

Kommunernes arbejde med §119, stk. 2

Syddansk Universitet

Statens Institut for Folkesundhed

Opsamling

Efter kommunalreformen i 2007 blev ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme overdraget til kommunerne [1]. I henhold til Sundhedslovens §119 er det kommunernes opgave at skabe sunde rammer og etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne [2]. Kommunernes arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme er løbende blevet monitoreret af Statens Institut for Folkesundhed (SIF) gennem brug af spørgeskemaer og med fokus på implementering af Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker, senest i 2019 [3].

Kortlægning af §119, stk. 2

På foranledning fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet har SIF fået til opgave at kortlægge kommunernes arbejde med borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse jf. §119 stk. 2 i Sundhedsloven. Kortlægningen er foretaget ved hjælp af spørgeskemaer udsendt til alle landets kommuner med en svarprocent på 98 % og uddybende interviews med sundhedschefer og -konsulenter fra 15 udvalgte kommuner. Undersøgelsen giver en status på og et indblik i kommunernes arbejde med forebyggende og sundhedsfremmende tilbud under §119 stk. 2. Dertil er undersøgelsen begrænset til kun at fokusere på tilbud inden for områderne: Ryge- og nikotinstop, forebyggelse af skadeligt forbrug eller storforbrug af alkohol, fremme af fysisk aktivitet, forebyggelse af moderat og svær overvægt og fremme af mental sundhed. Kortlægningsundersøgelsen omfatter således ikke forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, der relaterer sig til §119 stk. 1, stk. 3 og stk. 4. Kommunerne er opgjort i følgende kategorier, baseret på antal indbyggere i kommunen og tilgængelighed af arbejdspladser: Hovedstadskommuner, Storbykommuner, Provinsbykommuner, Oplandskommuner og Landkommuner [4].

→ Hovedpointer

- Ryge- og nikotinstop samt mental sundhed har høj prioritet.
- Tilbud inden for overvægt, fysisk aktivitet og alkohol er ofte under andre paragraffer.
- Potentiale for flere systematiske henvisninger.
- Økonomi og lovgivning sætter rammerne for tilbuddene.
- Variation i tilbud baseret på kommunernes størrelse, demografi og ressourcer.
- Ønske om et bedre samarbejde med social- og beskæftigelsesområdet.
- Prioriterer på baggrund af Sundhedsprofilen og Forebyggelsespakkerne.
- Der efterlyses flere kompetencer og kvalitetsstandarder.
- Der skelnes sjældent mellem §119 stk. 1, 2 og 3 i praksis.
- §119 opfattes som en "gummiparagraf", og der ønskes flere lovkrav, men fortsat fleksibilitet.

§ 119 i Sundhedsloven

- Stk. 1** *Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.*
- Stk. 2** *Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.*
- Stk. 3** *Kommunalbestyrelsen etablerer patientrettet forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser i kommunen.*
- Stk. 4** *Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.*

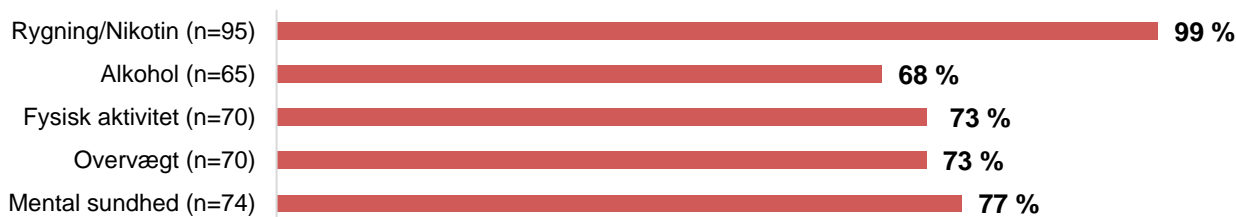
Næsten alle kommuner har tilbud inden for §119 stk. 2, men de prioriterer forskelligt

Ryge- og nikotinstop samt mental sundhed i fokus

Kortlægningsundersøgelsen viser, at hovedparten af de danske kommuner (mellem 68 % og 99 %) har tilbud inden for de undersøgte områder; ryge- og nikotinstop, forebyggelse af skadeligt forbrug eller storforbrug af alkohol, fremme af fysisk aktivitet, forebyggelse af moderat- og svær overvægt samt fremme af mental sundhed. Imidlertid ses en tydelig prioritering af nogle områder frem for andre. Tilbud inden for ryge- og nikotinstop er generelt højt prioriteret i kommunerne, med et øget fokus på nikotinprodukter som snus. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 99 % af kommunerne angiver at have ryge- og nikotinstoptilbud (Figur 1).

Af spørgeskemabesvarelsenerne fremgår det, at 77 % af kommunerne har tilbud rettet mod fremme af mental sundhed (Figur 1). På tværs af kommunerne fortæller informanterne, at mental sundhed er et nyere fokusområde. De forklarer, at deres prioritering er datadrevet og eksempelvis tager udgangspunkt i Sundhedsprofilen, hvor der på nationalt og kommunalt niveau ses en stor mistriivsel blandt borgerne. Dertil oplever de også en øget politisk opmærksomhed på området, hvilket også har betydning for deres prioritering. Flere kommuner beretter i interviewene nyligt at have oprettet eller at være i gang med at oprette nye borgerrettede tilbud inden for mental sundhed. I Spørgeskemaundersøgelsen besvarer 33 kommuner (45 %) at have oprettet nye tilbud til fremme af mental sundhed.

Figur 1. Andelen af kommuner, der har tilbud under §119 stk. 2 inden for de udvalgte områder: Ryge- og nikotinstop, forebyggelse af skadeligt forbrug eller storforbrug af alkohol, fremme af fysisk aktivitet, forebyggelse af moderat- og svær overvægt samt fremme af mental sundhed. Procent.

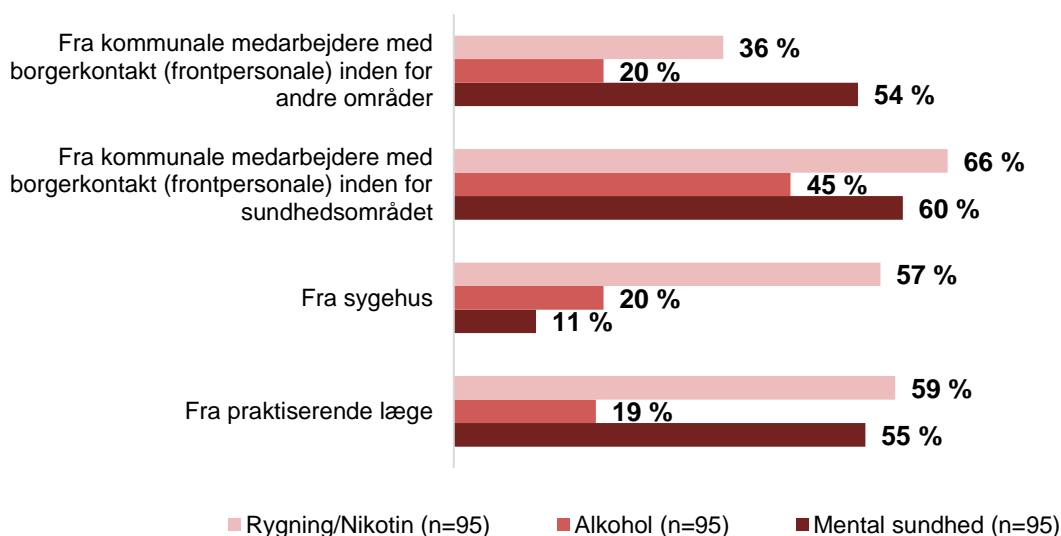


I spørgeskemaundersøgelsen svarer 73 % af kommunerne, at de udbyder tilbud rettet mod forebyggelse af moderat- til svær overvægt og fremme af fysisk aktivitet, mens 68 % angiver at have tilbud inden for forebyggelse af skadeligt forbrug eller storforbrug af alkohol. I interviewene bliver dette billede nuanceret, da informanter fra kommunerne fortalte, at deres tilbud inden for områderne overvægt og fysisk aktivitet sjældent er oprettet under Sundhedslovens §119 stk. 2. De kommunale indsatsen inden for disse områder er ved nærmere uddybelse ofte patientrettede, jf. §119 stk. 3. Adspurgt omkring tilbud inden for forebyggelse af skadeligt forbrug eller storforbrug af alkohol fremgår det, at informanterne på tværs af kommunerne ikke anser deres tilbud omkring alkohol for at være omfattet af Sundhedslovens §119. I stedet refererer de til behandlingsrettede tilbud eller til forebyggende tilbud inden for andre paragraffer. Her henvises til §141 i Sundhedsloven (vederlagsfri behandling til alkoholmisbrugere) eller også henvises til Serviceloven.

Samarbejde og henvisninger

Både i spørgeskemabesvarelserne og i interviewene fremgår det, at henvisning fra andre medarbejdergrupper ikke fungerer tilfredsstillende. I figur 2 ses det, at kun 11 % af kommunerne vurderer, at henvisninger fra sygehusene omhandlende mental sundhed i nogen grad eller i høj grad fungerer.

Figur 2. Andel af kommuner, der vurderer, at henvisning fra nedenstående medarbejdergrupper i høj grad eller i nogen grad fungerer tilfredsstillende inden for udvalgte områder: Ryge- og nikotinstop, forebyggelse af skadeligt forbrug eller storforbrug af alkohol samt fremme af mental sundhed. Procent.



Særligt sygehusene bliver beskrevet som et sted, hvorfra informanterne i interviewene argumenterer for, at de burde få flere borgere henvist fra. Informanter fra flere kommuner fortæller, at de har forsøgt at forbedre kommunikationen og informere om kommunens tilbud under Sundhedslovens §119 stk. 2, men de oplever, at det ikke gør en forskel. Informanterne fortæller, at kommunerne modtager flest henvisninger fra de praktiserende læger og internt i kommunen fra social- og beskæftigelsesområdet, men fortæller, at det er meget personbåret, om faggrupperne henviser eller ej. Nogle informanter oplever, at de praktiserende læger gerne vil henvise, men at lægerne glemmer, at de kan henvise til tilbuddene eller ikke har overblik over de forskellige tilbud. Andre informanter fortæller om en anden problematik, hvor lægerne henviser til tilbuddene, men hvor de henviser borgere uden for målgruppen eller sender gentagne henvisninger til tilbud, som borgeren allerede har gennemført.

”Jamen altså henvisningsdelen fungerer utrolig nemt, fordi det er en dynamisk henvisning, hvor du bare skriver ultrakort, og den har vi lavet rigtig nem for almen praksis. Spørger du så, om den fungerer godt, så vil svaret faktisk være nej [...]. De vil faktisk rigtig gerne, men det sker bare ikke.”

Sundhedschef i storbykommune

Økonomi og lovgivning har størst betydning for kommunernes tilbud

I interviewene fortæller en stor del af informanterne, at kommunerne er økonomisk presset, og at deres budgetter nødvendiggør en hård prioritering blandt opgaverne. De uddyber, at det ofte er de borgerrettede sundhedsfremmende og forebyggende tilbud og indsatser jf. Sundhedslovens §119 stk. 1 og 2, som bliver skåret væk til fordel for de patientrettede indsatser jf. Sundhedslovens §119 stk. 3. Informanterne fortæller, at det er vanskeligt at forsvare et stort udvalg af sundhedsfremmende og forebyggende tilbud i et stramt budget og med en lovgivning, som sætter krav om andre prioriteringer. Her fortæller de, at de oplever større krav til andre paragraffer og til prioritering af §119 stk. 3 end til prioritering af §119 stk. 1 og 2. Informanterne fra disse kommuner fortæller også, at de sundhedsfremmende rammer under Sundhedslovens §119 stk. 1 ofte nedprioriteres, da deres prioritering tager udgangspunkt i det, "der kan måles og vejes".

"Det bliver ikke gjort i praksis. Stk. 1 [rammerne] bliver ikke prioriteret, da det ikke kan måles. Politisk bliver det ikke prioriteret."

Teamleder i provinsbykommune

Det er ikke alle informanter, der oplever, at budgettet til forebyggelse og sundhedsfremme er presset økonomisk. Enkelte informanter forklarer, at selvom økonomien sætter rammen for deres sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, oplever de ikke, at det udgør en hæmsko, der har betydning for, hvorvidt sundhedsfremme og -forebyggelse bliver prioriteret. Informanter fra disse kommuner uddyber, at de prioriterer borgerrettede indsatser i lige så høj eller højere grad end de patientrettede indsatser, og herunder at de har prioriteret §119 stk. 1, de sundhedsfremmende rammer, over §119 stk. 2, de sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, da der er bedre evidens for effekten af disse. De argumenterer for, at den individrettede forebyggelse under §119 stk. 2 er dyr og ineffektiv.

Sundhedsprofilen og forebyggelsespakkerne som grundlag for prioritering

Informanterne på tværs af kommuner peger i interviewene på Sundhedsprofilen og Forebyggelsespakkerne som primære kilder til information om henholdsvis behov og evidens i forbindelse med udviklingen af nye tilbud. Informanterne fortæller, at de bruger Forebyggelsespakkerne som inspiration til evidensbaserede tiltag og Sundhedsprofilerne til at målrette tilbuddene og vurdere behovet for tilbud til deres egne borgere. I denne forbindelse fremgår det af interviewene, at der som følge heraf er stor variation i deres prioriteringer og udbud af tilbud på tværs af kommunerne.

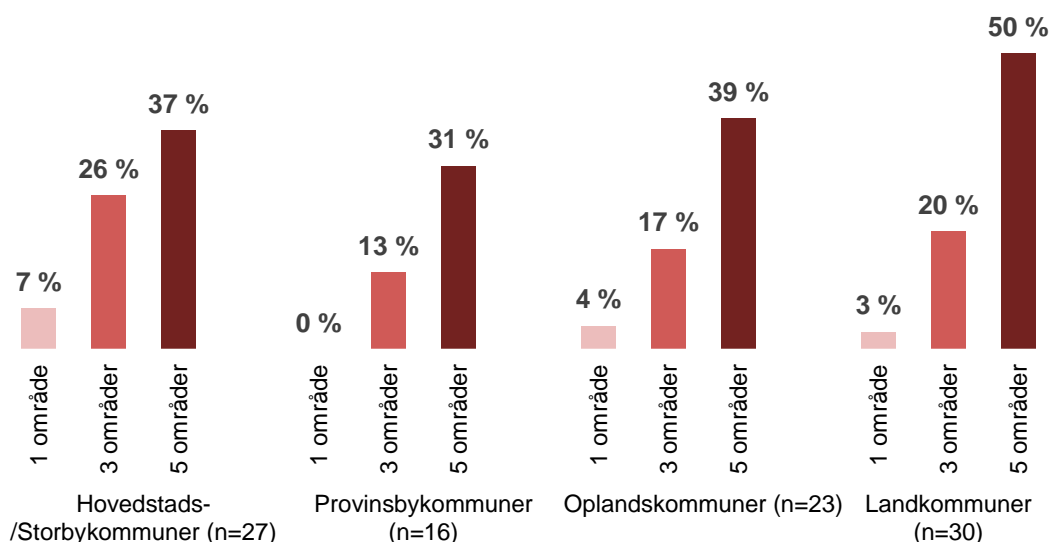
Derudover fremhæver informanterne generelt, at kommunerne gør brug af vidensdeling og "best practice" fra andre kommuner, som ligner dem selv. Særligt oplandskommuner, landkommuner og provinsbykommuner og nogle hovedstadskommuner bruger gerne de omkringliggende kommuner til at sparre med, mens storbykommuner og de større byer gerne sparrer med hinanden på tværs af regioner. Flere informanter fremhæver også Sund By Netværket som kilde til inspiration og vidensdeling.

Der er stor variation i, hvordan kommunerne løfter opgaven

Kommunernes størrelse og geografi har stor betydning for prioritering

I spørgeskemaundersøgelsen angiver landkommunerne og oplandskommuner, at hhv. 50 % og 39 % af dem har tilbud inden for alle 5 undersøgte områder (figur 3). Blandt hovedstads- og storbykommunerne angiver 7 %, at de kun har tilbud inden for 1 af de undersøgte områder.

Figur 3. Andel af kommuner, der har tilbud inden for de undersøgte områder: Ryge- og nikotinstop, forebyggelse af skadeligt forbrug eller storforbrug af alkohol, fremme af fysisk aktivitet, forebyggelse af moderat- og svær overvægt samt fremme af mental sundhed. Opdelte på kommunegrupper. Procent.



Disse fund nuanceres i de uddybende interviews. Informanter fra flere storbykommuner og hovedstadskommuner fortæller, at de arbejder meget målrettet med sundhedsfremme og forebyggelse under Sundhedslovens §119. De uddyber, at der er sat mange midler af til områderne, og at de arbejder efter en sundhedsstrategi eller -politik, som styrer deres prioritering af indsatser. Dog fremhæver de, som ovenfor beskrevet, at de i højere grad prioriterer at arbejde med de sundhedsfremmende rammer jf. §119 stk. 1. Disse kommuner er ud over størrelsen gerne kendetegnet ved at være tæt befolket og have en yngre population.

Blandt mindre kommuner, herunder særligt landkommuner og til dels oplands- og provinsbykommuner, er der en tendens til, at sundhedsfremme og forebyggelse er nedprioriteret til fordel for de patientrettede tilbud. Dette gælder især kommuner, som er geografisk store, men som har et lavt befolkningsantal eller en større andel af ældre borgere. Det fremgår også af interviewene, at disse kommuner ofte forveksler patientrettede og borgerrettede tilbud under §119, og at mange af de tilbud, som de anser som værende deres sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, således er målrettet mod patienter og kronikere. Der er derfor grund til at

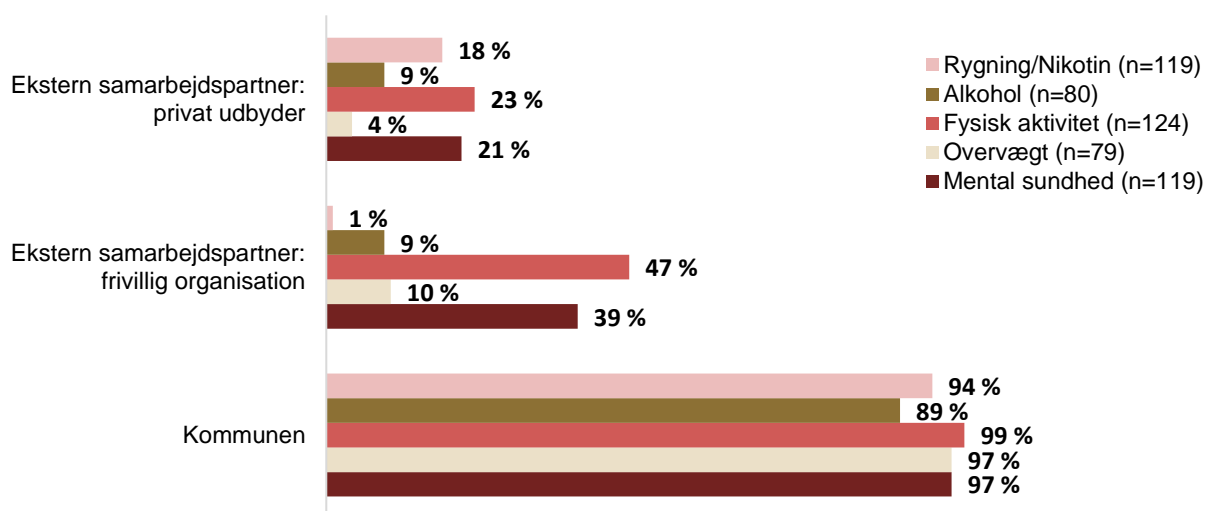
antage, at en del af de tilbud, som de i spørgeskemaundersøgelsen rapporterer, at de udbyder, i praksis *ikke* hører under §119 stk. 2.

Informanter på tværs af kommuner fortæller endvidere i interviewene, at de ikke samarbejder på tværs af kommunegrænser om tilbud under Sundhedslovens §119 stk. 2, da kommunerne er organiseret for forskelligt, eller de geografiske afstande er for store til, at borgere med sundhedsudfordringer kan deltage på tilbud uden for deres egen kommune.

Overlap med tilbud i andre forvaltninger – særligt social- og beskæftigelsesområdet

Af spørgeskemabesvarelserne fremgår det, at størstedelen af tilbud under Sundhedslovens §119 stk. 2 afholdes af kommunen (Figur 4). Dertil fremgår det at, det især er inden for områderne fysisk aktivitet og mental sundhed, at kommunerne anvender frivillige organisationer som samarbejdspartnere.

Figur 4. Kommunernes vurdering af, hvem der afholder deres tilbud under Sundhedslovens §119 stk. 2 inden for områderne: Ryge- og nikotinstop, forebyggelse af skadeligt forbrug eller storforbrug af alkohol, fremme af fysisk aktivitet, forebyggelse af moderat- og svær overvægt samt fremme af mental sundhed. Procent*.



*Det har været muligt for kommunerne at angive mere end én svarkategori. Derved summerer den procentvise fordeling til mere end 100 procent.

Af interviewene fremgår det, at tilbud under Sundhedslovens §119 stk. 2 primært afholdes inden for sundhedsområdet, og at samarbejdet omkring tilbuddene på tværs af forvaltningsområder er begrænset. Der ses en variation i, hvilke forvaltninger Sundhedsområdet har som primære samarbejdspartnere, hvor nogle informanter fremhæver social- og beskæftigelsesområdet, og andre fremhæver kulturforvaltningerne som deres primære samarbejdspartnere omkring deres tilbud. Næsten alle informanter fortæller i interviewene, at de ønsker, at særligt samarbejdet med social- og beskæftigelsesområdet var bedre. De udtrykker en opmærksomhed omkring, at de deler borgere og sundhedsudfordringer, men forklarer, at det er begrænset, hvad de formår at samarbejde omkring i praksis.

Nogle af udfordringerne går på, at social- og beskæftigelsesområdet er lovgivningsmæssigt mere detailstyret, hvilket besværliggør den organisatoriske og forvaltningsmæssige opgave med at

samarbejde. Nogle informanter har oplevet, at der var opstået dubletter af tilbud på hhv. sundheds- og socialområdet, som kunne være lagt sammen, eksempelvis inden for fremme af mental sundhed, ryge- og nikotinstop og fremme af fysisk aktivitet. De fortæller, at udskiftning i personalegrupper og mangel på kommunikation står i vejen for etableringen af nye samarbejder og vedligeholdelsen af allerede etableret samarbejde. Hvor Forebyggelsespakkerne er en hjælp til prioritering, fremhæves de samtidig som en hindring for det tværfaglige samarbejde, da pakkerne primært henvender sig til sundhedsprofessionelle. Informanterne udtrykker ønske om vejledninger, som henvender sig bredt til kommunalt ansatte på tværs af forvaltningsområder, og som kan understøtte samarbejdet. Nogle informanter fortæller, at kommunen har god erfaring med at have en person ansat, som varetager koordineringen af sundhedsindsatser på tværs af forvaltningsområder.

Flere kommuner efterlyser kompetencer til at sikre høj kvalitet

Der er stor variation i, hvorvidt informanterne oplever, at sundhedsområdet i deres kommune har kompetencerne til at sikre tilbud af høj kvalitet. Nogle informanter fortæller, at de i kommunen har svært ved at rekruttere eller finansiere kvalificeret personale. Dette gælder især i land- og oplandskommuner eller kommuner, der er ramt af mange økonomiske nedskæringer.

Nogle informanter beskriver, at det er uklart, hvad der forventes af dem som fagpersoner, og efterlyser flere kvalitetsstandarder i arbejdet med §119.

"Der er ingen steder beskrevet til mig, som ligesom er tovholder. Hvad kræves der egentlig af mig fagligt? Hvad skal jeg have af pædagogiske kompetencer?"

Sundhedsleder fra en oplandskommune

Eksempler på, hvor informanterne oplever manglende kompetencer, er blandt andet, når de skal udvikle nye tilbud inden for fremme af mental sundhed samt udvikling af online tilbud. Her udtrykker flere informanter, at de ikke har kompetencerne til at løfte denne opgave i hver enkelt kommune, og at det hæver kvaliteten, når der er færdigudviklede og velbeskrevne indsatser, som de kan implementere. Derudover savner de kompetencer i forhold til at arbejde på tværs af sektorer og fagområder.

Der er forskel på, hvordan kommunerne fortolker §119

Som beskrevet ovenfor skelner få kommuner mellem Sundhedslovens §119 stk. 1, 2 og 3 i praksis. I interviewene uddyber informanterne, at det i nogle kommuner er et bevidst valg at arbejde med §119 samlet for at sikre en sammenhængende indsats. Informanter fra andre kommuner udtrykker derimod uklarhed og usikkerhed omkring forskellen på stk. 1, 2 og 3. I følgende afsnit opsummerer vi kommunernes vurdering af §119 samlet.

Kommunerne sår tvivl om effekten af sundhedsfremmende og forebyggende tilbud

Af interviewene fremgår det, at flere informanter opfatter de sundhedsfremmende og forebyggende tilbud under §119 stk. 2 som dyre og med tvivlsom effekt. Flere informanter fortæller i forlængelse af dette, at de har svært ved at evaluere andet end brugertilfredshed i deres arbejde med §119 stk. 2. De mener ikke, at det er muligt at vurdere, om tilbuddene har vedvarende effekt, og flere sætter spørgsmålstejn ved paragraffens udformning og det politiske ønske om at fokusere på individrettede tilbud under §119.

"Kapaciteten i forhold til målgruppen er på 0,4%, så vi nedlagde også vores tilbud til borgere med overvægt ud fra den betragtning. Og så også ud fra en betragtning [...] at der faktisk ikke er særlig meget evidens for, hvad der virker på overvægtsområdet. [...]. Der er stadig ikke rigtig noget evidens for det, så vi gik væk fra at have tilbud i sundhedshusene."

Sundhedschef fra en hovedstadskommune

Informanter fra de kommuner, som har prioriteret de sundhedsfremmende rammer jf. §119 stk. 1, argumenterer for, at individrettede tilbud inden for sundhedsfremme og forebyggelse under §119 er en ineffektiv brug af midler, som kun rammer en meget lille del af målgruppen og ikke bygger på evidens. De fleste informanter understreger, at kommunerne arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse på mange andre måder og inden for andre paragraffer end §119, og flere udtrykker derfor ønske om et større politisk fokus på at tænke sundhed ind i andre forvaltningsområder og politikker. De ønsker en større prioritering af den strukturelle forebyggelse under §119 stk. 1 eller deres indsatser under andre paragraffer frem for de individrettede tilbud under §119 stk. 2.

§119 opfattes som en "gummiparagraf"

Af interviewene fremgår det, at der blandt informanter på tværs af kommunerne er bred enighed om, at §119 anses for at være en "gummiparagraf". Dette uddyber de med, at paragraffen ikke indeholder mange krav eller retningslinjer. Hos nogle kommuner giver dette anledning til uklarhed og usikkerhed, hvor andre kommuner oplever det som fleksibelt og praktisk.

Nogle informanter fortæller, at kommunen tolker §119 som en paragraf, hvori sundhedsfremme og forebyggelse er en "kan"-opgave. Her forklarer flere informanter, at kommunens primære incitament er i arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse er inden for de parametre, som de

skal stå til regnskab for politisk. De betyder, at de prioriterer andre, mere lovmæssigt bundne paragraffer og de områder af Sundhedslovens §119, som der kan måles på, eksempelvis i forhold til konkret besparelspotentiale og aftaler om forløbsprogrammer under de patientrettede indsatser. Derudover har nogle kommuner valgt at prioritere at udbyde tilbud under §119 stk. 2 over de sundhedsfremmende rammer stk. 1, da de oplever, at det er mere konkret at redegøre for deres arbejde under stk. 2 i form af antallet af tilbud, de udbyder, eller antallet af borgere, som deltager. Flere informanter fortæller i forlængelse af dette, at deres kommune har nedprioriteret borgerrettede indsatser særligt under stk. 1, men i nogle tilfælde også stk. 2, og valgt primært at fokusere på de patientrettede tilbud, som de opfatter som obligatoriske.

"§119 er jo ret vag, hvis man kigger på andre lovgivningsområder. Den fortæller jo egentlig ikke ret meget, og i princippet så efterlader den jo en rigtig stor mulighed for politikerne til at nedprioritere."

Sundhedskonsulent fra en oplandskommune

Modsat oplever informanter fra andre kommuner, at §119 er fleksibel og dermed tilgodeser kommunernes behov for selv at styre og prioritere deres sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Flere informanter fortæller i den forbindelse, at deres kommune ikke opfatter §119 som en "kan"-opgave, men som en "skal"-opgave. På den måde anvender de §119 som et styringsredskab til at sikre økonomi til den sundhedsfremmende indsats, men har valgt at bruge fleksibiliteten i paragraffen til fx at prioritere sundhedsfremmende rammer jf. §119 stk. 1 til fordel for sundhedsfremmende og forebyggende tilbud stk. 2, eller har valgt at arbejde helhedsorienteret med paragraffen og oprette tilbud under stk. 2, som understøtter deres sundhedsfremmende rammer jf. stk. 1.

Flere informanter ønsker flere lovkrav til deres arbejde med §119 – og i kraft heraf, at økonomien skal følge med, hvis de forventes at prioritere de borgerrettede sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i højere grad. Samtidig udtrykker størstedelen af informanterne en bekymring for større krav om ensretning af deres indsatser under §119. Mange kommuner arbejder pt. med en differentiering af rammer og tilbud baseret på kommunens demografi. Dette gør de med henblik på at målrette deres sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til kommunens primære udfordringer og dermed sikre størst effekt. Informanterne er derfor bredt set enige om, at der fortsat er behov for kommunal selvbestemmelse og fleksibilitet, så de kan udnytte de styrker og ressourcer, de har i kommunen, ligesom de fortsat ønsker at kunne tilpasse indsatserne til borgernes sundhedsudfordringer.

Referencer

1. Sundhedsministeriet, I.-o. *Kommunalreformen i 2007*. [cited 2023 03.10.2023]; Available from: <https://im.dk/arbejdsomraader/kommunal-og-regionaloekonomi/kommunale-opgaver-og-struktur/kommunalreformen-i-2007>
2. Sundhedsministeriet, I.-o. *Bekendtgørelse af Sundhedsloven 26/08/2019* [cited 2023; Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903#P119>
3. Jakobsen, G.S., I.N. Sølvhøj, and T. Holmberg, *Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2019*. 2020, Odense: PUBLISHER.
4. Statistik, D. *Kommunegrupper, v1:2018-*. Dokumentation [cited 2023 23.10.2023]; Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/nomenklaturer/kommunegrupper>