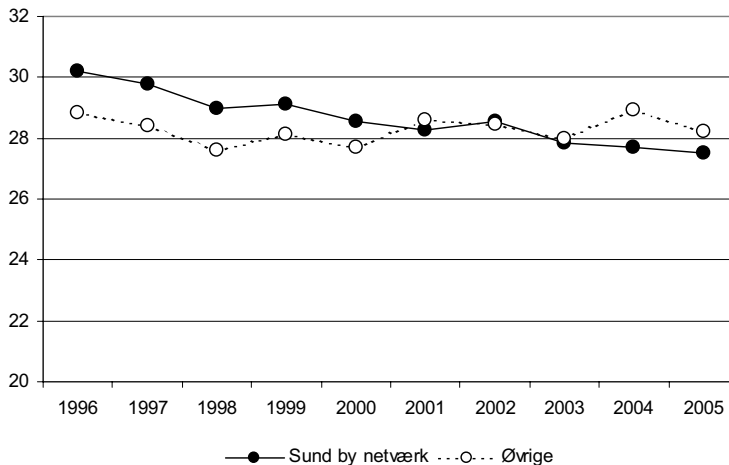
Figur 2 viser, at hyppigheden af børns indlæggelser gennem hele perioden har været den samme i Sund By Netværkets område og i det øvrige Danmark, og at der begge steder er sket en reduktion i hyppigheden af indlæggelser.

Figur 3. Udviklingen i forbrændinger blandt børn (mål nr. 9).



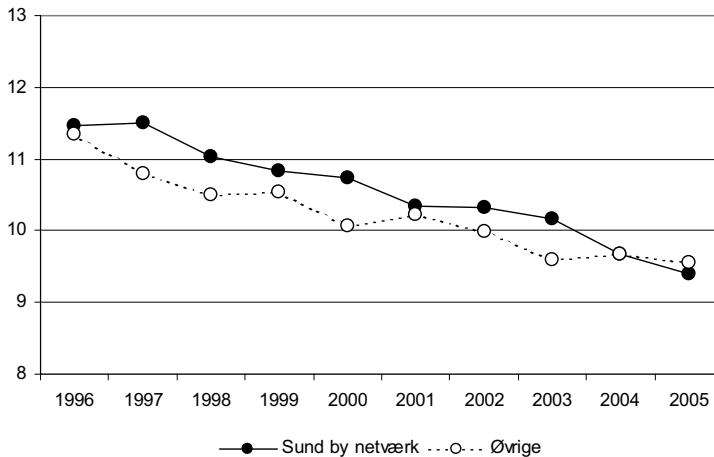
Figur 3 viser både i SBN og i det øvrige Danmark et betydeligt fald i antallet af forbrændinger. Faldet er dog signifikant større i Sund By Netværkets område.

Figur 4. Udviklingen i ældres indlæggelser ved skader (mål nr. 14).



Figur 4 viser et fald i hyppigheden af ældres indlæggelser i Sund By Netværkets område, og en næsten konstant hyppighed i det øvrige Danmark. Fra at ligge lidt højere i SBN end i det øvrige Danmark, ligger hyppigheden i SBN nu lidt lavere end i det øvrige Danmark.

Figur 5. Hyppigheden af hoftenære frakturer blandt ældre, der førte til indlæggelse (mål nr. 19).



Figur 5 viser en næsten parallel udvikling i SBN og i det øvrige Danmark hvad angår hoftenære frakturer, der førte til indlæggelse. Både i SBN og i det øvrige Danmark er der i perioden sket et fald i den aldersvægtede forekomst.

Effekt opdelt på områder

Sund By Netværket omfatter halvdelen af Danmarks befolkning, og forholdene og indsatsen har været forskellige for de forskellige kommuner og amter, som indgår i SBN. Det er derfor relevant at se på forskelle mellem amterne. I det følgende er der lavet analyser for hvert af de 14 amter, suppleret med Københavns og Frederiksberg kommuner. I nogle amter indgår enkeltkommuner, der er med i Sund By Netværket, selv om amtet ikke er medlem. Disse kommuner er på grund af deres relativt lille befolkning ikke udskilt fra det øvrige amt. En undtagelse er Århus kommune, som er tilstrækkeligt stor til, at incidensraterne for ulykkerne kan beregnes med rimelig sikkerhed.

Tabel 5. Årlig forekomst af skader pr. 1000 børn under 15 år (mål nr. 1). SBN områder er markeret med fed skrift.

Amt	1996/1997	2004/2005	Ændring
Københavns Amt	192	172	-10%
Frederiksborg Amt	131	130	0%
Roskilde Amt	176	159	-9%
Vestsjællands Amt	143	145	2%
Storstrøms Amt	143	139	-2%
Fyns Amt	117	121	3%
Sønderjyllands Amt	132	130	-1%
Ribe Amt	101	97	-5%
Vejle Amt	164	151	-8%
Ringkøbing Amt	63	65	3%
Århus Amt undt. Århus Kommune	144	133	-8%
Viborg Amt	90	75	-17%
Nordjyllands Amt	82	68	-16%
Københavns Kommune	189	151	-20%
Frederiksberg Kommune	198	161	-18%
Århus Kommune	188	148	-21%

Tabel 5 viser ændringen i forekomsten af skader blandt børn fordelt på amter og store kommuner, hvor SBN områder er markeret med fed. Som det fremgår af tabellen, er der blandt de fem områder, hvor reduktionen er over 10%, fire SBN områder, og blandt tre områder med stigende incidensrate er de to uden for SBN området.

Tabel 6. Årlig forekomst af indlæggelser efter skader pr. 1000 børn under 15 år (mål nr. 2).

Område	1996/1997	2004/2005	Ændring
Københavns Amt	10	10	-7%
Frederiksborg Amt	8	8	-3%
Roskilde Amt	13	11	-13%
Vestsjællands Amt	10	9	-2%
Storstrøms Amt	11	10	-11%
Fyns Amt	10	8	-19%
Sønderjyllands Amt	11	8	-25%
Ribe Amt	10	7	-26%
Vejle Amt	11	8	-21%
Ringkøbing Amt	10	9	-14%
Århus Amt undt. Århus Kommune	9	8	-14%
Viborg Amt	11	10	-8%
Nordjyllands Amt	9	8	-19%
Københavns Kommune	12	8,8	-29%
Frederiksberg Kommune	11	8,7	-23%
Århus Kommune	9	6,9	-24%

Tabel 6 viser, at hyppigheden af børns indlæggelser er faldet mere end 20% i seks områder, heraf er de fire SBN områder. Der er ingen amter, hvor hyppigheden har været stigende.

Tabel 7. Årlig forekomst af sygehuskontakt i forbindelse med forbrænding pr. 1000 børn under 15 år (mål nr. 9).

Område	1996/1997	2004/2005	Ændring
Københavns Amt	3,9	3,5	-11%
Frederiksborg Amt	2,2	2,8	+29%
Roskilde Amt	3,5	2,8	-19%
Vestsjællands Amt	3,1	2,7	-14%
Storstrøms Amt	3,1	2,5	-19%
Fyns Amt	2,3	2,1	-8%
Sønderjyllands Amt	2,9	3,0	+5%
Ribe Amt	1,5	1,5	-5%
Vejle Amt	3,1	2,9	-6%
Ringkøbing Amt	0,7	0,7	+8%
Århus Amt undt. Århus Kommune	3,0	2,5	-16%
Viborg Amt	1,8	1,0	-48%
Nordjyllands Amt	1,2	0,9	-26%
Københavns Kommune	4,4	3,5	-21%
Frederiksberg Kommune	3,9	3,3	-17%
Århus Kommune	3,8	3,0	-21%

Ser man på forbrændingsulykkerne (tabel 7), er der i syv ud af otte SBN områder et fald i forekomsten. Dette er dog ikke markant bedre end de andre områder i Danmark. Den betydelige variation i ændringerne kan i en vis udstrækning forklares ved tilfældige variationer.

Tabel 8. Årligt antal indlagte som følge af skader pr. 1000 ældre over 65 år (mål nr. 14).

Område	1996/1997	2004/2005	Ændring
Københavns Amt	30	31	1%
Frederiksborg Amt	25	28	13%
Roskilde Amt	28	29	2%
Vestsjællands Amt	25	26	6%
Storstrøms Amt	26	25	-5%
Fyns Amt	26	26	-1%
Sønderjyllands Amt	26	24	-5%
Ribe Amt	27	26	-5%
Vejle Amt	28	28	-2%
Ringkøbing Amt	29	26	-12%
Århus Amt undt. Århus Kommune	24	26	7%
Viborg Amt	29	28	-3%
Nordjyllands Amt	26	25	-4%
Københavns Kommune	39	33	-17%
Frederiksberg Kommune	37	37	0%
Århus Kommune	30	26	-12%

Tabel 8 viser, at for ældres indlæggelser efter skader har tre områder en reduktion på over 10%, heraf er de to SBN områder. Modsat har fem områder en stigende incidens, og heraf er kun et SBN område.

Tabel 9. Årligt antal indlagt efter hoftenære frakturer pr. 1000 ældre på 65 år eller derover (mål nr. 19).

Område	1996/1997	2004/2005	Ændring
Københavns Amt	11	9	-17%
Frederiksborg Amt	10	9	-13%
Roskilde Amt	11	10	-13%
Vestsjællands Amt	10	9	-14%
Storstrøms Amt	10	9	-9%
Fyns amt	11	10	-2%
Sønderjyllands Amt	10	10	-6%
Ribe Amt	11	10	-12%
Vejle Amt	11	9	-17%
Ringkøbing Amt	11	10	-13%
Århus Amt % Århus	11	10	-7%
Viborg Amt	12	9	-23%
Nordjyllands Amt	11	9	-15%
Københavns Kommune	13	10	-20%
Frederiksberg Kommune	12	11	-13%
Århus Kommune	12	10	-21%

Som det fremgår af tabel 9, var de tre områder med højest reduktion i hyppigheden af hoftenære frakturer SBN områder. Til gengæld var der også to SBN områder blandt de fire områder med under 10% reduktion.

Diskussion

Hypoteserne kan testes på flere måder. En måde er at benytte en lineær regressionsmodel, hvor det antages, at ulykkesforekomsten ændrer sig lineært med tiden, og for eksempel ikke i ryk. En anden måde er at sammenligne ulykkesforekomsten før og efter perioden. Denne metode har ingen forudsætninger om, hvornår i perioden ændringerne er sket, hvilket er et væsentligt argument for, at denne metode er benyttet.

Børneulykker

Forekomsten af børneulykker i Sund By Netværkets områder er faldet i perioden 1998-2005, den aldersjusterede forekomst var i 2005 lavere end i det øvrige Danmark, og faldet i forekomsten var større end i det øvrige Danmark. Dette resultat gælder for en række forskellige mål for forekomsten af børneulykker, med undtagelse af brudskader. Ændringer i adgangen til skadestuer kan i et vist omfang forklare de ændringer, der er fundet. Dette er diskuteret mere detaljeret i et følgende afsnit. Reduktionen i skadesforekomst var størst i Viborgs og Nordjyllands amter samt i Københavns og Århus Kommuner, hvor der har været stor fokus på den forebyggende indsats. Der har dog også været en række indsatser i lokalområderne, som ikke er koordineret af Netværket og derfor ikke indgår i denne evaluering, og disse indsatser kan godt være med til at give den samlede reduktion i ulykkesforekomst. Der er dog også andre faktorer end ulykkesforebyggelse, der påvirker ulykkesforekomsten. Især en reduktion i den fysiske aktivitet vil – alt andet lige – medføre færre skader, da et stillesiddende barn sjældent kommer til skade. Det er muligvis denne faktor, som forklarer faldet i indlæggelserne blandt børn. Særligt forebyggelige er forgiftninger og forbrændinger, og man må forvente, at en forebyggelsesindsats særlig vil kunne ses på forekomsten af disse ulykker. For netop disse ulykkestyper er den største reduktion fundet i Sund By Netværkets område.

Ældres faldulykker

Forekomsten af ældres faldulykker er i Sund By Netværkets områder reduceret med ca. 7% i perioden 1998-2005, den samme reduktion som er sket i det øvrige Danmark. Forekomsten har dog både ved periodens begyndelse og slutning været lavere i SBN området end i det øvrige Danmark. Som tidligere nævnt er der en betydelig usikkerhed ved ulykkeskodningen, og ser man på alle sygehuskontakter i forbindelse med ulykker, finder man en større reduktion i SBN området end i det øvrige Danmark. Det samme resultatet findes, hvis man betragter alle sygehuskontakter blandt ældre med skadesdiagnose. Hvilket af disse resultater, der er det mest pålidelige, kan ikke umiddelbart afgøres, men når man ser på de andre skademekanismer end fald, udgør eksempel for skademekanismen ”kon-

takt med genstand, person eller dyr” fra 4 % til 21% af ulykkerne blandt ældre, og i flere amter er andelen næsten fordoblet eller halveret i perioden. En sådan variation skyldes næppe forskelle i ulykkesmønsteret, og derfor er den samlede forekomst af ulykker eller af skader sandsynligvis et bedre mål for forekomsten af faldulykker end den registrerede forekomst af faldulykker.

En af de alvorligste skadetyper blandt ældre er hoftenære frakturer, der næsten altid skyldes fald. Disse medfører stort set altid indlæggelse. Her er den aldersjusterede forekomst faldet med 17% i SBN området, lidt mere end i det øvrige Danmark. I 2004/5 var forekomsten dog den samme i begge områder. Som det fremgår af figur 5, har forløbet i SBN og det øvrige Danmark været næsten parallelt. Der har dog være betydelige forskelle mellem de enkelte områder, som det blev vist i tabel 9. Der har været en særlig stor reduktion i Viborg Amt samt Københavns og Århus Kommuner, mens der kun har været en mindre reduktion i Sønderjyllands Amt. Områder med de største fald har dog også haft den højeste forekomst i 1996/7, så forekomsten af hoftenære frakturer i 2004/5 næsten er den samme i hele landet.

For faldulykkerne er der i Sund By Netværkets område sket en reduktion af forekomsten af faldulykker, men forekomsten af hoftenære frakturer var i 2004/5 ikke lavere end i det øvrige Danmark.

Betydningen af skadestuernes tilgængelighed

Som tidligere nævnt har lukning af skadestuer, visitation og andre omlægninger betydning for brugen af skadestuerne og påvirker dermed indirekte flere af de anvendte mål for ulykkesforekomsten. Det er principielt muligt af registrere disse ændringer i de forskellige områder og tage højde for disse faktorer, men i praksis er dette ikke muligt. Det skyldes, at mange ændringer sker mere skjult, for eksempel ved en prioritering af patienterne på skadestuen så ventetiden for patienter med småskader bliver længere, eller ved at flytte vagtlægelokalet så det ligger dør om dør med skadestuen. Desuden er der, de steder hvor en visitation er indført, stor forskel på visitationernes effektivitet, således at det vil være for simpelt at opdele i visiterede og uvisiterede skadestuer.

Man kan forvente, at personer med alvorlige skader vil møde op på skadestuen uanset om adgangen hertil ændres. Derimod kan det forventes, at personer med småskader i højere grad undlader at benytte skadestuen, hvis adgangen er begrænset. Man kan derfor få et billede af, hvor let adgangen til skadestuerne er, ved at se på forholdet mellem antallet af patienter med småskader og antallet af patienter med alvorligere skader, som kræver sygehusbehandling (for eksempel brud). Til dette brug har vi defineret et ”småskadeindeks”, som indikerer, hvor mange småskader der er. Det er defineret som følgende:

Indeks = (overfladiske skader) / (overfladiske skader + brud) (i %)

Hvis dette indeks er 0%, er der ingen overfladiske skader (oftest småskader), og jo flere overfladiske skader der er, jo mere nærmer indekset sig 100%. Ved kun at benytte disse to skadetyper er indekset ufølsomt over for manglende diagnosticering. Indekset er beregnet i forhold til alle skadestuebesøg.

Indekset kan beregnes for en kommune eller amt og bliver dermed udtryk for befolkningens adgang til sygehusbehandling. Nedenstående tabel viser dette indeks for amter og kommuner i perioden 1996-2005. Indekset er baseret på børns tilskadekomst, da det især er her, forskellene forventes at give sig til udtryk.

Tabel 10. Indeks for småskader blandt børn, opdelt på bopælsamt i perioden 1996-2005. I procent.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Københavns Amt	70	70	69	71	71	73	74	72	71	71
Frederiksborg Amt	65	65	63	61	65	67	67	64	66	65
Roskilde Amt	62	59	64	65	70	69	69	70	68	72
Vestsjællands Amt	62	61	63	66	66	68	66	65	63	65
Storstrøms Amt	67	65	64	62	64	66	68	67	70	71
Fyns Amt	61	61	59	58	61	62	61	62	62	62
Sønderjyllands Amt	62	64	64	63	66	67	66	65	63	60
Ribe Amt	58	59	60	60	59	61	59	60	58	57
Vejle Amt	69	69	68	66	68	72	70	68	67	68
Ringkøbing Amt	35	35	32	30	32	36	36	36	38	36
Århus Amt	62	64	63	61	66	66	65	62	65	66
Viborg Amt	44	46	47	46	46	44	44	48	46	49
Nordjyllands Amt	50	49	50	48	48	46	46	43	44	45
Københavns Kommune	70	70	72	72	72	71	71	71	73	70
Frederiksberg Kommune	71	71	72	70	72	74	74	71	71	70
Århus Kommune	65	67	68	69	68	69	71	69	66	68
SBN	62	63	63	63	64	65	64	64	63	63
Øvrige Danmark	63	63	63	62	65	66	65	65	65	65

Tabellen viser, at Ringkøbing Amt skiller sig klart ud med forholdsvis få mindre skader på sygehusene, men også Viborg og Nordjyllands amter ligger lavt. Disse steder er skadestuerne lukkede, og der er kun adgang via visitation. Dette kan muligvis forklare forskelle i incidenser mellem de enkelte områder.

Der er ingen entydig udvikling i andelen af mindre skader. Andelen har dog været stigende især i Roskilde Amt og faldende især i Nordjyllands Amt.

Der er ingen markant forskel mellem Sund By Netværkets område og det øvrige Danmark. Gennemsnitsindekset for begge områder var omkring 63% i 1996/7, og var for

SBN uændret i 2004/5. For det øvrige Danmark var der en lille stigning på knap 2 %-point. Forskelle og ændringer i adgangen til sygehusene har derfor kun haft relativt begrænset indflydelse på sammenligningen mellem SBN og det øvrige Danmark, men ville kunne forklare en svagt stigende incidens udenfor Sund By Netværkets område. Det skal dog bemærkes, at en af Sund By Netværket aktiviteter, Mestring af småskader, netop har haft til formål at begrænse antallet af småskader på skadestuen, og effekten heraf kunne være et fald i småskadeindekset i Sund By Netværkets område.

Vurdering af tilskadekomsteffekt

Børneulykker

Forekomsten af børneulykker i Sund By Netværkets områder er reduceret i perioden 1998-2005. Fra at være den samme som i det øvrige Danmark i 1996/1997 er ulykkesforekomsten nu lavere i Sund By Netværkets område end i det øvrige Danmark, og faldet i forekomsten er større i SBN end i det øvrige Danmark. Dette resultat gælder for en række forskellige mål for forekomsten af børneulykker, med undtagelse af brudskader. Reduktionen er særlig markant for forgiftninger og forbrændinger. På baggrund af disse resultater og de i diskussionen nævnte overvejelser har Sund By Netværkets ulykkestema muligvis haft en effekt i form af en reduktion af forekomsten af børneulykker, som er større end den, der er sket i det øvrige Danmark. Usikkerheden omkring konklusionen skyldes især de ændringer, der er sket i adgangen til skadestuerne fra 1996/1997 til 2004/2005, hvor det ser ud til, at adgangen er blevet begrænset mere i Sund By Netværkets områder end i det øvrige Danmark.

Ældres faldulykker

Den aldersjusterede forekomst af ældres faldulykker i Sund By Netværkets områder er reduceret i perioden 1998-2005, og forekomsten er nu lavere end i det øvrige Danmark. Reduktionen i forekomsten er desuden større end i det øvrige Danmark. Forekomsten af hoftenære frakturer er faldet betydeligt, lidt mere i Sund By Netværkets område end i det øvrige Danmark. For faldulykkerne vurderes det, at Sund By Netværkets ulykkesforebyggende indsats har medført en større reduktion i forekomsten af faldulykker end i det øvrige Danmark, men at forekomsten af alvorlige skader (indlæggelser og hoftenære frakturer) i 2004/2005 dog ikke var lavere end i det øvrige Danmark. Det skal dog understreges, at der også uden for Sund By Netværket område er sket en betydelig forebyggelsesindsats i forhold til ældres faldulykker.

7. Konklusion

Sund By Netværket har siden 1993 arbejdet med forebyggelse af ulykker som et af deres hovedtemaer. Ulykkesgruppen i Sund By Netværket har været en meget aktiv og central aktør i arbejdet med forebyggelse af hjemme- og fritidsulykker i Danmark. Med fokus på fritidsulykker blandt børn og faldulykker blandt ældre har ulykkestemaet produceret en lang række materiale til at informere om hensigtsmæssig adfærd og potentielle risikofaktorer. Det ulykkesforebyggende arbejde har primært henvendt sig til de fagprofessionelle, som beskæftiger sig med de to befolkningsgrupper, nemlig henholdsvis daginstitutionspersonale på børneområdet og sundhedspersonale på sygehuse, på plejehjem og i hjemmepleje på ældreområdet.

Sund By Netværkets ulykkestema varetager et ulykkesområde, der også i nationale handlingsplaner på folkesundhedsområdet anses for centralt, idet hjemme- og fritidsulykker udgør langt størstedelen af ulykker i Danmark. Samtidig udgør hjemme- og fritidsulykker et felt, hvor der kun er få centrale aktører sammenlignet med områderne arbejdsulykker og trafikulykker. Sund By Netværket må derfor siges at have været en væsentlig aktør for forebyggelse af hjemme- og fritidsulykker, hvilket sandsynligvis er medvirkende til, at det er lykkedes ulykkestemaet at opnå økonomisk støtte til alle de aktiviteter, der er blevet søgt midler til. Mens økonomiske rammer således ikke har udgjort en begrænsende ramme for aktiviteterne, har det haft betydning for aktivitetsniveauet, at medlemmerne, der er ansat til at varetage forebyggelsesarbejde i de respektive kommuner eller amter, kun har mulighed for at bruge en begrænset del af deres tid på projektarbejde i Sund By Netværket.

I forlængelse af handlings- og perspektivplanernes orientering mod mennesket som ulykkesfaktor har ulykkesgruppen koncentreret indsatsen omkring videns- og informationsformidling i form af udgivelse af materiale samt afholdelse af kurser i brugen af forebyggelsesredskaber. Informationsstrategien er i forbindelse med et enkelt projekt blevet suppleret med fysisk træning blandt ældre. Ingen projekter har anvendt modificering af miljøet som strategi. Materialet i informationsstrategien har særligt i forbindelse med forebyggelse af ældres faldulykker haft karakter af en række kompletterende materialer. Med udgangspunkt i de tre relevante arenaer: hospital, plejehjem og hjemmet har forebyggelsesinformationen været fulgt op af konkrete redskaber som for eksempel den forebyggende samtale og en række let tilgængelige foldere til brugergruppen. Indsatsen i forbindelse med børneulykker har bestået af to centrale håndbøger. Den ene håndbog havde til formål at beskrive faktorer, der har særlig betydning for børneulykker, og fungerer samtidig som et opslagsværk i forhold til sikkerhedsregler. Den anden håndbog var en håndbog i mestring af småskader og havde til formål at reducere skadestuebesøg efter ulykker i fritidshjem og daginstitutioner. Den nationale og internationale litteratur vedrørende over-

ordnede retningslinier for og evalueringer af ulykkesforebyggende projekter viser, at mange af de indsatser, der har kunnet påvise effekt ved at reducere antallet af ulykker, har fokuseret på befolkningsgrupper i særlig risiko, som for eksempel ældre der har oplevet fald tidligere. Netværkets tilgang har ikke været målrettet undergrupper hverken i forbindelse med børn eller ældre, hvilket kan have resulteret i, at effekten af indsatsen er blevet mindre synlig.

Det producerede materiale om børneulykker og faldforebyggelse er via koordinatorene i Netværket blevet distribueret til netværksmedlemmernes fagpersonale, der arbejder med disse to befolkningsgrupper. Endvidere har Indenrigs- og Sundhedsministeriet bidraget med økonomisk støtte for at sikre spredningen af materialet ud til resten af Danmark. Fordi Sund By Netværket er fremstået som en central aktør for forebyggelse af hjemme- og fritidsulykker, har nationale retningslinier og folkesundhedsplaner henvist til Netværkets materiale og måde at arbejde på. Endelig har styregruppen for ulykkesforebyggelse været aktive i at informere om deres projekter ved internationale konferencer. Overordnet set har ulykkestemaet arbejdet meget aktivt for at informere om og sprede deres materiale, og Indenrigs- og Sundhedsministeriets økonomiske støtte til at sikre denne udbredelse er en central anerkendelse af Ulykkesgruppens vigtige arbejde. Det er således i vid udstrækning lykkedes Ulykkesgruppen at nå sit mål om at sprede forebyggelsesinformation til så mange relevante borgergrupper som muligt.

Udover distribution af det udviklede materiale både internt i Netværket og til det øvrige Danmark har styregruppen for ulykkestemaet ikke haft ressourcer til rådighed til at arbejde målrettet med forankring og opfølgning af de enkelte projekter. Målsætningen har i stedet været at gøre ulykkesforebyggelse generelt til en synlig del af driften hos netværksmedlemmerne. Som spørgeskemaundersøgelsen blandt netværksmedlemmernes koordinators viste, har amterne i Netværket været meget aktive i både udviklingen, spredningen og brugen af det udviklede materiale. De kommunale medlemmer har i langt mindre grad draget fordel af arbejdet men har i en række tilfælde implementeret egne ulykkesforebyggende projekter både blandt børn og ældre. Ulykkesforebyggelse er inddraget i medlemmernes sundhedspolitik og dermed forankret politisk i det forebyggende arbejde. Blandt Netværkets medlemmerne bliver der foruden hjemme- fritidsulykker også fokuseret på trafikulykker.

Den mere succesrige forankring af ulykkestemaets arbejde blandt de amtslige medlemmer skyldes formentlig, at arbejdet i styregruppen og projektgrupper i vid udstrækning har været varetaget af amtslige repræsentanter. Dermed har projekterne i højere grad afspejlet amternes behov både med hensyn til den specifikke forebyggelsesindsats og med hensyn til måden at arbejde på. Ulykkestemaets arbejdsproces har kun i begrænset omfang inddraget relevante borgergrupper i udviklingen eller implementeringen af projekterne. Ved at inddrage relevante borgergrupper øges muligheden for at varetage specifikke ønsker og

behov, og dermed øges sandsynligheden for, at den tiltænkte brugergruppe i højere grad kan relatere sig til og drage nytte af projektet.

Der har kun i begrænset omfang været gennemført opfølgning og evaluering af de implementerede projekter under ulykkestemaet. I forbindelse med faldforebyggelsesmanualerne til hospital, plejehjem og hjemmet har der dog været fulgt op på brugen og anvendeligheden efter en implementeringsperiode, og i flere tilfælde har der været gennemført mindre spørgeskemaundersøgelser om deltagertilfredshed i forbindelse med et afsluttet kursus eller en konference. Tilbagemeldingerne på disse opfølgninger har dog kun givet Ulykkesgruppen begrænset information om konkrete forbedringsmuligheder for fremtidige projekter, og der har ikke ved de gennemførte opfølgninger været mulighed for at vurdere effekten af indsatsen for fald blandt ældre eller børneulykker i daginstitutionerne.

Til vurdering af effekten af Sund By Netværkets ulykkestema på ulykkesforekomsten blandt børn samt forekomsten af faldulykker er der gennemført analyser baseret på Landspatientregisteret. Analyserne viste, at forekomsten af børneulykker i Sund By Netværkets områder er reduceret i perioden 1998-2005. Fra at være den samme som i det øvrige Danmark i 1996/1997 er ulykkesforekomsten nu lavere i Sund By Netværkets område end i det øvrige Danmark, og faldet i forekomsten er større i SBN end i det øvrige Danmark. Dette resultat gælder for en række forskellige mål for forekomsten af børneulykker, med undtagelse af brudskader. Det er dog en vis usikkerhed om, i hvor stor grad dette skyldes Sund By Netværkets indsats, idet adgangen til skadestuerne i perioden 1998-2005 er blevet begrænset mere i Sund By Netværkets områder end i det øvrige Danmark.

Forekomsten af ældres faldulykker i Sund By Netværkets områder er reduceret i perioden 1998-2005, og forekomsten er nu lavere end i det øvrige Danmark. Reduktionen i forekomsten er større end i det øvrige Danmark. Forekomsten af hoftenære frakturer er faldet betydeligt, lidt mere i Sund By Netværkets område end i det øvrige Danmark. For faldulykkernes vurderes det, at Sund by Netværket har medført en større reduktion i forekomsten af faldulykker end i det øvrige Danmark, men at forekomsten af alvorlige skader (indlæggelser og hoftenære frakturer) i 2004/2005 dog ikke var lavere end i det øvrige Danmark. Det skal understreges, at der også uden for Sund By Netværket område er sket en betydelig forebyggelsesindsats i forhold til ældres faldulykker.

Der er således fundet en vis effekt i form af reduktion af hjemme- og fritidsulykker blandt børn og ældre i Sund By Netværkets område, både i forhold til periodens start og sammenlignet med det øvrige Danmark. Forskellen mellem Sund By Netværket og det øvrige Danmark er dog for de fleste ulykkesmål relativt beskedent. Der er mange faktorer, der kan have haft betydning for, hvorfor der ikke har kunnet påvises større effekt af indsatsen, der som vist har været rettet mod et væsentligt folkesundhedsproblem, som trods begrænsede personressourcer har været ganske omfattende, og som har formået at opnå

god spredning af sin videns- og informationsformidling. Det er tænkeligt, at nogle af ovenstående beskrevne faktorer så som muligheden af at supplere informationsstrategien med tiltag rettet mod miljømodificering, øget inddragelse af borgergrupper, bedre forankring af indsatsen samt løbende læringsorienterede procesevaluering ville kunne have medført større effekt af indsatsen.

Samtidig bør effekten af Netværkets ulykkestema på ingen måde udelukkende vurderes på baggrund af den påviselige registerbaserede reduktion af hjemme- og fritidsulykker blandt børn og ældre. Indsatsen bør i lige så høj grad vurderes på baggrund af den opmærksomhed som Netværket gennem det aktive og produktive arbejde med forebyggelse af hjemme- og fritidsulykker har formået at skabe for området både i og udenfor Netværket. Udenfor Netværket har Ulykkesgruppen markeret sig ved at afholde to årsmøder, hvor det er lykkedes at samle kræfterne på ulykkesområdet med det formål at skabe dialog om vigtige ulykkesproblemstillinger og udfordringer. Årsmøderne har dannet forum for udveksling af erfaringer og viden mellem forskere, forebyggere og politikere og mellem de tre overordnede ulykkesområder: trafikulykker, arbejdsulykker og hjemme- og fritidsulykker. Deltagerne fra årsmødet 2006 gav udtryk for, at det er et vigtigt forum for at få den aktuelle viden på området om, hvordan man bør forholde sig til det at løfte ulykkesforebyggelsesopgaven ude i kommunerne.

Med ulykkestemaet som et af hovedtemaerne i Sund By Netværket er det lykkedes at sætte fokus på problemet hos medlemmerne og få det på den politiske dagsorden. Selvom medlemmerne ikke nødvendigvis har benyttet sig af de projekter, som ulykkestemaet har udviklet, kan Ulykkesgruppens arbejde stadig være en del af inspirationen og den bagvedliggende årsag til, at et medlemsamt eller -kommune i det hele taget beskæftiger sig med området. Aktiviteten i ulykkestemaet har opretholdt opmærksomheden på hjemme- og fritidsulykker, hvilket kan være med til at stimulere den løbende proces med at genkende og handle på kendte risikofaktorer for ulykker lokalt. Ved at ulykker er kommet på den politiske dagsorden skabes der sundere og sikrere løsninger og tiltag samt sikrere omgivelser for borgerne.

Referencer

1. Kristoffersen J, Curtis T. Beretning Sund By Netværket 2002-2005 – aktiviteter og betydningen for det sundhedsfremmende arbejde. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
2. DIKE. Sund By Netværket. Baggrund, tilblivelse, udvikling og aktiviteter 1988 – 1997. København: DIKE, 1998.
3. Frimodt-Møller B, Møller H, Tranbjerg Kejs AM, Kruse M, Bay-Nielsen H. Ulykker 1990-1999. Tal, trends og temaer. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2000.
4. Laursen B, Møller H, Tranbjerg Kejs AM, Frimodt-Møller B. Årsrapport for ulykkesregistret 2002. København: Center for Ulykkesforskning, Statens Institut for Folkesundhed, 2003.
5. Nordic Medico-Statistical Committee (NOMESCO). NOMESCO Classification of External Causes of Injuries. *Third revised edition*. København: The Nordic Medico-Statistical Committee, 1997.
6. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sund hele livet. København: Schultz Grafisk, 2002.
7. Statens Institut for Folkesundhed. Sund By Netværket. Struktur, indsats- og procesevaluering. København: Nørrebros Bogtryk og Grafisk Center A/S, 2000.
8. Sund By Netværket ulykkestema. Handlings- og perspektivplan 2004-2006. Sund By Netværket. Arbejdsnotat, 2004.
9. Sund By Netværket ulykkestema. Handlings- og perspektivplan 2003-2006. Sund By Netværket. Arbejdsnotat, 2003.
10. Sund By Netværket ulykkestema. Handlings- og perspektivplan 2002-2005. Sund By Netværket. Arbejdsnotat, 2002.
11. Sund By Netværket ulykkestema. Handlings- og perspektivplan 2000-2004. Sund By Netværket. Arbejdsnotat, 2000.

12. Sund By Netværket ulykkestema. Handlings- og perspektivplan 1998-2002. Sund By Netværket. Arbejdsnotat, 1998.
13. Vedung E. Public policy and program evaluation. London: Transaction Publishers, 2000.
14. Mckenzie JF, Neiger BL, Smeltzer JL. Planning, implementing & evaluating health promotion programs. New York: Pearson, 2005.
15. Sundhedsministeriet. Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008. København: TL Offset A/S, 1999.
16. World Health Organisation. Ottawa Charter' 1st International Conference on Health Promotion. Ottawa, 1986.
17. World Health Organisation. Bangkok Charter' 6st International Conference on Health Promotion. Bangkok, 2005.
18. Dansk Sygeplejeråd. Sundhed i det 21. århundrede. Introduktion til rammen for sundhed for alle politikken i WHO's europæiske region. København: Nordvestgrafik A/S, 1998.
19. World Health Organisation. Safety and Safety Promotion: Conceptual and Operational Aspects. Biliothèque nationale de Canada, 1998.
20. World Health Organisation. Athens Declaration' International Healthy Cities Conference. Athen, 1998.
21. World Health Organisation. Belfast Declaration. International Healthy Cities Conference. Belfast, 2003.
22. European Network for Safety among Elderly (EUNESE). Priorities for Elderly Safety in Europe. Agenda for Action' Center for Research and Prevention of Injuries. Athen, 2006.
23. Beskæftigelsesministeriet. www.bm.dk
24. Arbejdsmiljørådet. www.amr.dk/Default.aspx?ID=89
25. Bedriftssundhedstjenestens hovedside. www.bst.dk
26. Branchearbejdsmiljørådet Social & Sundhed. www.bar-sosu.dk

27. Transport- og Energiministeriet. www.trm.dk/sw68711.asp
28. Ulykkes Analyse gruppen. www.ouh.dk/wm140123
29. Rådet for Større Færdselssikkerhed. www.rfsf.dk
30. Dansk Cyklist Forbund. www.dcf.dk
31. Beredskabsstyrelsen. www.brs.dk/praesentation/index.htm
32. Forbrugerstyrelsen. www.forbrug.dk/fs/omfs/
33. Sikkerhedsstyrelsen. www.sik.dk/Global/Om_os/Nyt
34. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. www.im.dk/im/site.aspx?p=16
35. Statens Institut for Folkesundhed, Center for Ulykkesforskning. www.sifolkesundhed.dk/Forskning/Sygdomme%20og%20tilskadekomst/Ulykker/Center%20for%20Ulykkesforskning.aspx.
36. Larsen LB. Dansk selskab for Ulykkes- og Skadeforebyggelse. Ulykkesforskning og forebyggelse 2005;19:4.
37. Forbrugerrådet. www.fbr.dk
38. Rådet for større Badesikkerhed. www.badesikkerhed.dk/velkommen.html
39. Giftlinien. [www.phsinfo.dk/41256A8700443B0F/\(AllDocsByDocId\)/0E096B618626F5CF C12571D8004D060F](http://www.phsinfo.dk/41256A8700443B0F/(AllDocsByDocId)/0E096B618626F5CF C12571D8004D060F)
40. Garver E. Gåture som sundhedsfremmende aktivitet hos ældre. ældre menneskers oplevelse af at have gennemført et otte-ugers interventions gå-tur projekt. MPH speciale. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, 2005.
41. Kruse M. Ulykker i daginstitutioner i Danmark i 1990'erne. Ugeskrift for læger 2001;168:1078-1082.
42. Laursen B. Evaluering af mestringsprojektet. Arbejdsnotat. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2004.

43. AGS American Geriatrics Society i samarbejde med British Geriatrics Society og American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline of the Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001;49:664-672.
44. Laursen B, Nielsen LT, Christensen PH, Møller H, Frimodt-Møller B. Børneulykker i Danmark. En registerbaseret analyse. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
45. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people. London: The Royal College of Nursing, 2004.
46. Federal/Provincial/territorial Committee of Officials (seniors) for the Ministers Responsible for Seniors. A Best Practices Guide for the Prevention of Falls Among Seniors Living in the Community. Minister of Public Work and Government Services. Canada, 2001
47. Deal LW, Gamby DS, Zippiroli L, Behrman R. Unintentional Injuries in Childhood: Analysis and Recommendations. *Unintentional injuries in childhood* 2000; 10(1):4-22.
48. Trifileti LB, Gielen AC, Sleet DA, Hopkins K. Behavioral and social sciences theories and models: are they used in unintentional injury prevention research? *Health Education Research*. 2005;20(3):298-307.
49. Gielen AC, Sleet D. Application of Behavior-Change Theories and Methods to Injury Prevention. *Epidemiologic Reviews* 2003;(25):65-76.
50. Klassen TP, MacKay JM, Moher D, Walker A, Jones AL. Community-Based Injury Prevention Interventions. *Unintentional injuries in childhood* 2000;10(1):83-110.
51. Nutbeam J. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000;15(3):259-267.
52. Wimbush E, Watson J. An Evaluation Framework for Health Promotion: Theory, Quality and Effectiveness. *Evaluation* 2000;6(3):301-321.

53. Towner E, Dowswell T, Jarvis S. 'Updating the evidence. A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: Part 1' *Injury Prevention* 2001;7:161-164.
54. Towner E, Dowswell T, Jarvis S. 'Updating the evidence. A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: Part 2' *Injury Prevention* 2001;7:249-253.
55. DiGuseppi C, Roberts IG. Individual-Level Injury Prevention Strategies in the Clinical Setting. *Unintentional injuries in childhood* 2000;10(1):53-82.
56. Marsh P, Kendrick D. Injury prevention training: is it effective. *Health Education Research* 1998;13(1):47-56.
57. Yardlye L, Donovan-Hall M, Francis K, Todd C. Older people's views of advice about falls prevention: a qualitative study. *Health Education Research* 2006;21(4): 508-517.
58. Feder G, Cryer C, Donovan S, Carter Y. Guidelines for the prevention of fall in people over 65. *British Medical Journal* 2006;321(21):1007-1011.
59. Cumming RG, Thimas M, Szonyi G, Salkfield G, O'Neill E, Westbury C, Frampton G. Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: A randomised trial of falls prevention. *Journal of American Geriatric Society* 1999;47(12):1471-1472.
60. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people (Review). *The Cochrane Library* 2006, Issue 2.
61. Wolf SL, Barnhart HX, Kutner NG, McNeely E, Coogler C, Xu T. Reducing frailty and falls in older persons: an investigation of tai chi and computerized balance training. *Journal of the American Geriatrics Society* 1996;44:489-497.
62. Ebrahim S, Thompson PW, Baskaran V, Evans, K. Randomized placebo-controlled trial of brisk walking in the prevention of postmenopausal osteoporosis. *Age and Ageing* 1997;26:253-260.
63. Thorogood M, Coombes Y. *Evaluating Health Promotion. Practice and Methods*. New York: Oxford University Press, 2003.

64. Bracht N. Health Promotion at the Community Level 2. London: Sage Publications, 1999.
65. World Health Organisation. Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers. Copenhagen: WHO regional Office for Europe, 1998.
66. World Health Organisation. Community participation in local health and sustainable development. approaches and techniques. Copenhagen: WHO regional Office for Europe, 2002.
67. Jensen TK, Johansen JJ. Sundhedsfremme i teori og praksis. En lære-, debat-, og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser. Ringkøbing Amt: Vitten Bogtryk, 2000.
68. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice 2nd edition. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
69. Swerissen H, Cripps BS. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. Health Promotion International 2004;19(1):123-130.
70. Shediach-Rizkallah MC, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. Health Education Research 1998;13(1):87-108.
71. Oldenburg B, Hardcastle DM, Kok G. Diffusion of innovations. I: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice 2nd edition. San Francisco: Jossey-Bass 1997;270-286.
72. Thurston WE, Potvin L. Evaluability Assessment: A Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes. Evaluation 2003;9(4):453-469.
73. Rieper O. Håndbog i evaluering. Metoder til at dokumentere og vurdere proces og effekt af offentlige indsatser. København: AKF Forlaget, 2004.
74. Macdonald G, Veen C, Tones K. Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. Health Education Research 1996;11(3):367-376.
75. Rapael D. The question of evidence in health promotion. Health Promotion International 2000;15:355-336.

76. Nutbeam D. Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. *Health Promotion International* 1998;13:27-43.
77. O'Neill M, Simard P. Choosing indicators to evaluate Healthy Cities projects: a political task? *Health Promotion International* 2006;21(2):145-152.
78. Sund By Netværket. Tiltrædelsesdokumentet. Sund By Netværket, 2006.
79. Poulsen J. Borgerinddragelse i Sund By Netværket. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2003.

Sund By Netværket i Danmark

Samarbejdspartnere:

Sundhedsstyrelsen,
Center for Forebyggelse

Statens Institut for Folkesundhed

DSI Institut for Sundhedsvæsen

KL

Netværk af forebyggende sygehuse
i Danmark

WHO European Healthy Cities
Network

European Network for Workplace
Health Promotion

Safe Communities

Medlemmer:

Allerød Kommune

Ballerup Kommune

Bornholms Regionskommune

Fanø kommune

Faxe Kommune

Frederiksberg Kommune

Greve Kommune

Haderslev Kommune

Helsingør Kommune

Herlev Kommune

Holbæk Kommune

Holstebro Kommune

Horsens Kommune

Københavns Kommune

Nyborg Kommune

Randers Kommune

Rødovre Kommune

Stevns Kommune

Silkeborg Kommune

Sønderborg Kommune

Tønder Kommune

Vejle Kommune

Vesthimmerland Kommune

Aabenraa Kommune

Århus Kommune

Flensborg By (observatør)

Yderligere information om Sund By Netværket:

Sund By Sekretariatet
KL
Weidekampsgade 10
2300 København S
Tlf. 3370 3370
E-mail: nhf@kl.dk
E-mail: kle@kl.dk
www.sund-by-net.dk

Yderligere information om rapporten fås ved henvendelse til:

Tine Curtis
Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A, 2. sal
1399 København K
Tlf. 3920 7777
E-mail: tc@si-folkesundhed.dk
www.si-folkesundhed.dk