

BORGERRETTET FOREBYGGELSE
I KOMMUNERNE
- status og udfordringer

2006

Borgerrettet forebyggelse i kommunerne – status og udfordringer

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af COWI

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk/>

Emneord: Borgerrettet forebyggelse, sundhedsfremme, sundhedspolitik, risikofaktorer og kommuner

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 16. maj 2006

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 87-7676-313-7

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, maj 2006

Indholdsfortegnelse

1	Resumé af undersøgelsen	4
2	Indledning	6
	2.1 Baggrund og formål	6
	2.2 Tilgang, metode og datagrundlag	7
	2.3 Rapportens opbygning	9
3	Baggrund	10
	3.1 Baggrunden for projektet	10
	3.2 Formål	11
4	Status og udfordringer	12
	4.1 Status	12
	4.2 Udfordringer	16
5	Bilagsfortegnelse	21

1 Resumé af undersøgelsen

Formål og metode

Sundhedsstyrelsen ønsker at etablere en rådgivningsfunktion, der skal bistå kommunerne i forhold til deres nye opgaver vedrørende den borgerrettede forebyggelse. COWI er i denne forbindelse blevet bedt om at gennemføre en undersøgelse, der bl.a. skal give et billede af, hvad Sundhedsstyrelsens rådgivning kan indeholde.

Undersøgelsen bygger på en telefoninterviewundersøgelse med 78 (af 98 mulige) kommuner, hvor primært "sundhedschefer" i de nye kommuner, er blevet interviewet. Endvidere er der i 18 udvalgte kommuner gennemført dybdegående interview med en række kommunale chefer samt praktikere inden for sundhedsområdet.

Overordnet konklusion

Undersøgelsen viser, at kommunerne er interesserede i, at Sundhedsstyrelsen etablerer en rådgivningsfunktion, der skal hjælpe dem i relation til den borgerrettede forebyggelse. Cirka 70 procent af kommunerne tilkendegiver således, at der vil være et behov og/eller interesse for en rådgivningsfunktion.

Kommunerne tilkendegiver dog samtidig, at deres interesse i en rådgivningsfunktion afhænger af, hvordan denne udformes og hvilke ydelser, den vil tilbyde kommunerne. Med hensyn til rådgivningens indhold og metoder viser undersøgelsen, at kommunerne i høj grad efterspørger vidensopsamling og -formidling fra Sundhedsstyrelsen.

I det følgende gengives de mere specifikke konklusioner, som vi har fundet i forbindelse med denne undersøgelse.

1.1.1 Status og udfordringer

Sundhedspolitikker og sundhedsprofiler

Undersøgelsen viser, at cirka 2/3 af de "nye" kommuner har udarbejdet eller er i færd med at udarbejde en sundhedspolitik, mens cirka 1/3 af de "nye" kommuner endnu ikke er påbegyndt udarbejdelsen af en sundhedspolitik. Langt hovedparten af de 2/3 kommuner er midt i processen med at udarbejde en sundhedspolitik. Det vil sige, at de endnu ikke har udvalgt de fremtidige indsatsområder, endsige er påbegyndt arbejdet med disse.

Dette betyder, som flere kommuner også har peget på, at det er vanskeligt for dem på nuværende tidspunkt præcist at tilkendegive i hvilket omfang de vil få

behov for rådgivning samt hvilken rådgivning, der vil være mest relevant for dem.

Vores undersøgelse viser endvidere, at 2/3 af kommunernes sundhedspolitikker formuleres med udgangspunkt i en sundhedsprofil. Der er dog stor variation i forståelsen og dermed af indholdet og karakteren af sundhedsprofilerne kommunerne imellem, ligesom der er forskel på i hvilket omfang sundhedsprofilerne inddrages i udarbejdelsen af kommunernes sundhedspolitik.

Organisering af sundhedsområdet og sundhedscentre

De fleste kommuner har valgt at organisere sundhedsområdet som en *mellemløst* mellem enhedsforvaltning, hvor sundhedsområdet samles i én enhed, og decentralisering i fagforvaltninger, hvor sundhedsområdet decentraliseres ud i de enkelte fagforvaltninger, fx en i Børne- og Ungeforvaltning, Ældre- og Omsorgsforvaltning mv.

Organiseringen af sundhedsområdet hænger i flere kommuner tæt sammen med etableringen af et sundhedscenter. Vores undersøgelse viser, at cirka 60 procent af kommunernes enten har etableret - eller har planer om - at etablere et sundhedscenter. Mange af de resterende kommuner, som på nuværende tidspunkt ikke har planer om at etablere et sundhedscenter, giver udtryk for, at de overvejer at etablere et sundhedscenter på et senere tidspunkt. Det skal dog også nævnes, at der i kommunerne er meget forskellige opfattelser af, hvad et sundhedscenter er.

Udfordringer

I kommunerne er der blandede signaler angående prioriteringen af sundhedsområdet:

På den ene side er der en række forhold som peger på, at kommunerne generelt har valgt at prioritere området højt. *For det første* tiltrækker området sig stor opmærksomhed, herunder politisk opmærksomhed. *For det andet* får sundhedsområdet mange steder sin egen afdeling og "kommunale chef". *For det tredje* arbejdes der i en række kommuner med at gøre "sundhed" til et fast punkt på dagsordenen i forbindelse med byrådenes behandling af sager.

På den anden side er der også indikationer på, at det særligt er den patientrettede forebyggelse, der vil blive prioriteret i kommunerne - og at denne prioritering vil ske på bekostning af den borgerrettede forebyggelse. Dette skyldes, at kommunerne ser den borgerrettede forebyggelse som en "kan-opgave" i modsætning til den patientrettede forebyggelse, der er en "skal-opgave". Herudover skyldes det, at det er nemmere at dokumentere indsatsen, sikre evidens og påvise eventuelle besparelsesmuligheder i forbindelse med den patientrettede forebyggelse.

Med hensyn til målgrupper giver flere kommuner udtryk for, at en særlig udfordring for dem er, hvordan de får fat på den store målgruppe af "arbejdende danskere", herunder hvordan de skal håndtere arbejdspladsen som arena for forebyggelse og sundhedsfremme.

Vi har spurgt kommuner om deres styrker henholdsvis svagheder i forhold til at varetage den borgerrettede forebyggelsesopgave. Hovedparten af kommunerne

peger på følgende forhold som styrker/svagheder: Kommunestørrelse (både en styrke og svaghed), nærhed til borgerne (en styrke), organisation (både en styrke og svaghed), tværgående opgaveløsning (både en styrke og svaghed), økonomi (en svaghed), medarbejdernes kompetencer og rekruttering (en svaghed) og tidligere erfaringer på området (fx regionalt eller fra Sund-By Netværket) (en styrke).

2 Indledning

Denne rapport gengiver resultaterne af en undersøgelse vedrørende kommunernes ønsker og forventninger til indholdet af en rådgivningsfunktion på forebyggelsesområdet, der påtænkes etableret i regi af Sundhedsstyrelsen. Undersøgelsen er gennemført af COWI A/S for Sundhedsstyrelsen i perioden fra februar til maj 2006.

2.1 Baggrund og formål

Ny forebyggelses- opgave

Som følge af strukturreformen får kommunerne ansvaret for væsentlige nye opgaver på sundhedsområdet. Med vedtagelsen af den nye sundhedslov har kommunerne således frem over et klart formuleret ansvar for, at skabe rammer for en sund levevis ved varetagelse af deres opgaver i forhold til borgerne.

Et af formålene hermed er at sikre, at kommunerne - der er nær på borgerne - frem over indtænker forebyggelse og sundhedsfremme i alle forhold, der har betydning for sundheden (dvs. for eksempel miljø, trafik, beskæftigelse, og fritid samt det helt oplagte socialområde).

I den forbindelse skelnes overordnet mellem to typer af forebyggelse:

- **Den borgerrettede forebyggelse**, som er den indsats, der forebygger, at sygdom og ulykker opstår.
- **Den patientrettede forebyggelse**, som er den indsats, der skal forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og begrænse dens evt. komplikationer.

Kommunerne får alene hovedansvaret for den borgerrettede forebyggelse.¹

På denne baggrund har Sundhedsstyrelsen "*som målsætning at styrke samarbejdet med kommunerne, og at kommunerne kender styrelsen som en relevant part, der kan understøtte og vejlede dem i opgaveløsningen på forebyggelses-området*".²

Etablering af opsøgende konsulentfunktion

Med henblik på at realisere denne målsætning vil Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, etablere en rådgivningsfunktion, der gennem en tre-årig periode skal "*sætte den borgerrettede forebyggelse på dagsordenen og tegne linierne for en hensigtsmæssig forebyggelsesindsats i kommunerne*".³ Den rådgivningsfunktion skal i løbet af den tre-årige projekt-periode have bidraget til at udvikle en hensigtsmæssig platform for Sundhedsstyrelsens rådgivning af kommunerne.

¹ Det er mere præcist den forebyggelse, der ikke foregår i forbindelse med patientbehandling i sygehusvæsenet og i almen praksis, der frem over skal varetages af kommunerne.

² Jf. Sundhedsstyrelsens anmodning i brev af 20. januar 2006 om tilbud på undersøgelse vedrørende en rådgivningsfunktion (konsulentfunktion).

³ Jf. Sundhedsstyrelsens brev af 20. januar 2006.

Formål

Det overordnede formål med undersøgelsen er - med Sundhedsstyrelsens egne ord - at få skabt "*et billede af, hvad Sundhedsstyrelsens rådgivningsfunktion skal indeholde.*"⁴ Undersøgelsen skal således afdække:

- **status** for kommunernes evne til/forberedelse på (organisatorisk) at kunne varetage de kommende nye opgaver på forebyggelsesområdet
- **interesse og behov** hos kommunerne for en rådgivningsfunktion på forebyggelsesområdet, herunder det mere konkrete behov for rådgivning
- **forventninger** - kommunernes egen opfattelse af/forventninger til deres rolle i forbindelse med den borgerrettede forebyggelse, samt mere generelt kommunernes forventninger til Sundhedsstyrelsen

2.2 Tilgang, metode og datagrundlag

Undersøgelsens faser

Undersøgelsen har været opdelt i fire faser: 1) opstart og eksplorative interview, 2) telefoninterviewundersøgelse (spørgeskema), 3) dybdegående interview og 4) af-rapportering.

Opstart

I *opstartsfasen* er designet af undersøgelsen blevet drøftet mellem Sundhedsstyrelsen og konsulenten. Der er gennemført en række eksplorative interview med kommuner og udvalgte interessenter. På baggrund af disse interview har konsulenten udarbejdet spørgeguides for henholdsvis den telefoniske interviewundersøgelse og den dybdegående interviewundersøgelse. Udkast til interviewguides er herefter drøftet med Sundhedsstyrelsen og justeret efter styrelsens bemærkninger.

Telefoninterview-undersøgelse

Telefoninterviewundersøgelsen er gennemført på baggrund af en fast spørge-guide (spørgeskema), der er vedlagt i *bilag 1*. Formålet med undersøgelsen har været at indhente information fra så mange af de 98 "nye" kommuner som muligt om behov og ønsker i relation til den rådgivningsfunktion samt status for varetagelsen af den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse i kommunerne.

Et centralt metodisk problem i forbindelse med undersøgelsen har været udvælgelse af respondenter. Vi har valgt at målrette undersøgelsen mod de nye "sundhedschefer" i kommunerne. Kommunernes forskelligartede organisering betyder imidlertid, at "sundhedschefen" ikke er et entydigt begreb. Der kan være tale om en sundhedschef, en social- og sundhedschef, en børne- og ungechef eller andet afhængigt af, hvordan den enkelte kommune har valgt at organisere sig. Såfremt der ikke har været en "sundhedschef", har vi søgt at identificere den person, som har ansvaret for kommunens borgerrettede forebyggelsesindsats.

⁴ Jf. Sundhedsstyrelsens brev af 20. januar 2006.

Den nye kommunale struktur har ikke været endeligt på plads personalemæssigt i alle kommuner, mens vores telefonundersøgelse har stået på. De kommuner, der ikke skal sammenlægges, har været længere fremme end sammenlægningskommunerne og har alle haft udpeget en chef for den borgerrettede forebyggelse. For så vidt angår sammenlægningskommuner har det i enkelte tilfælde været vanskeligt at få fat på den relevante person med ansvar for den borgerrettede forebyggelse. I enkelte kommuner var personen ikke udpeget på undersøgelsestidspunktet. Og i andre kommuner var personen netop ansat og havde ikke endnu det fornødne kendskab til området, hvorfor det ikke gav mening at interviewe vedkommende. I disse - enkeltstående - tilfælde har vi interviewet en anden relevant chef med kendskab til kommunens "nye" opgaver på forebyggelsesområdet.⁵

Vi har i forbindelse med telefonundersøgelsen interviewet i alt 78 personer ud af 98 mulige, dvs. at undersøgelsen bygger på en svarprocent på 80 %. Vi anser dette resultat for tilfredsstillende.

Ud over det generelle dataudtræk fra telefonundersøgelsen har vi lavet et udtræk på henholdsvis sammenlægnings- og ikke-sammenlægningskommuner men henblik på at kunne belyse eventuelle forskelle i rapporten. Ligeledes har vi lavet udtræk vedrørende små kommuner (mindre end 30.000 indbyggere), middelstore kommuner (mellem 30.000 - 60.000 indbyggere) og store kommuner (større end 60.000 indbyggere). De steder, hvor vi har kunnet konstatere markante forskelle mellem sammenlægnings- og ikke-sammenlægnings-kommuner samt i forhold til kommunestørrelse, er det fremhævet i rapporten.

Dybdegående interviewundersøgelse

Den *dybdegående interviewundersøgelse* er gennemført i 18 udvalgte kommuner. Formålet med undersøgelsen har været at tilvejebringe et dækkende og solidt grundlag for at beskrive indholdet af den konsulentbistand, der efterspørges i kommunerne. De 18 kommuner er udvalgt på baggrund af drøftelser med Sundhedsstyrelsen og med afsæt i nedenstående fire kriterier.

Tabel 2.1: Fire kriterier for valg af kommuner til dybdegående interview

Kriterier	Forklaring
Kriterium 1	Repræsentation af både sammenlægningskommuner og kommuner, der ikke skal sammenlægges.
Kriterium 2	Bred geografisk repræsentation i regionerne, herunder repræsentation af både land- og bykommuner.
Kriterium 3	Kommuner, der igennem flere år har arbejdet med sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse - og er langt fremme i forberedelserne til at kunne varetage de nye opgaver på området.
Kriterium 4	Kommuner, der forventes at står overfor særligt store problemer på sundhedsfremme og forebyggelsesområdet.

Tabellen nedenfor lister kommunerne, der på baggrund af ovennævnte udvælgelsesproces har været udvalgt til at indgå i den dybdegående interviewundersøgelse.

⁵ Af bilag 1 fremgår de steder, hvor vi har valgt at interviewe en anden respondent (markeret med stjerner).

Tabel 2.2 Vores valg af kommuner til interviewundersøgelsen

Regioner	Valg af kommuner
Region Hovedstaden	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gribskov Kommune ▪ Lyngby-Taarbæk Kommune ▪ Høje-Taastrup Kommune ▪ Dragør Kommune
Region Sjælland	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odsherred Kommune ▪ (Lolland Kommune)* ▪ (Ny Sorø Kommune)* ▪ Ny Næstved Kommune
Region Syddanmark	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odense Kommune ▪ Langeland Kommune ▪ Esbjerg Kommune ▪ Varde Kommune
Region Midtjylland	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ny Lemvig Kommune ▪ Odder Kommune ▪ Århus Kommune ▪ Holstebro Kommune
Region Nordjylland	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thisted Kommune ▪ Frederikshavn Kommune ▪ Aalborg Kommune ▪ Morsø Kommune

* Lolland Kommune har ikke ønsket at medvirke, fordi de på undersøgelsestidspunktet var midt i processen med ansættelse af sektorchefer, der bl.a. skal være ansvarlige for sundhedsområdet. Endvidere har Ny Sorø Kommune af tidsmæssige årsager valgt at afstå fra deltagelse i undersøgelsen.

Der er gennemført to personlige interview med nøglepersoner i hovedparten af de 18 udvalgte kommuner. Interviewene er gennemført med "sundhedschefen" - eller en anden relevant chef indenfor sundhedsområdet, jf. diskussionen ovenfor. Herudover har vi interviewet en "praktiker", der så vidt muligt har arbejdet med forebyggelsesområdet i kommunen, fx inden for den kommunale sundhedspleje.

Afreportering

Resultaterne af undersøgelsen er *afreporteret* i nærværende rapport. Undersøgelsens resultater har været drøftet med Sundhedsstyrelsen, der har haft lejlighed til at komme med kommentarer og bemærkninger til undersøgelsen i forbindelse med et møde den 1. maj 2006.

2.3 Rapportens opbygning

Foruden resuméet og dette indledende kapitel indeholder rapporten 2 kapitler.

Kapitel 3 indeholder en beskrivelse af baggrunden for styrelsens ønske om at etablere en rådgivningsfunktion, herunder en beskrivelse af rammevilkårene for projektet i form af økonomi, bemanning, tidshorisont mv.

Kapitel 4 indeholder en beskrivelse af status og udfordringer i kommunerne for så vidt angår den borgerrettede forebyggelse.

3 Baggrund

I dette kapitel beskrives i korte træk baggrunden for Sundhedsstyrelsens ønske om at etablere en rådgivningsfunktion.

3.1 Baggrunden for projektet

Fokus på fysisk aktivitet

Det er alene den borgerrettede forebyggelse, der er i fokus i projektet "Kommuner i bevægelse". Herudover er Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, bundet af, at en vis andel af midlerne til den rådgivningsfunktion skal anvendes til rådgivning og vejledning vedrørende fysisk aktivitet. Når fysisk aktivitet er særlig i fokus skyldes det bl.a. senere års erkendelse af, at fysisk inaktivitet er en selvstændig risikofaktor for udvikling af sygdom samt for tidlig død med negative konsekvenser for folkesundheden.⁶

Bevillingsmæssig baggrund

Indenrigs- og sundhedsministeriet anmodede i foråret 2005 om tilslutning til at afholde merudgifter på ca. 40 mio. kr. til målrettede initiativer inden for forebyggelse. Heraf blev ca. 15 mio. kr. afsat til forebyggelse og behandling af overvægt hos børn og unge, herunder 2 mio. kr. til "*et bevægelsesrejsehold, der skal rejse rundt i landet og give råd til institutioner om, hvordan leg og bevægelse kan blive en naturlig del af hverdagen for børn og unge*".⁷ Denne bevilling på 2 mio. kr. udgør en del af det økonomiske grundlag for etableringen af en rådgivningsfunktion. Herudover har Sundhedsstyrelsen yderligere ca. 5,5 mio. kr. til rådighed til den rådgivningsfunktion fra forskellige puljer.

Sammenhæng med andre initiativer

Ud over etablering af en rådgivningsfunktion igangsættes i 2006 en række andre indsatser vedrørende fysisk aktivitet i kommunerne.⁸

I den forbindelse skal projektet "**Kampagnen 60 minutter om dagen i 2006**" fremhæves, der ligesom den rådgivningsfunktion skal bidrage til målsætningen om at styrke samarbejdet med kommunerne. Dette kampagneprojekt er samtidig en del af en flerårig kampagnestrategi, der sigter mod at formidle Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet og skabe en platform for en national indsats for at fremme fysisk aktivitet, herunder at øge kommunernes fokus på fysisk aktivitet i deres planlægning og udførende arbejde.

Som del af satspuljeforligene for 2005 til 2008 er der endvidere afsat 73 mio. kr. til en kommunal indsats omkring **forebyggelse og behandling af svær overvægt hos børn og unge**. Midlerne er afsat med det formål, dels at gennemføre en struktureret forebyggelsesindsats i et antal kommuner, dels sikre en resultatopsamling, der kan anvendes i en national implementering.

⁶ Jf. projektbeskrivelse for projekt "Rejsehold" af 17. januar 2006.

⁷ Jf. projektbeskrivelse for projekt "Rejsehold" af 17. januar 2006.

⁸ Jf. notatet "FYSISK AKTIVITET 2006", af 2. marts 2006, Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse.

Ud over disse initiativer, som er særlig målrettet kommunerne, har Indenrigs- og Sundhedsministeriet udnævnt 2007 til at være året for fysisk aktivitet – et initiativ kaldet ”**Gang i Danmark**”. Projektet skal støtte decentrale aktiviteter og styrke lokal netværksdannelse gennem bl.a. kommunale initiativer, fx ved at anvise samarbejdsmuligheder mellem kommunale institutioner, lokale organisationer, foreninger og uddannelsesinstitutioner og inspirere disse til at iværksætte aktiviteter omkring fysisk aktivitet og sundhed.

Endelig er det Sundhedsstyrelsens mål, at fysisk aktivitet skal have en central plads i sundhedssektoren som en væsentlig faktor i forebyggelse og behandling. I den forbindelse har Sundhedsstyrelsen bl.a. iværksat et projekt om "Inddragelse af fysisk inaktivitet og u hensigtsmæssig kost som risikofaktorer i patient-registreringen" (PRIK), samt et projekt omkring "Fysisk aktivitet i psykiatrien".

Etablering af Sundhedsstyrelsens rådgivningsfunktion - og dennes fokus på fysisk aktivitet - skal ses i sammenhæng med alle disse ovennævnte initiativer.

3.2 Formål

Formål

Med Center for Forebyggelse's egen formulering er formålet med etablering af den rådgivningsfunktion at:⁹

- *"Understøtte kommunerne i at opbygge en effektiv og vidensbaseret borgerrettet forebyggelsesindsats indenfor fysisk aktivitet*
- *Udvikle en model for hvordan Sundhedsstyrelsen via en udgående funktion kan understøtte den borgerrettede forebyggelsesindsats*
- *Understøtte den kommunale sundhedspolitik hvor fysisk aktivitet prioriteres som en risikofaktor"*

Sundhedsstyrelsen planlægger, at den rådgivningsfunktion skal forankres i styrelsen med tilknyttede konsulenter, som tager ud i kommunerne.

⁹ Jf. e-mail af 2. marts 2006 fra Sundhedsstyrelsen.

4 Status og udfordringer

I dette kapitel vurderes status for kommunernes forberedelser til at varetage den borgerrettede forebyggelsesopgave i forhold til: a) at udarbejde en sundhedspolitik og sundhedsprofil og b) den organisatoriske opbygning og forankring af den borgerrettede forebyggelse. Herudover undersøger vi i kapitlet, hvilke udfordringer kommunerne finder, at de står overfor på området.

4.1 Status

4.1.1 Status vedrørende sundhedspolitik og sundhedsprofiler

Hvad er en sundhedspolitik?

En central del af kommunernes forberedelse til at kunne varetage sundhedsopgaven er formuleringen af en sundhedspolitik. KL har anbefalet, at alle kommuner formulerer en sådan politik:

KL anbefaler, som den første og vigtigste del af den langsigtede planlægning af sundhedsopgaverne, at kommunerne vedtager en sundhedspolitik med tilknyttede klare mål, strategier, handlingsplaner og evalueringsprocedure. [...] En sundhedspolitik bør indeholde en beskrivelse af, på hvilken måde kommunerne løfter sundhedsopgaven ved en sammenhængende vifte af lokale sundhedstilbud i lokalområdet.¹⁰

Sundhedspolitikken skal således udgøre fundamentet for kommunernes varetagelse af sundhedsopgaverne. Den vil ofte indeholde kommunens målsætninger på sundhedsområdet, samt fortælle hvilke områder kommunen har valgt at prioritere (og dermed også de områder, som ikke er prioriteret). Herudover kan den indeholde strategi og handlingsplaner for, hvordan målsætningerne skal nås.

Stor forskel på kommunerne

Vores interviewundersøgelser viser, at der er stor forskel på, hvor langt kommunerne er kommet i forhold til at formulere en sundhedspolitik.

Tabel 4.1: "Hvor langt er jeres nye kommune med hensyn til udarbejdelsen af en sundhedspolitik for (sammenlægnings-)kommunen?"

	Antal kommuner	Procent
Ej påbegyndt	25	32 %
Under udarbejdelse	44	57 %
Ligger til politisk godkendelse	2	3 %
Vedtaget	5	6 %

Kilde. COWIs telefoninterviewundersøgelse.
Anm.: N=77

Det ses af tabellen, at 25 kommuner endnu ikke har påbegyndt udarbejdelsen af en sundhedspolitik, mens 44 kommuner er i gang med at udarbejde en politik på sundhedsområdet. Endelig er der 2 kommuner, hvor sundhedspolitikken ligger til

¹⁰ "Temaguide om sundhedsområdet", august 2005, KL, side 48.

politisk godkendelse og 5 kommuner, som allerede har en færdig formuleret sundhedspolitik.

Undersøgelsen viser endvidere, at der er forskel på, hvor langt sammenlægningskommuner henholdsvis ikke-sammenlægningskommuner er med udarbejdelsen af en sundhedspolitik. Det er primært ikke-sammenlægningskommunerne, der er langt fremme med hensyn til at udarbejde en sundhedspolitik, idet kun 10 % af ikke-sammenlægningskommunerne endnu ikke har påbegyndt udarbejdelsen af sundhedspolitikken, mens næsten halvdelen af sammenlægningskommunerne endnu ikke har påbegyndt arbejdet.

Sundhedsprofil

Vores interviewundersøgelse viser endvidere, at langt den overvejende del af kommunernes sundhedspolitikker vil blive/er formuleret med udgangspunkt i en sundhedsprofil (cirka 2/3 af kommunerne). Undersøgelsen viser endvidere, at det især er i sammenlægningskommuner, at man endnu ikke ved, om sundhedspolitikken vil tage udgangspunkt i en sundhedsprofil. Endvidere tyder vores undersøgelse på, at større kommuners sundhedspolitik oftere tager udgangspunkt i en sundhedsprofil.

Der er dog ikke en entydig opfattelse af, hvad en sundhedsprofil er samt indholdet heraf. Der er derfor stor variation af karakteren af sundhedsprofilerne kommunerne imellem. I nogle kommuner tages udgangspunkt i data om kommunens borgere, som kommunen selv har indhentet. Andre steder tages udgangspunkt i amtligt udarbejdede sundhedsprofiler eller i data fra embedslægen og/eller nationale data, eller blot andre eksisterende og tilgængelige data over fx sygdomsforekomster, indlæggelser og lignende vedrørende kommunens borgere.

Der er forskel på i hvilket omfang sundhedsprofilerne inddrages i udarbejdelsen af kommunernes sundhedspolitik. Nogle kommuner udarbejder deres sundhedspolitik med udgangspunkt i en "færdig" sundhedsprofil, mens andre kører et parallelt forløb, hvor sundhedsprofil og sundhedspolitik udarbejdes sideløbende. En enkelt kommune har valgt "*at gå den anden vej rundt - først udarbejder vi en sundhedspolitik, og dernæst en sundhedsprofil*".¹¹

4.1.2 Status vedrørende organisatorisk opbygning og forankring

Organisation - to hovedmodeller

Der kan tegnes to overordnede modeller for, hvordan kommunerne kan organisere sundhedsområdet.

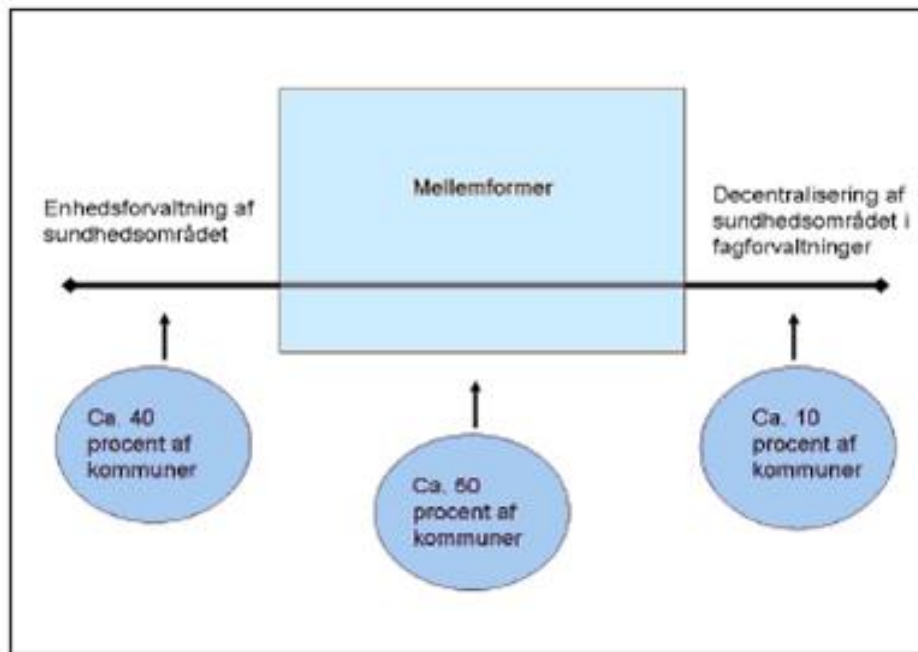
I **den ene model** samler kommunerne alle sundhedsopgaver i en forvaltning og skaber en samlet sundhedsafdeling - typisk under ledelse af en sundhedschef.¹²

¹¹ COWIs telefoninterviewundersøgelse.

¹² Det er kun i to af de allerstørste kommuner - Københavns Kommune og Aalborg Kommune - at sundhedsområdet er organiseret som selvstændigt forvaltningsområde. I hovedparten af kommunerne "deler" sundhedsafdelingen forvaltning med fx socialområdet, børneområdet, omsorgsområdet eller andet.

I **den anden model** decentraliseres sundhedsopgaverne til andre fagforvaltninger. Det vil sige, at en række fagforvaltninger varetager sundhedsopgaverne som et led i deres almindelige opgavevaretagelse. Som eksempel kan nævnes, at en børne- og ungeforvaltning varetager opgaver vedrørende sundhedspleje og forebyggelse mv. i relation til børn og unge gruppen.

Figur 4.1: To hovedmodeller for kommunal organisering af sundhedsområdet og en lang række mellemformer



Anm.: Angivelsen af hvor mange procent af kommunerne, som har valgt en given organisationsform er baseret på et skøn med baggrund i telefoninterviewundersøgelse og den dybdegående interviewundersøgelse.

Vores interviewundersøgelse viser, at hovedparten af kommunerne har valgt at organisere sig i en række mellemformer i relation til de to hovedmodeller med henholdsvis enhedsforvaltning og decentralisering af sundhedsområdet.

Et eksempel på en sådan mellemform er fx Ny Næstved Kommune og Morsø Kommune, hvor der etableres en særlig sundhedsafdeling, der kommer til at høre under Omsorgs- og Sundhedsforvaltningen. Dette trækker i retning af enhedsforvaltningsmodellen. Men fx Ny Næstved Kommune har ikke planer om at samle alle sundhedsopgaverne i sundhedsafdelingen. Nogle opgaver på ældre-, handicap- og børneområdet placeres i andre forvaltninger. I kommunens plan for udviklingen af en sundhedspolitik hedder det: "*Borgerne skal opleve et sammenhængende sundhedsvæsen - fokus på sammenhængskraft i det kommunale sundhedsvæsen mellem 1) sundhedsafdelingen, 2) sundhedsaktiviteter på ældre og handicapområdet samt 3) den kommunale børnesundhedstjeneste [...]*".¹³

Et andet eksempel kan hentes fra Høje-Taastrup kommune, der har etableret en særlig sundhedsafdeling - her også kaldet et sundhedscenter - under ledelse af en sundheds- og forebyggelseschef (som refererer til en direktør for et samlet social-

¹³ "Plan for udvikling af Ny Næstved Kommunes Sundhedspolitik", arbejdsrapport, maj 2006

og sundhedsområde). Fra sundhedscentret skal der ske en overordnet udvikling og koordinering samt initiering af aktiviteter på forebyggelsesområdet, mens det er meningen at konkrete aktiviteter og/eller driftsopgaver på forebyggelsesområdet så vidt muligt skal forankres og drives af de enkelte drifts-områder, lige fra ældreområdet over børn og unge til teknik og miljø samt fysisk planlægning. Der er i den forbindelse etableret samarbejdsfora, som skal medvirke til at sikre en koordinering.

Høje-Taastrup kommune er samtidig et af flere eksempler på en kommune, der organisatorisk er gået bort fra en traditionel forvaltningsmodel til en såkaldt virksomhedsmodel, hvor kommunen organiseres i et antal (typisk 10-15) selvstændige driftsområder med egne fagchefer, som varetager den daglige drift, men med reference til en direktør for det pågældende (og flere beslægtede) områder, der arbejder på et mere overordnet og strategisk niveau og som er medlem af en direktion (på typisk 3-5 medlemmer).

Forankring

I vores interviewundersøgelse har vi spurgt kommunerne om, hvor i forvaltningen den borgerrettede forebyggelse vil blive forankret. Cirka 1/3 af kommunerne svarer, at den borgerrettede forebyggelse bliver forankret i Social- og Sundhedsforvaltningen, mens de øvrige svarer, at den forankres et andet sted.

Sundhedsudvalg

En række kommuner har valgt at etablere et egentligt sundhedsudvalg, mens andre kommuner ikke har valgt at gøre dette. Etableringen af et sundhedsudvalg kan ses som et udtryk for, at politikerne vælger at give høj prioritet til sundhedsområdet.

Sundhedscentre

Organiseringen af sundhedsområdet hænger i nogle kommuner tæt sammen med etableringen af et sundhedscenter. Vi har i vores interviewundersøgelse spurgt om, hvad status er for kommunernes planer om at etablere sundhedscentre.

Tabel 4.2: Har I etableret eller haft planer om at etablere et sundhedscenter?

	Antal kommuner	Procent
Sundhedscenter etableret	17	22 %
Sundhedscenter under etablering	12	16 %
Projektbeskrivelse under udarbejdelse	17	22 %
Ingen aktuelle planer om etablering af sundhedscenter	31	40 %

Kilde: COWIs telefoninterviewundersøgelse.

Anm.: N=77

Det fremgår af tabellen, at godt 20 % af kommunerne har etableret et sundhedscenter, mens godt 15 % af kommunerne er ved at etablere et sundhedscenter. I godt 20 % af kommunerne er en projektbeskrivelse af et sundhedscenter under udarbejdelse. Endelig er der 40 % af kommunerne, som ikke har aktuelle planer om at etablere et sundhedscenter. Vores undersøgelse viser, at små kommuner (under 30.000 indbyggere) i mindre grad har aktuelle planer om at etablere et sundheds-

center, mens store kommuner (over 60.000 indbyggere) er længere i processen vedr. etablering af et sundhedscenter.

Mange af de kommuner, som på nuværende tidspunkt ikke har planer om at etablere et sundhedscenter, nævner, at de gør sig tanker om at lave et sundhedscenter på et senere tidspunkt. Det skal ligeledes nævnes, at der i kommunerne er forskellige opfattelser af, hvad et sundhedscenter er. Eksempelvis omtales følgende som et sundhedscenter: "Forebyggelsescenter", "Trænings- og rehabiliteringscenter", "Ældrecenter" og "Virtuelt/murstensløst sundhedscenter".

I de kommuner, hvor man har fået del i Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje på 100 mio. kr. til sundhedscentre, er der er sat ekstra skub i udviklingen af sundhedsområdet. Puljen har også haft en afsmittende effekt i forhold til den borgerrettede forebyggelse, hvor kommuner som har etableret eller planlægger at etablere et sundhedscenter er længere fremme i overvejelserne om, hvordan den borgerrettede forebyggelse skal håndteres.

4.1.3 Særligt om fysisk aktivitet

I vores interviewundersøgelse har vi spurgt kommunerne om, hvorvidt de har udvalgt særlige indsatsområder indenfor den borgerrettede forebyggelse, som de vil fokusere på indenfor de næste par år. Undersøgelsen viser, at næsten halvdelen af kommunerne endnu ikke har besluttet, hvilke indsatsområder de vil fokusere på. I de kommuner, der allerede har udvalgt indsatsområder, vil kommunerne primært fokusere på fysisk aktivitet (38 %), rygning og rygestop (36 %), børnefedme (35 %) samt alkohol (32 %).

Aktiviteter

At mange kommuner vil fokusere på fysisk aktivitet de næste par år er i tråd med, at cirka 3/4 af kommunerne har iværksat eller forventer at iværksætte aktiviteter vedr. fysisk aktivitet. Aktiviteterne vedr. fysisk aktivitet i kommunerne er meget forskelligartede og rammer forskellige målgrupper. Eksempelvis kan følgende aktiviteter nævnes: "Børn i bevægelse", "Aktiv skole", "Uge 36", "Ældre fitness", "Motion for livet", "Fysisk træning og dagpenge", stavgang, særlig indsats for kommunalt ansatte, etablering af motionsstier, aktiviteter for overvægtige, gravide og sindslidende.

Forankring

I cirka 40 % af kommuner er eller vil aktiviteterne vedr. fysisk aktivitet blive forankret indenfor sundhedsområdet. Herudover viser vores undersøgelse, at aktiviteterne vil blive forankret bredt indenfor kommunens øvrige forvaltninger og områder.

4.2 Udfordringer

Blandede signaler

Vores interviewundersøgelse viser, at der er blandede signaler, når det gælder de kommunale embedsmænds forventninger til kommunernes varetagelse af de nye opgaver på forebyggelsesområdet. På den ene side er der en række forhold, der peger på, at kommunerne har valgt at sætte sundhedsområdet generelt højt op på den politiske dagsorden. Det gælder i relation til den vægt, som området har fået i den

kommunale organisation, samt at sundhedsområdet står til mange steder at få sit eget politiske udvalg.

"Kan-opgave"

Når dette er sagt, er der samtidig en række af kommunerne, der eksplicit nævner, at den borgerrettede forebyggelse er en "kan-opgave", hvorfor den ikke vil få højeste prioritet. KL har defineret "skal-opgaver" og "kan-opgaver" således:

Kommunernes fremtidige opgaver kan deles op i "skal-opgaver" (obligatoriske opgaver) og "kan-opgaver" (frivillige opgaver). "Skal-opgaverne" er de opgaver, der er lovbestemte. "Skal-opgaverne" er kommunens nuværende lovbestemte sundhedsopgaver inden for hjemmesygepleje, sundhedspleje, tandpleje, begravelseshjælp, sundhedsberedskab og vedligeholdelsestræning. "Skal-opgaverne" er endvidere de opgaver, kommunerne, som følge af reformen, overtager fra amterne, dvs. forebyggelse og sundhedsfremme, genoptræning, stof- og alkoholområdet og tandplejen. Kommunerne modtager DUT-kompensation for disse "skal-opgaver". "Kan-opgaverne" er de opgaver, som ikke er lovbestemte, men som kommunen alligevel kan vælge at tage op. Den kommunale medfinansiering giver bl.a. kommunerne et incitament til bredt at tænke i at udvikle de kommunale servicetilbud på sundhedsområdet.¹⁴

Den borgerrettede forebyggelse er ikke lovmæssigt reguleret, hvorfor der altså er tale om en "kan-opgave". Som et eksempel på en "kan-opgave" siger KL, at det fx drejer sig om "*udbygning af borgerrettede tilbud i forhold til især børn og unge i daginstitutioner og skoler og ældre i kommunen, med henblik på at sætte mere fokus på mere motion og bedre kost i hverdagen.*"¹⁵

Sikre dokumentation og evidens

I en tid med snævre økonomiske rammer for kommuner, herunder skattestop, vil et indsatsområde som den borgerrettede forebyggelse skulle konkurrere med andre indsatsområder om økonomiske midler; og nogle interviewpersoner udtrykker da også direkte bekymring for, at den borgerrettede forebyggelse kan få det svært i en "konkurrence" med den patientrettede forebyggelse. Det tyder på, at kommunerne vælger at prioritere den patientrettede forebyggelse højere end den borgerrettede forebyggelse, da det her er nemmere at dokumentere indsatsen, sikre evidens og påvise eventuelle besparelsesmuligheder, ligesom den økonomiske besparelse her umiddelbart forventes at manifestere sig langt hurtigere. Dette er da også baggrunden for, at mange af kommunerne peger på, at den største udfordring for den borgerrettede forebyggelse er at sikre dokumentation og evidens, således at området kan få de nødvendige økonomiske midler stillet til rådighed.

Sundhedsfagligt miljø

En anden mere konkret udfordring, som kommunerne står overfor er at sikre et sundhedsfagligt miljø. For de kommuner, som har valgt at samle alle sundhedsopgaverne i én afdeling eller forvaltning, er det ikke noget problem at skabe et sundhedsfagligt miljø, da der typisk i de nye, større kommuner vil være et tilstrækkeligt stort medarbejderunderlag til at sikre et sådant miljø.¹⁶ Jo mere kommunerne bevæger sig i retning af en decentralisering af sundhedsområdet i fagforvaltninger

¹⁴ "Temaguide om sundhedsområdet", august 2005, KL, side 10.

¹⁵ "Temaguide om sundhedsområdet", august 2005, KL, side 11.

¹⁶ Undtagelsen er dog de mindste af kommunerne, fx Langeland, Dragør og Vallensbæk Kommuner, som vil have forholdsvis få medarbejdere på sundhedsområdet, selv om de samler opgaverne ét sted.

eller driftsområder, jo større et problem vil de have med hensyn til at skabe et sundhedsfagligt miljø, jf. figur 4.1.

"Sundheds konsekvenser"

En række kommuner, bl.a. Ny Næstved Kommune, Odsherred, Ny Lemvig Kommune, Ny Frederikshavn og Morsø Kommune, arbejder med at skabe en ordening, hvor fx "sundhedsmæssige konsekvenser", "sundhedsøkonomiske konsekvenser" eller "sundhedsfremme konsekvenser" bliver et fast punkt på dagsordenen i forbindelse med alle byrådsbeslutninger. I dag vurderes de fleste punkter på dagsordenen i byrådene ofte i forhold til økonomiske konsekvenser, administrative konsekvenser og miljømæssige konsekvenser. Det vil være af stor betydning, hvis kommunerne også "tvinges" til at skulle "tænke sundhed", hver gang de behandler en sag i forbindelse med et byrådsmøde.

En måde at anskue et policy-områdes succes på er at søge at måle i hvor høj grad, det er en del af "mainstream". Det vil sige i hvor høj grad, det "per automatik" tænkes ind i og influerer på de dominerende ideer, attituder, praksisser og tendenser, der gør sig gældende i samfundet.¹⁷ Såfremt sundhedsområdet opnår status i kommunerne, som et fast punkt på dagsordenen i forbindelse med alle beslutninger i byrådene, vil dette være et udtryk for en meget høj grad af "mainstreaming".

"De arbejdede danskere"

Flere kommuner nævner, at det er en særlig udfordring for dem, hvordan de skal få fat på den store målgruppe af "arbejdende danskere", herunder hvordan de skal håndtere arbejdspladsen som arena for forebyggelse og sundhedsfremme. Kommunerne giver udtryk for, at de har godt fat i de traditionelle målgrupper som børn/unge, handicappede/syge og ældre. Disse målgrupper er typisk kendt af forvaltningerne, og kommunerne har en lang tradition for at arbejde med dem. Herudover kan de ofte nås via kommunale institutioner som daginstitutioner, skoler, beskyttede boliger, plejehjem mv. Arbejdspladsen og "de arbejdede danskere" er derimod en arena og målgruppe, som kommunerne ikke er vant til at arbejde med. Og de efterspørger derfor metoder til, hvordan denne arena og målgruppe kan håndteres.

Styrker og svagheder

Vi har i forbindelse med vores telefoninterviewundersøgelse spurgt kommunerne om den vigtigste styrke og svaghed i forhold til, at kommunen kan varetage opgaverne vedrørende borgerrettet forebyggelse. Kommunernes svar handler for langt hovedpartens vedkommende om følgende forhold:

- Kommunestørrelse (en styrke og svaghed)
- Nærhed til borgerne (en styrke)
- Organisation (en styrke og svaghed)
- Tværgående opgaveløsning (en styrke og svaghed)
- Økonomi (en svaghed)

¹⁷ "Mainstream" og "Mainstreaming" anvendes flittigt i EU sammenhæng, når policy-områders gennemslagskraft skal vurderes. Mainstream kan defineres således: "The main-stream represents the principal, dominant ideas, attitudes, practices or trends. It is where choices are considered and decisions are made that affect economic, social and political options. It is where things happen. The mainstream determines who gets what and provides a rationale for the allocation of resources and opportunities."

- Medarbejdernes kompetencer og rekruttering (en svaghed)
- Tidligere erfaringer på området (en styrke)

Nedenfor er gengivet nogle af de typiske udsagn fra kommunerne, som afspejler emnerne ovenfor. Først nogle eksempler på styrker:

Boks 4.1: Udsagn om kommunernes "styrke" m.h.t. at kunne løfte den borgerrettede forebyggelse

"Vores kommune har en størrelse, der gør at vi kan løfte opgaven". (kommunestørrelse)

"At det nu bliver en større kommune, der dermed får større faglighed, flere ressourcer og større mulighed for en tværfaglig indsats." (kommunestørrelse)

"Vi er tætte på borgerne." (nærhed til borgerne)

"Vi er tæt på borgernes dagligdag, fx foreninger, skoler og andre institutioner." (nærhed til borgerne)

"Det er et lille samfund, så kommunen kan overskue hele lokalsamfundet og sikre, at der ikke gemmer sig problemer." (nærhed til borgerne)

"I kommunen har vi valgt at udnævne en direktør for forebyggelsen." (organisation)

"At kommunen har organiseret sig således, at hele sundhedsområdet samles i én forvaltning med eget politisk udvalg." (organisation)

"Det er en styrke, at der er mulighed for at tænke på tværs af forvaltningen." (tværgående opgaveløsning)

"Vores medlemskab af Sund By netværket." (tidligere erfaringer på området)

"Vores stærke tradition i Nordjyllands Amt for arbejde med sundhedsfremme." (tidligere erfaringer på området)

Kilde: COWIs telefoninterviewundersøgelse

Nedenfor er gengivet eksempler på svagheder, som kommunerne har peget på, for så vidt angår deres mulighed for at løfte den borgerrettede forebyggelse.

Boks 4.2: Udsagn om kommunernes "svaghed" m.h.t. at kunne løfte den borgerrettede forebyggelse

"Kommunens størrelse." (kommunestørrelse)

"Kommunen er ikke særlig stor" (kommunestørrelse)

"Kommunen er stor. Og derfor er det svært for os at sikre en samlet, koordineret indsats." (kommunestørrelse, tværgående opgaveløsning)

"Jeg er bekymret for, om vi bliver økonomisk gearret til at varetage opgaverne" (økonomi)

"Kommunen får ikke nye økonomiske midler til indsatsen." (økonomi)

"Eksisterende økonomiske rammer." (økonomi)

"Der er ingen penge til forebyggelsesområdet." (økonomi)

"Vi mangler folk til den udførende del af opgaven." (medarbejdere)

"Vi mangler de fornødne kompetencer og medarbejdere." (medarbejdere)

Kilde: COWIs telefoninterviewundersøgelse.

5 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Interviewguide til telefoninterview

Bilag 1: Interviewguide til telefoninterview

Introduktion

Goddag. Jeg ringer fra konsulentfirmaet COWI.

Baggrunden for min henvendelse er, at vi i COWI gennemfører en undersøgelse på vegne af Sundhedsstyrelsen's Center for forebyggelse.

Vi vil i den forbindelse gerne gennemføre et telefoninterview med dig.

[Nu, eller aftal tid]

Om undersøgelsen

Undersøgelsen skal afdække Jeres behov og interesse for en opsøgende konsulentvirksomhed i relation til den borgerrettede forebyggelse; en rådgivningsfunktion som skal forankres i Sundhedsstyrelsen.

Formålet med at etablere en rådgivning er:

- At understøtte kommunerne i at opbygge en effektiv og vidensbaseret forebyggelsesindsats

At understøtte den kommunale sundhedspolitik.

Interviewguide til telefoninterview

I dette interview vil vi både stille nogle generelle spørgsmål og nogle spørgsmål, som særligt handler om forebyggelse indenfor fysisk aktivitet. Når vi i denne undersøgelse taler om forebyggelse, så mener vi den borgerrettede forebyggelse, som er den indsats, der forebygger, at sygdom og ulykker opstår (i modsætning til patientrettet forebyggelse, der er den indsats der skal forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og begrænse dens evt. komplikationer).

Hovedområde	Spørgsmål	Svarkategorier
Status for kommunerne	Først vil vi gerne høre, hvor langt Jeres (nye) kommune er i forberedelsen på overtagelser af de nye opgaver, særligt indenfor forebyggelse og sundhedsfremme.	
	1. Hvor langt er I/Jeres (nye) kommune, med hensyn til udarbejdelsen af en sundhedspolitik for (sammenlægnings) kommunen?	<ul style="list-style-type: none">▪ Ej påbegyndt▪ Under udarbejdelse▪ Ligger til politisk godkendelse▪ Vedtaget▪ Uafklaret
	2. Tager jeres sundhedspolitik udgangspunkt i en sundhedsprofil?	<ul style="list-style-type: none">▪ Ja▪ Nej▪ Ved ikke
	3. I hvilken forvaltning vil den borgerrettede forebyggelse blive forankret i (sammenlægnings)kommunen?	<ul style="list-style-type: none">▪ Social og sundhedsforvaltning▪ Særlig sundhedsforvaltning▪ Kultur- og fritidsforvaltning▪ Børne- og ungeforvaltningen▪ Andet: _____

Hovedområde	Spørgsmål	Svarkategorier
	4. Har I etableret, eller har I planer om at etablere et sundhedscenter?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projektbeskrivelse under udarbejdelse ▪ Sundhedscenter under etablering ▪ Sundhedscenter etableret ▪ Ingen aktuelle planer om etablering af sundhedscenter
	5. Nævn de to indsatsområder, som du finder mest relevant, at Sundhedsstyrelsens rådgivningsfunktion fokuserer på i forbindelse med den borgerrettede forebyggelse?	Tekst:
	6. Har I udvalgt særlige indsatsområder indenfor den borgerrettede forebyggelse, som I vil fokusere på indenfor de næste par år?	(sæt evt. flere kryds) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rygning og rygestop ▪ Alkohol ▪ Børnefedme ▪ Voksenfedme ▪ Fysisk aktivitet (hvilke målgr?) ▪ Forebyggelse af ulykker ▪ Kost og/eller madordninger ▪ Smitsomme sygdomme ▪ Narko ▪ Andet: _____ ▪ Ved ikke/endnu ikke besluttet
	7. Hvilke konkrete aktiviteter er iværksat eller forventes iværksat indenfor det næste år vedr. fysisk aktivitet, fx kampagner, efteruddannelse mv.?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ingen aktiviteter ▪ Hvis aktiviteter: Hvilke? _____ ▪ Ved ikke/endnu ikke besluttet
	8. Hvor er de konkrete aktiviteter forankret?	(sæt evt. flere kryds) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sundhedsområdet ▪ Fritidsområdet ▪ Skoleområdet ▪ Teknik- og miljøområdet ▪ Daginstitutioner ▪ Andet kommunalt: _____ ▪ Boligområder ▪ Idrætsforeninger ▪ Andre frivillige organisationer: _____ ▪ Andet: _____ ▪ Ved ikke/endnu ikke besluttet
Interesse og behov	Sundhedsstyrelsen planlægger, som nævnt indledningsvist, at etablere en rådgivningsfunktion vedr. den borgerrettede forebyggelse, og de følgende spørgsmål vil omhandle Jeres (nye) kommunes behov og interesse for en sådan konsulentfunktion.	
	9. I hvor høj grad vil der i Jeres (nye) kommune være behov og/eller interesse for en sådan rådgivningsfunktion, fx omkring fysisk aktivitet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ I høj grad ▪ I nogen grad ▪ I ringe grad ▪ Slet ikke (hvis 'Slet ikke' gå til spørgsmål 13)

Hovedområde	Spørgsmål	Svarkategorier
	10. Nævn de vigtigste områder, hvor I har oplevet eller forventer at opleve et konkret behov for rådgivning vedr. borgerrettet forebyggelse gennem fysisk aktivitet. Gerne så konkret som muligt.	Tekst:
	11. Indenfor hvilke af følgende hovedområder af den borgerrettede forebyggelse er der, eller vil der være, behov for rådgivning? Du bedes på en skala fra 1-5 angive, hvordan du vægter hver af følgende kategorier, hvor 1. betyder 'meget stort behov' 2. betyder 'stort behov' 3. betyder 'et vist behov' 4. betyder 'lille behov' 5. er 'ingen behov'	Hovedområder: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Viden og dokumentation vedr. effektive forebyggelsesmetoder ▪ Evaluering og effektmåling af indsatser ▪ Vejledninger, praksiseksempler og andet inspirationsmateriale ▪ Udarbejdelse af konkret materiale ▪ Hjælp til organisering af indsats på tværs af forvaltningsområder ▪ Data vedr. sygdomsforekomst, dødelighed, sundhedsadfærd hos borgerne. ▪ Hjælp til opkvalificering af personale ▪ Andet: _____
	12. På hvilke niveauer i (den nye) kommune er der behov for rådgivning vedr. borgerrettet forebyggelse? Du bedes på en skala fra 1-5 angive, hvordan du vægter hver af følgende kategorier, hvor 1. betyder 'meget stort behov' 2. betyder 'stort behov' 3. betyder 'et vist behov' 4. betyder 'lille behov' 5. er 'ingen behov'	Niveauer: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Strategisk niveau, fx den øverste ansvarlige på sundhedsområdet ▪ Administrativt niveau, fx den daglige leder af forebyggelsesområdet ▪ Driftslederniveau, fx den enkelte aktivitetsansvarlige ▪ Praktisk udførende niveau, fx kommunelæge, sundhedsplejerske, lærere, institutionspersonale mv.
	13. Inddrager I på nuværende tidspunkt, eller forventer I senere at ville inddrage, andre i forhold til rådgivning, iværksættelse af projekter eller driftsikring af den borgerrettede forebyggelse i (sammenlægnings)kommunen?	(sæt flere kryds) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Private konsulentfirmaer ▪ Kommunernes Landsforening, herunder KL's konsulenttjeneste ▪ Patientorganisationer ▪ Idrætsforeninger eller organisationer ▪ Andre frivillige organisationer ▪ Andre: _____ ▪ Inddrager ikke andre aktører

Hovedområde	Spørgsmål	Svarkategorier
Forventninger til samarbejdet med SST	Afslutningsvist vil vi gerne vide lidt om din opfattelse af styrker og svagheder samt forventninger til samarbejdet med Sundhedsstyrelsen.	
	14. Hvilke metoder synes du, at Sundhedsstyrelsens konsulentfunktion skal benytte sig af?	<p>Jeg nævner forskellige metoder, og du skal herefter sige, hvilke to metoder du finder mest hensigtsmæssigt at konsulentfunktionen anvender.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hjemmeside ▪ Konsulentbesøg ▪ Telefon- og email tjeneste ▪ Idékatalog og/eller andet inspirationsmateriale ▪ Oplæg og/eller foredrag ▪ Kursusvirksomhed, fx med henblik på efteruddannelse
	15. Nævn den vigtigste styrke og den vigtigste svaghed i forhold til i Jeres (nye) kommune at kunne varetage de nye opgaver vedr. den borgerrettede forebyggelse?	Tekst:
	16. Har du yderligere kommentarer?	Tekst: