

Margot Mütsch¹, Fridolin Holdener², Bertino Somaini³

¹ Projektleitung im Auftrage des Gesundheits- und Sozialdepartementes, Luzern

² Kantonsärztlicher Dienst, Luzern

³ Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Abteilung für Gesundheitsforschung, Zürich

Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Luzern – Analyse 1995 und Ausblick

Zusammenfassung

Der Kanton Luzern ist ein Akteur in der Gesundheitsförderung und Prävention. Seine direkten potentiellen Zielgruppen sind andere kantonale Stellen, Gemeinden, externe Fachstellen und private Anbieter. Die Befragung dieser Gruppen hat zum Ziel, gesundheitsförderliche und präventive Angebote, die Bedürfnisse der Anbieter und Möglichkeiten vermehrter Zusammenarbeit zu erfassen. Darauf aufbauend werden Empfehlungen für den Aufgabenbereich des Gesundheits- und Sozialdepartementes sowie der Stelle für Gesundheitsförderung formuliert. Gesundheitsförderung und Prävention fristen in der kantonalen Gesundheitspolitik bezüglich verfügbarer Finanz- und Personal-Ressourcen ein Mauerblümchen-Dasein. Die Zusammenarbeit mit den politischen Instanzen muss verbessert werden. Die kantonale Stelle für Gesundheitsförderung ist bei den verschiedenen Anbietergruppen gut bekannt. Die Zusammenarbeit kann auf allen Ebenen intensiviert werden und entspricht einem Bedürfnis. Eine gemeinsame Plattform für alle Anbietergruppen könnte dem Informations- und Erfahrungsaustausch dienen, sowie Impulse geben für gemeinsame Projekte. Projekte müssen insbesondere auf Gemeinde-Bedürfnisse abgestimmt werden.

Bereits 1985 wurde im Kanton Luzern die Stelle für Prävention geschaffen, die 1990 umbenannt wurde in Stelle für Gesundheitsförderung und zum Kantonsärztlichen Dienst gehört. Damals wurde eine Studie über mögliche Schwerpunkt-Themen extern in Auftrag gegeben. Sie orientierte sich an Schweizer Gesundheitsdaten und listete eine Vielzahl möglicher Themenbereiche für Interventionen auf.

In den vergangenen Jahren fand im Kanton Luzern eine Fülle von Aktionen zu Gesundheitsthemen statt. 1995, zum 10 Jahre-Jubiläum der Stelle für Gesundheitsförderung, wurde eine Standortbestimmung verlangt. Im Auftrage des Gesundheits- und Sozialdepartementes wurde ein Überblick über bestehende Angebote und Strukturen erstellt und kommentiert. Die Studie sollte handlungs- und bedürfnisorientiert ausgerichtet

sein und als zukünftiges Instrument zur Planung und Entscheidungsfindung dienen. Ausdrücklich wurde gewünscht, die Umsetzungsphase dem Kantonsärztlichen Dienst zu überlassen.

Der Kanton Luzern wird als Organisations-Netzwerk betrachtet. Als Zielpublikum der kantonalen Stelle für Gesundheitsförderung kommen andere kantonale Stellen, Gemeinden, externe Fachstellen und private Anbieter, wie zum Beispiel Ärzte und Apotheker, in Betracht. Im Rahmen dieser Arbeit werden die Rollen des Gesundheits- und Sozialdepartementes und des Kantonsärztlichen Dienstes und Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit dem Zielpublikum in den Mittelpunkt gestellt. Die Erhebung stützte sich auf das Befragen des Zielpublikums ab. Dieser Ansatz liefert in der vorliegenden Systematik und Breite einen neuen Beitrag für den strukturellen Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention auf kantonaler Ebene. Darin liegt auch der Unterschied zu verschiedenen kantonalen Gesundheitsberichten, die sich auf epidemiologische Datenquellen abstützen^{1,2}.

Material und Methoden

Theoretischer Hintergrund

Dazu gehören die Ziele des Programmes der Weltgesundheitsorganisation „Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000“³ und die Ziele zur Gesundheitspolitik für die Schweiz⁴. Das Verständnis von Gesundheitsförderung stütze sich auf die Ottawa-Charta der WHO von 1986⁵.

Folgende Kriterien der Organisationsentwicklung⁶ kamen beim Projektablauf und der Durchführung zum Einsatz: Definieren des Auftrages, Einbezug der Betroffenen, Anregung durch externe Beratung, Prozess- und Zielorientierung bei der Problemlösung, Bedeutung von Auswertung und Transfer.

Studienansatz

Es wurde ein deskriptiver Ansatz gewählt. Im Rahmen der Querschnittsstudie wurde 1996 je ein schriftlicher Fragebogen eingesetzt bei drei Zielgruppen (Gemeinden, Institutionen, private Anbieter). Dieser wurde bei den Institutionen mit einem telefonischen Interview verknüpft, um allfällige Lücken beim Ausfüllen des Fragebogens zu ergänzen. Die Angaben der Zielgruppen wurden mittels einer Dokumentenanalyse ergänzt (Staatsrechnung 1995, Rechtssammlung des Kantons, Jahresberichte 1995 von Institutionen).

Studienpopulation

Die schriftliche Umfrage richtete sich an die Gemeinden, Institutionen und privaten Anbieter im Kanton Luzern. Die Adress-Datenbanken des Kantonsärztlichen Dienstes und des Kantonsapothekersdienten als Grundlage, um den Umfang der Studienpopulation festzustellen (107 Gemeinden, 74 Institutionen, 317 private Anbieter).

104 der 107 Gemeinden hatten eine Kontaktperson für die Stelle für Gesundheitsförderung gemeldet. Sie erhielten den Fragebogen. Unter Institutionen wurden kantonale Stellen, wie zum Beispiel die Beauftragte für Jugendförderung beim Erziehungs- und Kulturdepartement, und externe Fachstellen zusammengenommen. Letztere umfassten allgemein im Gesundheitsbereich des Kantons tätige Organisationen wie z.B. der Kantonalverband der Samaritervereine, Radix und thematisch oder bezüglich Zielgruppen spezialisierte Institutionen, wie z.B. Lungenliga, AIDS-Hilfe, Mütter- und Väterberatungsstellen, Ausländerberatungsstelle. Nicht erfasst wurde der Bereich „Gesundheit am Arbeitsplatz“. Unter den privaten Anbietern wurde eine Auswahl von im Gesundheitswesen freiberuflich tätigen Personengruppen getroffen: Ärzte- und Apothekerschaft. Es wurden die den Grundversorgern zugeteilten Disziplinen: Allgemeinmedizin (n = 188), Innere Medizin (n = 78), Pädiatrie (n = 19) und die Apotheken (n = 32) berücksichtigt.

Fragebogen

Die schriftlichen Fragebogen wurden mit Vertretern des Zielpublikums oder Personen mit vergleichbarer Ausbildung vorgetestet, mit Begleitbrief und separater Verlosungs-Teilnahmekarte je nach Teilnehmergruppe zwischen Januar und April 1996 versandt. Eine Nachfrage erfolgte drei Wochen später.

Beim Zusammenstellen der Fragen fanden sich keine vergleichbaren, publizierten Schweizer Beispiele. Einzig aus dem Kanton Wallis existierte eine Indikator-Liste⁷. Aus Deutschland gibt es Untersuchungen aus dem informellen Bereich⁸. Bei allen Zielgruppen wurde nach den Ressourcen (materiell, finanziell, zeitlich, ideell), der Einstellung zur Zusammenarbeit, den

Bedürfnissen, der Bekanntheit der kantonalen Stelle für Gesundheitsförderung und nach Angaben zur Person oder Institution gefragt. Eine offene Frage diente dem Erfassen von Wünschen und Bedürfnissen. Die Gemeinden erhielten eine Beschreibung von Gesundheitsförderung und Prävention, bei den anderen Gruppen war dies ein Erhebungskriterium.

Als Erfolgs-Kriterien wurden die minimalen Rücklaufquoten (50% bei Gemeinden, 70% bei Institutionen, 20% bei Ärzteschaft) und die Beurteilung des Fragebogens (mindestens 50% der Antwortenden neutral bis sehr gut) im voraus festgelegt.

60% der Gemeinden (n = 62), die 74,4% der Bevölkerung des Kantons Luzern repräsentieren, sandten den Fragebogen zurück. Bei der geographischen Verteilung der teilnehmenden Gemeinden waren der Westteil des Kantons, sowie die Nordoststecke untervertreten. Die 42 nicht antwortenden Gemeinden befinden sich in ländlichen Gegenden. Bei den Institutionen betrug der Rücklauf 72% (n = 53), wobei nur 48 Institutionen angaben, im Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention tätig zu sein. Einzig bei 23 Institutionen nahmen gesundheitsförderliche und präventive Tätigkeiten einen Anteil von mindestens 30% ein. 21 Institutionen, die verschiedene Themenbereiche oder Zielgruppen bearbeiten, antworteten nicht. Allerdings wurde dadurch keine Alters- oder Themengruppe vernachlässigt. Als Beispiele können Fachstellen für Familien und Jugendarbeit und Umweltorganisationen genannt werden. Der Rücklauf bei den privaten Anbietern erreichte bei der Ärzteschaft 61% (n = 175), bei der Apothekerschaft 78% (n = 25). Die Verteilung der nicht antwortenden Ärzte auf die untersuchten Disziplinen gliedert sich folgendermassen auf: Allgemeinmedizin n = 80 (43%), Innere Medizin n = 26 (33%), Pädiatrie n = 4

(21%). Der Anteil der Allgemeinmediziner war bei den nicht teilnehmenden Ärzten am grössten. Die Zielsetzung bezüglich Fragebogenrücklauf wurde damit erfüllt.

Datenanalyse

Die Daten wurden vertraulich behandelt und ausgewertet. Es wurden vor allem Häufigkeiten berechnet. Dazu wurde die Software EpiInfo 6.0 (WHO) eingesetzt.

Ergebnisse

Die Präsentation der Ergebnisse beschränkt sich auf die Rolle des Gesundheits- und des Sozialdepartementes, die Situation in den Gemeinden und auf Aspekte von Zusammenarbeit.

Im Gesundheitsgesetz vom 29. Juni 1981, §13 und §51, wurde festgehalten, dass der Kanton und die Gemeinden Gesundheitsförderung und Prävention fördern sollten. Gemäss Staatsrechnung engagierte sich auf kantonaler Ebene vor allem das Gesundheits- und Sozialdepartement in der Gesundheitsförderung und Prävention, gefolgt vom Erziehungs- und Kulturdepartement. Die Aufwendungen des Gesundheits- und Sozialdepartementes für die Gesundheitsförderung und Prävention machten allerdings nur 1,3% des kantonalen Spitaldefizites von 1995 aus.

Die kantonale Stelle für Gesundheitsförderung war fachlich und administrativ dem Kantonsarzt unterstellt, verfügte über ein eigenes Budget und entsprach einem

100%-Arbeitspensum. Sie betrieb Öffentlichkeitsarbeit, gab die Gesundheits-Agenda und ein Informationsbulletin heraus und beabsichtigte mit vierteljährlichen Tagungen zu variierenden Themen, die Vernetzung der Institutionen zu fördern. Die Stelle entwickelte und unterstützte verschiedene Informations- und Interventionsprojekte, allerdings fehlten Zielvorgaben oder Schwerpunkt-Themen.

75% (36) der Institutionen hielten den Kontakt zur Stelle für Gesundheitsförderung für wichtig. Demgegenüber hatten nur 21% (13) der Gemeinden in den letzten zwei Jahren Kontakt zur Stelle für Gesundheitsförderung, wobei der Versand von Informationsmaterial nicht berücksichtigt worden war.

Gemeinden (N = 62)	Sachmittel ^a	Finanzmittel	Budget für GF ^b	Gesundheitskommission
klein (n = 14) (< 1000 Einwohner)	ja: 43% (6) k. A.: 57% (8)	ja: 29% (4) nein: 64% (9) k. A.: 7% (1)	ja: 50% (7) nein: 43% (6) k. A.: 7% (1)	ja: 21% (3) nein: 72% (10) k. A.: 7% (1)
mittel (n = 38) (1000–4999 Einwohner)	ja: 95% (36) k. A.: 5% (2)	ja: 45% (17) nein: 31% (12) k. A.: 24% (9)	ja: 47% (18) nein: 40% (15) k. A.: 13% (5)	ja: 18% (7) nein: 74% (28) k. A.: 8% (3)
gross (n = 10) (≥ 5000 Einwohner)	ja: 90% (9) k. A.: 10% (1)	ja: 60% (6) nein: 20% (2) k. A.: 20% (2)	ja: 80% (8) nein: 10% (1) k. A.: 10% (1)	ja: 90% (9) nein: 0% k. A.: 10% (1)
Stadt und Agglomeration (n = 9)	ja: 89% (8) k. A.: 11% (1)	ja: 78% (7) nein: 11% (1) nein: 11% (1)	ja: 100% (9) nein: 0% k. A.: 0%	ja: 78% (7) k. A.: 11% (1) k. A.: 11% (1)
Landschaft (n = 53)	ja: 81% (43) k. A.: 19% (10)	ja: 37% (20) nein: 42% (22) k. A.: 21% (11)	ja: 47% (25) nein: 42% (22) k. A.: 11% (6)	ja: 23% (12) nein: 70% (37) k. A.: 7% (4)

^a Infrastruktur, Verteilen von Informationen.

^b GF = Gesundheitsförderung.

^c k. A. = keine Angabe.

Tabelle 1. Ressourcen der antwortenden Gemeinden für Gesundheitsförderung und Prävention. (Häufigkeit der Nennungen in % (n)).

Tabelle 1 bietet einen Überblick über die antwortenden Gemeinden und stellt ihre für die Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzten Ressourcen zusammen.

Mit Ausnahme der kleinen Gemeinden stellte die überwiegende Mehrheit der Gemeinden Räumlichkeiten für gesundheitsförderliche Veranstaltungen zur Verfügung oder unterstützte die Verbreitung entsprechender Informationen.

Wenn es um die Verfügbarkeit von Finanzmitteln für die Gesundheitsförderung und Prävention ging, fand sich sowohl ein Gradient nach Gemeinde-Grösse wie auch ein Stadt-Land-Unterschied. Die grossen Gemeinden sind eher bereit,

Finanzmittel bereit zu stellen und weisen ein entsprechendes Budget auf, währenddem auf der anderen Seite die kleinen Gemeinden gegenüber einem finanziellen Engagement mehrheitlich ablehnend eingestellt sind und auch kein entsprechendes Budget besitzen.

In einem Drittel der antwortenden Gemeinden existierte eine Gesundheitskommission. Die Mehrheit der Gemeinden mit einer Gesundheitskommission besass ein Budget für Gesundheitsförderung und Prävention. Etwa 45% (17) der Gemeinden ohne eine solche Kommission wiesen ebenfalls ein entsprechendes Budget auf.

Die Bereitschaft, Aktivitäten zu finanzieren, konnte ebenfalls nicht

generell mit dem Vorhandensein einer Gesundheitskommission in Zusammenhang gebracht werden. 17 von 38 (45%) Gemeinden ohne Gesundheitskommission sind bereit, Aktivitäten zu finanzieren. Demgegenüber lehnten acht von 19 Gemeinden (42%) trotz Gesundheitskommission ein entsprechendes finanzielles Engagement ab.

Auf der thematischen Seite wünschten die Gemeinden vor allem Angebote im Suchtbereich, für Jugendliche und zum Themenbereich „Umwelt und Gesundheit“. Daran waren auch Gemeinden interessiert, die sich keinen eigenen finanziellen Beitrag vorstellen konnten.

Zusammenarbeit	Institutionen (N = 48)	Gemeinde (N = 62)	Ärzeschaft (N = 175)	Apothekerschaft (N = 25)
Einschätzung	wichtig: 91 % (44) weder noch bis unwichtig: 9 % (4)	nicht erhoben	wichtig: 63 % (111) weder noch bis unwichtig: 37 % (64)	wichtig: 72 % (18) weder noch bis unwichtig: 28 % (7)
Partner	(Mehrfachnennungen) Andere Fachstellen: 14 % (26) Stelle für GF ^a : 13 % (25) Lehrpersonen: 10 % (19) Weitere: 63 % (119)	Stelle für GF ^a : ja: 21 % (13) nein: 74 % (43) k.A. ^c : 5 % (6)	(je separat erfasst) Fachstellen wichtig: 55 % (96) Stelle für GF wichtig: 50 % (88) Gemeinden wichtig: 57 % (100)	(je separat erfasst) Fachstellen wichtig: 76 % (19) Stelle für GF wichtig: 76 % (19) Gemeinden wichtig: 76 % (19)
Wünsche an Stelle für GF ^b (Mehrfachnennungen möglich)	Gemeinsames Projekt: 28 % (32) Arbeitsgruppe: 25 % (29) Doku-material 15 % (17) Fachlicher Austausch: 26 % (30) Andere: 6 % (7)	Doku-material: 26 % (22) Erfahrungsaustausch 24 % (20) Projektideen: 19 % (16) Projekberatung: 8 % (7) Andere: 12 % (10) Gar nichts: 11 % (9)	zielgruppengerechtes Informationsmaterial	zielgruppengerechtes Informationsmaterial

^a Die Frage lautete: Haben Sie zur Stelle für Gesundheitsförderung in den letzten beiden Jahren Kontakt gehabt?
^b GF = Gesundheitsförderung.
^c k.A. = keine Angabe.

Tabelle 2. Zusammenarbeit bei den antwortenden Anbietergruppen. (Häufigkeit der Nennungen in % (n)).

Tabelle 2 zeigt, wie die verschiedenen Zielgruppen die Zusammenarbeit einstufen und mit wem sie zusammenarbeiten möchten. Die Mehrheit der Befragten fand Zusammenarbeit wichtig. Bei der Frage nach möglichen Partnern entfielen in allen Gruppen die meisten Nennungen auf die Fachstellen und die Stelle für Gesundheitsförderung. Die Mehrheit der Ärzte und Apotheker könnte sich zudem eine Mitarbeit bei einer gemeindeorientierten Aktivität vorstellen.

Welches Angebot wünschen die Zielgruppen von der Stelle für Gesundheitsförderung? Mit unterschiedlicher Gewichtung nannten alle Befragten, dass sie Informationsmaterial beziehen möchten. Den Institutionen waren gemeinsame Projekte, der fachliche Austausch und das Mitwirken in einer Arbeitsgruppe am wichtigsten.

Für verbesserungswürdig hielten die Institutionen ihren Stellenwert in der Politik und Gesellschaft, das Erreichen der Zielgruppen und die Konkurrenz- und Abgrenzungsprobleme untereinander. Die beiden Medizinalberufs-Gruppen beklagten sich hauptsächlich über das schlechte Erreichen der Zielgruppen und ihre mangelnde Einsicht, sie zweifelten an der Wirksamkeit von Interventionen und äusserten sich zurückhaltend gegenüber staatlichen Massnahmen.

Diskussion

Im Kanton Luzern fehlt weitgehend eine kantonale Gesundheitsberichterstattung, sodass sich die Schwerpunkte der Gesundheitspolitik auf keiner epidemiologischen Datengrundlage formulieren lassen. Die vorliegende Arbeit erhebt die Bedürfnisse der Bevölkerung nicht direkt. Deren alleiniges Erfassen war in der aktuellen Situation nicht gefordert und zu aufwendig.

Die Studie bearbeitet ein Umfeld, in dem die politische und die Gesundheits-Ebene stark miteinander verknüpft sind. Sie stützt sich auf die Befragung von Vertretern des ambulanten Bereiches ab, dem potentiellen Zielpublikum der Stelle für Gesundheitsförderung. Die Resultate sind sicher nicht repräsentativ für die Schweiz und können nicht verallgemeinert werden. Sie widerspiegeln jedoch ein realistisches Umfeld in einem mittelgrossen Kanton und können als Ausgangspunkt für Empfehlungen eingesetzt werden. Wie aus den Projekt-Vorgaben des Gesundheits- und Sozialdepartementes hervorging, kommt gerade praktischen, handlungsbezogenen Empfehlungen eine Schrittmacherfunktion zu bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Massnahmen. Zusammen mit einer effektiven, transparenten Arbeitsweise und Evaluation, wie es zum Beispiel der Public-Health-Zyklus vorgibt⁹, kann die Akzeptanz von Gesundheitsförderung und Prävention bei politischen Entscheidungsträgern erhöht werden. Zusätzlich wurde für eine Veränderung als wichtig erkannt, dass sich eine an zentraler Stelle in der Behörde tätige Person engagiert¹⁰. Diese Funktion kann im Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention zum Beispiel der Kantonsarzt übernehmen.

Mit der vorliegenden Studie wurde eine Diskussionsgrundlage geschaffen. Besonders die Verteilung der Finanzen zwischen Gesundheitsförderung und stationärem Bereich sorgte bei politischen Vertretern für angeregte Diskussionen. Es kann von einer Sensibilisierung der politischen Entscheidungsträger gesprochen werden.

Wie kann der Kanton auf die Bedürfnisse seiner Zielgruppen, Gemeinden, Institutionen und private Anbieter, eingehen?

Aus Public Health Sicht werden oft die fehlenden oder schlechten

Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention erwähnt. Eine institutionell beim Kanton verankerte Stelle für Gesundheitsförderung hat die Möglichkeit, hervorragend und längerfristig auf der strukturellen Ebene zu wirken. Sie kann als Drehscheibe wirken und initiiierende, informierende, motivierende und koordinative Funktionen wahrnehmen. Damit leistet sie einen Beitrag zur Verbesserung der Rahmenbedingungen. Dies gilt sowohl für Aktivitäten innerhalb der kantonalen Departemente wie auch gegenüber den drei untersuchten Zielgruppen.

Folgende Äusserung umschreibt den erhobenen Stand der Zusammenarbeit unter den verschiedenen Akteuren: Alle wollen zusammenarbeiten und alle warten auf den ersten Schritt.

Konkrete, themenorientierte Projekte und nicht lange Diskussionen sollten hier den Anfang bilden. Mittels Projekt-Vorgaben und einer flexibleren Verteilung der Finanzmittel können Projekt-Partnerschaften, und damit die Eigenaktivität der Institutionen, gefördert und gefordert werden. Gleichzeitig kann die Medien- und Öffentlichkeitsarbeit profitieren. Eine Plattform für den Erfahrungsaustausch ermöglicht den Wissenstransfer.

Die Untersuchung zeigt, dass der Kontakt zu den Gemeinden verbessert werden muss. Vorhandene Strukturen wie ein Budget für Gesundheitsförderung und Prävention oder eine Gesundheitskommission sind keine Garantien für gesundheitsförderliche Aktivitäten. Vielmehr muss mit einem Angebot oder einem gemeinsamen Projekt ein positives Erlebnis vermittelt werden. Diese müssen der Gemeindegrösse angepasst, von der Gemeinde mitgetragen und bedürfnisorientiert ausgerichtet sein. Besonders aktive Gemeinden könnten ausgezeichnet werden.

Ihre gute Verankerung und Erreichbarkeit in den Gemeinden prädestiniert die Ärzte- und Apothekerschaft an gesundheitsförderlichen Aktivitäten auf kommunaler Ebene aktiv mitzuwirken. Eine zusätzliche Vernetzung mit den Institutionen könnte ein Musterbeispiel für Zusammenarbeit und Aufgabenteilung abgeben. Damit könnte ein bis anhin wenig genutztes Potential aktiviert werden und Imagepflege für die Berufsgruppe einschliessen. Speziell angesprochen sind auch die selbständig tätigen Schulärzte. Sie sind in den

Schulen bekannt und könnten in Zusammenarbeit mit Institutionen als Multiplikatoren wirken.

Wie wurde die vorliegende Studie auf der Verwaltungs-Ebene umgesetzt?

Nach departementsinternen Diskussionen wurden drei prioritäre Handlungsbereiche festgelegt: Vergrössern der politischen Akzeptanz der Gesundheitsförderung, Erstellen einer Mehrjahresplanung mit Schwerpunktthemen, Verbessern von Koordination und Kooperation. Die Mehrjahresplanung der Stelle für Gesundheitsförde-

rung wird nächstens abgeschlossen sein. Die Arbeit an Projekt-Vorgaben ist im Gange. Eine flexiblere Verteilung von Finanzmitteln, zum Beispiel des Alkoholzehntels, konnte noch nicht erreicht werden.

Summary

Lucerne: health promotion and prevention on cantonal level

Considering the legal situation the canton of Lucerne is addressed to make his contribution to health promotion and prevention. His target groups are authorities on cantonal and community levels, specialised organisations and other health professionals, as for example physicians and pharmacists. The objectives of this study are to survey the health promotional and preventive activities, to evaluate the needs of the target groups as well as to focus on the opportunities of improved cooperation. Based on these results recommendations to the cantonal health authorities will be formulated. As far as the allocation of financial and personal resources are concerned health promotion and prevention do not figure as top priorities. Besides, the study results suggest to improve the cooperation between political representatives and health professionals. The cantonal health promotion authorities are well known among the target groups. However, cooperation could be intensified on all levels of action and is regarded as most desirable. A mutual forum focused on information and experience transfer would support these results and could stimulate joint projects. In addition, the needs of the communities have to be given special attention.

Literaturverzeichnis

- 1 Sanitätsdepartement Basel-Stadt (Hrsg). Gesundheit im Kanton Basel-Stadt – Bericht über den Gesundheitszustand der Bevölkerung von Basel-Stadt. Basel: 1994.
- 2 Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg). Gesundheit im Kanton Zürich – Bericht und Massnahmen. Zürich: 1994.
- 3 Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ziele zur „Gesundheit für alle“, die Gesundheitspolitik für Europa. Kopenhagen: 1991.
- 4 Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (Hrsg). Ziele zur Gesundheitspolitik für die Schweiz. Soz Präventivmed 1997; 42 Suppl 1: 1–80.
- 5 Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die Ottawa-Charta. Ottawa: 1986.
- 6 Grossmann R, Scala K. Gesundheit durch Projekte fördern. 2. Auflage. Weinheim, München: Juventa, 1996, 158 pp.
- 7 Jentsch G, Menabreaz JP. Aspekte der momentanen Situation präventiver Arbeit im Kanton Wallis. Sion: 1992.
- 8 Stark W (Hrsg). Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung – Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Freiburg: Lambertus, 1989.
- 9 Ruckstuhl B, Somaini B, Twisselmann W, eds. Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Cycle als Arbeitsinstrument. Zürich: ISPM, 1997: 37 pp.
- 10 Gentile P. Lernprozesse in Verwaltungen. Lausanne: Institut des Hautes Etudes en Administration Publique, 1994.

Résumé**Canton de Lucerne: promotion de la santé et prévention**

Une base légale règle les tâches du service cantonale de la santé concernant la promotion de la santé et la prévention. Dans cette étude on a évalué au moyen d'un questionnaire les domaines principaux d'activité cantonale, qui sont les autorités cantonales et communales, des institutions spécialisées et des professions de santé, par exemple les médecins et les pharmaciens. Il s'agissait de savoir les activités, les besoins des groupes engagés et les possibilités pour améliorer la collaboration. Suite aux résultats des recommandations pour le service cantonal de santé sont présentées. L'étude montre que la politique financière dirige la promotion de la santé et la prévention vers une quantité négligeable. Elle a mis en évidence qu'une collaboration améliorée des représentants politiques et des groupes engagés à la promotion de la santé est nécessaire. Le service cantonal de la promotion de la santé est bien connu chez les groupes examinés. De plus, on note le besoin d'une collaboration augmentée. L'étude propose une réunion régulière pour faciliter l'échange des informations et des expériences entre les groupes engagés et pour prendre l'initiative des projets. En particulier, des activités concrètes doivent être bien adaptées aux besoins des communes.

Das Projekt wurde durch den Kanton Luzern finanziert und war Bestandteil der MPH-Diplomarbeit von Margot Mütsch. Es wurde von Herrn Dr. B. Somaini begleitet.

Einsatz als Kontaktpersonen zu den Ärzten und Apothekern. Ein spezieller Dank gilt Herrn Regierungsrat K. Fellmann für die wohlwollende Unterstützung des Projektes.

Danksagung

Allen Teilnehmenden der verschiedenen Umfragen danken wir für ihre engagierte Mitarbeit. Bei Herrn Dr. F.X. Schwytzer sel. und Herrn Dr. B. Schmid bedanken wir uns für Ihren

Korrespondenzadresse

Dr. Margot Mütsch
Buchenrain 6
CH-6010 Kriens
Fax +41 41 320 10 04
mmuetsch@access.ch