

"GØR DET SUNDE VALG LET"

– MULIGHEDER FOR STRUKTURELLE INDSATSER I KOMMUNERNE

AFSLUTTENDE AFRAPPORTERING



**– MULIGHEDER FOR STRUKTURELLE INDSATSER I
KOMMUNERNE
AFSLUTTENDE AFRAPPORTERING**

INDHOLD

1.	Indledning	4
1.1	Rapportens metoder	4
1.2	Læsevejledning	5
2.	Analysens hovedresultater	7
2.1	Den overordnede konklusion: Potentiale og gode muligheder	7
2.2	Delkonklusion: Mange muligheder, initiativer og eksempler	8
2.3	Delkonklusion: Forudsætningerne halter	9
3.	Begrebsafklaring	12
3.1	Formel begrebsdefinition	12
3.2	Sammenhæng mellem strukturel og tværsektoriel forebyggelse	12
3.3	To forskellige dimensioner i strukturel forebyggelse	13
3.4	Strukturel forebyggelse i en kommunal kontekst	14
4.	Litteraturstudie	17
4.1	Strukturel forebyggelse	17
4.2	Tværsektoriel forebyggelse	25
4.3	Afrunding	31
4.4	Sammenfatning	31
5.	Kortlægning af lovgivning	33
5.1	Sammenhæng mellem strukturel forebyggelse og formål på andre forvaltningsområder	33
5.2	Overblik over særlig relevant sektorlovgivning	37
6.	Erfaringerne fra kommunerne	50
6.1	Rammevilkår for den kommunale sundhedsindsats	50
6.2	Analyse af det tværgående samarbejde i kommunerne	53
6.3	Faktuel beskrivelse og redegørelse for det tværgående samarbejde	53
6.4	Analyse af udfordringerne for det tværgående samarbejde	61
6.5	Vurdering af potentialer samt anbefalinger til kommunerne	69
6.6	Strukturel forebyggelse	73
6.7	Sammenfatning	81
7.	Rapportens metoder	83
7.1	Indledende begrebsafklaring	83
7.2	Kortlægning af lovgivningen	83
7.3	Internationalt litteratur-review	86
7.4	Casebesøg i ni danske kommuner	90

1. INDLEDNING

Rambøll Management Consulting har gennemført en kortlægning for Sundhedsstyrelsen vedrørende sundhed på tværs af forvaltninger og mulighederne for strukturel forebyggelse.

Undersøgelsen har, ud over at fokusere på generel sundhedsfremme og forebyggelse, haft et særligt fokus på strukturelle sundhedsfremme- og forebyggelsestiltag, relateret til social ulighed i sundhed.

Sundhedsstyrelsen skal bruge undersøgelsens resultater til at udarbejde materialer, der kan støtte kommunerne med konkret rådgivning og praksisnære eksempler på, hvordan særligt strukturel forebyggelse gribes an. Social ulighed i sundhed er i den henseende et prioriteret emne.

Rapporten skal tjene som grundlag for anbefalinger til kommunerne i forhold til at styrke indsatsen på tværs af forvaltninger og have fokus på strukturel forebyggelse.

Den samlede undersøgelse tager udgangspunkt i en forståelse af sundhed og sygdom som en funktion af et dynamisk samspil mellem personlig levevis, levevilkår og samfundets generelle virkemåder – blandt andet i form af offentlige indsatser. Hertil kommer givne forhold som køn, bestemte genetiske faktorer og alder.

Hermed anvendes altså det, der ofte kaldes 'det brede sundhedsbegreb', hvor sundhed og sundhedsadfærd betinges af interaktionen mellem en række individuelle og miljøbestemte faktorer.

Det er klart, at interessen for at se nærmere på *strukturel* og *tværsektoriel forebyggelse* grundlæggende udspringer af det efterhånden ret solide empiriske belæg for, at menneskers sundhed skabes og tabes på såvel individuelt som socialt og strukturelt niveau.

Ved at intervenere (eksempelvis via egentlig lovgivning og/eller andre typer formel regulering) i de familiære, lokale og samfundsmæssige omgivelser/strukturer, individet lever i, kan offentlige myndigheder bidrage stærkt til at skabe rammer for en sund levevis. Det er netop også en sådan bredt formuleret opgave, sundhedsloven forpligter kommunerne på.

Det er blandt andet på den baggrund, at Sundhedsstyrelsen anbefaler kommunerne at arbejde med at skabe sunde rammer på tværs af kommunale forvaltninger/områder – herunder med henblik på strukturelle tiltag.

1.1 Rapportens metoder

Rapporten er baseret på en række forskellige undersøgelsesaktiviteter:

- Afklaring af begreber i samarbejde med førende eksperter på området
- En gennemgang af relevant sektorlovgivning for at identificere områder med potentiale for strukturel forebyggelse
- En systematisk litteraturgennemgang af internationale studier om tværsektoriel og strukturel forebyggelse
- Casebesøg i ni kommuner med henblik på at afdække erfaringer og muligheder/barrierer for tværsektoriel og strukturel forebyggelse

Formålet med de forskellige undersøgelsesaktiviteter har været at skabe overblik over tværsektoriel og strukturel forebyggelse fra forskellige vinkler. Hver

undersøgelsestilgang bidrager med hvert sit perspektiv på strukturel forebyggelse.

Analysetilgangen har prioriteret anvendelighed frem for videnskabelig systematik. Dette valg er foretaget, da analysen primært skal bruges til at understøtte kommunernes arbejde med tværsektoriel og strukturel forebyggelse. Det betyder også, at vi bevidst har valgt kommuner med gode erfaringer på sundhedsområdet til casestudierne for at kunne indsamle gode erfaringer, der kan inspirere de øvrige kommuner. Et uddybet metodeafsnit fremgår af kapitel 7.

I rapporten skelnes der ikke mellem eventuelle forskelle mellem begreberne sundhedsfremme og forebyggelse. Forebyggelse anvendes gennemgående og dækker over begge begreber.

Gennemgående i rapporten anvendes begreberne *rammer*, *regulering* og *styring*.

Rammer er det mest overordnede begreb. Det dækker både over kommunens (arbejde for) optimering af de fysiske omgivelser (f.eks. anlæggelse af cykelstier, naturlegepladser osv.), og over de øvrige muligheder, kommunerne har for at definere rammer om borgernes liv eller aktiviteter i henhold i forhold til gældende lovgivning (f.eks. motion til alle på ungdomsuddannelser eller tilbud om kostordning).

Regulering handler om kommunernes muligheder for at regulere borgernes handle- og valgmuligheder. Både gennem at definere grænser/forbud (f.eks. "der må ikke ryges på skolens areal") eller ved at udstede påbud/stille krav (f.eks. "alle institutioner skal have en kostpolitik").

Styring dækker over den måde, hvorpå kommunerne via deres styringsmodel (styringskæde) anvender forskellige styringsredskaber til strukturel forebyggelse ved at sætte en (mere eller mindre) eksplicit retning for den kommunale opgaveløsning (f.eks. via politikker, ved udformning af resultatkontrakter og virksomhedsplaner osv.). Styring er på den måde i højere grad rettet ind i den kommunale organisation for at sikre det kommunale fokus på strukturel forebyggelse.

Begreberne illustrerer (nogle af) de forskellige "håndtag", som kommunerne kan gribe fat i under arbejdet med strukturel forebyggelse. Som det fremgår, er der ikke tale om gensidigt udelukkende dimensioner. Dette uddybes i begrebsafklaringen i afsnit 3.

Når det i litteraturgennemgangen nævnes, at der ikke er meget evidens på området, betyder det, at der ikke endnu er gennemført tilstrækkelig mange undersøgelser på området til at understøtte evidensbaserede konklusioner, men altså ikke, at undersøgelserne afviser evidens for eksempelvis betydningen af strukturel forebyggelse. Derfor kan mængden af evidens øges i de kommende år som følge af ny forskning.

1.2 Læsevejledning

Afrapporteringen er bygget op af en hovedrapport og en bilagsrapport. Hovedrapporten indeholder de overordnede tendenser og analyser, mens bilagsrapporten indeholder et komplet overblik over de informationer, der er fundet relevante i de enkelte analyser

Hovedrapporten er bygget op på følgende måde:

Kapitel 2 er en opsamling og konklusion. Her gives et kort tværgående overblik over de vigtigste pointer fra de enkelte afsnit..

Kapitel 3 indeholder en kort begrebsafklaring – særligt har begrebet strukturel forebyggelse vist sig at fordre en anderledes definition for at matche kommunernes praksis og muligheder.

Kapitel 4 indeholder en gennemgang af udvalgte nationale og internationale udgivelser vedrørende strukturel og tværsektoriel forebyggelse. De centrale punkter i den gennemgåede litteratur markeres.

Kapitel 5 indeholder en kortlægning af relevant sektorlovning, der kan understøtte tværsektoriel og strukturel forebyggelse. Afsnittet behandler den centrale lovgivning på de største kommunale sektorområder. Sundhedsområdet er bevist udeladt fra analysen, da fokus primært er på, hvordan de øvrige forvaltninger kan spille sammen med sundhedsområdet.

Kapitel 6 indeholder en analyse af den kommunale praksis – baseret på ni case-studier i kommuner. Analysen har fokus på rammevilkår, barrierer og potentialer for strukturel og tværsektoriel forebyggelse. Kapitlet indeholder ligeledes en række konkrete eksempler fra kommunerne.

Kapitel 7 indeholder en beskrivelse af rapportens metoder. Det metodiske grundlag for de enkelte delanalyser beskrives.

Bilagsrapporten indeholder et overblik over følgende:

- Kommunale eksempler på strukturel og tværsektoriel forebyggelse
- Lovgivning vedrørende tværsektoriel og strukturel forebyggelse, herunder:
 - Formålsparagraffer omhandlende sundhed
 - Bruttoliste over relevant lovgivning på de store kommunale sektorområder
- Kernelitteratur samt anden litteratur, benyttet i litteraturstudiet i forhold til strukturel forebyggelse og tværsektorielt forebyggelse
- Interviewguide

2. ANALYSENS HOVEDRESULTATER

Rambøll præsenterer i det følgende hovedresultater fra arbejdet med "sundhed på tværs".

Afsnittet indledes med den helt overordnede konklusion, herunder med en kort drøftelse af selve begrebet strukturel forebyggelse.

Dernæst følger to delkonklusioner. Vi konkluderer først, at der er mange muligheder, initiativer og eksempler, om end opstået lidt tilfældigt i de enkelte kommuner. Dernæst konkluderes, at en række forudsætninger for en større udbredelse af strukturel forebyggelse og samarbejde på tværs fortsat ikke er fuldt til stede, og vi diskuterer, hvad der skal til for at rette op på dette forhold.

2.1 Den overordnede konklusion: Potentiale og gode muligheder

Der er potentiale og gode muligheder for at arbejde på tværs og med strukturel forebyggelse samt flere eksempler på en fælles interesse i kommunen

Caseanalysen i de ni besøgte kommuner viser helt overordnet, at mange af kommunerne har potentiale for at arbejde med forebyggelse på tværs af forvaltninger og for at skabe sundhedsfremmende rammer for borgerne. Der er også et ønske om at gøre det, der er vilje til det – og der er flere områder, hvor indsatsen fortsat kan opprioriteres.

Kommunernes ansvarsområder i medfør af lovgivningen giver således i mange tilfælde gode muligheder for at kunne påvirke borgernes adfærd i en sundhedsfremmende retning. Dette gælder bredt på tværs af de forskellige sektorer.

I en række tilfælde har analysen endda identificeret en fælles interesse til at tænke i forebyggelse på tværs af forvaltninger, da en indsats af kommunerne både vurderes at styrke de sektorspecifikke formål på de andre fagområder samt en generel forebyggelsesindsats. Eksempler er sund kost i skolerne, der også forbedrer børns trivsel og indlæring eller fokus på sundhed i handleplaner til psykisk syge, der også kan have en positiv indvirkning på borgernes trivsel og sindslidelser.

Analysen af forankringen har vist, at de ni kommuner har udarbejdet en sundhedspolitik og dermed har en formel ramme at arbejde inden for. I nogle kommuner bakkedes dette op med et krav om at anvende sundhedskonsekvensvurdering (SKV) – dog anvendes dette i praksis ikke systematisk, og erfaringerne er reelt blandede. Man har endnu til gode at finde den rette form i forhold til omfang, indhold og prioritering.

Strukturel forebyggelse kan defineres og forklares bredere og bedre – "vi ændrer omgivelserne for at gøre det sunde valg let og fordelagtigt"

Rapporten beskæftiger sig med to centrale begreber: Strukturel forebyggelse og tværsektoriel forebyggelse – forebyggelse, der foregår på tværs af flere forvaltninger.

Tværsektoriel forebyggelse fremstår som et relativt klart defineret begreb, der også naturligt forstås i casekommunerne og relaterer sig direkte til deres praksis. Casekommunerne skelner tilsvarende klart mellem generelle forebyggelsestilbud med fokus på borgernes *intention* og strukturel forebyggelse, der handler om *incitammenter*.

I forhold til strukturel forebyggelse i øvrigt er begrebet ikke udbredt uden for sundhedsforvaltningen. Mange tiltag, der kan defineres som strukturel forebyggelse, opfattes ikke som sundhedstiltag eller tænkes i hvert fald ikke som strukturel forebyggelse i udgangspunktet.

Analysen viser samtidig, at kommunernes definition (særligt i sundhedsenhederne, jf. foregående) reelt er bredere end definitionen i Sundhedsstyrelsens terminologihæfte om "Forebyggelse, der gennem lovgivning, styring og regulering har til formål at skabe sundhedsfremmende rammer."

Kommunerne inkluderer således en række tiltag, som kan kategoriseres som *rammesættende, regulerende og styringsrelaterede* i en konkret, kommunal udmøntning på tværs af sektorer. Formuleret bredt: "vi ændrer omgivelserne for at gøre det sunde valg let og fordelagtigt".

Kommunernes råderum for strukturel forebyggelse handler i høj grad om måden, hvormed lovgivning og regulering udmøntes og udøves på. Det kan være i form af helt konkrete indsatser af strukturel karakter, kommunale politikker, kommunal udmøntning af lovgivning generelt, styringsredskaber og institutionalisering af faste rutiner, praksis og procedurer.

Behovet for afklaring af begreberne er ikke overraskende. Som det også påpeges i litteraturstudiet, er der tale om et område, som fortsat er nyt og under udvikling – særlig i forhold til lokale (kommunale) indsatser.

2.2 Delkonklusion: Mange muligheder, initiativer og eksempler

Lovgivningen opleves som en ramme for indsatsen

Inden for alle større sektorområder med kommunal opgaveløsning er der i lovgivningen åbnet op for og der eksisterer allerede klare potentialer for tværsektorielt samarbejde og strukturel forebyggelse.

Lovgivningen har dog samtidig en karakter, som gør, at den primært fungerer som en ramme for indsatsen, hvilket kommunerne udtrykker tilfredshed med.

Særligt på folkeskole, dagtilbud, udsatte børn, udsatte voksne, planlovgivning og sygedagpenge er der fælles interessefelter for de forskellige forvaltninger til samarbejde. I alt er der i analysen identificeret over 100 relevante elementer i lovgivningen, der alle peger på potentialer for strukturel og tværsektoriel forebyggelse, hvilket peger på behovet for en nærmere prioritering i kommunerne i forhold til, hvor man vil sætte ind.

Rambøll har på den baggrund udvalgt omkring 20 særligt relevante områder for samarbejde mellem de kommunale sundhedsafdelinger og de øvrige forvaltninger/afdelinger. Disse områder udgør på den måde en inspirationsliste, som de enkelte kommuner kan lade sig inspirere af og spejle egen praksis i – har man eksempelvis overset konkrete områder eller en skæv prioritering på tværs? Listen fremgår af rapportens afsnit 4.

Der er mange eksempler på en tværgående indsats

Sammenlignes potentialerne i lovgivningen med den kommunale praksis i ca. sekommunerne, tegner der sig følgende billede:

- Mange kommuner udnytter potentialerne på folkeskoleområdet og ældreområdet i et vist omfang. Der er her typisk velfungerende samarbejder, og sundhedsområdet arbejder ofte med at tænke sundhed ind i arbejdet.

- Omkring halvdelen af kommunerne arbejder med at udnytte potentialerne på teknik og miljøområdet og udsatte-området, mens den anden halvdel ikke har en systematisk tilgang til det.

Kun få kommuner udnytter potentialer på beskæftigelsesområdet og området for udsatte børn og unge og har faste samarbejdsrelationer om eksempelvis sygedagpengeopfølgning eller § 50-undersøgelser.

Der er således fortsat mulighed for at udbrede det tværgående samarbejde, også om den strukturelle forebyggelsesindsats.

Kommunerne har gode erfaringer, men mangler systematik og prioritering

De besøgte kommuner har konkrete og gode erfaringer med strukturel forebyggelse, og mange kommuner har forsøgt at tænke en sundhedsdimension ind i de andre fagområder. Dette gælder på alle kommunale opgaveområder, jf. bilagsrapporten i øvrigt.

Strukturelle forebyggelsestiltag er i mange tilfælde ikke defineret som sundhedstiltag i kommunerne, men opfattes som tiltag, der tjener andre formål. Dette er – jf. begrebsdrøftelsen ovenfor – mest udbredt uden for sundhedsafdelingerne. Strukturel forebyggelse ses ofte som en sidegevinst til at nå andre mål.

Analysen viser samtidig, at kommunerne ikke har foretaget en systematisk vurdering af, på tværs af hvilke sektorer man ser et behov for at samarbejde. Det være sig med afsæt i et lovgivningsperspektiv (hvor er der hjemmel/forpligtelse) eller med afsæt i et opgaveperspektiv (hvor er der et behov). Indsatsen er i højere grad bygget op "bottom-up", baseret på personlige netværk, tradition og konkret opståede idéer og initiativer. Reelt mangler kommunerne klarhed om, hvad man allerede gør på området, hvilket er klart, når der ikke eksisterer en fælles forståelse af, hvad strukturel forebyggelse er, og hvordan det kan bruges på tværs.

2.3 Delkonklusion: Forudsætningerne halter

Tværasektorielt samarbejde kræver organisatorisk parathed

Tværasektoriel forebyggelse handler om en sundhedsindsats på tværs af forvaltninger. Tværasektoriel forebyggelse kan både være konkrete tilbud til borgere (f.eks. tilbud om rygeafvænning) og strukturel forebyggelse i form af skabelsen af sundhedsfremmende rammer.

Erfaringerne fra casekommunerne viser her, at velfungerende strukturel forebyggelse ofte forudsætter, at samarbejdsrelationer på tværs af forvaltninger er gode og udnyttes til et fælles bedste. Det er endnu ikke lykkedes for kommunerne at etablere sådanne samarbejdsrelationer på alle organisatoriske niveauer og dermed samlet set at sikre den nødvendige organisatoriske parathed.

Disse konklusioner understøttes i høj grad af litteraturstudiet, hvor der peges på følgende centrale parametre for velfungerende tværasektorielt arbejde¹:

- **Nødvendighed:** Er/opfattes den foreslåede/planlagte indsats som vigtig i bestræbelserne på at opfylde organisationens mål?
- **Mulighed:** Er der 'et åbent vindue' for indsatsen og kan denne understøttes politisk, økonomisk og organisatorisk på længere sigt?

¹ Litteraturstudiet viser i øvrigt, at antallet af egentlige effektstudier på området er begrænset.

- **Kapacitet:** Har de involverede parter de nødvendige ressourcer til at gennemføre indsatsen?
- **Relationer:** Er der foretaget en klar forventningsafstemning af samarbejdet og opgave- og ansvarsfordelingen mellem de involverede parter?
- **Planlagte aktiviteter:** Anerkender de involverede parter fuldt og helt behovet for samarbejde, og deler de fælles forståelse af forpligtende mål og ambitioner?
- **Evalueringskriterier:** Er der enighed om indsatsens evalueringskriterier og formidlingen af del- og slutresultater?
- **Fortsat engagement:** Er de involverede parter klar og indstillet på, at indsatsen kan munde ud i behov for nye initiativer eller fortsættelse af det allerede igangsatte?

En sådan organisatorisk parathed kan ikke generelt siges at være til stede i kommunerne. Kommunerne har på det organisatoriske plan vanskeligt ved at finde en model, hvor det tværgående samarbejde indgår i det kommunale hierarki på en måde, som tager højde for den eksisterende fordeling af roller, kompetencer og ansvarsforhold, herunder den helt eksplicite udfordring, at sundhedsområdet skal fungere på tværs af den samlede driftsorganisation. Dette bidrager til at forstærke den allerede nævnte udfordring i forhold til systematisk prioritering.

Formuleret fremadrettet er det Rambølls vurdering, at der er behov for lokalt at etablere en model for det tværgående samarbejde, som udgør et tværgående organisatorisk svar på de udfordringer, som udspringer af kommunens sundhedspolitik, og som forpligter på tværs i organisationen.

Vi vurderer, at fastlæggelsen af en sådan model med fordel kan tage afsæt i de tre niveauer, som diskuteret i afsnittet om styringsmæssige udfordringer (se nedenfor), og her fokusere på de forskellige organisatoriske roller, som ligger på det strategiske, det taktiske og det organisatoriske niveau.

Strukturel forebyggelse kræver integration i den kommunale styringskæde

Overordnet består den styringsmæssige udfordring i at etablere en tilstrækkelig tydelig kobling mellem de styringsmæssige (og organisatoriske) niveauer i organisationen – og på tværs af sektorer. Analysen viser, at denne udfordring er særligt vanskelig qua det forhold, at området er betragteligt mere tværgående end de traditionelle kommunale driftsopgaver: Man (sundhedsafdelingen) skal i forhold til de sundheds- og forebyggelsesmæssige målsætninger forsøge at påvirke en række aktørers adfærd, samtidig med at disse aktører indgår i en traditionel hierarkisk styringskæde, som ligeledes skaber rammer for deres adfærd – rammer, som ikke nødvendigvis peger i den samme retning.

I analysen skelnes konkret mellem det strategiske niveau (policy-formulering), det taktiske niveau (planlægning og prioritering) og det operationelle niveau (udførelse).

Analysen viser, at der særligt er behov for at få bragt det taktiske niveau mere systematisk i spil i en planlægnings- og prioriteringsfunktion, som "binder politik og ildsjæle" sammen i fælles og tværgående handleplaner for den samlede indsats. Dette sker ikke i dag, hvorfor styringskæden populært sagt knækker. En mulig konsekvens er, at den samlede vifte af tiltag, herunder de tiltag, som er baseret på et tværgående samarbejde, uanset disses relevans i øvrigt i en styringsmæssig sammenhæng, ikke kommer til at udgøre en samlet kommunal plan for, hvordan man vil omsætte de strategiske beslutninger til praksis.

Herunder udgør tiltagene ikke en eksplicit stillingtagen på det taktiske niveau til, hvad der skal gennemføres rent operationelt, eventuelt i samarbejde mellem forskellige forvaltningsområder.

Der er desuden behov for at tydeliggøre politiske og ledelsesmæssige forventninger til effekter (resultater) og heraf følgende krav til opfølgning på forebyggelsesområdet. Akkurat som på andre fagområder er der et behov for at kunne følge op på effekterne af indsatsen. Dette behov understøttes af resultaterne i litteraturstudiet, hvor det netop fremgår, at der er behov for enighed om indsatsens evalueringskriterier og formidlingen af resultaterne. Tilsvarende bør resultatvurdering og opfølgning indgå på lige linje med andre resultater (fra den etablerede drift i fagområderne) som en vurdering af deltagernes performance. Alternativt indgår området med lavere prioritet end øvrige områder.

Øvrige udfordringer

Den organisatoriske parathed og koblingen til det kommunale styringshierarki er efter Rambølls vurdering de væsentligste forudsætninger at få på plads.

Analysen peger dog samtidig på en række andre, væsentlige forudsætninger, som kommunerne bør være opmærksomme på.

- Forebyggelsesområdet er (i det mindste i en kommunal sammenhæng) et nyt område, som naturligt vil være præget af knopskydning og dermed af et behov for at skabe sammenhæng.
- Forebyggelsesområdet er ofte baseret på en projektkultur, der står i modsætning til de øvrige forvaltningers driftskultur. Det kan derfor være vanskeligt at få plads på den enkelte forvaltnings dagsorden samt sikre prioritering af det tværgående samarbejde og strukturel forebyggelse, når andre problemer trænger sig på.
- Som konsekvens af ovenstående ligger initiativet til det tværgående samarbejde derfor oftest på sundhedsenhederne. Her er personlige netværk derfor vigtige for gennemslagskraften.

Udfordringerne svarer til resultaterne i litteraturstudiet. Der skal her særligt peges på behovet for at afsætte ressourcer, dvs. kapacitet i både sundhedsafdeling og øvrige forvaltninger; at tænke fra projekt til drift for at sikre et fortsat engagement ud over konkrete projektpuljer; at foretage en fælles forventningsafstemning og sikre en fælles forståelse af forpligtende mål og ambitioner samt at sikre en løbende understøttelse af indsatsen – politisk, økonomisk og organisatorisk – på længere sigt.

Samlet set understreger disse pointer, hvad casekommunerne også har peget på: Sundhedsarbejdet fordrer i et vist omfang en ny kultur og tilgang end andre områder: Der kræves en tilgang, hvor der er en gensidig anerkendelse af et delt ansvar.

3. BEGREBSAFKLARING

En væsentlig del af analysen af strukturel og tværsektoriel forebyggelse er selve forståelsen af disse to begreber.

Rambøll indleder derfor dette afsnit med en formel begrebsdefinition på baggrund af Sundhedsstyrelsens terminologihæfte. Dernæst redegør vi kort for sammenhængen mellem de to nært forbundne begreber, som i vid udstrækning dækker over samme typer tiltag, men også på visse punkter adskiller sig fra hinanden. Herefter præsenterer vi to forskellige dimensioner, der kan bruges til at skelne mellem forskellige typer strukturel forebyggelse og den forskellige, der kan være indbygget i deres måde at virke på.

Da casebesøgene i kommunerne har vist en lidt anden forståelse af strukturel forebyggelse i praksis, sætter vi afslutningsvis fokus på, hvordan begrebet strukturel forebyggelse kan udvides, så det i højere grad dækker brugen i en kommunal kontekst.

3.1 Formel begrebsdefinition

Analysen har særligt fokus på strukturel forebyggelse og sundhed på tværs af forvaltninger (tværsektoriel forebyggelse). Det er derfor afgørende at få defineret disse begreber indledningsvist. I nedenstående tabel ses definitionerne af de centrale begreber fra Sundhedsstyrelsens terminologihæfte fra 2005.

Tabel 3-1: Centrale begreber i rapporten

Område	Definition
Tværsektoriel forebyggelse	Forebyggelse, der udføres af aktører fra flere administrative sektorer eller fra både den primære og sekundære sundhedssektor
Strukturel forebyggelse	Forebyggelse, der gennem lovgivning, styring og regulering har til formål at skabe sundhedsfremmende rammer.
Sundhedsfremme	Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgers ressourcer og handlekompetence
Forebyggelse	Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden

Det er Rambølls vurdering, at definitionerne af tværsektoriel forebyggelse, forebyggelse og sundhedsfremme alle vækker umiddelbar genklang i kommunerne og er velegnede til denne analyse. Strukturel forebyggelse byder imidlertid på nogle udfordringer, hvilket vi behandler nærmere i det følgende.

3.2 Sammenhæng mellem strukturel og tværsektoriel forebyggelse

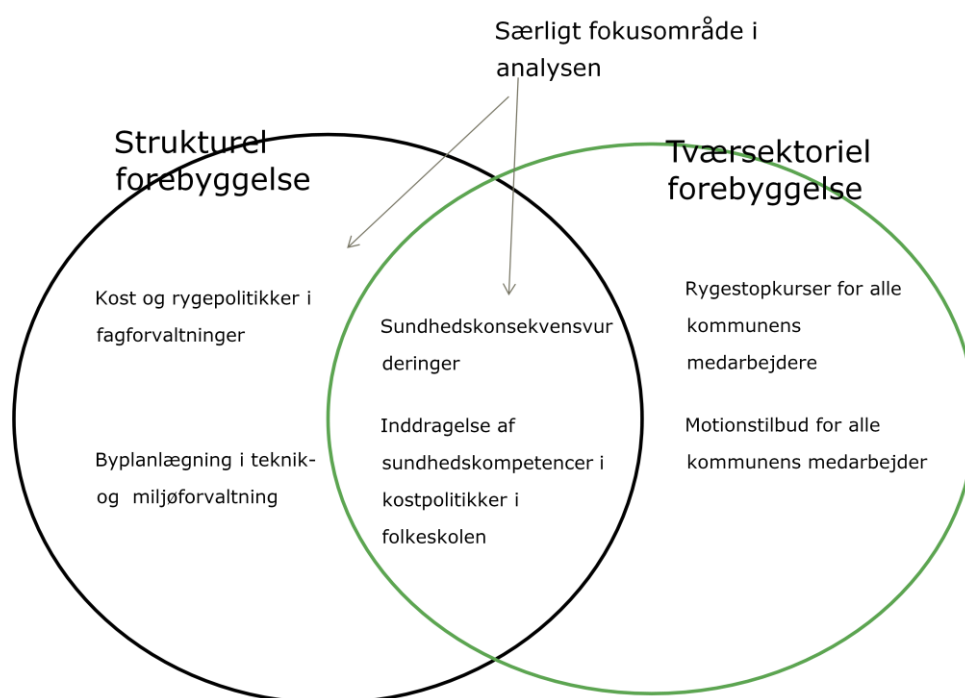
Der vil ofte være sammenfald i tværsektoriel og strukturel forebyggelse. Tværsektoriel forebyggelse og strukturel forebyggelse relaterer sig således tæt til hinanden. Men de er ikke synonyme.

Strukturel forebyggelse *kan* være tværsektoriel, men det kan også omfatte initiativer, der kun foregår i én forvaltning uden samarbejde på tværs. Et eksempel på dette er initiativer omkring byplanlægning, som teknik og miljøforvaltningen gennemfører selv. Strukturelle forebyggelsestiltag kan således godt foregå i andre fagforvaltninger, uden at sundhedsafdelingen eller forvaltningen er involveret.

Tværsektoriel forebyggelse *kan* omfatte strukturelle tiltag, men kan også omhandle konkrete tilbud, hvor man arbejder på tværs af forskellige sektorer – eks. et rygestopkursus for alle kommunens medarbejdere. Strukturel forebyggelse er derfor en delmængde af de samlede tværsektorielle forebyggelsestiltag.

I nedenstående figur er dette illustreret:

Figur 3-1: Strukturel forebyggelse består også af tværsektorielle forebyggelsestiltag



Figuren viser denne opdeling i to typer forebyggelse, hvor der naturligt vil være et fokus på fællesmængden, men hvor analysen også skal afdække erfaringer med strukturel forebyggelse, som (i det mindste i dag) foregår isoleret i én afdeling eller forvaltning. Dvs. at fokusområdet er hele cirklen med strukturel forebyggelse, inklusive fællesmængden med tværsektoriel forebyggelse.

Figuren viser endvidere, at disse områder i visse tilfælde kan indeholde et potentiale for yderligere positiv effekt ved at blive sammentænkt med en sundhedsdagsorden. Men der kan naturligvis også være tale om et bevidst kommunalt valg, hvor man har vurderet det mest hensigtsmæssigt, at den enkelte forvaltning selv er ansvarlig for at indtænke sundhed og strukturel forebyggelse.

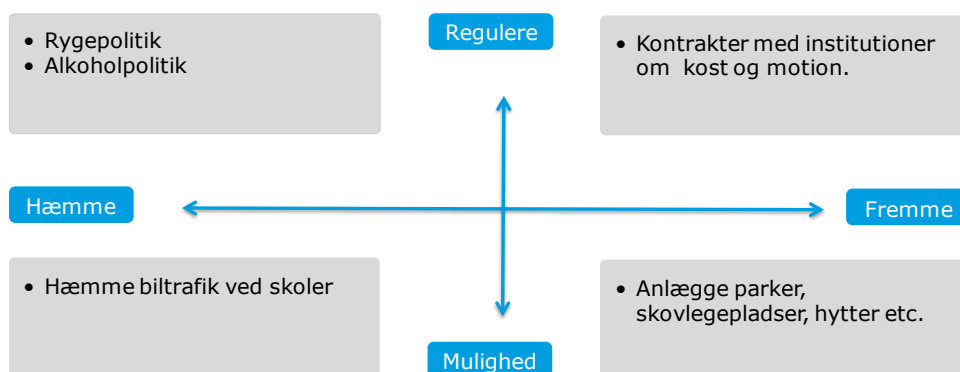
3.3 To forskellige dimensioner i strukturel forebyggelse

Strukturel forebyggelse kan virke på mange forskellige måder. Det er Rambølls opfattelse, at der med fordel kan skelnes mellem forskellige typer strukturel forebyggelse ved at se på to forskellige dimensioner.

For det første ved at se på, om mekanismerne virker ved at *fremme* sundhedsmæssig god adfærd (sund kost, motion mv.) eller ved at *hæmme* sundhedsskadelig adfærd (rygning, alkohol mv.).

Tilsvarende kan der skelnes mellem, om den strukturelle forebyggelse virker ved at skabe *øge mulighederne* for en sundere adfærd (f.eks. etablere cykelstier) eller ved at *regulere* adfærden (f.eks. ved at indføre en nul-sukker-politik i daginstitutionerne). Dvs. en dimension, der adresserer *metoden* at arbejde med strukturel forebyggelse. De to dimensioner med potentielle eksempler illustreres konkret i figuren nedenfor.

Figur 3-2: To forskellige dimensioner i strukturel forebyggelse



3.4 Strukturel forebyggelse i en kommunal kontekst

Rambøll vurderer i forhold til definitionen af strukturel forebyggelse, at der er behov for en uddybning eller tilføjelse for at fange indholdet og forståelsen af strukturel forebyggelse i den kommunale kontekst.

Dette er begrundet i, at definitionens formulering omkring "lovgivning, styring og regulering" ikke fuldt matcher kommunernes virke og dermed ikke fuldt ud fanger den mangfoldighed af tiltag i kommunerne, som populært sagt sigter på "at gøre det sunde valg nemt" uden at være et konkret, individuelt tilbud.

Kommunernes opgaver er således ikke lovgivning og kun i et vist omfang regulering. Kommunerne har derimod ofte roller i forhold til at udmønte lovgivning og udføre lovbestemte opgaver samt (inden for rammerne af kommunalfuldmagten) at udføre visse ulovbestemte opgaver. Også i forbindelse med udførelse af disse driftsopgaver er der mulighed for at arbejde med strukturel forebyggelse.

Kommunernes råderum for strukturel forebyggelse handler derfor i høj grad om måden, hvormed lovgivning og regulering udmøntes og udøves på i bred forstand.

Rambøll vurderer på baggrund af drøftelserne i de 9 casekommuner, at kommunerne betjener sig af 3 forskellige slags "håndtag", i arbejdet med strukturel forebyggelse: **Rammer, regulering og styring**. Der er ikke tale om gensidigt udelukkende dimensioner, hvilket vil fremgå af det følgende.

Rammer er det mest overordnede begreb. Det dækker både over kommunens (arbejde for) optimering af de fysiske omgivelser (f.eks. anlæggelse af cykelstier, naturlegepladser osv.) og over de øvrige muligheder, kommunerne har for at definere rammer om borgernes liv eller aktiviteter i henhold i forhold til gældende lovgivning (f.eks. motion til alle på ungdomsuddannelser eller tilbud om kostordning).

Regulering handler om kommunernes muligheder for at regulere borgernes handle- og valgmuligheder. Både ved at definere grænser/forbud (f.eks. "der må ikke ryges på skolens areal") eller ved at udstede påbud/stille krav (f.eks. "alle institutioner skal have en kostpolitik").

Styring dækker over den måde, hvorpå kommunerne via deres styringsmodel (styringskæde) anvender forskellige styringsredskaber til strukturel forebyggelse ved at sætte en (mere eller mindre) eksplicit retning for den kommunale opgaveløsning (f.eks. via politikker, ved udformning af resultatkontrakter og virksomhedsplaner osv.). Styring er på den måde i højere grad rettet ind i den kommunale organisation for at sikre det kommunale fokus på strukturel forebyggelse. Vi har eksemplificeret dette i følgende tabel.

	Rammer	Regulering	Styring
Eksempler på strukturel forebyggelse	Fysisk planlægning og infrastruktur, f.eks. anlæg af cykelstier og/eller vedtagelse af cykelhandlingsplan	Beslutning om indhold af mødeforplejning	Kommunale politikker på fagområder, hvori der indgår beslutninger, med karakter af strukturel forebyggelse, f.eks. ernæringsterapi i ældrepolitik eller kostpolitik i skolepolitik
	Anlæg af mountainbikeruter og løbestier	Beslutning om ekstraidrætstimer i alle klassetrin	Inddragelse af forebyggende overvejelser i kommuneplan og lokalplan
	Etablering af stier i kulturlandskaber	Indstiftelse af systematik eller organisering, som sikrer overvejelse om forebyggelse, f.eks. SKV	Krav om sundhedsmålsætninger i virksomhedsplaner, dialogaftaler, kontrakter og lignende
	Fjernelse af solarier i kommunale haller og svømmehaller samt sodavandsautomater i skoler	Beslutning om konkrete handlinger ved observation af særlige indikatorer (f.eks. i relation til børn eller ældres BMI)	Systematisk opfølgning på sådanne målsætninger
	Skolemadsordning	Beslutning om konsekvent inddragelse af sundheds- og forebyggelsesovervejelser på givne driftsområder. F.eks. fast praksis med inddragelse af sundhedsforhold i tilbud til psykisk syge	Sanktionering /belønning i forhold til opnåede resultater.
	Motion på de erhvervsrettede ungdomsuddannelser	Skærpelse af reglerne om rygning med virkning i kommunale bygninger	Brug af børnemiljøtermometer i daginstitutioner
	Forebyggelse på kommunale arbejdspladser.	Kommunal medvirken til konkrete indsatser i forhold til overholdelse af forbuddet om salg af alkohol til personer under 18 år	Tilsyn med indsatsen.
	Forebyggende træning i hjemmeplejen	Krav om kostpolitik	
	Kompetenceudvikling af medarbejdere, f.eks. at sagsbehandlere i jobcenteret har viden om betydning af kost og motion for borgernes samlede livssituation		

Tabellen viser for det første mangfoldigheden i den strukturelle forebyggelse. Eksemplerne dækker over helt konkrete indsatser af strukturel karakter, kommunale politikker, kommunal udmøntning af lovgivning generelt, styringsredskaber og institutionalisering af faste rutiner, praksis og procedurer.

Eksemplerne understreger desuden, at rammer, regulering og styring ikke er gensidigt udelukkende kategorier – et "emne" for en strukturel forebyggelsesindsats kan principielt bearbejdes/håndteres af kommunen inden for alle tre kategorier. Vi har eksemplificeret dette i følgende tabel.

	Rammer	Regulering	Styring
Kost i dag-institutioner	Kommunen indfører et frivilligt, forældrebetalt sundt og varieret kosttilbud i alle daginstitutioner.	Kommunen indfører et obligatorisk, forældrebetalt sundt og varieret kosttilbud i alle daginstitutioner.	Kommunen fastlægger i sin kostpolitik krav til indholdet af kostordninger (hvis der eksisterer sådanne).
Motion	Der etableres et tilbud om motion på alle ungdomsuddannelser, 1-2 timer 3 eftermiddage om ugen efter skoletid	Motion sættes på skemaet 2 x 1 time ugentligt på alle ungdomsuddannelser. Der føres fravær.	Ungdomsuddannelserne (institutionerne) pålægges i deres virksomhedsplan at arbejde med motion som indsatsområde og at dokumentere, hvordan dette sker konkret.
Forplejning i cafeteriaer	Kommunen opfordrer de kommunale haller og svømmehaller til at tilbyde sund forplejning i cafeteriaer.	Kommunen pålægger de kommunale haller og svømmehaller at tilbyde sund forplejning i cafeteriaer.	Kommunen fører tilsyn med kosttilbuddet og sanktionerer manglende efterlevelse af krav. Kommunen fører tilsyn med kosttilbuddet og tilbyder rådgivning om alternativer og de forventede økonomiske konsekvenser.

Eksemplerne i tabellen viser, at den gruppe af foranstaltninger, hvor kommunen etablerer et tilbud med det formål at fremme en sundere adfærd, og hvor borgerne selv aktivt vælger tilbuddet, ikke i udgangspunktet opfattes som strukturel forebyggelse i kommunerne. Disse tilbud er klart uden for den formelle definition, men altså også i kommunernes optik. Det kan eksempelvis være generelle rygestopkurser, generelle motionstilbud, tilbud om alkoholafvænning osv.

Man kan sige, at strukturel forebyggelse handler om *incitammenter*, hvorimod de øvrige nævnte tilbud handler om *intention*.

Tilsvarende kan det diskuteres, om det alene er den kommunale cykelhandleplan, der er strukturel forebyggelse, eller om den enkelte cykelsti også er det. På den ene side skal borgeren stadig selv vælge at bruge cykelstien (som med et rygestopkursus). På den anden side etablerer kommunen en ramme, hvor cykelstien gør det sunde valg lettere. Samme problematik gør sig gældende i forholdet mellem en kostpolitik (der klart er strukturel) og en madordning. I den kommunale optik er cykelstien og madordningen inkluderet, jf. tabellen ovenfor.

4. LITTERATURSTUDIE²

I det følgende belyses tværgående tendenser i det indsamlede materiale.

I den forbindelse tages der særligt udgangspunkt i 1) de nyeste reviews (udgivet mellem 2005 og 2009), der 2) beskæftiger sig med strukturel og tværsektoriel forebyggelse på lokalt niveau, og som 3) rapporterer på baggrund af gennemgang af primærlitteratur. Denne mængde af referencer suppleres dog løbende med input fra andre studier. Der fokuseres altså på det, som opfattes som de mest opdaterede og relevante udgivelser.

Kapitlet er delt i to hovedafsnit vedrørende henholdsvis strukturel og tværsektoriel forebyggelse. I relevante tilfælde sættes der fokus på temaet 'ulighed i sundhed'. Emnet er dog ikke så fremtrædende i de gennemgåede studier, hvilket grundlæggende skyldes, at litteraturgennemgangen er foretaget med det primære formål at udrede gode eksempler på og fremgangsmåder i relation til strukturel og/eller tværsektoriel forebyggelse³.

I alt er der tale om et diskuterende review, der ikke har til formål at afgøre den eksakte virkning af 'sundhed på tværs' eller 'strukturel forebyggelse'. Det tillader litteraturgennemgangen ikke. Rambøll bruger det gennemførte litteraturstudie til kvalificering af andre fund.

For en nærmere beskrivelse af metoderne i litteraturstudiet henvises til kapitlet om rapportens metoder, afsnit 7.3 samt bilagsrapporten.

4.1 Strukturel forebyggelse

Strukturel forebyggelse er en væsentlig del af den nationale (centrale) forebyggelsesindsats, hvor regulering via påbud og forbud finder sted. Derudover finder den strukturelle forebyggelse også sted decentralt i kommunerne, hvor eksempelvis indførelsen af bestemte kommunale politikker anvendes i forebyggelsesøjemed.

Fund i litteraturen

Generelt handler strukturel forebyggelse om at fremme sundhed gennem lovgivning, styring og regulering. Der kan være tale om både centrale og decentrale tiltag og negativt såvel som positivt betingede incitamentsstrukturer. Nedenfor gennemgås seks bredt orienterede eksempler på strukturel forebyggelse, der typisk undersøges og analyseres i den tilgængelige litteratur. De udvalgte temaer skal ikke tolkes som udtømmende for, hvilke emner det er relevant at beskæftige sig med inden for strukturel forebyggelse. De repræsenterer derimod temaer, som beskrives og analyseres rimelig solidt i den tilgængelige litteratur. Flertallet af de studier, som inddrages, udgår fra en for-

² Den samlede opgave vedrørende 'sundhed på tværs' er ikke primært et litteraturstudie. Rambøll tilstræber dog, at den indleverede rapport så vidt muligt trækker på holdbar anvendelse af tilgængelig forskningsbaseret viden. Denne pointe er vigtig i den videre bearbejdning af den indsamlede litteratur. Ligeledes skal det anføres, at det er valgt at eftersøge central international viden på området.

³ Som nævnt omhandler referencerne, der er anvendt i dette kapitel, primært gode eksempler på og fremgangsmåder i relation til strukturel forebyggelse og/eller tværsektorielt samarbejde. At gøre noget ved ulighed i sundhed indgår i en del studier som element i den indledende begrundelse for overhovedet at interessere sig for enten strukturel forebyggelse eller sundhed på tværs. Efterfølgende sætter studierne dog først og fremmest fokus på bestemte måder at arbejde strukturelt eller tværsektorielt på. I den forbindelse tages der i nogle tilfælde direkte fat i faktorer, der spiller en rolle i forhold til ulighed i sundhed: Eksempelvis overvægt, tobaksrygning og fysisk aktivitet, der alle indeholder en mere eller mindre markant social slagside, der vender den tunge ende nedad. I kapitel 5 henvises der et antal gange til sidstnævnte studier (eksempelvis i forbindelse med afsnittene vedrørende de fysiske omgivers betydning for sundhed).

ståelse af strukturel forebyggelse som indsatser, der på forskellig vis søger at skabe sunde rammer for borgerne. En entydig og gennemgående definition af strukturel forebyggelse findes dog ikke. Dette flugter meget godt med fundet fra undersøgelsens casebesøg, der viser, at mens tværsektoriel forebyggelse er en genkendelig term for de kommunale respondenter, gælder noget tilsvarende ikke for strukturel forebyggelse.

Tilgængelighed og mærkning af fødevarer

Tilgængeligheden af fødevarer i det offentlige rum har på mange måder betydning for borgernes sundhed. Samtidig har et fokus på fødevarer stort potentiale inden for strukturel forebyggelse. I litteraturen er der blandt andet fokus på betydningen af kostmiljøer for borgernes sundhed (Lovasi et al. 2009; Sallis & Glanz 2009).

Det giver mening at skelne mellem kostmiljøer på forskellige niveauer. Dels et mere overordnet makroniveau, hvor det ofte er lokalsamfundets udbud af butikker, restauranter mv., der er i fokus.

Dels et individfokuseret mikroniveau, hvor hjemmet, arbejdspladsen, skolecafeteriaet mv. udgør centrale omdrejningspunkter (Sallis & Glanz 2009). For kostmiljøer på både makro- og mikroniveau gælder det, at tilgængelighed er nøgleordet. Høj tilgængelighed af butikker med sunde madvarer kan have en positiv indvirkning på sundhedsadfærden. Omvendt er sunde madvarer ofte mindre tilgængelige i minoritets- og lavindkomstområder, hvilket har en negativ konsekvens for sundhedsadfærden og påvirker den sociale ulighed i sundhed (Lovasi et al. 2009). I et litteratur-review vedrørende betydningen af fysisk aktivitet og kostmiljøer i forhold til udviklingen af fedme, fremhæver forfatterne bl.a. mulighederne for at påvirke forbrugere via strukturelle indgreb i relation til tilgængeligheden af fødevarer. Indsatser kan i den henseende rettes mod såvel det lokale som nationale niveau (Sallis & Glanz 2009). Ved at søge at fremme sunde rammer og igangsætte strukturelle tiltag vedrørende fødevarers tilgængelighed kan lige muligheder for en sund livsstil således fremmes på områder, hvor den sunde livsstil i dag er lettere tilgængelig (og dermed opnåelig) for velstillede end mindre velstillede borgere.

Et af de mest lovende og aktive områder inden for regulering af fødevarer tilgængelighed er forskellige typer mærkningssystemer. Fokus har de seneste år været på at give forbrugere praktiske redskaber til at gøre sunde kostvalg lettere. Deriblandt mærkning af fødevarer for således at gøre den ernæringsmæssige profil af fødevarerne klarere for forbrugerne. Et nyere studie, omhandler systematisk kategorisering af fødevarer, konkluderer, at mærkning og kategorisering af fødevarer er både realistisk og praktisk og kan støtte en række offentlige sundhedsrelaterede initiativer (Lobstein & Davies 2008). Endvidere kan det med rimelighed antages, at sådanne nationale initiativer med fordel kan sættes i spil sammen med eksempelvis lokale kostpolitikker og således virke understøttende for en kommunal indsats.

I forbindelse med strukturel forebyggelse via tilgængelighed af fødevarer er det vigtigt at medtænke hjemmets særstatus som kostmiljø på mikroniveau. Det private hjem er en forholdsvis ureguleret sfære, hvor meget af den daglige energimængde indtages, og hvor meget (stillesiddende) aktivitet finder sted. Hjemmets kostmiljø er komplekst og foranderligt og blandt andet påvirket af nabolagets tilgængelighed af fødevarer (Sallis & Glanz 2009). Yderligere forskning på området er nødvendig, men politikker, der påvirker eller begrænser tilgængelighed af bestemte fødevarer kategorier, påvirker sandsynligvis også hjemmets kostmiljø og gør det sunde valg lettere i hverdagen.

Afgiftsregulering af sundhedsskadelige eller -fremmende produkter

En anden strukturel måde at påvirke borgernes sundhedstilstand på er ved at øge afgifter på sundhedsskadelige produkter, såsom tobak, alkohol samt sukker- og fedtrige fødevarer. Omvendt er en positiv incitamentsstrategi at nedsætte moms på sunde fødevarer, såsom frugt og grønt (Forebyggelseskommissionen 2009, s. 94-171).

Forebyggelseskommissionen har foretaget beregninger af effekten af øgede afgifter på alkohol (Forebyggelseskommissionen, 2009). Disse beregninger viser positive effekter af både direkte og indirekte karakter. De direkte sundhedsmæssige gevinster er på kort sigt et nedsat forbrug og på længere sigt reduktion i alkoholrelaterede sygdomme og dødsfald. Det anslås, at en fordobling af afgiften på øl, vin og spiritus kan reducere det samlede forbrug med 4 mio. liter svarende til 7 % (Forebyggelseskommissionen 2009, s. 129).

Det modsatte eksempel findes i et nyligt publiceret finsk studie, hvor en svækelse af alkoholkontrol via en afgiftsreduktion gennemført i 2004 viste sig at øge alkoholforbruget i den efterfølgende periode. Studiet af Mäkelä og Österberg er baseret på tidligere forskning samt tilgængelig rutinedata fra Finland. De to forfattere fokuserer på effekten af afgiftsnedsættelsen inden for følgende parametre: alkoholpriser, alkoholforbrug, kriminalitetsdata og politistatistikker, alkoholrelaterede dødsfald og hospitalsindlæggelser. I 2003 var det gennemsnitlige per capita-forbrug af alkohol 9 liter. I 2004 steg dette med 10 %. Den umiddelbare effekt af afgiftssænkningen afspejles i det ugentlige salg af alkohol i Finland. Dette salg steg markant fra starten af marts 2004, lige efter afgiftsreduktionens ikrafttræden. Alkoholrelaterede dødsfald steg markant i 2004 for både mænd og kvinder. Stigningen var 19 % på et år og 31 % i perioden 2004-2006, sammenlignet med 2001-2003. Forfatterne konkluderer, at reduktionen i den effektive pris af alkohol var en betydelig medvirkende faktor til, at alkoholforbruget i Finland stabiliserede sig på et højere niveau (Mäkelä & Österberg 2009).

Dermed illustreres det, hvordan en lempelse i afgiftsregulering kan have omfattende negativ sundhedsmæssig betydning for borgere. I studiet fremhæves desuden vigtigheden af at bekæmpe social ulighed i dødelighed, og at alkoholrelaterede dødsfald er en vægtig determinant i socioøkonomiske forskelle i for tidlig død. Emnet er derfor relevant at være opmærksom på – også inden for strukturel forebyggelse.

Afgiftsregulering er et eksempel på initiativer fra centralt hold, som (også ud fra en kommunal vinkel) er vigtig. Kommunernes vilkår for at etablere strukturer og rammer, der fremmer borgernes sundhed, rammesættes både direkte og indirekte af nationale tiltag. Sådanne strukturelle indsatser kan oplagt være med til at understøtte decentrale tiltag.

Lovgivning – rygning som eksempel

Strukturel forebyggelse i form af påbud og forbud via lovgivning er ligeledes et centralt emne i litteraturen – det være sig rygeforbud, påbud om minimumalder for køb af alkohol, forbud mod tobaksreklamer mv. Kommunerne er selv sagt underlagt national lovgivning, og offentlig regulering foregår som udgangspunkt på nationalt plan. Ved indførelse af bestemte decentrale politikker kan kommunerne dog påvirke strukturer yderligere i en ønsket retning.

Hvad angår øgede afgifter på tobak, peger internationale empiriske undersøgelser på en solid sammenhæng mellem pris og forbrug af tobak, hvor forbruget falder ved stigende priser (Forebyggelseskommissionen 2009, s. 95). Effekten af øgede afgifter vil således på kort sigt være et reduceret forbrug og på længere hold kunne forventes at bidrage positivt til nedsat sygelighed og dødelighed som følge af en reduktion i tobaksrelaterede sygdomme.

Ses der på effekter af offentlig regulering via påbud og forbud, er særligt indførelse af skærpet rygelovgivning et godt eksempel på et virkningsfuldt offentligt forbud. En vigtig forventet effekt af et rygeforbud er at begrænse omfanget af passiv rygning. Derudover forventes effekter som påvirkning af rygedebut og rygestop (Forebyggelseskommissionen 2009, s. 174).

Mange europæiske lande indførte allerede fra 2004 love imod rygning i det offentlige rum. Dette modsat Danmark, som først kom med en sådan skærpelse i 2007.

Sundhedsstyrelsen har for nyligt udgivet en evaluering af den danske lov om røgfri miljøer (Sundhedsstyrelsen 2009). Rapporten finder blandt andet, at der er sket et fald i befolkningens udsættelse for passiv rygning på arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner, i det offentlige rum og på serveringsteder i perioden 2004 til 2009 (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 9). Internationale erfaringer viser, at et rygeforbud har flere positive virkninger – såsom mindskning af mængden af passiv rygning i arbejdsmiljøet hos restaurationsansatte. I andre europæiske lande rapporteres der endvidere fund af reduktion i hjertesygdom med 11 % som følge af rygeforbud (Cesaroni et al. 2008). Samme effekt findes dog ikke i evalueringen af den danske lov (Sundhedsstyrelsen 2009, s.10).

Bekæmpelse af tobaksforbruget via strukturel forebyggelse er et godt eksempel på betydningen af at se på determinanter for sundhedsadfærd i et bredt perspektiv. Rygning som et folkesundhedsproblem har vist sig at være følsomt over for flere forskellige redskaber og forebyggelsestiltag (Maziak et al. 2007). De seneste års mange politiske tiltag, såsom øgede afgifter, regulering af salg og reklamer mv. og rygelovgivning, har således været vigtige og effektive redskaber.

Styring på institutionsniveau – skolemiljøet som eksempel

Litteraturen viser, at bestemte miljøer er særligt egnede som udgangspunkt for forebyggelsesindsatser (Sund By Netværket 2008; Jaime & Lock 2008). Et forholdsvis velbelyst eksempel på decentral strukturel forebyggelse på institutionsniveau er tiltag i skolemiljøet, eksempelvis indførelse af kostpolitikker (Jaime & Lock 2008; Wicklander 2006). Her er der tale om tiltag, hvor der på lokalt niveau tages initiativ til at gennemføre strukturelle ændringer med forventning om, at dette på længere sigt kan have en positiv virkning på elevernes sundhedstilstand.

Et systematisk litteraturstudie fra 2008 undersøgte effekten af kostpolitikker i skoler – herunder retningslinjer for kost, regulering af adgang til bestemte kosttyper samt prisinterventioner i skolen. Relevante effekter blev defineret som forbedringer af skolernes kostmiljøer, elevernes fødeindtag og mindsket overvægt. Studiet fandt, at særligt retningslinjer og prisinterventioner var effektive i forhold til at påvirke indtaget og tilgængeligheden af mad og drikke. Der var kun begrænset viden i de inddragede studier om interventionernes indvirkning på BMI (Jaime & Lock 2008).

Også danske publikationer peger på forskellige arenaer, der har særligt forebyggelsespotentiale. I den forbindelse fokuseres der bl.a. på mulighederne for madordninger i skoler, SFO'er, fritidshjem mv. (Forebyggelseskommissionen 2009, s. 266). Der henvises til, at kommunerne og folkeskolerne har brede rammer for indførelse af frivillige skolemadsordninger mv., hvorfor dette er et oplagt miljø at tage fat i. Det er samtidig et sted, hvor børn og unge bruger en stor del af deres dagligdag, og det er derfor et centralt sted at understøtte dem i det sunde valg.

National lovgivning er afgørende for kommunernes vilkår for at sikre sunde rammer. Lovgivning kan bidrage til at styrke prioriteringen af strukturel fore-

byggelse på bl.a. skoler og i daginstitutioner – eksempelvis gennem nationale krav til mad- og måltidspolitik, alkoholpolitik mv.

Fysiske omgivelser

Som tidligere nævnt er fysiske omgivelser en integreret del af strukturel forebyggelse. Der er tale om konkret fysisk planlægning og tilrettelæggelse af infrastruktur i forebyggelsesøjemed. I den anvendte litteratur forstås omgivelser som alt det, der er eksternt i forhold til individet. Termen "fysiske omgivelser" omfatter de aspekter af en persons omgivelser, som er menneskeskabte (modsat naturligt fremkomne omgivelser, såsom bjerge, floder mv.) (Papas et al. 2007).

De fysiske omgivelser er en del af reguleringsaspektet ved strukturel forebyggelse. Ved denne type strukturering søges det at regulere menneskers adfærd, vaner og interesser gennem den måde, der bygges og skabes rum på. I litteraturen er der som oftest fokus på strukturer i det offentlige rum, hvilket i det store hele er tilgængeligt for alle – om end det dermed ikke siges, at det reelt bruges af alle. For at mindske social ulighed i anvendelsen af de fysiske omgivelser bør planlægning af fysiske miljøer tage højde for eventuelle markante fordelinger af borgere i kommunen – således at positive tiltag sker i områder, hvor det både kommer mere og mindre velstillede borgere til gode.

De fysiske omgivelser er et vigtigt område for strukturel forebyggelse, fordi de rammer, vi har lyst til og mulighed for at bevæge os rundt i, sandsynligvis har ret stor indflydelse på vores sundhed og trivsel (Booth et al. 2005; Maziak et al. 2008; Papas et al. 2007; Sallis & Glanz 2009).

Kommunerne har direkte ansvar for forebyggelse og særligt den borgerrettede forebyggelse. Kommunen har også ansvaret for en række andre service- og ydelsesområder såsom byplanlægning og -udvikling, der ikke konkret har med sundhed at gøre, men som tydeligvis kan inddrages i arbejdet med at indrette byer, der fremmer sundhed og aktivitet. Strukturel forebyggelse bør derfor også på det kommunale niveau føres ud i livet via samarbejder på tværs af ressource- og forvaltningsenheder. Kommunerne har en rolle at spille i forhold til infrastruktur og nærmiljøets fysiske omgivelser, jf. eksempelvis kommune- og lokalplaner, hvor der fastsættes forskellige retningslinjer for byplanlægning mv. Dermed kan kommunerne være med til at skabe sundhed for deres borgere via fysiske omgivelser og rammebetingelser, der fremmer sund adfærd (dette og tilknyttede emner belyses videre i kapitel 6 og 7).

Fysiske omgivelseres betydning for fysisk aktivitet og fedme

Litteraturen om virkninger af diverse forbedringer i infrastruktur og fysiske rammer er varieret og spænder vidt. De fysiske omgivelseres virkning på menneskers sundhed har en multikausal karakter og relaterer sig til eksempelvis fysisk aktivitet, fedme, kronisk sygdom, bilforbrug, luftforurening mv. (Maziak et al. 2007).

Ét fokus er effekten af de fysiske omgivelser på fedme, herunder mellemliggende indikatorer herfor, såsom fysisk aktivitet. Dette emne anvendes her som eksempel – både fordi der findes ret mange referencer af god kvalitet på netop dette felt, og fordi overvægt/fedme er et indsatsområde, som optager kommunerne meget i disse år.

Behovet for at bevæge sig er blevet mindre, end det var engang, og mulighederne for at indtage energirige fødevarer er mange og nemt tilgængelige (Maziak et al. 2007; Sallis & Glanz 2009). I erkendelsen af, at miljø (omgivelser) også har betydning for så vidt angår en helhedsorienteret indsats på overvægtsområdet, er udfordringen bl.a. at få identificeret "fedmefremmende" fysiske omgivelser og påvirke disse således, at tilgængelighed af sunde valgmu-

ligheder gøres lettere (Booth et al. 2005; Dehghan et al. 2005). Fysiske omgivelser, hvor folk kan være fysisk aktive, er derfor af særlig interesse – eksempelvis områder som parker, skoler, arbejdspladser, legepladser mv., der kan designes, så de understøtter hverdagsaktiviteter.

I de seneste år har der været en stigende interesse for at vurdere, om enten direkte eller indirekte intervention i de fysiske rammer og omgivelser, hvor vi færdes i forbindelse med arbejds-, hjemme- og fritidsliv, kan hjælpe til med at gøre flere mere fysisk aktive. Graden af fysisk aktivitet kan søges påvirket *direkte* ved at etablere og vedligeholde tilgængelige, bekvemme, sikre og indbydende motions- og idrætsfaciliteter. Det kan også mere *indirekte* forsøges at øge folks lyst til eller i det hele taget mulighed for at bevæge sig rundt på måder, der kræver mere fysisk aktivitet end at sætte sig ind i en bil eller op på andre motoriserede transportformer. Sådanne bestræbelser kendes først og fremmest fra større byområder, hvor det med større eller mindre held (samt entusiasme) er forsøgt at promovere særligt gang og cykling til transport og ren fornøjelse (Pikora et al. 2003).

Megen forskning har fokuseret på, hvordan særlige karakteristika ved de fysiske omgivelser henholdsvis opfordrer til eller virker demotiverende for fysisk aktivitet, samt hvorvidt dette afspejles i folks fysiske aktivitetsniveau og vægt. Undersøgelser viser blandt andet, at *gangbarheden* (walkability) i et givent boligområde har betydning for, hvorvidt folk er fysisk aktive (Maziak et al. 2007). Et oversigtsstudie fandt eksempelvis, at en 5 %-stigning i gangbarhed var associeret med en 32,1 % per capita-stigning i tid, anvendt på fysisk aktivitet og en 0,2 %-reduktion i BMI (Maziak et al. 2007). Flere studier viser endvidere, at borgere, som lever i gangbare områder i højere grad anvender gang og cykling som transportmiddel og i det hele taget er mere fysisk aktive end de, som lever i områder, der er designet med biltransport for øje (Booth et al. 2005).

I forhold til børn er mønstret i den gennemgåede litteratur ret konsekvent en generel positiv sammenhæng mellem fysiske omgivelser, som lægger op til bevægelse og niveauet af fysisk aktivitet (Maziak et al. 2007). Dette fund er også vigtigt i relation til indsatser, rettet mod børnefedme, der er associeret til graden af motion og (fysisk) bevægelse i dagligdagen.

Et engelsk studie fandt således, at elevers fysiske aktivitet kunne øges med 20 % ved at gøre skolers legepladser mere stimulerende for fysisk aktivitet (Ridgers et al. 2007). Et systematisk litteraturstudie af Dunton m.fl. som undersøgte sammenhænge mellem de fysiske omgivelser og fedme hos børn og unge fandt endvidere, at nedgang i fysisk aktivitet blandt børn og unge kunne tilskrives karakteristika ved de fysiske omgivelser i nabolaget, som begunstiger inaktive fritidsaktiviteter og inaktiv transport. Endvidere konstateredes det, at sammenhænge mellem variabler for fysiske omgivelser og fedme hos børn varierede, afhængigt af faktorer, såsom køn, alder og socioøkonomisk status (Dunton et al. 2009).

Det lokalområde, borgere bor i, synes at være et kerneindsatsområde på decentralt niveau, idet det omfatter mulighed for påvirkning af gå- og cykelmuligheder samt mulighed for anvendelse af grønne arealer (parker mv.) og diverse offentligt tilgængelige rekreative faciliteter. Der er rimeligt belæg for den pointe, at folk som bor tæt på mange – og mange forskellige – rekreative faciliteter, også generelt er mere fysisk aktive (Booth et al. 2005). *Nærhed* (proximity) er således et vigtigt mål for indflydelsen af de fysiske omgivelser, hvor givne fysiske omgivelser i nærheden af individet ses som havende mere indflydelse end de, som ligger længere væk (Papas et al. 2007).

Det kan dog være en udfordring – på kommunalt plan – at øge mængden af offentlige grønne arealer mv., og derfor er den mest farbare vej frem måske i

første omgang at optimere og bevare de sundhedsfremmende fysiske omgivelser, der allerede eksisterer. Et fund, som at folk er mere fysisk aktive i nogle dele af en park (f.eks. basketballbaner mv.) end i andre (græsplæne/picnicområder) (Sallis & Glanz 2009), kan være med til at guide, hvorledes sådanne fysiske omgivelser designes og bedst muligt optimeres i et sundhedsfremmende perspektiv. Der er dog tale om foreløbige og ikke særligt omfattende forskningsresultater, men tendenserne synes at være ret entydige og altså pegende imod, at det rent faktisk giver et afkast – i form af mere fysisk aktivitet til flere – at indrette bevægelsesvenlige fysiske omgivelser.

Også i Danmark er der stor fokus på indretningen af de fysiske omgivelser og deres muligheder i forhold til at fremme fysisk aktivitet og bevægelse. En ny publikation fra Danmarks Idræts-Forbund om "Aktiverende arkitektur og byplanlægning", som er resultatet af et igangsat forsøgsprojekt for Indenrigs- og Socialministeriet med fokus på sundhed og bevægelse i byrum med det formål at sikre velfungerende byer, som understøtter aktiv livsstil, fremhæver vigtigheden af design af fysiske omgivelser. Publikationen rummer konkrete anbefalinger til, hvordan eksisterende byrum kan omdannes til bevægelsesfremmende og aktive byrum (Danmarks Idræts-Forbund 2009). Endvidere anføres der i rapporterne "Indsigt i leg – Guide til fremtidens legelandskaber" og "Mere bevægelse i byens rum" viden om, hvordan fysisk aktivitet kan fremmes via bevægelsesfremmende arkitektur (Mandag Morgen Innovation 2009; Indenrigs- og Socialministeriet 2009). Ovenstående rapporter er eksempler på, at området nyder stor bevågenhed i disse år. Det er værd at nævne, at den mere præcise udforskning af området stadig anføres at være under udvikling (jf. nedenstående afsnit).

Fremtidige udfordringer inden for viden om effekt af strukturel forebyggelse

Den eksisterende forskning på området for strukturel forebyggelse, og særligt inden for de fysiske omgivelser, er baseret på tværsnitstudier (Dunton et al. 2009). Det er et forhold, som er vigtigt at have for øje i forbindelse med vurderinger af områdets potentiale, for så vidt angår strukturel forebyggelse. Det er med udgangspunkt i tværsnitstudier ikke muligt at udtale sig om de kausale sammenhænge mellem f.eks. aktivitetsfremmende byggeri og fysisk aktivitet. For nuværende kan der altså ikke konkluderes specielt præcist. Måske er det eksempelvis sådan, at aktive mennesker i højere grad vælger at bosætte sig i aktivitetsvenlige kvarterer. Netop derfor er der behov for yderligere forskning på området.

Endvidere pointeres det som en begrænsende faktor, at den hidtidige forskning typisk fokuserer på bestemte populationer (Maziak et al. 2007). Størstedelen af forskning inden for f.eks. fysiske omgivelser og fedme stammer fra USA og indbefatter ikke-farvede undersøgelsesgrupper (Papas et al. 2007). Samtlige inddragede studier i dette afsnit konkluderer derfor, at der er behov for yderligere forskning på området.

Grundlæggende er det vigtigt at være opmærksom på, at der er stor variation i den hidtidige litteraturs definition af fysiske omgivelser og strukturel forebyggelse mv. Endvidere må der nødvendigvis anvendes egentlige eksperimentelle evalueringsdesign for at kontrollere, om der er diverse mulige confoundere i den nuværende empiriske viden (Dunton et al. 2009).

Fysiske omgivelser (såsom lokalmiljøer) består af og byder på en mængde faktorer, som potentielt kan indvirke på individers og gruppers sundhed. Derfor er effekten af de fysiske omgivelser på folkesundheden udfordrende at måle, og det vil til stadighed være begrænset, hvor generelt der kan konkluderes vedrø-

rende disses indvirkning på hinanden. Den specifikke kontekst varierer og er afhængig af tid og rum (Galea & Vlahov, 2005).

Én måde, hvorpå kommuner kan vurdere (de mulige) sundhedsmæssige virkninger af strukturelle tiltag, er at foretage en *sundhedskonsekvensvurdering* (SKV). SKV har et tværsektorielt fokus og undersøger de sundhedsrelaterede konsekvenser af aktiviteter inden for eksempelvis arbejds-, bolig-, miljø-, social- eller trafiksektoren (Bistrup & Kamper-Jørgensen 2005, s. 32).

SKV kan udføres og bruges lokalt i kommunen til at identificere eller forudsige mulige sundhedsforandringer – såvel positive som negative – som konsekvens af at indføre en given politik i kommunen. SKV har med sit fokus potentiale til at styrke anerkendelsen af også de bredere, samfundsmæssige determinanter for sundhed og styrke et tværsektorielt ansvar for sundhed (Krieger et al, 2003).

SKV foretages typisk i forbindelse med udredning af komplekse problemstillinger, hvilket kræver velovervejet brug af videnskabelige metoder og dertilhørende ekspertise. Som det er i dag, gennemføres SKV dog ofte uden klar metodisk og teoretisk konsistens (Krieger et al 2003). I Danmark er der på tværs af kommuner langt fra en fælles forståelse af, hvad SKV er, hvad vurderingerne kan bruges til, og hvilken betydning, de skal tillægges i forbindelse med diverse beslutningsforløb (Bistrup & Kamper-Jørgensen 2005, s. 94).

Der er derfor en række forbehold, som bør tages i brugen af SKV. Som det er nu, fremmes metoden i kommunerne blandt andet via Sund By Netværket. Observatører forventer, at SKV bliver en integreret del af kommunernes politiske værktøjer (Bistrup & Kamper-Jørgensen 2005, s. 45). I senere afsnit af denne rapport anføres det dog, at flere kommuner har svært ved at forestille sig SKV som et standardgreb i forbindelse med sundhedsrelaterede problemstillinger. Alligevel synes SKV at være en relevant vurderingsmetode at have for øje i det fremtidige arbejde med strukturel forebyggelse.

Afrunding

Som det fremgår af ovenstående fund, er der mange områder med potentiale for strukturel forebyggelsesindsats.

Strukturel forebyggelse på det centrale niveau via:

- 1) Lovgivning i form af påbud og forbud,
- 2) Regulering af tilgængelighed og mærkning af fødevarer samt
- 3) Afgiftsregulering af sundhedsskadelige og sundhedsfremmende produkter skal spille sammen med decentrale tiltag i kommunen såsom:
- 4) Indsatser på institutionsniveau, hvor der lokalt tages initiativ til at gennemføre strukturelle ændringer med forventning om, at dette på længere sigt kan have en positiv virkning på borgernes sundhedstilstand.

Ovenstående kan følges til dørs ved:

- 5) Planlægning og tilrettelæggelse af de fysiske omgivelser i nærmiljøet med sigte på at anvende dem i forebyggelsesøjemed.

Kommunernes mange muligheder i forhold til at påvirke de fysiske strukturer via samarbejder på tværs af ressort- og forvaltningsenheder gør strukturel forebyggelse til et oplagt tværsektorielt indsatsområde. Kommunerne kan her virke som frontløbere i forhold til at skabe sundhed for deres borgere via fysiske omgivelser og rammebetingelser.

Det er i så henseende vigtigt at være opmærksom på og anerkende eksistensen af social ulighed i sundhed – også når der arbejdes med strukturel fore-

byggelse. Det er alment kendt, at risikofaktorer og sygdomme er skævt fordelt i Danmark (Iversen m.fl. 2008, s. 108).

Den gennemgåede litteratur giver grundlag for en forsigtig konklusion om, at strukturelle fysiske ændringer i en kommune er en virkningsfuld måde, der kan bidrage til udligning af social ulighed i sundhed. Via strukturelle tiltag skabes sunde fysiske rammer, og det sunde valg gøres nemmere. Ved eksempelvis at prioritere bestemte by- og lokalområder kan dette særligt gavne udvalgte befolkningsgrupper, der i øvrigt er belastet af mange risikofaktorer. Der er således ikke brug at smide alt det væk, vi ved om forebyggelse, rettet mod enkelt-individer, men derimod at kombinere denne viden med forsøg på at tilrettelægge sociale og strukturelle rammer, således de ligeledes stimulerer til sund adfærd og i det hele taget skaber bedre muligheder for at vælge det sunde liv med flere gode leveår. En lignende pointe står frem i materialet fra de gennemførte casebesøg, hvor et ofte anført udsagn i relation til strukturel forebyggelse er 'at ændre omgivelserne for at gøre det sunde valg lettere' (jf. afsnit 3.1.).

Det er samspillet mellem individuelle, sociale og strukturelle forhold, der former menneskers sundhed (Papas et al. 2007). I den forbindelse er det en bemærkning værd, at grundlæggende sociale og økonomiske forhold slår igen nem på faktorer af formodet betydning for helbredet. En sundhedsfremmende politik – herunder den med sigte på strukturel forebyggelse – bør derfor have som ambition at bidrage til en generel forbedring af de samfundsmæssige rammer, som påvirker individets helbred og trivsel.

Strukturelle forebyggelsesindsatser bør således tænkes og igangsættes på flere niveauer, der går på tværs af både centrale og decentrale sfærer og sigter mod at ramme bredt i befolkningen – bl.a. for at reducere social ulighed i sundhed.

Nogle overordnede områder, som fremhæves i litteraturen for en vellykket strukturel forebyggelsesindsats, er tværsektorielle samarbejder og involvering af lokalbefolkningen (Deghan et al 2005; Rahim 2005). Lokalbefolkningen er oplagt at inddrage i strukturelle forebyggelsesindsatser, idet disse ikke blot lever og arbejder i de givne omgivelser, men også har specifik viden om særlige problemer, behov og kapaciteter for videreudvikling af lokalområdet (Rahim 2005). Lokalbefolkningen kan således med fordel inddrages, give input og måske helt overtage de planlagte indsatser på decentralt niveau.

Der er endvidere mange potentielle indgangsvinkler og mulige samarbejdsveje mellem forskellige kommunale ansvarsområder på forvaltningsniveau. Mulighed for fysisk aktivitet og anden sundhedsrelateret adfærd i det daglige, via tilstedeværelsen af motiverende fysiske rammer i nærmiljøet, er en oplagt vej til et mere aktivt og trivselsorienteret liv. En vej, som det kommunale niveau i høj grad har mulighed for at planlægge og fremme.

4.2 Tværsektoriel forebyggelse

Indledning – behov for komplekse svar på komplekse udfordringer

Nutidens mønstre i sygdom og sundhed godtgør, at forebyggelse i mange tilfælde er mest virkningsfuld ved at arbejde med såvel individ-, gruppe og samfundsorienterede indsatser samt via samarbejder mellem interessenter på tværs af eksempelvis offentlige sektorområder og dimensioner som stat, marked og civilsamfund.

I et land som Danmark er forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed i høj grad et offentligt anliggende. I den forbindelse anerkendes det, at ingen enkeltsektor alene har ressourcerne, kundskaberne og rækkevidden til at intervenere i alle mulige determinanter for sundhed og sundhedsadfærd. Derfor

udtrykkes der i almindelighed stor interesse i at optimere den samlede indsats på forebyggelsesområdet gennem koordination og samspil mellem relevante parter på tværs af professionelle/faglige miljøer og beslutningskompetencefelter. Hvor ofte den formulerede interesse er funderet i reel vilje til "arbejde på tværs", er ikke fokuspunktet i denne rapport. Under alle omstændigheder godtgør såvel praksiserfaringer som læsning af litteraturen, at koordineret, tværsektoriel sundhedsindsats er nemmere at snakke om end at implementere (O'Neill m.fl. 1997; Wildridge m.fl. 2004; Smith m.fl. 2009).

Generelt anfører flere forfattere, at tværsektorielt samarbejde på forebyggelsesområdet – som virker – betinges af enighed om, 1) hvilke udfordringer, der bør og skal tages fat på, 2) Hvilke mål for succes, der gælder, 3) Hvilke roller og ansvarsområder de involverede parter har hver i sær og sammen, 4) Hvilke strategier og konkrete initiativer, som skal udvikles og realiseres for at indløse opstillede mål og – mere bredt – tage bedst mulig hånd om de fælles anerkendte udfordringer (jf. punkt 1) (Kumanyika 2001; Freudenberg 2009).

Litteraturen påviser, måske ikke overraskende, at netop forhold som de nævnte hører til blandt de typiske barrierer for effektiv tværsektoriel forebyggelse, der bygger på at involvere en bred gruppe af interessenter i (for manges vedkommende) nye emner og ikke sjældent i rammer, der ikke nødvendigvis er dagligdags (jf. eks. Lin m.fl. 2007).

Effektiv tværsektoriel forebyggelse, der også kan bære igennem på længere sigt, er altså tilsyneladende i høj grad betinget af en række af de kvaliteter, der i mere almen forstand gør forskellen mellem god og mindre god (offentlig) service m.v. – hvad enten denne afvikles monofagligt i regi af et sektorområde eller tværfagligt og under inddragelse af mange instanser (Fear & Barnett 2003). I det følgende gennemgås nogle af de kvaliteter, der fremhæves særligt markant i den gennemgåede litteratur.

Fund i litteraturen

Målbaseret sundhedsindsats – gør det en forskel?

I stil med eksempelvis Verdenssundhedsorganisationens (WHO) tradition for målbaserede sundhedsprogrammer har vekslende danske regeringer siden midten af 1980'erne opstillet nationale mål for folkesundheden via diverse politiske programmer⁴.

Mål for folkesundheden – herunder dem, som indebærer behov for tværgående indsatser – skal opfattes som de ønskede slutresultater af de investeringer, der gøres på sundhedsområdet. En central kvalitet ved det at opstille mål/milepæle er, at disse efterfølgende kan bruges til at styre og evaluere værdien af de foretagne investeringer.

⁴ I den nuværende regerings folkesundhedsprogram for perioden 2002-10, *Sund hele livet*, formuleres de tre overordnede målsætninger på følgende vis:

- Middellevetiden skal øges markant
- Antallet af år med god livskvalitet skal øges
- Den sociale ulighed i sundhed skal reduceres mest muligt

Mod slutningen af 1970'erne begyndte verdenssundhedsorganisationen (WHO) for alvor at promovere en række nye vinkler på, hvad menneskelig sundhed og trivsel er betinget af. I dag løber disse perspektiver sammen i det, blandt andre Finn Kamper-Jørgensen benævner det brede sundhedsbegreb, '... hvor det enkelte menneskes sundhed udformes i et dynamisk samspil mellem arv, livsstil, levekår og [offentlig indsats]'. I 1984 tilsluttede Danmark sig sammen med en række andre europæiske lande om de 38 ambitiøse målsætninger for *Sundhed for alle*. Denne strategi er senest blevet opdateret til *Sundhed for alle i det 21. århundrede*. Et udvidet perspektiv på (folke)sundhed har altså siden midten af 1980'erne været en del af den politiske diskussion og håndtering af sundhedsområdet – lokalt, regionalt, nationalt og internationalt.

Der synes at være et vist belæg for den betragtning, at de nationale og lokale myndigheder, der har forpligtet sig til og søgt at følge udviklingen i prioriterede sundhedsmål, generelt er lykkedes bedre med at 1) skabe en bred og virksomhedsfuld (forvaltnings)politisk koalition med sigte på at fremme sundhed og forebygge sygdom, 2) få opbakning til at investere de nødvendige ressourcer for at opbygge kapacitet til tværgående sundhedsindsatser, og 3) udvikle metoder og organisationsmodeller, der overhovedet muliggør bredspektrede initiativer på sundhedsområdet (jf. eks. Mannheimer m.fl. 2007).

Effektiv organisering – fem faktorer, som fremhæves på tværs af litteraturen

Lidt flot sagt handler tværsektoriel forebyggelse bl.a. om koordineret, indbyrdes, supplerende og tillidsbaseret samarbejde mellem parter for at opnå fælles sundhedsrelaterede mål i relation til eksempelvis bestemte befolkningsgrupper eller udvalgte lokalmiljøer. Litteraturen på området indeholder eksempler på, hvordan sådanne samarbejder kan lykkes og mislykkes (Lawn m.fl. 2008).

En anbefalet vej til at lykkes er at fokusere på praktiske muligheder for samarbejde ved at undersøge og synliggøre potentialet for at forebygge sygdom og fremme sundhed gennem planer og handleprogrammer, gældende for områder på tværs (Koelen m.fl. 2008).

Konkret har en af de bedst virkende fremgangsmåder været at opbygge troværdige partnerskaber mellem sektorer gennem formulering af klare mål for så vidt angår sundhed, der synligt indeholder fordele for alle involverede parter samt ligeledes tydeligt definerer ansvar og roller (jf. det indledende afsnit) (Green & Tsouros 2008).

I det følgende fremhæves fem faktorer, der i en del litteratur noteres som vigtige for det at arbejde effektivt med sundhed i bred forstand – hvilket i alle tilfælde indebærer tværsektorielle initiativer og samordning.

Det skal understreges, at der ikke er belæg for at anføre de fem forhold, der beskrives nedenfor som helt igennem afgørende for eksempelvis *sundhed på tværs*. Der er simpelthen tale om en række faktorer, der i større dele af de gennemgåede referencer udpeges som centrale for effektivt forebyggelsesarbejde.

Sikker og vedvarende finansiering

En langtidssikret adgang til økonomiske ressourcer er afgørende for først at udvikle og herefter opretholde en god tværgående organiseret indsats på sundhedsområdet – det være sig på lokalt, regionalt, nationalt eller internationalt plan.

I de fleste lande opfattes et velfungerende og solidt finansieret sundhedsvæsen som et offentligt gode. Langt hovedparten af midlerne omsættes i den behandlende del af væsenet, mens der til forebyggelsesområdet afsættes begrænsede ressourcer – i hvert fald når der ses bort fra kontrol og bekæmpelse af smitsomme sygdomme.

Forebyggelsesområdet er i nogen udstrækning præget af kortsigtet "projektisme" og tidsbegrænsede indsatser, fremdrevet lige så meget af taktiske muligheder for finansiering via særlige puljer som af strategiske overvejelser vedrørende eksempelvis langtidsorienterede initiativer for at forebygge social ulighed i sundhed (der kan læses mere herom i kapitel 6).

Det at få forebyggelse på den langsigtede (forvaltnings)politiske dagsorden anføres derfor som en kerneopgave for engagerede parter. Samarbejde og koali-

tionsbygning på tværs fremhæves i den sammenhæng som en nødvendighed (Wise & Nutbeam 2007).

Kvalificeret personale – i og uden for sundhedssektoren

Forebyggelse af høj kvalitet er betinget af, at der findes og kan rekrutteres veluddannede og kompetente medarbejdere til at levere varen – ofte i samarbejde med eksempelvis borgergrupper, markedsfunderede virksomheder og/eller tredssektororganisationer. Ud over personaler med en egentlig sundhedsuddannelse gør litteraturen gældende, at ansatte i alle dele af det, vi i Danmark definerer som velfærdsområdet, bør opfattes som en del af forebyggelsespersonalet. Der er derfor også behov for kontinuerligt at udvikle og udanne begge grupper til at varetage forebyggelsesrelaterede opgaver (Alwan & Hornby 2002).

At arbejde tværfagligt og -sektorielt på sundhedsområdet fordrer en fælles mængde viden om de bestemmende faktorer for sundhed og sundhedsadfærd, samt hvordan disse påvirkes via eksempelvis sociale og bredere politiske tiltag. Dette gælder ikke mindst, når ambitionen er at sætte ind med strukturelle indsatser, eksempelvis rettet mod de fysiske og sociale rammer, der omgiver og former individets dagligdag og medvirker til faktisk og oplevet dannelse af muligheder og begrænsninger for bestemte typer adfærd (O'Neill & Hills 2000; Morales m.fl. 2009).

Ovenstående anvendes i øvrigt indimellem til at markere et særskilt behov for bestemte typer ledelse i relation til tværsektoriel forebyggelse. Det er af en række allerede markerede grunde vanskeligt at arbejde på tværs. Effektive ledere på området bør derfor have fokus på at stimulere netværksdannelse, formulering af fælles mål, der giver mening og kollektiv retning samt oplevelser af fælles eje for så vidt angår udfordringer og muligheder. For at fremme sundhed – og herunder effektiv forebyggelse – skal ledere fremme synergi og samarbejde på baggrund af en fælles delt sundhedsmission (Baum m.fl. 2006; Hall m.fl. 2009).

Ovenstående anbefalinger synes intuitivt korrekte og er sikkert også ganske fornuftige. Det bør dog markeres, at de hviler på et forholdsvist løst empirisk grundlag.

Sund By Netværket er et af de fora, hvor betydningen af procesorienterede præmisser, som de ovennævnte, er søgt vurderet over lang tid og med en hvis grad af systematik. Dette netværk har i det hele taget fokus på at fremme institutionelle og politiske forandringer, som på længere sigt forventes at bidrage positivt til forbedret sygdomsforebyggelse. Indtil dato er det ikke i nogen særlig grad lykkedes netværket (nationalt som internationalt) at producere belæg for, at denne type organisatoriske og processuelle tiltag har synlig effekt på relevante mål for sundhed og sygdom (jf. bl.a. Sharp 2002; De Leeuw & Skovgaard 2005; Hall m.fl. 2009). Det gælder for så vidt også den præcise betydning af veluddannede medarbejdere og ledere, der på tværs af sektorer er engageret i sundhedsområdet.

I snæver forstand er der ikke megen sikker viden at støtte sig til på dette punkt. Grunden til, at kvalificering af medarbejdere og ledere alligevel ofte fremhæves som afgørende for effektivt sundhedsarbejde – også på tværs – er ganske givet, at et kompetent personale under alle omstændigheder er afgørende for overhovedet at sætte initiativer i værk. De humane ressourcer – i form af medarbejdere – er en uundværlig komponent i den organisation, de processer og de arbejdsformer, som skal til for at forebyggelsen "rammer" borgeren med god effekt.

Generelt er det i øvrigt sjældent muligt at foretage en sikker vurdering af, hvilke konsekvenser organisatoriske initiativer (herunder HR-området) isoleret har på sluteffekterne af selv ret simple forebyggelsestiltag. Men den organisationsanalytiske vurdering kan blotlægge de rammer og ordninger, der under bestemte forhold kræves for at bringe bestemte tiltag til anvendelse i den definerede målgruppe (Kirkwood 2004; Kohatsu m.fl. 2004).

Sluttelig kan der med god ret henvises til, at det brede sundhedsbegreb naturligt fører til en interesse for de processer, aktiviteter og mekanismer, som skaber og muliggør sundhed og trivsel hos individer og grupper (Kamper-Jørgensen m.fl. 2009). Kvaliteten af disse forhold bør dermed også anvendes som succesmål på forebyggelsesområdet. Kapacitet til at udvikle involverede personalers redskaber og kundskaber til at arbejde på tværs er et udmærket eksempel på et relevant procesmål. Hvorvidt det skal og kan sættes i spil som en indikator for succes, er ofte en beslutning, der involverer såvel sundhedsprofessionelle, forvaltningsmæssige og politiske perspektiver (O'Neill & Simard 2006).

Kommunikation

Virkningsfuld tværsektoriel forebyggelse er betinget af et stabilt, kontinuerligt flow af information mellem og om involverede parter. God indbyrdes informationsgivning og kommunikation er bl.a. central for effektiv og fælles overvejet beslutningstagen.

En koordineret indsats om *sundhed på tværs* fordrer altså, at der indledningsvist skabes en stabil og velfungerende kommunikationsstruktur, der binder parterne sammen og stimulerer deling af oplysninger idéer og erfaringer. Afhængigt af behov og muligheder kan strukturen bygge på formelle og/eller uformelle møder, der finder sted i fysiske og/eller virtuelle rum og under anvendelse af en række IKT⁵-redskaber.

At opbygge og opretholde en aktiv og brugbar kommunikationsstruktur i forbindelse med koordinerede, tværgående sundhedsindsatser anføres som en central, men samtidig tidstung opgave. Særligt i opstartsfasen kan opgaven yderligere kompliceres af, at der hersker store forskelle i parternes viden om specifikke emner og kommunikationskapacitet (Jf. eks. Campbell 2006).

Synlighed

At gøre den tværsektorielle indsats synlig er vigtig for at bevare engagementet på alle relevante niveauer (eksempelvis blandt projektmedarbejdere, deres nærmeste ledere og politiske beslutningstagere) samt for at sikre kontinuitet og konsistens i den samlede indsats.

Synlighed refererer til tre aspekter (her i følge Koelen m.fl. 2008):

For det første synlighed om indsatsens aktiviteter. Det drejer sig om tilstedeværelse ved relevante (lokale) begivenheder og promovering via eksemplvis oplysningsmaterialer etc.

For det andet synlighed om indsatsens resultater. I den forbindelse kan der med fordel skelnes mellem resultater på kort, mellemlang eller lang sigt. De kortsigtede er de mest nærliggende virkninger, der med forskellig sikkerhed kan tilskrives at være resultatet af en specifik intervention. Forebyggelsesrelevante eksempler herpå kan være indstilling i relation til livsstilsændringer eller forandring i tro på, at personlige levemåder og livsvilkår står til at ændre ved egen kraft. Mere langsigtede virkninger af forebyggelsesindsatser kan være

⁵ Informations- og KommunikationsTeknologi.

ændringer i sundhedsadfærd i relation til eksempelvis kostvaner og fysisk aktivitet (Oakley 2005).

På sundhedsområdet er de klassiske endelige effektmål sygelighed og dødelighed. I bestræbelserne på at opretholde opmærksomhed om en given indsats anbefales det at anvende resultater på kort og lang sigt til at synliggøre både de effektive og knapt så effektive komponenter – herunder også gerne den formodede effekt af tværsektorielle tilgange.

Ovenstående harmonerer udmærket med store dele af forebyggelsesområdet, hvor der i forbindelse med effekt- og resultatevalueringer som oftest måles på udvikling i indikatorer, som det med stor sikkerhed kan godtgøres har betydning for den senere manifestation af endelige effekter (Sundhedsstyrelsen 2007).

For det tredje synlighed om indsatsens særskilte betydning for de involverede parter, og hvad disse selvstændigt bidrager med. Dette er med til positivt at forpligte parterne og højne mulighederne for kontinuerlig motivation.

Udvikling af konkrete programmer, der effektivt trækker på ressourcer i alle relevante sektorområder

Der er brug for multikomponente forebyggelsesprogrammer for at frembringe større skift folkesundheden hen imod længere liv med flere gode leveår og social lighed i sundhed. Helhedsorienterede programmer kræver en stærk organisering af indsatser på tværs af sektorområder og på langs af myndighedsniveauer – eksempelvis fra stat, til regioner og kommuner. Litteraturen godtgør, at en sådan organisering i høj grad står og falder med evnen til at etablere virkningsfulde mekanismer, der sikrer koordination af ressourceanvendelse og aktiviteter – ikke mindst når det drejer sig om at udvikle eller ændre lovgivning, politikker eller større strategiske planer på områder ud over sundhed (Ståhl m.fl. 2006).

Kommunen udgør en brugbar arena for integrering af central lovgivning, lokale behov, præferencer og ressourcer samt aktiv deltagelse af specialenheder som eksempelvis nationale videns- og rådgivningsenheder af relevans for sundhedsområdet (danske eksempler kunne være Sundhedsstyrelsen, Servicestyrelsen, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø).

Udvikling af sundhedsfremmende politikker på tværs af kommunens virkefelter anføres som et af de bedre eksempler på en mekanisme til at skabe opmærksomhed og fælles initiativer til gavn for borgernes sundhed og trivsel (jf. eks. Baum 2008, kap. 22-24). Konkret har det, i forbindelse med tiltag som de ovennævnte, været forsøgt at opbygge forskellige typer tværgående, strategiske styregrupper, der fortløbende har haft til opgave at overvåge, vurdere og sørge for indsats i relation til en given befolknings sundhed (i bred forstand).

Det har været en succes for så vidt angår at holde momentum i forebyggelsesindsatsen og skabe konsistens (jf. eks. Baum 2008, kap. 23), men det har ikke været med til at flytte fokus mere over på emner som "ulighed i sundhed" og systematisk indsats i forhold til de mere distale determinanter for sundhed (se f.eks. Mackenbach 2009). Og det har heller ikke nødvendigvis skabt merværdi for så vidt angår *sundhed på tværs* og sundhed som et fokuspunkt i alle politikområder (der kan læses mere herom i bl.a. Hansen & Jørgensen 2008).

At markere udvikling af sundhedsfremmende politikker samt etablering af sundhedsstrategiske grupper på kommunalt niveau som gode redskaber til at fremme *sundhed på tværs* kan ikke i videre udstrækning begrundes i en stor empirisk viden om den eksakte virkning af sådanne tiltag på berørte menneskers sundheds- og sygdomsmønstre. Der er således tale om anbefalinger af

rammeforhold, der på baggrund af også almen viden om optimal fremdrift og samarbejde i politiske funderede organisationer synes at kunne fremme muligheder og potentialer for tværsektoriel forebyggelse (jf. bl.a. Green & Tsouros 2008).

4.3 Afrunding

Afslutningsvis opsummeres en række centrale faktorer for et bæredygtigt samarbejde om *sundhed på tværs*⁶:

Nødvendighed: Er/opfattes den foreslåede/planlagte indsats som vigtig i bestræbelserne på at opfylde organisationens mål?

Mulighed: Er der 'et åbent vindue' for indsatsen og kan denne understøttes politisk, økonomisk og organisatorisk på længere sigt?

Kapacitet: Har de involverede parter de nødvendige ressourcer til at gennemføre indsatsen?

Relationer: Er der foretaget en klar forventningsafstemning af samarbejdet samt opgave- og ansvarsfordelingen mellem de involverede parter?

Planlagte aktiviteter: Anerkender de involverede parter fuldt og helt behovet for samarbejde og deler de fælles forståelse af forpligtende mål og ambitioner?

Evalueringskriterier: Er der enighed om indsatsens evalueringskriterier og formidlingen af del- og slutresultater?

Fortsat engagement: Er de involverede parter klar til og indstillet på, at indsatsen kan munde ud i behov for nye initiativer eller fortsættelse af det allerede igangsatte?

Hvis der kan svares bekræftende på ovenstående, er der basis for tværsektoriel forebyggelse. Hvis der modsat er usikkerhed om flere af de nævnte punkter, må det vurderes, hvordan der enten arbejdes hen imod øget afklaring eller findes andre veje til håndtering af de forebyggelses- og sundhedsfremmeopgaver, der under alle omstændigheder byder sig til.

4.4 Sammenfatning

I nærværende rapport defineres strukturel forebyggelse som indsatser, der gennem lovgivning, styring og regulering har til formål at skabe sundhedsfremmende rammer for herigennem at styrke befolkningens sundhedstilstand. Derudover indgår de fysiske omgivelser – i betydningen menneskeskabte omgivelser såsom boligkvarterer, parker og vejnet – også som en del af strukturel forebyggelse.

Definitionen af strukturel forebyggelse er – som allerede anført – bredspektret derved, at også decentrale reguleringsmekanismer inkluderes. Således er eksempelvis lokale tiltag som vedtagelse af kost- og motionspolitikker på kommunale institutioner at betragte som strukturel forebyggelse.

At strukturel forebyggelse overhovedet betragtes som vigtig, er i høj grad en anerkendelse af, at det ikke er tilstrækkeligt blot at se sundhed og sygdom i det perspektiv, hvor individets livsstil – isoleret betragtet – bliver det primære omdrejningspunkt for intervention. Sundhed opfattes derimod som et fælles anliggende, hvor fokus også er på udvikling af incitamentsstrukturer, som motiverer og faciliterer øget sundhed hos den enkelte borger.

Som det fremgår af ovenstående, er der mange områder med potentiale for strukturel forebyggelse. Der er peget på en række af de muligheder, hvorom der i dag vides mest om effektive og realiserbare interventioner – eksempelvis

⁶ Adapteret fra Baum 2008, kap. 23.

vedrørende afgiftspolitiske interventioner, interventioner, der indeholder forbuds- og reguleringstiltag, samt effekten af fysisk planlægning og infrastruktur.

I den forbindelse er der grund til at have særligt fokus på, hvordan strukturelle omlægninger kan bidrage til at mindske den sociale ulighed i sundhed ved at sikre alle medborgere lige muligheder for at øve indflydelse på de faktorer, der betinger sundhed og trivsel.

For så vidt angår tværsektoriel forebyggelse, er der i kapitlet beskrevet et antal faktorer, der synes at være centrale i forsøgene på at skabe synergi og effektivt samarbejde i relation til offentlige myndigheders tværgående opgaver og ambitioner på forebyggelsesområdet. Flertallet af disse drejer sig om kvaliteter, som går igen i karakteriseringer af god offentlig virksomhed i almindelighed.

Hvad angår det kommunale niveau, udgør forebyggelsesområdet et relativt nyt indsatsfelt med et betragteligt behov for og ønske om tværsektorielt samarbejde. Dette er eksempelvis med til at udfordre den altid svære kobling mellem projektarbejde og driftsorganisationens virkemåde (jf. kapitel 6). Bl.a. af den grund skal der på forebyggelsesområdet være ekstra stor opmærksomhed på generelt vigtige fokusfelter i forbindelse med initiering, prioritering, implementering, monitorering og evaluering af mulige indsatser (jf. bl.a. afsnit 5.3).

5. KORTLÆGNING AF LOVGIVNING

Lovgivningsrammen for kommunernes arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse er sundhedslovens § 119. Kommunalbestyrelsen tillægges ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis, samt at kommunalbestyrelsen skal etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Opgaven med at skabe sunde rammer er således et tværgående ansvar i kommunen og bør derfor heller ikke løftes af en sundhedsafdeling alene. Det skaber et behov for, at kommunens fagområder kan arbejde sammen på tværs og dermed kan se en fordel i at løse opgaver, der fremmer folkesundheden sammen.

De fleste af de kommunale opgaver er fastlagt i lovgivningen – ligesom kommunerne som en del af den offentlige forvaltning er underlagt de generelle love om myndigheders virksomhed.

I denne undersøgelse er fokus ikke på kommunernes almene styring, men derimod (som allerede anført) på, hvordan reguleringen af diverse sektorområder spiller/kan spille en rolle i relation til strukturel og tværsektoriel forebyggelse. Derfor er eksempelvis følgende love relevante: serviceloven, planloven, folkeoplysningsloven, folkeskoleloven og dagtilbudsloven. En reguleringskilde som sygedagpengeloven er også central. Sundhedsloven indtager en særlig position som et samlet kompleks (pr. 2005), der overhovedet bemyndiger og forpligter kommuner til at varetage store dele af det forebyggende arbejde.

Ovennævnte lovgivninger er i varierende grad såkaldte rammelove, som overordnet regulerer indsatsen inden for centrale (velfærds)områder. Hertil knytter der sig eksempelvis bekendtgørelser og cirkulærer, som over tid udfylder og viderequalificerer de – på nogle felter mere end andre – ret generelle lovgivningsbetingede bestemmelser. Kommunernes grad af påvirkning afhænger af lovgivningens indhold. I en del af rammelovgivning har kommunerne mulighed for at bestemme, hvilke mekanismer der skal anvendes – og hvordan. I forhold til mere specifik lovgivning (f.eks. proceslovgivning) er kommunernes råderum begrænset til at kunne bestemme, hvordan mekanismerne udmøntes i praksis.

Til forskel fra regionerne har kommuner et vist spillerum for at tage nye opgaver op. Dette sker under henvisning til *kommunalfuldmagten*, der giver lokale myndigheder mulighed for at anvende ressourcer på ulovbestemte opgaver. Dette finder sted på en række områder. I forhold til denne undersøgelse er forenings-, kultur- og fritidsfelterne sandsynligvis ganske interessante, idet der her kan sættes ind med forebyggelse via støtte til eksempelvis idrætslivet.

5.1 Sammenhæng mellem strukturel forebyggelse og formål på andre forvaltningsområder

Strukturel forebyggelse foregår ofte i et samarbejde mellem sundhedsforvaltningen og andre forvaltninger. Dette samarbejde kan have forskellige vilkår, afhængigt af hvilken rolle sundhed spiller i de andre sektorer. Særligt to dimensioner er centrale:

- **Formål:** Indgår sundhed som et formål for indsatsen på de andre områder? Nævnes sundhed eksplicit, eller kan det udledes af formålsparagrafferne?
- **Målsætninger.** Kan en sundhedsindsats fremme eller hæmme de målsætninger, der er gældende på forvaltningsområdet.

Principielt set kan man forestille sig en række forskellige scenarier, der giver forskellige vilkår for samarbejde på tværs af forvaltninger:

Tabel 5-1: Sammenhæng mellem forebyggelse og sektorlovgivning

	Lav værdi for forebyggelse	Høj værdi for forebyggelse
Lav relevans for sektormålsætninger	Type 1: Ikke relevant	Type 3: Skub fra sundhedsforvaltningen
Høj relevans for sektormålsætninger	Type 2: Skub fra øvrige forvaltninger	Type 4: Fælles interesse

Som angivet i ovenstående tabel er der forskellige mulige konfigurationer i forhold til, hvordan sektorformål og værdien for forebyggelse spiller sammen.

Type 4 er områder, hvor forebyggelse og sektormålsætninger går hånd i hånd. Et eksempel på dette kunne være folkeskoleområdet, hvor rammer, der fremmer en sund adfærd hos eleverne, både vil fremme folkesundheden og elevernes læring.

Type 3 er områder, hvor der vil være en høj værdi for forebyggelse, men hvor det ikke direkte fremmer målsætningerne på sektorområdet. Eksempler på det kan være dele af teknisk forvaltning i kommunerne. At indtænke sundhed på disse områder understøtter måske ikke de specifikke målsætninger på eksempelvis lokalplanlægning eller trafikregulering, men det kan være meget relevant i et forebyggelsesperspektiv, særligt i forhold til at skabe gode rammer for motion.

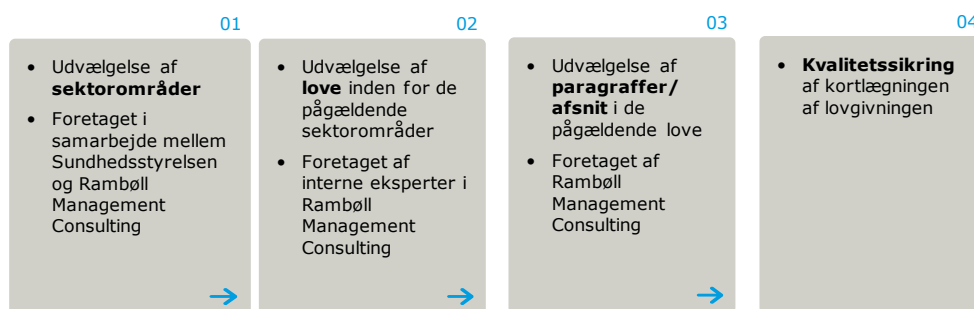
Type 2 er områder, hvor sundhed eksplicit fremgår af sektormålsætninger, men ikke er særligt relevante i et forebyggelsesperspektiv.

Type 1 er områder, hvor der hverken er værdi i forhold til forebyggelse eller relevans i forhold til sektorlovgivningen. Eksempler kunne være skatteinddriving, dele af forsyningsvirksomheden og lignende.

I forlængelse af ovenstående tabel er det derfor interessant, hvordan lovgivningen på de enkelte sektorområder kan understøtte værdien af forebyggelse. Lovgivningen på hvert af sektorområderne er kortlagt for at identificere, om der er områder, hvor der er fælles interesser for sektoren og forebyggelse. Lovgivningen er gennemlæst med et bredt sundhedsperspektiv for øje, således at det ikke kun er de åbenlyse sundhedsrelaterede emner eller de steder, hvor sundhed er nævnt eksplicit, der medtages.

Arbejdet med kortlægningen er sket i fire faser for at sikre både en høj sektorfaglighed og et højt sundhedsfagligt kendskab (se endvidere metodeafsnit 7.2):

Figur 5-1: Illustration af de fire faser i kortlægningen



Udvælgelse af sektorumråderne i *første fase* er sket i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og inkluderer følgende sektorumråder:

- Folkeskoleområdet
- B beskæftigelse
- Børn & unge (dagtilbud og udsatte børn og unge)
- Ældre
- Handicap
- Udsatte-området (psykisk syge og misbrugere)
- Teknik og miljø
- Kultur og fritid.

Udsatte-området har snitflader med flere sektorer – eksempelvis børn & unge, ældre og handicap – hvorfor udsatte-dimensionen afdækkes via kortlægningen af sektorumråderne og derfor ikke behandles særskilt i den resterende del af kapitlet/rapporten.

I *anden fase* er eksperter med højt sektorfagligt kendskab blevet bedt om at udpege de mest relevante områder i den pågældende lovgivning. *Tredje fase* fokuserer på det sundhedsfaglige, idet gennemlæsning af de udpegede områder foretages af personer med en sundhedsfaglig baggrund. Endelig kvalitetssikres kortlægningen i *fase fire*.

På tværs af alle de valgte sektorumråder er der i den tilhørende lovgivning identificeret muligheder for at arbejde med strukturel forebyggelse. Dermed er der på alle otte sektorumråder via lovgivningen mulighed for at skabe en "fælles interesse" mellem sektoren og forebyggelse (type 4 i ovenstående tabel).

Det varierer fra sektorumråde til sektorumråde, hvor mange elementer der er identificeret i lovgivningen, samt hvor stor vægt de tillægges. Differentieringen i vægtningen fremgår ved, at nogle formålsparagraffer eksplicit integrerer et sundhedselement, mens andre blot nævner begrebet i enkelte af lovens paragraffer.

I nedenstående er nævnt de lovgivninger, hvor der i den enkelte lovgivnings formål eksplicit eller implicit er omtalt forebyggende og eller sundhedsfremmende elementer:

- Sygedagpengeloven
- Folkeskoleloven
- Dagtilbudsloven
- Serviceloven
- Folkeoplysningsloven
- Planloven
- Naturbeskyttelsesloven
- Miljøbeskyttelsesloven

I hovedparten af de ovenfor nævnte lovgivningers formålsparagraffer er sundhedsperspektivet nævnt eksplicit, og dermed fremgår det tydeligt, at det i de pågældende lovgivninger er relevant at arbejde med strukturel forebyggelse. For eksempel er sundhedsperspektivet nævnt eksplicit i Naturbeskyttelsesloven, idet den søger at tage hensyn til menneskets livsvilkår i form af et bæredygtigt grundlag samt har fokus på friluftsliv og vandmiljø. I enkelte af ovenstående lovgivninger er sundhedsperspektivet modsat nævnt implicit, for eksempel i Folkeskoleloven, hvor folkeskolen skal være med til at fremme "den enkelte elevs alsidige udvikling", hvilket er relateret til sundhed, jf. det brede sundhedsbegreb, og hvorfor det er relevant i forhold til at arbejde med tværsektoriel, strukturel forebyggelse.

Selvom sundhed ikke beskrives som værende en del af formålet med sektorlovgivningen, kan forebyggelse sagtens være inkluderet i lovens underordnede fokus. Så mens ovenstående afsnit, omhandlede sundhedsperspektivet i formålsparagraffer, har kortlægningen endvidere fokuseret på sundhed i samtlige af lovenes paragraffer/afsnit. De underordnede sundhedsdimensioner kan således være med til at identificere muligheder for yderligere, ikke åbenlyst, tværsektorielt samarbejde.

På områder som folkeskoleområdet, dagtilbud, børn og unge, beskæftigelse og ældre er der oplagte "fælles interesser" med forebyggelse, fordi sektorernes målgruppe i forvejen modtager en eller anden ydelse fra kommunen, og fordi det derfor er muligt at indtænke forebyggelse.

Områder som miljø og teknik er måske en mere oplagt samarbejdspartner end først antaget. Som det fremgår af nedenstående tabel, er der identificeret 20 mulige steder i lovgivningen på området, hvor der allerede er et forebyggende element, eller hvor muligheden herfor foreligger.

Nedenstående oversigt illustrerer, hvordan elementerne fordeler sig på de enkelte områder:

Tabel 5-2: Mulige elementer til at underbygge et samarbejde

Sektorområde	Antal punkter
Generelt	7
Folkeskole	38
Beskæftigelse	12
Børn & unge	15
Dagtilbud	20
Ældre	39
Handicap	8
Udsatte	9
Teknik & Miljø	19
Kultur og fritid	16
I alt	185

På tværs af de udvalgte sektorområder er der 185 forskellige steder, hvor lovgivningen kan understøtte et tværgående samarbejde mellem sundhedsområ-

det i en kommune og en eller flere af kommunens andre traditionelle forvaltningsområder.

Med udgangspunkt i de – af sektorekspertene – udpegede lovtekster kan der opstilles følgende oversigt over de områder, som har henholdsvis høj og lav værdi for sektorerne og/eller forebyggelse:

Tabel 5-3: Sammenhæng mellem forebyggelse og sektorlovgivning

	Lav værdi for forebyggelse	Høj værdi for forebyggelse
Lav relevans for sektormålsætninger	<u>Type 1: Ikke relevant</u> Bekendtgørelse om offentliggørelse af bygningsreglement 2008	<u>Type 3: Skub fra sundhedsforvaltningen</u> Folkeoplysningsloven
Høj relevans for sektormålsætninger	<u>Type 2: Skub fra øvrige forvaltninger</u> Bekendtgørelse om bygherrens pligter	<u>Type 4: Fælles interesse</u> - Sygedagpengeloven - Folkeskoleloven - Dagtilbudsloven - Servicebogen - Planloven - Naturbeskyttelsesloven - Miljøbeskyttelsesloven - Vejledning om personlig og praktisk hjælp, træning, forebyggelse mv.

Som det fremgår af ovenstående tabel er mange områder karakteriseret ved, at formålet understøttes af forebyggelsesinitiativer, samtidig med at de vedrører et område, som meningsfuldt vil kunne bruges til at fremme forebyggelse generelt. Analysen peger derfor på, at der på alle traditionelle forvaltningsområder er klare potentialer for samarbejde om forebyggelse.

5.2 Overblik over særlig relevant sektorlovgivning

Kortlægningen af lovgivningen har identificeret mange potentielle snitflader mellem sundhedsområdet og sektorområderne. I nedenstående oversigt har vi forsøgt at udvælge områder i lovgivningen, som meget klart indeholder et potentiale for at arbejde med tværsektoriel og strukturel forebyggelse. For overskuelighedens skyld er listen reduceret til ca. 20 områder på tværs af sektorområder. Oversigten har fokus på de steder, hvor der i lovgivningen angives mekanismer, der kan anvendes i en tværsektoriel (f.eks. krav om tværgående samarbejde) eller strukturel (f.eks. krav om politikker, planer eller standarder) kontekst.

Tabel 5-4 Oversigt over særlige relevante elementer i lovgivningen

Ældre og handicapområdet					
Område	Indhold	Målgruppe	Potentiale for folkesundheden	Potentiale for sektorlovgivningens formål	Eksempler fra kommunerne
Forebyggelsestilbud (serviceloven § 79)	Kommunalbestyrelsen kan iværksætte eller give tilskud til generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte.	Ingen fast defineret målgruppe kan potentielt set omfatte alle kommunens borgere.	Høj – en fokuseret anvendelse af forebyggelsestilbud kan understøtte en forbedret sundhedstilstand.	Høj – en forbedret sundhedstilstand vil forbedre den enkeltes mulighed for at tage vare på sig selv og dermed opfyldes et af servicelovens formål.	En kommune har eksempelvis patientforløb for borgere med diabetes. Forløbene øger borgernes viden om sygdommen og reducerer risikoen for følgesygdomme og forværring af sygdomstilstand. Forløbene kan gøres det obligatorisk for alle diabetespatienter.
Træning og genoptræning (serviceloven § 85-86)	Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse, forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.	Personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige problemer.	Høj –, hvis disse personer får tilbudt den rette hjælp, vil det have stor betydning for deres videre forløb, da borgerne evne til at klare opgaver på egen hånd forbedres.	Høj – en forbedret sundhedstilstand vil forbedre den enkeltes mulighed for at tage vare på sig selv og dermed opfyldes et af servicelovens formål.	En kommune har eksempelvis oprettet særlige stier til genoptræning. Stierne er lavet med sving og niveauer, så alle muskelgrupper skal bruges. Genoptræningsstierne er med til at bringe sundheden ud fra kommunale institutioner. Borgeren bliver derved introduceret til genoptræning og motion i lokalteter, de selv efterfølgende kan opsøge.
Kvalitetsstandarder	Kvalitetsstandarden skal bruges som grundlag for den daglige indsats i kommunen på bl.a. træningsområdet. Derfor skal kvalitetsstandarden indeholde konkrete mål og planer for, hvordan de politisk vedtagne målsætninger skal føres ud i livet. Kommunalbestyrelsen skal	Ingen fast defineret målgruppe kan potentielt set omfatte alle kommunens borgere.	Høj – ved at tænke sundhed ind i kvalitetsstandarden vil dette i høj grad have betydning for folkesundheden.	Høj – hvis sundhed bliver tænkt ind i kommunens kvalitetsstandarder, vil dette kunne få en betydning for borgerens sundhedstilstand og dermed have et forebyggende sigte.	Et eksempel i en kommunal kontekst kan være, at kommunens social og sundhedshjælpere kompetenceudvikles specifikt i forhold til at tænke forebyggelse ind i de daglige arbejdsopgaver. Som eksempel kan nævnes, at borgeren i samarbejde med social og sundhedshjælperen

	via kvalitetsstandarden skabe gennemsigtighed om sammenhængen mellem det politisk fastsatte serviceniveau, de konkrete afgørelser om træning og den ydelse, der leveres hos den enkelte borger.				træner til, at borgeren fremadrettet selv kan klare på- og afklædning.
Tilsyn med plejeboliger (serviceloven § 151)	Som led i tilsynsforpligtelsen efter stk. 1 skal kommunalbestyrelsen hvert år foretage mindst ét anmeldt og ét uanmeldt tilsynsbesøg på plejehjem, i plejeboligbygninger, der er omfattet af lov om almene boliger m.v. eller lov om boliger for ældre og personer med handicap, og i andre tilsvarende boligheder i kommunen. Tilsynet omfatter indsatsen over for de beboere og lejere, der modtager kommunale serviceydelser.	Personer, der bor i de nævnte boligheder.	Middel – disse tilsyn har ikke umiddelbart et forebyggende sigte, men skal være med til at sikre, at forholdene på kommunens boligheder er i orden.	Middel – tilsynene kan foretages med aktører med en sundhedsfaglig baggrund, både i forhold til den nuværende situation, men samtidig også have et forebyggende sigte.	Et tænkt eksempel i en kommunal kontekst kan være, at de tilsynsførende i kommunerne har viden om, hvordan indretning af boliger kan forebygge evt. faldulykker. Man kan også forestille sig, at en kommune som del af sit tilsyn følger op på ledelsesinformation om de enkelte plejecentres "performance" i forhold til at undgå indlæggelser og genindlæggelser på udvalgte diagnoser. Og i den forbindelse giver konkret rådgivning til den lokale ledelse i, hvordan specifikke problemer kan håndteres
Forebyggende hjemmebesøg (bekendtgørelse af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. § 1)	Kommunalbestyrelsen skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg til alle borgere, der er fyldt 75 år, og som bor i kommunen.	Personer over 75 år.	Høj – hjemmebesøget har et forebyggende sigte. Dette vil have en positiv betydning for den enkelte borger.	Høj – hjemmebesøgene har et forebyggende sigte. Samtidig opfyldes et af servicelovens formål.	Et kommunalt eksempel er, at sundhedsafdelingen deltager i et samarbejde om de forebyggende hjemmebesøg. Dette er med til at øge fokus på det sunde liv ved kostråd samt information om motion.

Beskæftigelsesområdet					
Område	Indhold	Målgruppe	Potentiale for folkesundheden	Potentiale for sektorlovgivningens formål	Eksempler fra kommunerne
Sygedagpengeloven § 9 (visitation og opfølgning)	Stk. 1. Kommunen skal efter behov inddrage relevante aktører i opfølgningen, herunder arbejdsplads, læge, arbejdsløshedskasse, faglig organisation, arbejdsformidling, revalideringsinstitutioner, sygehuse og sygehusafdelinger. Kommunen skal have fokus på at udvikle samarbejdet med de praktiserende læger og med arbejdspladserne.	Borgere, som er omfattet af sygedagpengeloven, og som er fysisk og psykisk stabile nok til at deltage i sundhedsfremmende forløb.	Middel – en fokuseret anvendelse af forebyggelses-tilbud i en sammenhængende indsats vil for nogle grupper hjælpe til en forbedret sundhedstilstand.	Middel –, en forbedret sundhedstilstand vil forbedre den enkeltes mulighed for at kunne vende tilbage til arbejdsmarkedet.	Obligatorisk aktiveringsprojekt med fokus på sundhed og selvbevidsthed. Motion, sund kost og fremtræden er grundelementer i forløbet.
Opfølgning i sygedagpengesager (sygedagpengeloven § 8 stk. 1-3)	Individuel og fleksibel opfølgning på sygemeldte. Indsatsen skal være helhedsorienteret og sammenhængende.	Målgruppen er alle sygemeldte i kommunen.	Middel – en mere helhedsorienteret indsats over for den sygemeldte kan betyde, at denne hurtigere kan vende tilbage til arbejdsmarkedet.	Middel – en helhedsorienteret og sammenhængende indsats vil forbedre den enkeltes mulighed for at kunne vende tilbage til arbejdsmarkedet.	Et tænkt eksempel i en kommunal kontekst er, at en kommunal forløbskoordinator følger den sygemeldte gennem hele forløbet og dermed kan sikre en helhedsorienteret indsats.
Andre aktører i opfølgning på sygedagpenge (sygedagpengeloven § 19)	Opfølgning på sygedagpenge kan overlades til andre aktører.	Målgruppen er alle sygemeldte i kommunen.	Middel – hvis aktører med en sundhedsfaglig baggrund inddrages i opfølgningen, kan dette være med til at give den sygemeldte en bedre sundhedsadfærd.	Middel – integreres et sundhedsaspekt i indsatsen, kan det hjælpe til at forbedre muligheden for at vende tilbage til arbejdsmarkedet ⁷ .	Kommunale eksempler er projekter, hvor sygedagpengemodtagere har mulighed for at arbejde med kost og motion. Disse projekter hjælper til at afkorte sygedagpengeperioden samt giver bedre mulighed for fastholdelse ved vaneændringer hos borgeren.

⁷ Det bemærkes, at Lov om Aktiv beskæftigelsesindsats eksplicit motiverer inddragelse af andre aktører med, at disse skal have en særlig ekspertise inden for det felt, hvor de inddrages.

Miljø og teknik					
Område	Indhold	Målgruppe	Potentiale for folkesundheden	Potentiale for sektorlovgivningens formål	Eksempler fra kommunerne
Bekendtgørelse af lov om planlægning § 33a (planers tilvejebringelse og ophævelse)	Stk. 3. Strategien skal for kommunalbestyrelsens vedkommende indeholde kommunalbestyrelsens politiske målsætninger for det fremtidige arbejde inden for følgende indsatsområder: 1) Mindskelse af miljøbelastningen 2) Fremme af en bæredygtig byudvikling og byomdannelse 3) Fremme af biologisk mangfoldighed 4) Inddragelse af befolkningen og erhvervslivet i det lokale Agenda 21-arbejde og 5) Fremme af et samspil mellem beslutningerne vedrørende miljømæssige, trafikale, erhvervsmæssige, sociale, sundhedsmæssige, uddannelsesmæssige, kulturelle og økonomiske forhold.	Alle kommunens borgere.	Høj – hele miljøområdet har stor betydning for befolkningens sundhedstilstand. Området er dog allerede velreguleret. Der er særligt muligheder i forhold til planlægning, hvor anvendelse af kommunens arealer kan bruges til leg og bevægelse.	Middel – får kommunens borgere et kendskab til eksempelvis rekreative områder, kan det øge brugen.	Et kommunalt eksempel er etablering af en sundhedssti på gamle jernbanespor. Distancen er 42 km. Overnatningssteder. Legepladser, folkesundhedspladser. Man tænker et aktivitetsområde for alle aldersgrupper med lysløjpesti, hus, toiletter, evt. salg af madvarer.
Naturbeskyttelse (vejledning om naturbeskyttelsesloven kapitel 10.3)	Af hensyn til befolkningens friluftsliv er det vigtigt, at der på regionalt niveau sker en nøjere analyse af de muligheder, som befolkningen har for at færdes i naturen, og at der på grundlag heraf sker en planlægning af, hvor der bør skabes muligheder for, at befolkningen kan færdes i eller igennem småskovene, udyrkede arealer og det åbne land i øvrigt.	Alle kommunens borgere.	Middel – hvis mulighederne for at færdes i naturen er optimale, vil dette formodes at øge befolkningens friluftsliv.	Middel – hvis mulighederne for, at borgerne kan færdes i naturen forbedres, vil dette ligeledes øge brugen.	En kommune har opstillet hytter i skovene, som kommunens institutioner kan få nøgler til og bruge. Man vil også have erhvervslivet ud at bruge dem og er derfor ved at kortlægge interesse og krav i den forbindelse.

Kommuneplanen (bekendtgørelse af lov om planlægning kapitel 4)	For hver kommune skal der fore- ligge en kommuneplan.	Alle kommunens borge- re.	Middel – kommunalplanen kan laves i samarbejde med sundhedsafdelingen for at sikre et sundhedsre- lateret aspekt.	Lav – kommuneplanen kan gennemføres uden, at der indtænkes sundhed, men det fremmer den helhedsoriente- rede tankegang i kommunen at integrere sundhed. Sender et signal om, at det er et an- svar, alle i kommunen skal løfte.	Et kommunalt eksempel er Agenda 21: Der etableres en generel kobling mellem bæ- redygtighed og sundhed. Me- re specifikt udarbejdes ret- ningslinjer for bæredygtig- hed og sundhed ved kom- munale projekter.
--	--	------------------------------	---	---	---

Kultur og fritid					
Område	Indhold	Målgruppe	Potentiale for folkesundheden	Potentiale for sektorlovgivningens formål	Eksempler fra kommunerne
Folkeoplysningsloven § 6	Stk. 1. Kommunalbestyrelsen fastsætter og fordeler årligt en beløbsramme til 1) den folkeoplysende voksenundervisning, jf. kapitel 4 2) det frivillige folkeoplysende foreningsarbejde, jf. kapitel 5 Stk. 2. Kommunalbestyrelsen kan beslutte, at dele af den beløbsramme, der er nævnt i stk. 1, skal anvendes til nærmere angivne formål inden for lovens område.	Ingen fast defineret målgruppe – kan potentielt set omfatte alle kommunens borgere.	Middel – aktiviteter, der fremmer sundhed generelt, kan prioriteres.	Lav – da sundhed ikke behøver have betydning for udmøntning af folkeoplysningsmidler.	Et tænkt kommunalt eksempel er, at kommunen fastsætter kriterier, der prioriterer folkeoplysende aktiviteter med et sundhedsfremmende sigte som en del af den samlede indsats.
Tilskud til idræt og foreningsarbejde (folkeoplysningsloven § 16)	Kommunalbestyrelsen kan beslutte at yde tilskud til aktiviteter inden for idræt samt idébestemt og samfundsengagerende foreningsarbejde for personer over 25 år. Kommunalbestyrelsen anviser offentlige lokaler til aktiviteter inden for idræt samt idébestemt og samfundsengagerende foreningsarbejde. Foreningen skal opfylde tilskudsbetingelserne i loven, men det er ikke en betingelse, at der gives tilskud til aktiviteten.	Alle kommunens borgere over 25 år.	Middel – sundhedsafdelingen kan være med til at beslutte tilskudsbetingelserne og sikre, at sundhed prioriteres.	Høj – kommunen har allerede valgt at fremme idræt ved at yde tilskud efter paragraffen.	I en kommunal kontekst fremmer kommunen mulighederne for, at borgerne kan dyrke idræt ved at yde tilskud til og stille lokaler og faciliteter til rådighed, der kan bruges til forskellige former for fysisk aktivitet.
Krav til form og indhold i ansøgninger (folkeoplysningsloven § 18 og § 19)	Kommunalbestyrelsen kan fastsætte nærmere regler om formkrav til ansøgning om tilskud. Kommunalbestyrelsen fastsætter en tilskudsmodel ud fra lokale forhold.	Ingen fast defineret målgruppe –, kan potentielt set omfatte alle kommunens borgere.	Middel – sundhedsafdelingen kan være med til at beslutte tilskudsbetingelserne og sikre, at sundhed prioriteres.	Lav – da sundhed ikke behøver have betydning for udmøntning af folkeoplysningsmidler.	Et tænkt kommunalt eksempel er, at kommunen fastsætter kriterier, der prioriterer folkeoplysende aktiviteter med et sundhedsfremmende sigte.

Udsatte børn og unge					
Område	Indhold	Målgruppe	Potentiale for folkesundheden	Potentiale for sektorlovgivningens formål	Eksempler fra kommunerne
Gratis rådgivning og familieorienteret rådgivning (servicelovens § 10 og § 11)	Kommunalbestyrelsen skal sørge for, at enhver har mulighed for at få gratis rådgivning. Formålet med rådgivningen er at forebygge sociale problemer og at hjælpe borgeren over øjeblikkelige vanskeligheder. Kommunerne skal tilbyde gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien.	Alle kommunens borgere.	Middel – kommunen kan ud over selve rådgivningen tilbyde borgeren og evt. dennes familie en mere sundhedsrelateret støtte i form af råd om kost og motion.	Høj – da målet med rådgivningen er at forebygge, opfyldes et af servicelovens formål.	Kommunale eksempler er idrætsprojekter med fokus på udsatte. I projekterne er det vigtigt, at der er tæt opfølgning hos borgeren, da denne målgruppe ikke altid kan visiteres til eksisterende idrætsklubber i kommunen. Ved at sikre at kost og motion altid er et obligatorisk element i arbejdet med udsatte kan arbejdet gøres strukturelt.
Den tværfaglige gruppe (servicelovens § 49)	Kommunen skal nedsætte en tværfaglig gruppe, som skal sikre en tidlig og sammenhængende indsats, og at der skal formidles kontakt til lægelig, social, pædagogisk eller psykologisk bistand.	Børn, der er omfattet af § 49.	Middel – ved at nedsætte en tværfaglig gruppe er det muligt at give det udsatte barn eller unge en mere helhedsorienteret indsats.	Middel – den sammenhængende indsats kan godt fungere uden det sundhedsmæssige perspektiv. Ved at have det med i indsatsen kan den generelle sundhedstilstand vægtes højere. Desuden er sundhedsplejersken ofte den første "myndighedsperson", der møder familien.	Et tænkt eksempel i en kommunal kontekst er at ansætte eksempelvis ernæringsekspert og fysioterapeut, der arbejder med den udsatte gruppe og sætter fokus på krop og sjæl. Kan bringes i spil, såfremt man i den tværfaglige gruppe vurderer, at der er risiko i en konkret familie.
Undersøgelser af børn og unge (servicelovens § 50)	Kommunen skal iværksætte undersøgelsen af barnets forhold, der belyser barnets udvikling og adfærd, familieforhold, skoleforhold, sundhedsforhold, fritidsforhold og andre relevante forhold.	Børn, der er omfattet af § 50.	Middel – ved at sikre sundhedsfremme og forebyggelse i § 50-undersøgelser kan den generelle sundhedstilstand muligvis forbedres.	Middel – barnets sundhed er en vigtig del af § 50-undersøgelsen.	Et tænkt eksempel i en kommunal kontekst er, at sagsbehandlere har viden om det brede sundhedsbegreb, således de kan handle med det in mente.
Sammenhængende børnepolitik (serviceloven § 19)	Kommunalbestyrelsen skal udarbejde en sammenhængende børnepolitik, der har til formål at sikre sammenhængen mellem det generelle og forebyggende arbejde og den målrettede ind-	Børn og unge med behov for særlig støtte.	Middel – den sammenhængende børnepolitik forbedrer de sundhedsfremmende rammer for børn i kommunen.	Middel – sundhedsfremme og forebyggelse er en del af sigtet med den sammenhængende børnepolitik, og derfor er det naturligt at samarbejde med en sundhedsenhed om udarbejdelsen.	Et tænkt eksempel er, at børn & unge-afdelingen i samarbejde med sundhedsafdelingen udarbejder den sammenhængende børnepolitik, så den er relevant for begge parter.

	sats over for børn og unge med behov for særlig støtte.				
Tilsyn (serviceloven § 146 og § 148)	Kommunalbestyrelsen skal føre tilsyn med de forhold, hvorunder børn og unge under 18 år samt vordende forældre i kommunen lever. Yderligere skal Kommunalbestyrelsen i opholdskommunen føre tilsyn med de tilbud, som kommunalbestyrelsen i opholdskommunen i forhold til den enkelte person har truffet afgørelse om.	Børn og unge, der er omfattet af § 146 og § 148.	Middel – er det brede sundhedsbegreb en del af rammen for tilsyn, kan borgerens samlede tilstand vurderes, og der kan handles i forhold til den.	Middel – det vil være naturligt at have sundhedsperspektivet med i det samlede tilsyn.	Et tænkt eksempel i en kommunal kontekst er, at sagsbehandlere videreuddannes omkring det brede sundhedsbegreb.

Dagtilbud					
Område	Indhold	Målgruppe	Potentiale for folkesundheden	Potentiale for sektorlovgivningens formål	Eksempler fra kommunerne
Børnemiljøvurdering (dagtilbudslovens § 12)	Der skal i alle dagtilbud udarbejdes en skriftlig børnemiljøvurdering, som indeholder en kortlægning af dagtilbuddets fysiske, psykiske og æstetiske børnemiljø. Børnemiljøvurderingen skal beskrive eventuelle børnemiljøproblemer og indeholde en handlingsplan.	Alle børn, der benytter kommunens dagtilbud.	Høj – ved at lave en børnemiljøvurdering er dagtilbuddene med til at sikre, at børnene har de mest optimale rammer at færdes i, både fysisk og psykisk.	Høj – en del af formålet med børnemiljøvurderingen er at sikre gode fysiske og psykiske rammer at færdes i.	Kommunerne kan samarbejde på tværs af forvaltninger med at udarbejde gode børnemiljøvurderinger.
Pædagogisk læreplan (dagtilbudslovens § 8)	Der skal i alle dagtilbud udarbejdes en skriftlig pædagogisk læreplan. Den pædagogiske læreplan skal beskrive dagtilbuddets mål for børnenes læring inden for følgende temaer: 1) Alsidig personlig udvikling 2) Sociale kompetencer 3) Sproglig udvikling 4) Krop og bevægelse 5) Naturen og naturfænomener 6) Kulturelle udtryksformer og værdier.	Alle børn i kommunens dagtilbud.	Høj – i de pædagogiske læreplaner sikres det, at børnenes fysiske og psykiske tilstand stimuleres.	Høj – integreres fysisk og psykisk sundhed i pædagogiske læreplaner, skabes der mulighed for også at stimulere børnenes indlæring.	Kommunen gennemfører allerede de pædagogiske læreplaner. Et samarbejde med sundhedsafdelingen kan være relevant for at få inspiration til f.eks. krop og bevægelse.
Mulighed for madordninger (dagtilbudsloven § 17 og § 51)	Kommunalbestyrelsen kan beslutte at give mulighed for madordninger i dagtilbud og fritidshjem.	Alle børn i kommunens dagtilbud og fritidshjem.	Høj – børnenes mad og måltidsvaner i barndommen har betydning for deres vaner i det voksne liv. Sikres en sund madordning i dagtilbuddene, er sandsynligheden for, at disse fører med i det voksne liv, større.	Høj – en sund og nærende kost øger barnets trivsel.	Fra 1/1 2010 er det et krav, at alle dagtilbud skal tilbyde et måltid mad til børnene. Der kan sættes krav om næringsværdien i måltiderne.

Folkeskoleområdet					
Område	Indhold	Målgruppe	Potentiale for folkesundheden	Potentiale for sektorlovgivningens formål	Eksempler fra kommunerne
Mål og rammer for skolens virksomhed (folkeskoleloven § 40)	Stk. 2. Kommunalbestyrelsen fastlægger mål og rammer for skolernes virksomhed [...] 6) Frivillige madordninger, herunder madordninger i skolefritidsordninger.	Børn og unge i kommunens skoler.	Høj – grundlægges gode mad og måltidsvaner i barndommen, er sandsynligheden stor for, at de følger med i det voksne liv, og risikoen for livsstilssygdomme som følge af for højt ernæring reduceres. Evidens i litteratur for at retningslinjer som politik og prisinterventioner påvirker indtag og tilgængelighed af usunde madvarer.	Høj – en sund og nærende kost øger elevernes indlæringssevne og forbedrer deres trivsel.	Kommunen har mulighed for at indføre kost- og bevægelsespolitikker på kommunens skoler. Hermed kan tilgængeligheden til sund mad forbedres.
Mulighed for planlægning i skolebestyrelsen (folkeskolen § 44 stk. 2)	Stk. 2. Skolebestyrelsen fastsætter principper for skolens virksomhed, herunder om 1) Undervisningens organisering 5) Fællesarrangementer for eleverne i skoletiden, lejrskoleophold, udsendelse i praktik m.v. 6) Skolefritidsordningens virksomhed	Børn og unge i kommunens skoler.	Middel – principperne kan laves i samarbejde med sundhedsafdelingen for at sikre, at sundhed prioriteres i disse.	Høj – hvis skolebestyrelsen sikrer en god virksomhed, er dette med til at øge den enkelte elevs alsidige udvikling.	Som eksempel i en kommunal kontekst kan nævnes uddannelse af børn til cyklister, hvilket er med til at forbedre trafikale adfærd, færre ulykker og øget bevægelse.

Som det fremgår af ovenstående tabel, har vi identificeret flere relevante værktøjer til at forankre tværsektoriel og strukturel forebyggelse på de øvrige sektorområder. Oversigten identificerer altså en lang række *muligheder* for strukturel og tværsektoriel forebyggelse.

Tabellen skal således ses som en guide, som Sundhedsstyrelsen kan give til kommunerne og deres sundhedsafdelinger. Sundhedsafdelingerne kan dermed se, inden for hvilke sektorområder, herunder hvilke konkrete paragrafer, der vil være potentiale for at arbejde med strukturel forebyggelse. Listen skal ikke ses som en tjekliste, men derimod være inspiration til at tænke strukturel forebyggelse tværsektorielt.

Rambøll har, efter Sundhedsstyrelsens ønske, gennemgået lovgivningen for mulige områder, hvor sundhedsdimensionen med fordel kan indtænkes. En anden måde at kortlægge på, hvor en kommune kan støtte op om borgernes muligheder for at leve et sundt liv, er at gennemgå forskellige typer borgeres hverdag og markere de situationer, hvor strukturel forebyggelse eller sundhedsfremme er redskaber til at skabe sunde rammer. Et eksempel kan være, at borgeren, som modtager hjemmehjælp til eksempelvis at få strømper på, i stedet modtager træning, så borgeren selv kan tage strømper på. Ovenstående er udelukkende nævnt som inspiration til, hvordan Sundhedsstyrelsen også kan gribe en rådgivnings- og vejledningsopgave an i forhold til at støtte kommunerne i deres arbejde.

6. ERFARINGERNE FRA KOMMUNERNE

Rambøll har gennemført casestudier i 9 kommuner med fokus på, hvordan de enkelte kommuner arbejder med strukturel forebyggelse og tværgående samarbejde. I casestudierne har der været særligt fokus på at kortlægge kommunernes generelle praksis, hvilket vil sige de planlægnings- og styringsinstrumenter, som kommunerne anvender i forhold til at sikre den strukturelle forebyggelse og det tværgående samarbejde.

Casestudierne har både et *redegørende sigte*, hvor vi – for at illustrere den kommunale praksis – har udarbejdet oversigter og kategoriseringer af anvendte redskaber og metoder samt et *analyserende sigte*, hvor udbredelsen af den strukturelle forebyggelse og det tværgående samarbejde analyseres i forhold til den kommunale virkelighed, hvori sundheds- og forebyggelsesopgaverne skal løses. Sundhed og forebyggelse indgår således som én af mange opgaver i organisationer med et stort driftsfokus og (potentielt flere forskellige) etablerede styringshierarkier og samarbejdsstrukturer, der ikke nødvendigvis understøtter de sundhedsmæssige dagsordener.

Erfaringerne fra kommunerne præsenteres i det følgende og indledes med en kort redegørelse for en række rammevilkår omkring den kommunale sundheds- og forebyggelsesindsats (afsnit 6.1).

Dernæst følger en beskrivelse af, hvordan der arbejdes tværgående (afsnit 6.2), idet vi stiller skarpt på den sundhedspolitiske forankring, på de konkrete redskaber til at sikre integration af sundhedsovervejelser i øvrige områders opgaveløsning, på forskellige organiseringer af det tværgående samarbejde, samt på hvor initiativet til det tværgående samarbejde er placeret.

Efterfølgende foretages en analyse af en række mere konkrete udfordringer omhandlende forskellen mellem driftskultur og projektkultur, organisatoriske udfordringer, styringsmæssige udfordringer samt en række øvrige udfordringer (afsnit 7.4).

Som opsamling på beskrivelsen og analysen beskriver vi endelig potentialet for fremtidigt tværgående samarbejde i lyset af udfordringerne (afsnit 7.5).

Rambøll har endelig, i det afsluttende afsnit (afsnit 6.66), udarbejdet en samlet oversigt over de konkrete eksempler på strukturel forebyggelse og tværgående samarbejde, som erfaringsindsamlingen har resulteret i. Afsnittet indledes med en kort gengivelse af kommunernes definition af disse begreber. Herefter følger de konkrete eksempler inden for de forskellige fagområder samt en analyse heraf.

6.1 Rammevilkår for den kommunale sundhedsindsats

Det er et grundvilkår for at forstå kommunernes sundhedsindsats, herunder arbejdet med strukturel forebyggelse og det tværgående samarbejde, at der er tale om en delvist ny opgave.

Det er således gennemgående for de medvirkende kommuner, uanset deres prioritering af sundhedsspørgsmålet i øvrigt (høj eller lav), at der i organisatorisk forstand er tale om nye enheder, som dels skal have defineret egne roller og opgaver og dels eksternt rettet skal have etableret personlige relationer, netværk og mere formelle samarbejdsstrukturer samt rolle- og opgavefordelinger.

Det er derfor næppe overraskende en fælles tilbagemelding, at man i de forskellige sundhedsenheder⁸ har prioriteret højt at få etableret kontakter til og

⁸ Anvendes her som bred fællesbetegnelse for de variationer, som er identificeret i analysen.

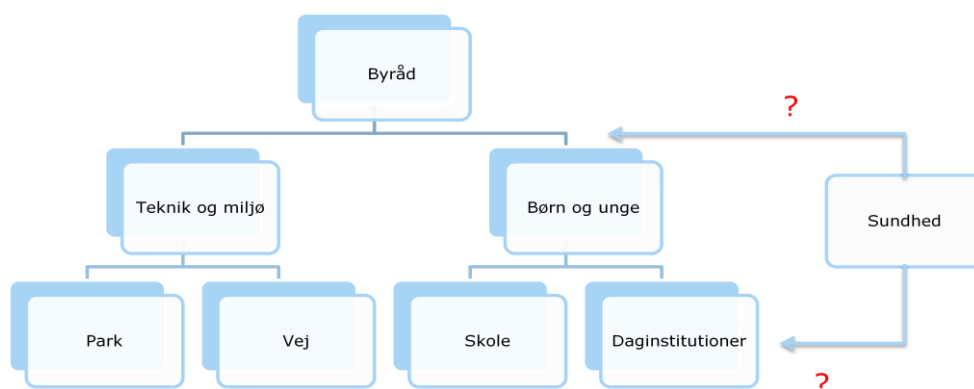
sikre sig en forståelse af de dagsordener, som er fremherskende i den øvrige del af forvaltningen. Dette uddybes nedenfor.

Det er klart, jf. også hele sigtet med nærværende analyse, at forebyggelsesindsatsen har en særlig udfordring ved i høj grad at have et tværgående element, hvor samarbejdet skal foregå med samarbejdspartnere, som løser en række (i udgangspunktet) veldefinerede driftsopgaver inden for et veldefineret organisatorisk og styringsmæssigt hierarki.

Vi har illustreret dette med nedenstående figur 6-1, som viser et traditionelt organisationsdiagram med et klart hierarki. Bag dette vil være defineret et styringshierarki, alt efter om kommunen anvender mål- og rammestyring, en kontraktstyringsmodel, dialogstyring osv.

I praksis kan der fint være forskellige styringsredskaber i spil på tværs af forvaltninger, således at styringen i Teknik og Miljø f.eks. har et højt kontraktuelt element med intern kontraktstyring af egne udførere og kontraktbaseret leverandørstyring af eksterne leverandør, eksempelvis gennem udbud og konkurrenceudsættelse. Og tilsvarende kan der i Børn og Unge være etableret dialogbaseret aftalestyring, traditionel mål- og rammestyring eller en kombination af disse, som tager højde for de lovpligtige krav om eksempelvis kvalitetsrapporter (på bl.a. folkeskoleområdet), hvilket mange steder har erstattet virksomhedsplaner og lignende styringsværktøjer.

Figur 6-1: Traditionel organisering – hvordan kommer sundhed i spil



Der er næppe én organisatorisk model, som er mere hensigtsmæssig end andre. Slet ikke, hvis der ved organisationsmodeller alene forstås den organisatoriske forankring af sundhedsopgaverne i den kommunale forvaltningsstruktur og ikke samtidig sættes fokus på de interorganisatoriske processer og samarbejdsstrukturer, herunder på koblingen til de gældende styringsinstrumenter. Tekstboksen viser den konkrete forankring af sundhedsenhederne.

Tekstboks 1: Eksempler på organisatorisk forankring

Forankring af sundhedsenheden
- Forankring i Voksen og Sundhed (som omfatter ældre, sundhed, beskæftigelse, handicap, psykiatri, socialt udsatte) (Horsens) - Forankring i Sundhed og Handicap (Sønderborg) – omfatter sundhed, ældre, handicap og psykiatri - Forankring i Social, Sundhed og Arbejdsmarked (Frederiksberg) – omfatter socialområdet, sundhed, beskæftigelse, ældre, handicap, psykiatri, misbrug, hjemløse) - Forankring i Job, Omsorg og Sundhed (Næstved) – omfatter beskæftigelse, sundhed, ældre, handicap og psykiatri

- Forankring i Sundhed og Omsorg (Haderslev) – omfatter sundhed, ældre, handicap, psykiatri og misbrug
- Forankring i Sundhed og Omsorg/Senior (Esbjerg, Vejle, Århus) – omfatter ældre og sundhed
- Sundhedsindsatsen bredt ud i samtlige forvaltninger (Odense)

Anvendt KommunalForskning (AKF) har i 2008 – med afsæt i besøg i 14 kommuner – analyseret, om nogle organisationsmodeller er mere effektive end andre i forhold til at implementere en forebyggende indsats, herunder hvordan modellerne bidrager til at skabe tværgående samarbejdsrelationer⁹. Der analyseres ud fra 4 forskellige modeller.

AKF konkluderer da også, at der ikke er én bestemt organisatorisk model, som har et fortrin frem for andre i forhold til at udvikle og implementere en forebyggende indsats i kommunernes forskellige fagområder (2008: 6) (dvs. det tværgående perspektiv).

Rambøll har helt overordnet en tilsvarende vurdering. Vi skal derfor ikke bruge yderligere plads på at drøfte organisatorisk forankring, men i det følgende beskrive og analysere det tværgående samarbejde på et mere konkret organisatorisk og styringsmæssigt niveau.

For god ordens skyld har vi, i nedenstående tabel, grupperet de ni medvirkende casekommuner i forhold til AKF's inddeling.

Tabel 6-1: Gruppering af casekommuner efter organisatorisk model

Organisatorisk model	Antal
Model 1: Sundhedsindsatsen er placeret som en selvstændig afdeling eller forvaltning	1
Model 2: Sundhedsindsatsen er placeret som en central stabsfunktion	0
Model 3: Sundhedsindsatsen er placeret i en stor forvaltning, hvor indsatsen udelukkende har udviklende og planlægningsfokus	1
Model 4: Sundhedsindsatsen er placeret i en stor forvaltning, hvor indsatsen både inkluderer udvikling, planlægning samt drift.	6
Model 5: Sundhedsindsatsen er bredt ud i samtlige forvaltninger med en samlet koordinationsgruppe.	1
Total	9

Som det fremgår af tabellen har hovedparten af de udvalgte kommuner etableret sundhedsafdelingen som en del af et andet arbejdsområde. Dette bør dog udelukkende ses som en kvantitativ fordeling og ikke som et udtryk for en kvalitativ fordelagtig organisering, jf. også AKF's analyse.

I kommunerne, hvor sundhedsafdelingen er en del af en forvaltning med bred opgavesammensætning, er der ofte tale om opgavetyper inden for ældre- og socialområdet, jf. tekstboksen ovenfor. I nogle tilfælde er beskæftigelsesindsatsen også omfattet af samme forvaltning. I en enkelt kommune arbejder man med en decentraliseret sundhedsindsats, hvor der ikke findes en decideret sundhedsafdeling. I stedet er der i hver forvaltning sundhedskoordinatorer, der har ansvar for at tænke forebyggelse ind i driftsarbejdet.

⁹ AKF (2008): AKF Working Paper, Organisering af forebyggelse og sundhedsfremme – erfaringer fra kommunernes første år.

Samlet set medfører ovenstående forhold, efter Rambølls vurdering, at det er vigtigt at være opmærksom på den specifikke organisatoriske og styringsmæssige kontekst i de enkelte kommuner forud for en udsondring af "generel praksis". Endvidere er det vigtigt at forstå, at der er tale om et område under udvikling, hvilket vil sige, at det er forventningen, at det fulde potentiale for særligt tværgående samarbejde endnu ikke er realiseret.

6.2 Analyse af det tværgående samarbejde i kommunerne

Med afsæt i ovenstående beskrivelse af udgangspunktet for kommunernes løsning af sundhedsopgaven er det Rambølls vurdering, at analysen bør inddrage et relativt omfattende antal faktorer, ud over at kortlægge den konkrete organisering i kommunerne. Kun på den måde kan det sikres, at de konkrete eksempler på tværgående samarbejde og strukturel forebyggelse forstås med afsæt i den kompleksitet, hvorunder de sundhedspolitiske målsætninger, og herunder det tværgående samarbejde, skal implementeres.

Mere konkret har vi valgt at dele analysen op som følger, hvilket også fremgår af den efterfølgende figur:

- En faktuel *beskrivelse* (afsnit 7.3) af og redegørelse for det tværgående samarbejde, herunder
 - Den sundhedspolitiske forankring
 - Redskaber til sikring af integration af sundhedsovervejelser i øvrige områders opgaveløsning
 - Forskellige organiseringer af det tværgående samarbejde
 - Placering af initiativet til det tværgående samarbejde
- En *analyse* (afsnit 7.4) af en række heraf følgende udfordringer for kommunerne, dækkende
 - Driftskultur vs. projektkultur
 - Organisatoriske udfordringer
 - Styringsmæssige udfordringer
 - Øvrige udfordringer
- En afrunding i form af en *vurdering af potentialer* (afsnit 7.5) for øget strukturel forebyggelse og tværgående samarbejde, som på et overordnet plan indeholder nogle retningslinjer og/eller anbefalinger til kommunerne.

Figur 6-2: Design for analyse af det tværgående samarbejde



6.3 Faktuel beskrivelse og redegørelse for det tværgående samarbejde

Den sundhedspolitiske forankring

Det er et fællestræk, at arbejdet med forebyggelse i kommunerne – uanset den kommunale organisering – tager afsæt i kommunens sundhedspolitik. Sundhedspolitikken fastslår typisk, at kommunens indsats kræver, at arbejdet med sundhed løses helhedsorienteret og på tværs af de forskellige forvaltningsafsnit, således at borgerne oplever sammenhæng i indsatsen. Denne ambition er illustreret i nedenstående tekstboks (Tekstboks 6-2).

Tekstboks 6-2: Sundhedspolitikken går på tværs

Vejle Kommunes sundhedspolitik
Arbejdet med sundhed er baseret på helhedstænkning og tværfagligt samarbejde. Derfor berører det alle kommunens forvaltninger og kræver politisk opmærksomhed i alle politiske udvalg. Det forebyggende arbejde, der retter sig mod forskellige aldersgrupper, går på tværs af flere forvaltninger, ligesom arbejdet for sårbare grupper går på tværs. Derudover har de rammer, der planlægges gennem kommuneplanarbejdet, konkrete projekter og anlæg, stor betydning for borgernes sundhed. Sammenhæng i arbejdet er helt centralt for både den langsigtede og kortsigtede effekt af sundhedsarbejdet i kommunen. Sundhedspolitiske mål • Borgerne skal opleve, at der er sammenhæng i arbejdet med den kommunale sundhedsindsats i forhold til forebyggelse. • Det sundhedspolitiske aspekt skal medtænkes i arbejdet i alle kommunens forvaltninger og derved medvirke til at skabe gode og bæredygtige rammer for et sundt liv. Det vil Vejle Kommune • Samarbejde på tværs af alle forvaltninger for at skabe sammenhæng i sundhedsarbejdet. • Indføre en brugervenlig praksis, hvor sundhedskonsekvenserne vurderes i forbindelse med alle sagsfremstillinger til politisk behandling¹⁰.

Eksemplet illustrerer samtidig, hvori udfordringen består, nemlig at sundhedspolitikken ikke i sig selv er en løsning: Der fordres en reel integration af de sundhedsmæssige overvejelser på både politisk plan og ikke mindst i den daglige drift.

Sundhedspolitikken er således hjørnестenen i arbejdet for de sundhedsansvarlige, men i mindre grad for arbejdet i de øvrige forvaltninger, og det er endnu ikke det generelle billede, at man fra fagforvaltningernes side inddrager sundhedsenheden i forbindelse med politikformulering eller systematisk har "sundhed" som et punkt, som nye politikker skal forholde sig til.

Tekstboks 6-3: Eksempler på inddragelse af sundhedsenhederne

Inddragelse af sundhedsenhederne i øvrige forvaltningers arbejde
• I en kommune fortæller sundhedschefen, at man har opnået at blive inviteret med til at deltage i processerne, når der udvikles nye politikker. • I andre kommuner fortæller sundhedschefen, at det fortsat er et spørgsmål om positionering og forhandling, hvor man i et vist omfang "skal kæmpe for en plads ved bordet". • På det mere konkrete plan beretter en leder i Kultur og Fritid, hvordan man gerne vil lytte til idéer om sundhed i forhold til udviklingen af idrætsfaciliteterne – men det foregår ikke systematisk, og der udtrykkes en vis skepsis i forhold til, om det nu også bliver "for sundt". • Omvendt fortæller Århus Kommune, Teknik og Miljø, hvordan sundhed er en integreret del af en række projekter, både i forhold til kommunens cykelhandlingsplan, hvori det

¹⁰ Uddrag fra afsnit 10: Tværgående samarbejde (Sundhedspolitik, Visioner og rammer for forebyggelse og sundhedsfremme, Vejle Kommune)

hedder at "cykeltrafikken skal stimuleres yderligere i Århus Kommune for at begrænse væksten i biltrafikken og for at fremme en sund transportform"¹¹, og i forhold til kommunens arbejde med "det grønne" og "det blå" bånd – henholdsvis skovområder og vådområder, hvor det aktivt overvejes, hvordan de rekreative områder, som skove og søer, kan indgå i en sundhedsmæssig dagsorden. Som et konkret eksempel er der som led i et miljøprojekt om minimering af udledninger af kvælstof og fosfor fra Egåen til Århus Bugt anlagt en ny Engsø, som samtidig giver borgerne nye rekreative muligheder via en cykel- og gangsti på ca. 5 km. rundt om søen, legeplads og fugletårn.

Spørgsmålet om gennemslagskraften er blandt andet relateret til, i hvilket omfang sundhedspolitikken alene har karakter af politiske værdier og hensigtserklæringer, eller om der også – enten integreret i sundhedspolitikken eller som et separat dokument – er udarbejdet en sundhedspolitisk handleplan, som på en forpligtende måde beskriver og prioriterer, hvordan man vil arbejde med specifikke sundhedsmæssige målsætninger inden for de enkelte fagområder. Dette spørgsmål behandles yderligere nedenfor som én af de centrale udfordringer for det tværgående samarbejde. Pointen understøttes af litteraturstudiet, som netop betoner betydningen af en klar forventningsafstemning og fælles forståelse af forpligtende mål og ambitioner.

Rambøll har i tekstboksen nedenfor (Tekstboks 6-4) samlet eksempler på politikker, plandokumenter og strategier, hvor der i undersøgelsen er blevet peget på, at der bevidst indgår overvejelser om forebyggelse. I nogle tilfælde som resultat af inddragelse af sundhedsenheden, i andre tilfælde som følge af fagforvaltningens eget valg om at inddrage sundhedsaspektet og endelig i nogle tilfælde som resultat af et strategisk valg om at indtænke sundhed i det konkrete arbejde.

Tekstboksen illustrerer på den måde, hvornår kommunerne i praksis har valgt at integrere sundhedsmæssige overvejelser i policy-formuleringen, om end det ikke er nogen endelig eller komplet liste, jf. i øvrigt diskussionen i kapitel 5 om, hvordan lovgivningen på de enkelte sektorområder understøtter et samarbejde på tværs.

Det skal samtidig understreges, at der er tale om en delmængde af den samlede mængde eksempler på strukturel forebyggelse. Der henvises til afsnit 7.6 nedenfor, hvor eksempelsamlingen er præsenteret.

Tekstboks 6-4: Integration af sundhedsovervejelser

Konkrete politikker	Planarbejdet	Strategier og handleplaner
- Landdistriktspolitik - Medborgerskabspolitik - Udsatte-politik - Ældrepolitik - Skolepolitik (mobbepolitik) - De konkrete KRAM-fokuserede politikker - Madpolitik/kostpolitik - Rygepolitik - Alkoholpolitik/ - rusmiddelpolitik - Bevægelsespolitik.	- Kommuneplan-strategi - Lokalplaner	"Grøn" aktivitetsplan med tilhørende handleplan for natur- og friluftsområdet "Blå" aktivitetsplan - Facilitets- og udviklingsplan (Kultur og Fritid) - Trafik- og mobilitetsplan, hvor byplanlægning kombineres med sundhed - Cykelhandlingsplan - Byudviklingsprojekter generelt

Samlet viser analysen, at der generelt er stor fokus på sundhed politisk. Der er også stor politisk interesse for området i mange kommuner, og enkelte kom-

¹¹ Århus Kommune, Cykelhandlingsplan, 2007, side 2

muner har sundhed som en højt profileret dagsorden, hvilket slår igennem i det øvrige arbejde.

Analysen viser endvidere, at der i de fleste kommuner er en hypotese om, at et stærkt arbejde med forebyggelse i længden giver en økonomisk gevinst for kommunen i form af færre sygemeldinger, færre livsstilssygdomme samt mere effektiv arbejdsindsats. Udfordringen her er dog, at det er vanskeligt at påvise effekten af indsatsen. Det er ressourcetungt at kortlægge indbyggernes sundhedsprofil samt vanskeligt at indarbejde vægte for påvirkninger uden for kommunens virke. Samtidig skal forbyggende indsatser ofte gennemføres over lang tid, før egentlige effekter er påviselige. Dette er ikke altid i overensstemmelse med den politiske virkelighed i kommunerne.

Redskaber til sikring af integration af sundhedsovervejelser i øvrige områders opgaveløsning

Flere kommuner har som en konsekvens af bl.a. deres sundhedspolitik valgt at arbejde med konkrete redskaber til sikring af, at sundhedsovervejelser indgår i de øvrige områders opgaveløsning.

Ét sådant redskab er *sundhedskonsekvensvurdering*.

En sundhedskonsekvensvurdering (SKV) er et redskab, som kommunerne kan anvende til at udarbejde kvalificerede, evidensbaserede vurderinger af politikkers, planers og projekters fremtidige virkninger på folkesundheden, således at politiske og administrative beslutninger tages på bedst muligt grundlag. En SKV anvendes især til at vurdere de sundhedsmæssige konsekvenser af aktiviteter uden for sundhedssektoren, såsom social-, bolig- miljø-, undervisnings- eller trafiksektoren samt den fysiske planlægning¹².

I et institutionelt perspektiv er et krav om systematiske sundhedskonsekvensvurderinger et udtryk for, at kommunen skaber en praksis, hvor man skaber det "åbne vindue", som litteraturstudiet også har peget på som havende betydning for et bæredygtigt samarbejde om sundhed på tværs: Gennem SKV institutionaliseres en praksis på tværs.

Erfaringerne med sundhedskonsekvensvurderingerne på tværs af kommunerne er blandede. På den ene side er det oplevelsen, at sundhedskonsekvensvurderingerne er et godt redskab til at sikre fokus, og at de stadfæster et politisk behov for at kende de sundhedsmæssige konsekvenser af konkrete tiltag. Der er på den måde bred opbakning til motivet om at opkvalificere de politiske beslutninger og til dette ekstra "åbne vindue" for sundhedsmæssige betragtninger.

I tekstboksen nedenfor er indsat et konkret eksempel fra Sønderborg Kommune.

¹² Sundhedsstyrelsen (2008): Sundhedskonsekvensvurdering – fra teori til praksis.

Tekstboks 6-5: Sundhedskonsekvensvurderinger

Sønderborg Kommunes arbejde med sundhedskonsekvensvurderinger

Sønderborg Kommunes sundhedspolitik fastslår at:

"For at sikre politisk fokus på sundhedsområdet skal der ud over økonomiske konsekvensvurderinger udarbejdes sundhedskonsekvensvurderinger i de sager, der forelægges Byrådet og fagudvalgene. Der er derfor udarbejdet et særligt værktøj til vurdering af de fremtidige direkte eller indirekte sundhedsmæssige konsekvenser på befolkningen af de forslag, der forelægges til politisk behandling."¹³

Alle forslag til politisk behandling skal således sundhedskonsekvensvurderes. Første skridt i sagsbehandlingen foregår ved at udfylde et skema, som indeholder et screeningsværktøj. Der besvares 18 spørgsmål (online), hvorefter screeningen vil vise, om der skal laves en egentlig sundhedskonsekvensvurdering eller ej. Det angives, om der er tale om kort- eller langsigtede konsekvenser, samt om det er positive eller negative konsekvenser, samt om konsekvenserne er begrænset til en konkret gruppe eller gælder befolkningen. Spørgsmålene går på om:

- Forslaget vil have væsentlige konsekvenser for sundhedsudviklingen i forhold til belastninger og risikofaktorer i miljøet (opdelt på fysisk miljø/arbejdsmiljø, det psykosociale arbejdsmiljø, tryghed i lokalområdet, lokal forurening, trafikgener, ulykker)
- Forslaget vil have væsentlige konsekvenser for sundhedsudviklingen i forhold til de ressourcer, der findes i miljøet (opdelt på lokalsamfundets serviceydelser og lokalsamfundets sociale miljø)
- Forslaget vil have væsentlige konsekvenser for livstilsfaktorer (opdelt på BMI/sund kost, rygning, alkohol- og stofmisbrug, fysisk inaktivitet, øvrigt misbrug)
- Forslaget vil have væsentlige konsekvenser for borgernes sociale deltagelse (opdelt på deltagelse i foreningsliv, benyttelse af lokalområdets muligheder, sociale netværk generelt)
- Forslaget vil have væsentlige konsekvenser for adgangen til sundhedsydelser, indkomstfordeling /-ulighed samt for uddannelses- og boligforhold
- Forslaget er i overensstemmelse med kommunale og nationale politiske målsætninger og servicemål (f.eks. kommunens sundhedspolitik, folkesundhedsprogrammet etc.)

Resultatet af screeningen kan være:

1. Det er vurderet, at forslaget er uden væsentlige sundhedskonsekvenser for befolkningen og/eller enkelte grupper i befolkningen.
2. Det er vurderet, at forslaget kræver en kort redegørelse for sundhedskonsekvenserne for befolkningen og enkelte grupper i befolkningen.
3. Det er vurderet, at forslaget kræver en sundhedskonsekvensvurdering.

Det er således kun i sidstnævnte, at der vil der blive udarbejdet en egentlig sundhedskonsekvensvurdering. Er dette tilfældet, tages afsæt i en vurdering af de indikatorer (konsekvenser), som i skemaet er angivet til at have sundhedsmæssige konsekvenser. Dette er ledsaget af en egentlig vejledning i at foretage en sundhedskonsekvensvurdering.

Se evt. yderligere på:

<http://www.sonderborg.dk/Sundhed/Sundhedskonsekvensvurdering.aspx>

Der er dog ikke i analysen kommuner, hvor anvendelsen foregår systematisk og konsekvent på tværs af forvaltningsområder. Der fremhæves særligt følgende udfordringer:

- Medarbejderne synes, at det er vanskeligt at anvende screeningsmodellen kvalificeret (hvor meget skal der til for at sige: "ja, det har konsekvenser?") – man laver for få sagsfremstillinger til, at det bliver en rutine.

¹³ Sønderborg Kommune (2009): Sundhedspolitik, s. 5.

- Ledelsen vurderer ikke, at produktet (dvs. medarbejdernes efterfølgende redegørelse og opsamling) har tilstrækkelig kvalitet til at kunne indgå i den politiske sagsfremstilling.
- Det opleves derfor, at arbejdet relativt set bliver for tungt.
- Konsekvensen af ovenstående tre punkter bliver, at resultatet har mere fokus på kvantitet (vi har gjort det) frem for kvalitet i form af en kvalificeret vurdering, som reelt forbedrer beslutningsgrundlaget.
- Endelig tilkendegiver nogle medarbejdere, at de ikke altid er enige i den vurdering, som screeningsværktøjet giver – de kan således sidde med en sag, hvor screeningen viser, at der ikke skal laves en sundhedskonsekvensvurdering, men hvor de selv vurderer, at det er helt oplagt.

Set i forhold til erfaringerne fra litteraturstudiet er dette interessant i forhold til temaet om "nødvendighed", da udfordringerne tydeligt illustrerer, at det ikke er lykkedes at finde en form, hvor den enkelte medarbejder oplever SKV'en som en nødvendig og tilstrækkeligt vigtig faktor til at opfylde organisationens mål.

Deltagerne fremhæver følgende tiltag, man har iværksat for at forbedre ovenstående:

- Samarbejde mellem sagsbehandlere og sundhedsenheden om at gennemgå sagerne, så der sikres en bredere faglighed til vurderingerne og en større rutine med at gennemgå sagerne.
- Udarbejdelse af manual for medarbejderne om udarbejdelsen
- Gennemførelse af kursus for medarbejderne om udarbejdelsen.

Hermed forsøger man således at råde bod på problemerne gennem faglighed og kompetence, hvilket er et væsentligt skridt på vejen. Rambøll vurderer dog samtidig, at det i sidste instans så vidt muligt skal være tydeligt for den enkelte medarbejder, at SKV'erne (samlet set) gør en forskel.

Endelig understreger kommunerne, at det er vigtigt med en forankring højt i organisationen. Der skal være ledelsesmæssig opbakning til at gennemføre vurderingerne, hvis det skal implementeres.

Én kommune fremhæver, at man, på trods af en politisk beslutning om det modsatte, endnu ikke har fået sundhedskonsekvensvurderinger implementeret, da man ikke har kunnet frigøre ressourcer til at udvikle og implementere et system herfor.

Enkelte interviewdeltagere vurderer, at sundhedskonsekvensvurderingerne er et værktøj på vej ud igen.

Organisering af det tværgående samarbejde

Organiseringen af det tværgående samarbejde varierer betragteligt mellem de deltagende kommuner.

Rambøll har sammenfattet variationen i den følgende tabel ud fra de dimensioner, hvor der mest typisk ses forskellige varianter. Det handler om, hvem der deltager, hvor mange, hvilket ansvar man har, hvad formålet er, hvem der sætter dagsorden, på hvilket organisatoriske niveau osv. Eksempelvis har man i én kommune forankret det tværgående samarbejde på medarbejderniveau, mens en anden kommune har en tværgående organisering på direktionsniveau.

Tabel 6-2: Kommunal variation i organiseringen af det tværgående samarbejde

Dimension	Observerede former for organisering
Hvem deltager?	• Direktionsniveauet • Chefniveauet • Medarbejderniveauet
Hvor mange deltager?	• Alle forvaltninger er repræsenteret • Kun udvalgte forvaltninger er repræsenteret
Hvilket ansvar er placeret i samarbejdet?	• Samarbejdet er en del af udmøntningen af sundhedspolitikken • Samarbejdet er desuden en konkret udmøntning af en sundhedspolitisk handleplan • Samarbejdet er ikke opstået som del af policy-processen
Hvad er formålet med samarbejdet?	• At dele information om egne initiativer og om tiltag på tværs • At koordinere egne og evt. tværgående tiltag • At træffe beslutning om den samlede vifte af tiltag, herunder hvad der besluttet decentralt
Hvem sætter dagsorden?	• Sundhedsenheden indkalder, udarbejder dagsorden og referat • Sundhedsenheden indkalder, men dagsorden afspejler konkrete forslag • Opgaven går på skift, men følger fast skabelon efter mødes formål
Hvor ofte mødes man?	• Faste, løbende møder, mindst 6 gange årligt • 3-4 gange årligt • 1 årligt møde, typisk orienterende
Grad af formalisering	• Alle inviterede deltager som en selvfølge • Mødet har en karakter, hvor man uden større problemer kan prioritere andre møder i stedet

Tabellen illustrerer spændvidden i forhold til dimensionerne – ikke én rigtig organisering med en korrekt placering på hver dimension.

Tværtimod viser kommunernes faktiske anvendelse af det tværgående samarbejde, at man med fordel kan overveje forskellige former for tværgående samarbejder med forskellige formål osv. Dog skal det naturligvis være som et resultat af en samlet kommunal strategi, der også inddrager den øvrige organisering, styringsmodel mm. og dermed de lokale forhold. Vi analyserer de kommunale erfaringer med organisering nærmere i afsnit 6.4 nedenfor.

Initiativ til tværgående samarbejde

Det er vanskeligt at konkludere entydigt på, hvordan et tværgående samarbejde etableres og på hvis initiativ. Det følger af den store diversitet i organiseringen, jf. det foregående afsnit. Der er dog (fortsat) en klar tendens til, at det er sundhedsenhederne, der tager initiativet og inviterer sig selv ind til dialog med relevante dele af den øvrige organisation. Helt overordnet kan vi derfor konstatere, at man ikke fra sundhedsenhedernes side kan forvente, at "det er de andre, der gør det".

Som man udtrykker det i én kommune, har man fra sundhedsenheden brugt en stor del af perioden til nu til at "*gå rundt på gangene og lære folk at kende og at forstå deres dagsordener – hvad fylder meget, og hvor er der derfor en vej ind*".

I en anden kommune fremhæves, at man har to medarbejdere, som alene beskæftiger sig med kommunikation: *"Det er irriterende, at der skal bruges tid på det, men det er vigtigt, og det er rigtigt, at det virker"*. Det er således vigtigt at synliggøre sig selv og arbejdet og ikke mindst de gode resultater i takt med, at disse opstår.

Disse hovedkonklusioner understreges af den store vægt, der – på tværs af alle kommunerne – bliver lagt på de personlige netværk. At sundhedsenhederne med afsæt i ovenstående erfaringer har erkendt dette, er ikke overraskende. Men den samme tilbagemelding gives også fra øvrige forvaltninger: Et personligt netværk, som inkluderer personer i den kommunale sundhedsenhed, fører til et øget fokus på forebyggelse og til en større åbenhed og opmærksomhed om betydningen af det tværgående samarbejde.

Alt andet lige er man i udgangspunktet beskæftiget med en række driftsopgaver. Som en leder i en børne- og ungeforvaltning udtrykker det *"er der langt til sundhedsafdelingen"*, selvom sundhed er eller bør være en væsentlig del af arbejdet. Der kan i en stor kommune være en tendens til, at man lukker sig om kerneydelsen, og netop derfor vil initiativet skulle komme fra sundhedsenheden – med mindre der er veletablerede personlige netværk, som medfører, at man på forhånd har kendskab til den ekspertise og de ydelser, som sundhedsenheden kan tilbyde.

Dette er ikke overraskende, set i lyset af de internationale erfaringer om det tværgående samarbejde, og hvordan der kan arbejdes på tværs med strukturel forebyggelse. Litteraturstudiet understreger således betydningen af personlige relationer som grundlag for at foretage en forventningsafstemning af opgave- og ansvarsfordelingen.

Analysen viser på dette område, at når først netværket og det gensidige kendskab er etableret, kan dette danne baggrund for, at initiativet går den modsatte vej. Dette er væsentligt set i forhold til den langsigtede udvikling på området og understreger, at der kan være en god grund til at foretage en "initial-investering", set fra sundhedsenhedens side.

Eksemplet i

Tekstboks 6-6 nedenfor viser et samarbejde, som omfatter tre forskellige forvaltningsdele, herunder sundhedsafdelingen. Men det er samtidig et eksempel på, hvordan et tilbud og dets underliggende projekter løbende udvikles med afsæt i et gensidigt kendskab.

Betydningen af de personlige netværk fremkommer også på andre områder. I nogle kommuner nævner sundhedsenheden eksempelvis det tekniske område som relativt svært at få et samarbejde med, mens man i andre kommuner netop har et godt samarbejde. Tilsvarende eksempler kan gives i forhold til socialområdet, beskæftigelsesområdet samt børn og unge¹⁴.

¹⁴ Der er i eksemplerne taget højde for placeringen af sundhedsenheden – dvs., at der i både den "positive" og den "negative" reference er tale om en forvaltning, som sundhedsenheden ikke selv er en del af.

Tekstboks 6-6: Eksempel på tværgående samarbejde**Århus Kommune, Center Basen og Frem-Aktiv**

Århus Kommune har etableret Center Basen som en organisatorisk enhed i Socialforvaltningen, der har til opgave at tilbyde en sammenhængende og fremrykket indsats til de mest udsatte borgere i Århus Kommune.

Indsatsen retter sig dels mod at gøre borgerne mest muligt selvhjulpne, blandt andet ved satsning på aktivering (i bredeste forstand), dels mod at bringe dem i stand til at modtage tilbud fra f.eks. behandlingstilbud, eller ved at hjælpe dem til at undgå at blive yderligere socialt udsatte.

Indsatserne er præget af, at målgruppen er forskellige steder i forhold til de øvrige indsatser, og der er oftest ikke alene tale om én indsats, som f.eks. stof- eller alkoholafhængighed. Der er derfor en målsætning om at arbejde ud fra den enkeltes behov og ikke ud fra, hvordan kommunen har organiseret sig: "Vi skal samarbejde med andre tilbud og ikke bare henvise til dem".

I den forbindelse fremhæves en fælles ledelsesmæssig tilgang samt et godt kendskab til de respektive afdelinger som én væsentlig forudsætning for at lykkes.

Som et konkret projekt under Center Basen skal fremhæves Frem-Aktiv. Frem-Aktiv har som mål at øge socialt udsatte borgeres livskvalitet via idræt og sundhedsfremmende aktiviteter og på sigt at gøre idræt og sund kost til en integreret del af socialt udsatte borgeres dagligdag og indsatsen over for målgruppen.

Indsatsen i Frem-Aktiv foregår på tre niveauer:

- En direkte indsats over for målgruppen i form af forskellige idrætsaktiviteter.
- En understøttende indsats over for personalet på væresteder o. lign., hvor socialt udsatte ofte kommer.
- Et samarbejdspartner-niveau, hvor målet er at påvirke eksisterende idrætsorganisationer og -foreninger samt offentlige og private aktører på området til at inkludere og medtænke socialt udsatte borgere i deres indsats.

Der er tilsvarende igangsat et samarbejde omkring tandpleje, hvor der kommer tandlæger (organisatorisk ansat i magistratsafdelingen for børn og unge) på besøg i de væresteder, som er forankret under Center Basen.

6.4 Analyse af udfordringerne for det tværgående samarbejde

Beskrivelsen ovenfor indebærer oplagt en række udfordringer for det tværgående samarbejde. Rambøll har analyseret dette i de følgende afsnit.

Driftskultur vs. projektkultur

Vi har ovenfor konstateret, at initiativet til forebyggelsestiltag ofte ligger i sundhedenheden. En væsentlig tilføjelse til dette er spørgsmålet om frie midler eller projektstøtte. Projektarbejde og iværksættelse af udviklingsprojekter er en udbredt del af den kommunale indsats for forebyggelse. Både med afsæt

i egne bevillinger og med afsæt i de støttemuligheder, som findes på nationalt og europæisk niveau¹⁵.

For sundhedsenhederne er projektstøttemidler en oplagt vej til at etablere et samarbejde, da man på den måde (mere eller mindre, afhængigt af krav til egenfinansiering) har lettere ved at motivere samarbejdspartnere i andre dele af forvaltningen til at deltage i et initiativ.

Projektelementet indebærer imidlertid to helt centrale udfordringer, som kommunerne bør være opmærksomme på:

- *For det første* er det væsentligt allerede tidligt i et projektforløb at overveje projektets exit-strategi:
 - Hvad er projektets målsætninger, succeskriterier og indikatorer?
 - Hvordan vil man konkret følge op på disse forhold, så man sikrer sig at indhente centrale erfaringer?
 - Hvordan vil man tage stilling til evt. videreførelse?
 - Hvad vil udfordringerne være i forhold til at overgå fra projekt til drift, og hvordan kan man forberede dette?
 - Er det herunder realistisk at forestille sig, at indsatsen vil kunne videreføres uden projektmidler?
- *For det andet* er det væsentligt at være opmærksom på den helt generelle udfordring, som ligger i at skulle koble en projektverden med en driftsorganisation og en projektkultur med en driftskultur?
 - Hvordan prioriteres, når der bliver travlt?
 - Hvordan håndteres potentielt forskellige personprofiler?
 - Hvordan sikres den nødvendige kompetenceudvikling i afdelingerne?

De danske erfaringer lægger sig på den måde tæt op ad de internationalt påpegede udfordringer fra litteraturstudiet. Vi så her, hvordan spørgsmålet om kapacitet og tilgængeligheden af ressourcer til at gennemføre indsatsen har betydning for det tværgående samarbejde.

Udfordringerne er naturligvis fælles på tværs af kommunen, men jf. det forhold, at sundhedsenhederne ofte disponerer midler, er det klart, at man bør være ekstra opmærksom her, da det er her, man bør sikre sig, at der er formuleret en egentlig exit-strategi, jf. ovenfor, som tager højde for, hvordan den medvirkende fagforvaltning kan bidrage til at sikre forankringen efterfølgende.

Udfordringen spiller direkte ind i de følgende udfordringer.

Organisatoriske udfordringer

Jf. ovenfor er det generelle billede af tværgående samarbejdsstrukturer i kommunerne i dag, at der er stor variation i formalisering, formål og deltagerkreds.

Ingen af de medvirkende kommuner tilkendegiver, at de har fundet en organisering, hvor man i dag kan sige, at hele organisationen til fulde understøtter de målsætninger om tværgående samarbejde, som fremgår i den kommunale sundhedspolitik.

Nogle kommuner har sikret sig en stærk organisatorisk forankring på direktionniveau, men uden at få etableret lokale kontaktflader, som beforder samarbejdet i det daglige. For andre er det omvendt, hvorfor man savner beslutningskraft. I nogle af de kommuner, som har forankring på direktionniveau

¹⁵ Frem-Aktiv i tekstboksen nedenfor er eksempelvis støttet af Fælles Ansvar 2 – regeringens handlingsprogram for de svageste grupper.

oplever man på lokalt niveau, at det ledelsesmæssige fokus i det daglige ikke er tilstrækkeligt til at sikre prioritering af området. Et fælles vilkår er, at de personlige netværk spiller en stor rolle, formentlig præget af det forhold, at der er tale om en nyetableret organisering omkring forebyggelse.

Som en anden forskel skal fremhæves, at hvor nogle kommuner træffer fælles beslutninger, typisk på et relativt overordnet niveau – eller som del i udmøntning af den sundhedspolitiske handleplan – har samarbejdet i andre kommuner karakter af en slags koordinations- eller informationsorgan, hvor man hører, hvad andre gennemfører af tiltag. Fælles for alle kommuner er, at der ved siden af det formelle samarbejde er en væsentlig aktivitet, som finder sted lokalt, med eller uden inddragelse af sundhedsenheden, enten behovsbestemt eller på baggrund af (manglende) personligt kendskab. Ofte i regi af konkrete projekter, jf. spørgsmålet om drifts- eller projektkultur.

Videre er det klart, at spørgsmålet om personlige netværk gør organisationen sårbar, jf. eksemplet.

Tekstboks 6-7: Sårbarhed pga. personlige netværk

Forebyggelse i forhold til jobcenteret

En kommune fremhæver, at man ikke endnu for alvor har et samarbejde med jobcenteret, hvor der, jf. afsnit 6 ovenfor, ellers er en række potentielle snitflader og flere steder i lovgivningen er hjemmel til et samarbejde, ikke mindst i forhold til forebyggelse og sygedagpengeområdet.

Det manglende samarbejde forklares med, at man i en periode har haft en vakant stilling som jobcenter-chef, hvorfor der ikke har været nogen "dør at sparke ind".

Odense Kommune har som den eneste kommune i undersøgelsen valgt en model, hvor opgaverne på sundhedsområdet er fordelt mellem alle forvaltninger. Dette fremgår af den følgende tekstboks og illustration.

Tekstboks 6-8: Eksempel på administrativ organisering

Odense Kommunes, administrativ organisering af sundhedsområdet

Odense Kommune har fordelt opgaverne mellem alle forvaltningerne. Dette medfører ifølge Odense Kommune et todelt ansvar og lederskab, hvor lederen for en driftsenhed har ansvar for, at enheden når de mål- og resultatkrav, der er opstillet herunder:

- Ansvar for at forebyggelse og sundhedsfremme indtænkes i driften på det pågældende område.
- Ansvar for at sikre, at der sker en udvikling inden for de sundhedsfaglige driftsmiljøer.

Alle større tværgående opgaver inden for sundhedsområdet er placeret med et ledelsesmæssigt hovedansvar, dvs. hvem og hvilken forvaltning, som har ansvar for: Borgerrettet forebyggelse, ansvar for byens rum og miljø, samarbejdet med Almen Praksis, patientrettet forebyggelse, sundhedsaftaler og genoptræning.

Dette fremgår af den følgende figur, hvoraf samtidig fremgår, at der er nedsat en tværgående, strategisk sundhedsgruppe.

Figur 6-3: Illustration af administrativ organisering



Det er Rambølls vurdering, at ovenstående samlede (meget varierede) billede afspejler, at kommunerne har vanskeligt ved at finde en model, hvor det tværgående samarbejde indplaceres på en måde, som tager højde for fordelingen af roller, kompetencer og ansvarsforhold på alle niveauer i de etablerede driftsorganisationer, dvs. fra medarbejderne til direktion og byråd.

Videre er det Rambølls vurdering, jf. afsnittet om lovgivningen og de centrale beslutningspunkter, at kommunerne lokalt bør forholde sig til, hvordan man eksplicit sikrer sig, at det tværgående samarbejde omfatter en fælles stillingtagen på de omfattede områder. Organisationen bør både matche den samlede kommunale organisering og tage hånd om de centrale tværgående problemfelter.

Det er ikke Rambølls vurdering, at kommunernes nuværende valg af samarbejdsstruktur afspejler en sådan analyse. I én af de deltagende kommuner har man dog udarbejdet en liste over de tiltag inden for sundhedsområdet, hvor man samarbejder med andre forvaltninger. Dette udgør et bud på en sådan tilgang.

Styringsmæssige udfordringer¹⁶

Det er en særskilt udfordring for forebyggelse og herunder eksplicit for det tværgående samarbejde at blive koblet ind i det kommunale styringshierarki¹⁷.

Styring er et relativt bredt begreb, som rummer mange discipliner og mere specifikke tilgange, eksempelvis økonomistyring og kvalitetsstyring. Vi har anlagt et bredt perspektiv, der fanger flest mulige kommunale tilgange, og forstår styring som:

¹⁶ Afsnittet indledes med en kort begrebsafklaring, da styring er et begreb, som ofte anvendes relativt upræcist, hvorfor de styringsmæssige problemstillinger kan være vanskelige at få hold på.

¹⁷ Der er her tænkt på styringen i relation til indfrielse af de sundhedspolitiske målsætninger, ikke på anvendelse af de konkrete kommunale styringsredskaber og -teknologier, som eksempelvis virksomhedsplaner, interne kontrakter og andre styringsredskaber, til opnåelse af de sundhedspolitiske målsætninger. Dette er en særskilt problemstilling, som behandles under strukturel forebyggelse, jf. afsnit 7.3 nedenfor.

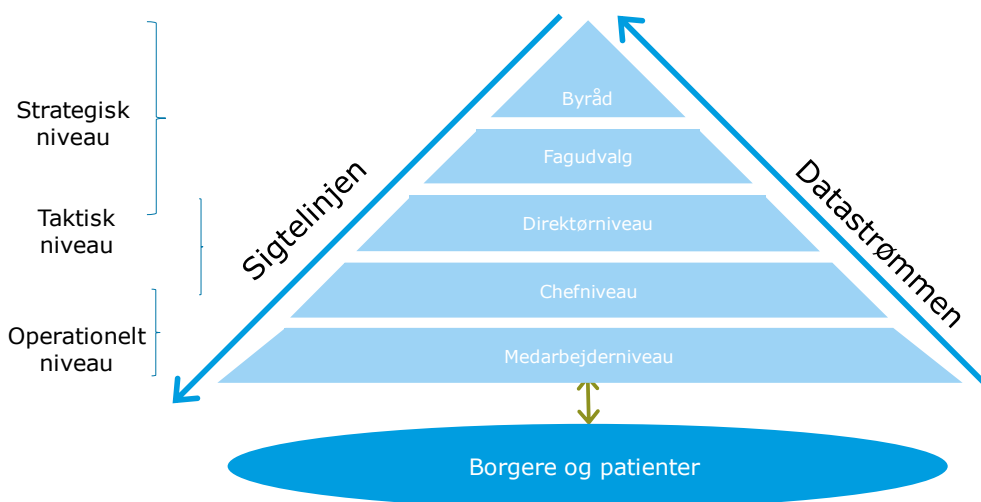
Den situation, at én aktør (startende med byrådet, men også et stående udvalg eller ledelsen) forsøger at påvirke andre aktørers (de udøvende, ledelse og medarbejdere) adfærd i en given retning gennem en række forskellige styringsredskaber med henblik på opnåelse af bestemte målsætninger.

I et styringshierarki eller en styringsmodel omtales dette som "styringskæden", eller at der fokuseres på det forhold, at der etableres en fælles sigtelinje fra byrådets mål til den konkrete indsats. Vi har illustreret dette i den følgende figur, der samtidig viser de niveauer, som analysen af kommunernes styring skal forholde sig til: *Det strategiske niveau, det taktiske niveau og det operationelle niveau.*

Niveauerne er bevidst tegnet gensidigt overlappende for at vise, at man på chefniveau både vil kunne medvirke på det operationelle niveau i forhold til et konkret tværgående samarbejde (f.eks. at fritidschefen medvirker i dialogmøder om etablering af ny multihal) og på det taktiske niveau (f.eks. at fritidschefen deltager i samarbejdet om konceptualisering af sund fritid).

Pilene i figurens sider viser på den ene side *sigtelinjen*, dvs. den retning for sundhed og forebyggelse, som det politiske niveau har udstukket, og på den anden side den *datastrøm* nedefra, som ideelt set giver mulighed for at følge op på resultaterne af indsatsen.

Figur 6-4: Eksempel på kommunal styring



Analysen af kommunernes styring i forhold til forebyggelse viser, at problemet særligt består i at etablere en tilstrækkelig tydelig kobling mellem det strategiske niveau og det operationelle niveau. Dvs. at man på det taktiske niveau "binder politik og ildsjæle" sammen i fælles og tværgående handleplaner for den samlede indsats. Når dette ikke sker, er der ikke nogen "sigtelinje" – eller formuleret mere drastisk: Styringskæden knækker. Analysen uddybes i det følgende.

På det strategiske niveau har alle kommunerne overordnet udviklet en sundhedspolitik.

En kommune fremhæver, at man desuden udarbejder et idékatalog, som kobler op til de strategiske temaer i sundhedspolitikken. Dette giver muligheder for at prioritere mellem forskellige muligheder, så politikken kan suppleres med nye temaer hvert år.

Tilsvarende har vi set ovenfor, at en gruppe kommuner har besluttet at anvende sundhedskonsekvensvurderinger (men ikke gør det konsekvent) af sager til politisk behandling. Også på den måde er der styringsmæssigt sat et fokus på forebyggelse med et strategisk valg. Som afsæt for en sigtelinje er der således etableret et fundament.

På det taktiske niveau har nogle af kommunerne udarbejdet en handleplan, som angiver, hvordan man vil omsætte de strategiske temaer i sundhedspolitikken til konkrete handlinger og indsatser. I nogle tilfælde kan det dog diskuteres, om konkretiseringsniveauet er tilstrækkeligt præcist til at udgøre egentlig styring på det taktiske niveau.

Hertil kommer, at en række kommuner ikke har foretaget denne konkretisering, hvilket indebærer en risiko for, at sundhedspolitikken mere bliver en ramme, man arbejder inden for, end at den får konkret og forpligtende indflydelse på kommunens ageren på de enkelte fagområder.

Samlet indebærer dette, at styringskæden eller sigtelinjen ikke for en generel vurdering kan betragtes som sammenhængende – og dette er da også helt konkret den udfordring i relation til den kommunale styring, som er mest gennemgående i de deltagende kommuner.

Det betyder ikke, at man er passiv på det taktiske niveau, dvs. på direktion- og i højere grad på chefniveau. Men de forskellige tiltag indgår ikke som hovedregel i en logisk, konsekvent sammenhæng med de strategiske beslutninger i form af specifik planlægning og implementering.

Ligeledes er der ikke – i fuldt omfang – etableret en klar forbindelse til det operationelle niveau, jf. det følgende.

På det operationelle niveau foregår en lang række forskellige tiltag. Nogle foregår i et tværgående samarbejde. Andre burde gøre det, men foregår forvaltningsmæssigt isoleret, og andre igen foregår fuldt hensigtsmæssigt isoleret i den enkelte forvaltning og uden nogen relation til sundhedsenheden. Tilsvarende er nogle tiltag strukturelt forebyggende, mens andre har en mere konkret karakter.

Pointen er her, at den samlede vifte af tiltag, herunder de tiltag, som er baseret på et tværgående samarbejde, kan være nok så relevante og virkningsfulde, men at de i en styringsmæssig sammenhæng ikke udgør en samlet kommunal plan for, hvordan man vil omsætte de strategiske beslutninger til praksis. Herunder udgør tiltagene ikke en eksplicit stillingtagen på det taktiske niveau til, hvad der skal gennemføres rent operationelt, eventuelt i samarbejde mellem forskellige forvaltningsområder. Vi har i tekstboksen nedenfor samlet nogle af de potentielle konsekvenser af en situation, hvor styringskæden "knækker".

Tekstboks 6-9: Problemer med styringskæden

Når styringskæden knækker – mulige konsekvenser

Risikoen ved en manglende satsning på det taktiske niveau i forhold til at få skabt sammenhæng fra strategi til det operationelle niveau, så vidt muligt baseret på en samlet kommunal plan, kan være:

- At der sker en skævvridning af indsatsen i forhold til den prioritering, som sundhedspolitikken indebærer. I sin yderste konsekvens med det resultat, at der på givne områder ikke indtænkes sundhedsfremme og forebyggelse.
- At der gennemføres indsatser, som kunne have været gennemført mere hensigtsmæssigt i et samarbejde.
- At der gennemføres ukoordinerede indsatser, overlappende indsatser eller unødige gentagelser i indsatsen.
- At borgerne oplever manglende sammenhæng i indsatsen, hvilket (erfaringsmæssigt) særligt vil være et problem for de mest ressourcetsvage og dermed bidrage til at øge ulighed i sundhed.
- At viden og kompetencer i sundhedsenheden ikke udnyttes fuldt ud (f.eks. viden om, hvad der virker og ikke virker).
- At man – som beskrevet ovenfor – bliver unødigt afhængige af personlige netværk, hvorved den organisatoriske robusthed for udskiftninger mindskes drastisk.
- At man i kommunerne ikke får skabt den nødvendige balance mellem decentral handlemfrihed og central styring.¹⁸

Det kan indvendes, at disse udfordringer i et vist omfang gælder mange fagområder, da sigtelinjen er lige så meget en vision som en konkret ambition.

Det er dog Rambølls vurdering, at der er i hvert fald tre forhold, som gør udfordringerne særligt aktuelle for forebyggelsesområdet:

- *For det første* er der tale om et nyt område, som naturligt vil være præget af knopskydning og dermed (i det mindste i en styringslogik) af et behov for at skabe sammenhæng.
- *For det andet* er området betragteligt mere tværgående end de traditionelle kommunale driftsopgaver. Styringsmæssigt indebærer det en særlig udfordring, da man – jf. definitionen – nu skal forsøge at påvirke en række aktørers adfærd, samtidig med at disse aktører indgår i en traditionel hierarkisk styringskæde, som ligeledes skaber rammer for deres adfærd; rammer, som ikke nødvendigvis peger i den samme retning. Som når sagsbehandlerne i jobcenteret forfølger den politiske målsætning om ”hurtigst muligt i beskæftigelse” eller ”rettidighed i aktiveringen” på en måde, som man i sundhedsenheden kan have svært ved at forstå.
- *For det tredje* er der tale om et område, hvor det er en særlig udfordring at få koblet projektarbejdet med driftsorganisationens udfordringer og virkemåde.

¹⁸ Det er en ofte hørt kritik af styringssystemer, at de kvæler decentralt initiativ, hvad der også er eksempler på. Konkret kan figuren med sigtelinjen (figur 6-2) give det indtryk, at styring er en ensidig top-down-proces, hvor man på decentralt plan blot er en brik i udførelsen af en større masterplan. Det er en risiko, men bestemt ikke hensigten og ikke budskabet i figuren. I praksis vil planlægning og prioritering på det taktiske niveau foregå i en tæt dialog med chefer og medarbejdere med et konkret ansvar for den operationelle udførelse. Gennem dialogen sikres det, at planlægningen i væsentligt omfang skaber en ramme for den konkrete udførelse, som er forankret og skaber ejerskab i organisationen. Tilsvarende vil politiske oplæg og strategiske notater på udvalgs- og byrådsniveau afspejle en forudgående drøftelse på både det taktiske og det operationelle niveau.

Modsatningen til dette er en lige så reel risiko med afsæt i den styring, som beskrives i analysen, nemlig en situation, hvor der foregår en masse gode initiativer, men uden koordination og sammenhæng og uden en samlet plan for vurdering af effekterne med henblik på at kunne vurdere og prioritere, hvad der bør integreres i driften.

Samlet set er der således, efter Rambølls vurdering, behov for i højere grad at få integreret forebyggelse i de allerede fungerende kommunale styringssystemer, om det så er målstyringssystemer, aftalesystemer, kontraktstyring eller andre modeller. Vi behandler dette mere konkret i afsnit 7.2.3 nedenfor.

Flere kommuner fremhæver, at sundhedsaftalerne kan være et relevant redskab til at sikre et godt regionalt fundament for forebyggelsesindsatsen.

Øvrige udfordringer

Rambøll har ovenfor behandlet en række af de udfordringer, som kommunerne står overfor i forhold til at sikre et tværgående samarbejde. I tillæg til disse udfordringer er der i analysen blevet peget på en række udfordringer, som enten kun er blevet nævnt overfladisk, eller som ikke har kunnet passes ind ovenfor.

- *Uddannelse:* Sundhed på tværs fordrer kompetenceudvikling af medarbejderne. Dels konkret i forhold til at kunne benytte værktøjer som sundhedskonsekvensvurderinger, dels mere generelt i forhold til at udbrede kendskabet til og forståelsen for de sundhedsmæssige udfordringer, således at forebyggelse indgår naturligt i opgaveløsningen.
- *Ny kultur:* Flere kommuner peger på, at der – med afsæt i den udvikling, som ligger i uddannelse – er behov for at skabe en ny kultur, hvor der gensidigt er en erkendelse af et delt ansvar.
- *Forskellige værdier:* I enkelte interview peges på en udfordring i forskellige værdier. Som eksempler kan nævnes et tværgående samarbejde om sund mad i idrætshaller, hvor det forebyggende aspekt kan konflikte med et perspektiv om, at "det handler om at have det sjovt". For nogle vil der være en modsætning her, for andre vil det være evident, at sund mad kan kombineres med at have det sjovt. Et andet eksempel er fra samarbejdet mellem sundhedsenheden og jobcenteret om KOL-patienter, hvor man fra sundhedsenhedens side tilkendegiver, at jobcenterets klare (lovgivningsfastlagte) jobfokus skaber problemer i forhold til at forfølge en forebyggelsesmæssig målsætning.
- *Kommunikation:* Sundhed og forebyggelse er en ny opgave for kommunerne. Den skal derfor kæmpe om opmærksomhed med etablerede dagsordener på kendte driftsområder. I nogle tilfælde – som mange kommuner kender det fra børn og unge – endda i forhold til etablerede faglige miljøer, som har arbejdet med sundhedsfaglige problemstillinger i en årrække. Det er derfor – når der ikke kan anvendes personlige netværk – afgørende at overveje sin kommunikationsstrategi på forhånd.
- *Politik:* Politikerne vil se resultater. I nogle kommuner er sundhed en eksplicit og fælles dagsorden og har været det gennem mange år. I andre kommuner er der større kamp om opmærksomheden. Her kan det være svært for en eksternt placeret sundhedsenhed at få plads på de enkelte fagområders dagsordener, hvis ikke der forvaltningsmæssigt er en solid forankring, jf. spørgsmålet om organisering af det tværgående samarbejde ovenfor.

Disse øvrige udfordringer ses at være nært sammenhængende med flere af de resultater, vi har set af litteraturstudiet, da de implicit understreger, at der ikke i dag pr. definition er en fælles oplevelse af nødvendighed, der er ikke nødvendigvis de nødvendige (tilstrækkelige) ressourcer, der er behov for at opbygge relationer osv.

6.5 Vurdering af potentialer samt anbefalinger til kommunerne

Analysen viser, at der er iværksat mange forskellige typer tværgående samarbejder, samt at der er i varierende grad er skabt sammenhæng på tværs. Dette er dels analyseret, dels illustreret med konkrete eksempler løbende i analysen.

Set i forhold til de forpligtelser, som følger af lovgivningen er det den generelle vurdering i kommunerne, at lovgivningen på området fungerer som en ramme, kommunerne skal udfylde, men hvor rammen ikke som sådan er retningsgivende.

Det gælder både specifikt i forhold til kommunernes forpligtelse efter sundhedsloven, og det gælder de mere specifikke lovgivninger på de enkelte sektorområder, hvor disse angiver en mulighed eller forpligtelse til at indtænke forebyggelse.

Det skal understreges, at denne vurdering ikke følges op med et ønske om en mere specifik lovgivning med ufravigelige kvalitetskrav på konkrete delområder inden for forebyggelse. Men det er en vigtig del af forståelsen af, hvordan området indgår i forhold til de øvrige driftsområder, som ofte er mere specifikt reguleret med eksempelvis kvalitetsstandarder på ældreområdet, kvalitetsrapporter på folkeskoleområdet, jobplaner på beskæftigelsesområdet, individuelle læreplaner på daginstitutionsområdet osv.

Set i forhold til de udfordringer, som analysen har beskrevet, er det Rambølls vurdering, at kommunerne fremadrettet med fordel kan overveje følgende:

- Etablering af en mere klar kobling til det eksisterende kommunale styringshierarki, hvor forebyggelse indgår på lige fod med resultater fra andre (drifts)områder.
- Fastlæggelse af mere entydige roller i det tværgående samarbejde, som tager mere systematisk højde for den eksisterende kommunale organisering og styringsmodel.
- Erfaringsudveksling med andre kommuner, herunder anvendelse af den eksempelsamling, som nærværende projekt indebærer i forhold til tværgående samarbejde og strukturel forebyggelse (se afsnit 7.3).

I forhold til det styringsmæssige ser Rambøll et særligt behov for at få bragt det taktiske niveau mere systematisk i spil i en planlægnings- og prioriteringsfunktion, samt at der generelt fokuseres på at tydeliggøre politiske og ledelsesmæssige forventninger om resultater og heraf følgende krav til opfølgning.

Vi ser desuden et behov for at få defineret en brugbar opfølgning på effekterne af det, man etablerer på forebyggelsesområdet. Akkurat som på andre fagområder er der et behov for at kunne følge op på effekterne af indsatsen. Dette behov understøttes af resultaterne i litteraturstudiet, hvor det netop fremgår, at der er behov for enighed om indsatsens evalueringskriterier og formidlingen af resultaterne.

Her bør området kunne profitere af den faglige tradition for at arbejde evidensbaseret, set i forhold til mange andre områder, hvor der først de seneste år med begreber som resultatbaseret styring er kommet fokus på resultater og effekter i stedet for en blødere opfølgning eller ren rammestyring.

Endelig er det oplagt, at disse resultater bør indgå på lige linje med andre resultater (fra den etablerede drift i fagområderne) som en vurdering af delta-gernes performance for at understrege den værdi, man tillægger sundhedsfremme og forebyggelse.

I forhold til det organisatoriske ser Rambøll overordnet et behov for lokalt at etablere en model for det tværgående samarbejde, som udgør et tværgående organisatorisk svar på de udfordringer, som udspringer af kommunens sundhedspolitik.

Vi vurderer, at fastlæggelsen af en sådan model med fordel kan tage afsæt i de tre niveauer, som diskuteret i afsnittet om styringsmæssige udfordringer, og her fokusere på de forskellige organisatoriske roller, som ligger på det strategiske, det taktiske og det organisatoriske niveau.

Vi har i den følgende tabel (Tabel 6-3) skitseret konturerne af de roller, som de forskellige parter kan indtage i en sådan model. Det skal dog understreges, at der ikke findes én rigtig model for alle kommuner – tabellen skal derfor forstås som en idealtypisk model.

Tabel 6-3: Organisering og styring af det tværgående samarbejde – forskellige roller

Niveau	Deltagere	Rolle	Vigtige forudsætninger
Strategisk niveau	Byråd (og udvalg)	- Beslutter politikker på forskellige områder - Prioriterer mellem mulige indsatsområder og i forhold til sundhedsmæssige konsekvenser (SKV) - Følger op på resultater i forhold til politiske prioriteringer – f.eks. gennem årlige opfølgingsredegørelser om sundhedspolitik	SKV'er skal udformes, så de reelt bidrager til at øge beslutningsgrundlaget. Tilsvarende skal opfølgning give mulighed for at prioritere på tværs.
Strategisk niveau	Direktion	- Sikrer udarbejdelse af oplæg til politisk behandling, både politikker og opfølgning herpå - Varetager overordnet monitoring på baggrund af input fra sundhedsenhed og fagforvaltninger - Overordnet ansvarlig for, at der udarbejdes sundhedskonsekvensvurderinger	
Strategisk niveau	Sundhedsenhed	Leverer input til det strategiske sundhedsarbejde, herunder til sundhedspolitik	Sundhedsenheden skal have en stærk dialog med andre forvaltninger for at kunne levere realistiske input således at der er kongruens mellem det forebyggende initiativ og forvaltningens daglige arbejde.
Taktisk niveau	Direktion	- Overordnet ansvarlig for implementering af tværgående politikker samt for implementering af sundhedsovervejelser i sektorspecifikke områder - Medvirker til eller godkender den overordnede planlægning	Overordnet planlægning bør forankres tilstrækkeligt højt i organisationen til at sikre beslutningskraft og ledelsesmæssig opbakning, som kan gå på tværs af de traditionelle organisatoriske skel. Kræver ikke frekvente møder på tværs på direktionsniveau.
Taktisk niveau	Chefniveau	- Udarbejder oplæg til handlings- og aktivitetsplaner, herunder hvor der skal indarbejdes sundhedsfremme og forebyggelse på fagområdet. Heri indgår input fra sundhedsenheden. - Deltager i f.eks. kvartalsvise	Deltagerne skal have beslutningskompetence på eget fagområde, dvs. at en beslutning i de nævnte chefgruppemøder skal kunne omsættes efterfølgende.

Niveau	Deltagere	Rolle	Vigtige forudsætninger
		chefgruppemøder med sundhedsdagsorden, hvor der orienteres om status i forhold til egne handlingsplaner • Ansvarlig for opfølgning på eget niveau, herunder for fastlæggelse af mål og opfølgningsrutiner med de ansvarlige for opgaveløsningen • Ansvarlig for, at der udarbejdes sundhedskonsekvensvurderinger	
Taktisk niveau	Sundhedsenhed	• Udarbejder oplæg til og/eller bidrager med input til, hvordan sundhedspolitikken kan implementeres bredt • Koordinerer og skaber overblik på tværs • Deltager i chefgruppemøder • Deltager i konkrete planlægningsopgaver, hvor dette aftales i chefgruppemødet • Sparringspartner på sundhedskonsekvensvurderinger.	Det er afgørende, at sundhedsenheden på den ene side får en legitim adgang til at "se med", når øvrige afdelinger skal beslutte implementering af sundhedspolitikken. En succesfuld implementering fordrer en synlig sundhedsenhed i organisationen. På den anden side skal sundhedsenheden fungere afbalanceret i forhold til de øvrige områders egne målsætninger.
Operationelt niveau	Chefniveau /sundhedsenhed /medarbejdere	• Ansvarlig for den konkrete opgaveløsning, herunder for at deltage i det aftalte samarbejde • Ansvarlig for at sikre aftalte data om resultater og effekter • Skal fortsat byde ind med konkrete forslag og idéer til forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger	Rollefordelingen skal sikre, at det decentrale initiativ ikke kvæles. Den væsentligste forskel bør være øget planlægning og sammenhæng på tværs, ikke mindre frihed på decentralt niveau. Særligt chefniveauet skal også ansvarliggøres i forhold til de tværgående initiativer og de resultater, som opnås.

Det er vores vurdering, at såfremt kommunerne organiserer sig med afsæt i overvejelser som ovenstående og lokalt finder den model, som matcher den eksisterende kommunale organisering samt den eksisterende styringsmodel, vil det kunne løfte mulighederne for at arbejde tværsektorielt med forebyggelse. Det er klart, at det også gælder specifikt i forhold til arbejdet med strukturel forebyggelse, herunder når strukturel forebyggelse indgår tværgående.

6.6 Strukturel forebyggelse

Forståelse af begrebet i kommunerne

Det er Rambølls vurdering – ud fra de 9 casebesøg i kommunerne – at begrebet vækker genklang og forståelse i de kommunale sundhedsenheder og – dog i mindre grad, jf. nedenfor – i kommunerne i øvrigt.

Udfoldes strukturel forebyggelse til at omfatte de mange typer kommunale initiativer, som indgår i begrebsafklaringen i afsnit 4, er der stort sammenfald med den kommunale forståelse af strukturel forebyggelse.

I en række kommuner udtrykkes samtidig en vis skepsis overfor terminologien: *"Matcher den reelt behovet og det, vi forsøger at gøre?"*

Kommunerne er helt enige i vigtigheden af at skabe sundhedsfremmende rammer og at gøre det sunde valg nemt, men begrebet "strukturel" menes til en vis grad at give forkerte associationer i retning af organisation og struktur, frem for det mere rammesættende.

Flere deltagere peger på, at strukturel forebyggelse – for dem – først og fremmest handler om det "mindset" eller den tankegang, som skal gennemsnysre arbejdet i hele kommunen og hos alle medarbejdere: Uanset om man er ansat i en sundhedsenhed, er kostvejleder i Børn og Unge, spildevandsingeniør i det kommunale vandselskab eller jobkonsulent i jobcenteret, skal det at tænke sundhed ligge på rygraden. Ikke som et altoverskyggende tema, men som en kortfattet "sundhedspotentiale-vurdering".

Samme gruppe deltagere siger, at ud fra dette perspektiv er der fortsat et stykke vej endnu, men de understreger samtidig, at dette er naturligt, givet den relativt korte historik.

I forlængelse af dette understreges fra én kommune, at forebyggelse tidligere har fungeret meget *"bottom-up"* og været drevet af konkrete ildsjæle. Området har derfor mange steder haft en mindre formel og udpræget udviklingsorienteret tilgang. Med placering af ansvaret i kommunerne og med afsæt i de kommunale sundhedspolitikker får opgaveløsningen nu en fastere forankring og en mere formel struktur, hvilket indebærer en professionalisering og naturligt et større fokus på at tænke strukturelt og på tværs.

Konkrete eksempler på strukturel forebyggelse

Rambøll har på baggrund af caseanalyserne (herunder hjemmeside-studier) fremhævet en række konkrete eksempler på strukturel forebyggelse (se bilagsrapportens kapitel 2 for tabellen over eksempler).

Tabellen indeholder information om indholdet af tiltag, eventuelle samarbejdspartnere, forventede faglige gevinster samt henvisning til lovgrundlag. Gennemgangen er struktureret ud fra de enkelte sektorområder. Ud over disse konkrete eksempler fra sektorområder er der vedtaget en række politikker, der er generelle for samtlige af kommunens sektorområder, såsom: rygepolitik, alkoholpolitik og sundhedspolitikken.

Tilsvarende er der som nævnt ovenfor anvendt redskaber som sundhedskonsekvensvurderinger og sundhedsprofiler i flere af de deltagende kommuner. Dette har naturligvis også karakter af strukturel forebyggelse.

Det skal endelig bemærkes, at langt hovedparten af de beskrevne eksempler er gennemført i samarbejde med sundhedsafdelingerne i kommunerne. Kategorien samarbejdspartner henviser derfor udelukkende til samarbejdspartnere ud over sundhedsafdelingen og "hjem-afdelingen".

Nedenfor følger en tværgående analyse af de mange eksempler inden for hvert sektorområde, kombineret med et antal konkrete eksempler, som illustrerer de mange forskellige typer af strukturel forebyggelse.

Opsamling på teknik og miljøområdet

Bilagsrapporten indeholder 13 forskellige eksempler på, hvordan kommunerne har arbejdet med strukturel forebyggelse på området for Teknik og Miljø.

Analyseres på tværs af disse eksempler på strukturel forebyggelse på tværs er der generelt fokus på at skabe rammer til let adgang til smukke omgivelser, som skal understøtte motion og et aktivt udeliv samt sætte fokus på at give borgerne oplevelser i naturen og et rent miljø at færdes i. Se tekstboksen for et eksempel.

Tekstboks 6-10: Skovlegepladser, sundhedsstier og hytter

Kobling af sundhed, motion og rekreative faciliteter

Flere kommuner er aktive i forhold til at bruge naturen som en attraktiv ramme for motionsaktiviteter.

- I en kommune etablerer man skovlegepladser og stier i alle de større byer i kommunen, så disse principielt er tilgængelige for alle borgere.
- I en anden kommune har man renoveret et antal kommunale skovhytter. Nu har kommunens institutioner mulighed for at få nøgler til disse og bruge dem sammen med børnene. På sigt er det hensigten at give erhvervslivet mulighed for at låne hytterne som ramme om en alternativ dag, hvor man i stedet for et traditionelt møde i et kongrescenter eller på hotel kan tage ud i skoven og koble sin faglige dag med motion og en naturoplevelse.
- Endelig skal nævnes en kommune, som har brugt et gammelt jernbanespor til at etablere en sundhedssti med overnatningspladser, legepladser, toiletter, lysløjpe osv. Tanken er at sikre et sammenhængende system med en bred vifte af tilbud til alle grupper af borgere.

Fælles for disse aktiviteter er, at det primære formål ikke nødvendigvis er sundhed, men det rekreative islæt, men kommunerne ser det uanset som væsentlige eksempler på strukturel forebyggelse.

Den konkrete dialog med kommunerne viser, at der ofte er tale om, at sundhed indgår som et middel i forbindelse med et andet mål. Flere kommuner fremhæver, at der er relativt få områder af deres arbejde vedrørende teknik og miljø, hvor sundhed ikke indgår på den ene eller anden led. Dette understreges af, at der i listen indgår helt basale sundhedsforanstaltninger som kloakering og affaldssortering.

Indenfor en KRAM-specifikation arbejder man primært med M (Motion). Ud over den lidt stramme KRAM-kategorisering bør det desuden fremhæves, at der også i overvejelserne indgår en stor vægt på den mentale sundhed, nemlig at skabe mentale åndehuller samt mere "biologiske" sundhedsaspekter (det vil sige aspekter, hvor valget for individet har mindre at sige).

Der er tale om en kombination af politikker og mere konkrete strukturelle tiltag. Hovedparten er begrænset til et samarbejde med sundhedsafdelingen, og en del af tiltagene fungerer reelt uden inddragelse af den kommunale sundhedsenhed. Ét af de mange eksempler er udpræget tværgående, jf. nedenfor.

Tekstboks 6-11: Bredt tværsektorielt samarbejde – projekt 'mit boligområde'**Bredt tværsektorielt projekt med fokus på sundhed og trivsel i Sønderborg kommune**

Sønderborg Andelsboligforening (SAB) og Sønderborg Kommune har med udgangspunkt i den foreløbige helhedsplan fra foråret 2006 udarbejdet den endelige helhedsplan for 5 almennyttige afdelinger, som ligger spredt i periferien af Sønderborg bymidte.

Helhedsplanens indsatser skal ses i et overordnet strategisk perspektiv om en bymæssig sammenhæng, hvor der kan udvikles en model for et permanent samarbejde om den by- og boligsociale indsats. Helhedsplanens indsatser bliver således ikke enkeltstående tidsbegrænsede projekter, men indsatser i *en permanent udvikling af trivsel og sundhed i boligområderne*.

Kommunens Fagcentre – Sundhed, Arbejdsmarked (herunder integration), Børn og uddannelse, Kultur og fritid – har deltaget i udarbejdelsen af helhedsplanen sammen med SAB.

SAB og Sønderborg Kommune ønsker at se udviklingen af afdelingerne og lokalområderne i en bymæssig sammenhæng, hvor afdelingerne og lokalområderne skal bringes til at fungere i et samspil med Sønderborg-området uddannelsesmæssigt, jobmæssigt, socialt og kulturelt.

I Sønderborg kommune ønsker man, at arbejdet med helhedsplaner skal integreres med den normale kommunale drift. Det betyder, at selvom projektet er finansieret gennem Landsbyggefonden til boligforeningen, har kommunen valgt at deltage aktivt ved blandt andet at ansætte kommunalt personale i projektet. Samtidig er der en del af projektets medarbejdere, der er placeret i kommunens forvaltninger, så de på den led opnår en synergi mellem projektet og kommunens indsatser. I projektet er der eksempelvis et beskæftigelsesprojekt for de 16-24-årige der arbejder intensivt med en individuel tilgang. I arbejdet fokuseres der på arbejdsmæssige, sociale og sundhedsmæssige udfordringer. Målgruppen er karakteriseret ved ensomhed, kriminalitet, og en socialt ustabil baggrund. I projektet har man mulighed for at se brede på de personlige behov og guide den unge videre til enten arbejde eller uddannelse. På grund af den stærke kommunale tilknytning er der en række fagpersoner fra forskellige forvaltninger, der kan kobles på projektet.

Projektet opererer med en bred sundhedsdefinition, der inkluderer KRAM såvel som mental sundhed og almindelig trivsel.

Som følge af projektet er der blevet iværksat en række aktiviteter med formål om at højne sundheden og trivslen i boligområdet – nedenstående er en række eksempler:

- Gratis rygestopkurser
- Etablering af motionsrum
- Beboerlokale med redskaber til udendørs aktiviteter
- Renovering af legepladser
- Opstart af en række mindre klubber (f.eks. cykelklub)
- Fælles dans
- Opstilling af handicapvenlige borde og bænke

Projektet er i høj grad borgerdrevet, og en række af tiltagene kommer direkte fra beboerne i området. Dette er med til at give ejerskab af indsatsen og sandsynliggøre brug af aktiviteter og tiltag. Beboerne har endvidere mulighed for at søge midler til at iværksætte egne tiltag og på den måde medvirke til et sundere boligområde.

Opsamling på folkeskoleområdet

Bilagsrapporten indeholder 9 forskellige eksempler på, hvordan kommunerne har arbejdet med strukturel forebyggelse på folkeskoleområdet.

Der er tale om en bred vifte af fokusområder, dækkende hele KRAM-spektret, men også i et vist omfang fokus på at øge lighed i sundhed (f.eks. morgenmadsordninger) og på den mentale sundhed (den psykiske dimension). 4 af de 9 eksempler er egentlige politikker.

Tekstboks 6-12: Strukturel forebyggelse – kost på Folkeskoleområdet**Kostvejledere, sodavandsmaskiner og morgenmad**

Folkeskolen er en "arena", hvor man møder alle kommunens børn og dermed har mulighed for at arbejde eksplicit med strukturel forebyggelse. Flere kommuner har ansat kostvejledere, som har til opgave at vejlede de enkelte institutioner, herunder også skoler, med at udvikle kosttilbuddet med fokus på elevernes ernæring. Der er på den måde tale om tiltag, som skal fremme en sundere adfærd.

Som et andet eksempel har flere kommuner sat fokus på tilgængeligheden af sund og usund kost – sund kost som den kost, der tilbydes i skolens madordning og (i fritiden) i haller og svømmehaller, mens man i forhold til usund kost indfører kommunale forbud mod opstilling af sodavandsautomater på skolernes område.

En kommune har etableret et tilbud om fælles morgenmad for børn med manglende opbakning hjemmefra. Tilbuddet kombinerer det rent sundhedsmæssige (lighed i sundhed gennem sund morgenmad) med det indlæringsmæssige, da morgenmåltidet skærper koncentrationen og dermed elevernes udgangspunkt for at modtage undervisning resten af dagen.

Det indsamlede materiale omfatter næsten udelukkende tiltag, der laves ved siden af almindelige læreplaner. Det må formodes, at sundhed indgår som et væsentligt element i læreplanerne, og deres arbejde med sundhed må derfor også være noget mere omfattende.

Opsamling på kultur og fritid

Bilagsrapporten indeholder 8 forskellige eksempler på, hvordan kommunerne har arbejdet med strukturel forebyggelse indenfor Kultur og Fritid.

Den strukturelle forebyggelse inden for kultur og fritidsområdet har dels fokus på bevægelse uden for foreningslivet (dvs. at skabe mulighed for motion), samt på folkeligheden i foreningslivet (dvs. at man forsøger at øge mulighederne for en sund udfoldelse i foreningslivet). Flere udtrykker i den forbindelse, at selv om sundhed og foreningslivet ofte "går hånd i hånd", er det vigtigt at holde fast i det primære formål med foreningslivet: at have det sjovt. Kan det også være sundt, er det en bonus.

Der er desuden fokus på adfærdsændringer i de etablerede tilbud, herunder kost og solarier.

Der har ikke været den store fokus på den mentale sundhed, men det kan naturligvis hævdes, at det er en følgevirkning af øget motion.

Der er forholdsvis stor fokus på K (kost) og M (motion) i KRAM-opdelingen. Det skal siges, at dette i en del tilfælde nok primært skyldes en mere snæver forståelse af sundhedsbegrebet. Endelig bør det fremhæves, at der netop inden for dette område skelnes begrebsmæssigt mellem motion og bevægelse.

Tekstboks 6-13: Strukturel forebyggelse – Kultur og Fritid**Eksempler på strukturel forebyggelse – Motion**

Eksemplerne omfatter:

- Adgang til indtegnede løberuter på nettet med kilometerangivelser
- Mountainbike-ruter i grønne områder for forskellige målgrupper (tilgængelige og udfordrende ruter)
- Stier og vandreture
- Helhedstænkende idrætsfaciliteter – etablering af sammenhængende idrætsanlæg, hvor hele familien kan være aktive samtidig, dvs. sammentænkning af forskellige behov, så

familien kan motionere samtidig.

Kort og godt: Gør motionen til et nemt og attraktivt valg.

Opsamling på børne- og ungeområdet

Bilagsrapporten indeholder 9 forskellige eksempler på, hvordan kommunerne har arbejdet med strukturel forebyggelse inden for Børn og Unge.

Det er tydeligt på børne- og ungeområdet, at de to primære tilgange til sundhed er kost og motion. Særligt kost optager en stor del af de strukturelle tiltag.

Dette skyldes højst sandsynligt, at langt de fleste deltagere i undersøgelsen har haft forbindelse til institutionerne. Kost er derfor både en obligatorisk opgave samt et oplagt sundhedsforbedrende sted. I forbindelse med børn og unge tales der næsten udelukkende om bevægelse og ikke motion.

Tekstboks 6-14: Strukturel forebyggelse – børn og unge

Det mobile børnestadion

Vejle Kommune har etableret det mobile børnestadion som et bevægelsesprojekt, som skal inspirere daginstitutionerne til nye måder at lege på, så børnene får bevæget sig mere.

- Det mobile børnestadion er en ny idé, skabt som et bevægelsesprojekt for 3-6-årige i dagtilbud i Vejle Kommune – projektet er støttet af Familieministeriet.
- Det mobile børnestadion er tænkt som et tilbud til Vejle Kommunes daginstitutioner, som i tilbuddet kan møde en engageret og uddannet instruktør med idéer og materialer – i dette tilfælde inden for atletik.
- Målet med det mobile børnestadion er at sætte øget fokus på børns bevægelse – både i institutionen og i fritiden.

Projektet består af 4 pakker:

- Atletik i børnehøjde
- Motorik – inde og ude
- Lege og aktiviteter
- Udlån af rekvisitter.

Der er desuden fokus på forældreinddragelse og på det mentale aspekt af sundhed. Endelig er det interessant, at man med samarbejdet med tandplejen benytter én arena som adgang til at kunne identificere et indsatsbehov i et andet område.

Tekstboks 6-15: Strukturel forebyggelse – kobling til styringshierarkiet

Styring og strukturel forebyggelse

- I nogle kommuner er sundhed integreret som en del af styringshierarkiet, idet der indgås kontrakter med de enkelte institutioner, hvor efterlevelse af sundhedsmål har budgetpåvirkning
- I andre kommuner er der krav om at udarbejde sundhedsplaner som en del af den kommunale målstyringsmodel.

Opsamling på handicapområdet

Bilagsrapporten indeholder 5 forskellige eksempler på, hvordan kommunerne har arbejdet med strukturel forebyggelse inden for handicapområdet.

De strukturelle forebyggelsestiltag i forhold til handicappede har dels fokus på konkrete målgrupper, dels er der ofte tale om bred kompetenceopbygning,

hvor sundhedsaspektet er ét af flere. Der er dog også konkrete tilbud, som har fokus på motion og kost.

Det er endvidere interessant, at flere af tiltagene har et *integrerende sigte*, dvs. at de har fokus på at skaffe målgruppen uddannelse, arbejde eller kompetencer til i større grad at kunne begå sig selvstændigt. Der er således tale om tiltag, som fokuserer på at skabe større lighed, også i sundhed.

Tekstboks 6-16: Strukturel forebyggelse med fokus på lighed i sundhed

Særligt beskæftigelsestilbud til personer med handicap

I et samarbejde med jobcenteret er der etableret et særligt beskæftigelsestilbud til personer med handicap. Fokus er på etablering af særlige arbejdspladser, målrettet netop denne målgruppe, samt udpegnings af rådgivere, som støtter op om målgruppen i forhold til at komme i beskæftigelse. Rådgivningen er ikke alene – som del af den traditionelle kommunale jobformidling – rettet mod det konkrete jobmatch, men indeholder også kostråd og motionsvejledning og inspiration ud fra den opfattelse, at målgruppen ved at vælge et sundere liv vil opleve, at selvtilliden vokser, og det bliver lettere at få adgang til samt at begå sig på arbejdsmarkedet.

Opsamling på ældreområdet

Bilagsrapporten indeholder 7 forskellige eksempler på, hvordan kommunerne har arbejdet med strukturel forebyggelse inden for ældreområdet.

På ældreområdet har tiltagene haft fokus på behandling, træning og rådgivning i forhold til enten konkrete lidelser eller de følgevirkninger, der kommer af et nedsat funktionsniveau. Der er desuden fokus på kost og motion.

Tekstboks 6-17: Strukturel forebyggelse – fastholdelse eller udvikling af funktionsniveau

Motion mm. – fokus på funktionsniveau

Blandt eksemplerne rettet mod ældres funktionsniveau skal nævnes:

- Genoptræningsstier i lokalområderne, særligt anlagt med fokus på genoptræning af borgere i omgivelser, de selv kan opsøge. Typisk anlagt med sving og niveauer, som bringer flest mulige muskelgrupper i spil.
- Kursus for rygpatienter med specifik læring og sygdommen samt træning i at leve med sygdommen.
- Særligt tilrettelagte motionsaktiviteter for beboere på plejecentre.

Der har ikke i undersøgelsen været eksempler på "ældrevenner" – altså fokus på det psykiske og mentale. Derimod er det tydeligt, at det er et område, der bærer præg af forholdsvist meget arbejde med diagnosticerede sygdomme og/eller nedsat funktionsevne. Det vil sige, der er en stor del, der arbejder med at minimere sygdomsbetydningen for borgerne, mens en anden del (mindre omtalt) arbejder på at forebygge, at sygdommene opstår i det hele taget.

Opsamling på udsatte-området

Bilagsrapporten indeholder 7 forskellige eksempler på, hvordan kommunerne har arbejdet med strukturel forebyggelse indenfor udsatte-området.

Der er i forhold til denne gruppe i høj grad tale om tilbud, hvor man søger at integrere et sundhedsaspekt i eksisterende tilbud, dvs. at man opsøger udsatte-gruppen i de tilbud, de allerede benytter sig af – nu også med sundhedspersonale. Der er i høj grad fokus på kost, motion, hygiejne og misbrug. Der er derfor dels tale om en tæt involvering af konkrete sundhedspersoner, herunder både konkret udførende (eksempelvis tandlæger) og vejledere. Desuden er der et tæt samarbejde med beskæftigelsesområdet, da nogle tilbud i forvejen har

et aktiverende sigte og er opstået i krydsfeltet mellem socialområdet og beskæftigelse.

Der er som hovedregel tale om projekter, hvor man som et led i den beskæftigelsesrettede indsats vurderer, at sundhed i bred forstand, herunder særligt kost og motion, men også selvværd og trivsel som aspekter af mental sundhed, hensigtsmæssigt kan indgå som både mål og middel i vejen mod at hjælpe målgruppen ud af offentlig forsørgelse.

Tekstboks 6-18: Strukturel forebyggelse – udsatte

Stor spændvidde i tiltagene

De 7 forskellige typer af tiltag spænder bredt.

- Misbrugspolitik med fokus på sundhed som middel til et bedre og sundere liv
- Beslutning om konkret fysisk placering af sundhedscentre lokalt, hvor der er mange udsatte (fysisk planlægning)
- "Flyt tandlægerne ud" til målgruppen – i stedet for at lade målgruppen komme til tandlæge
- Uddannelse af sagsbehandlere i kost, motion og bevægelse (helhedstænkning fra første møde med kommunen)
- Ændring af kostordning i botilbud
- Ernæringseksperter og fysioterapeut til socialt udsatte – arbejder med målgruppens egne ressourcer og viden.
- Særligt tilrettelagt idrætstilbud til målgruppen ved siden af eksisterende idrætstilbud (supplerende, da målgrupperne ellers ikke passer sammen).

Opsamling på beskæftigelsesområdet

Bilagsrapporten indeholder 5 forskellige eksempler på, hvordan kommunerne har arbejdet med strukturel forebyggelse inde for beskæftigelsesområdet.

Eksemplerne under beskæftigelsesområdet er i et vist omfang dækket ovenfor i de øvrige præsentationer. Der er her tale om tilbud til handicappede med fokus på beskæftigelse samt et bredt tilbud rettet mod et boligområde.

Der er desuden tale om dels et tilbud til depressive, hvori der indgår vejledning om kost og motion som medvirkende faktor til at komme hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet – et tilbud med fokus på fremtræden, motion og sund kost som grundelementer i at komme nærmere arbejdsmarkedet (for matchgruppe 4-5) samt et projekt om kost og motion for sygedagpengemodtagere.

Eksemplerne viser meget klart, hvordan forebyggelse opleves at gå hånd i hånd med den beskæftigelsespolitiske målsætning (sundhed er en vej til hurtigere tilbagevenden til ordinær beskæftigelse).

Analyse af eksemplerne på tværgående samarbejde og strukturel forebyggelse

Eksemplerne ovenfor taler i en vis forstand deres eget sprog: Der er tale om en bred vifte af tiltag, som dækker fra de overordnede politikker til de mere konkrete tiltag med afsæt i eksisterende tilbud til borgerne, hvor man i den enkelte kommune har vurderet det hensigtsmæssigt at tilføje et sundhedssement.

Som én hovedkonklusion viser eksemplerne – efter Rambølls vurdering – meget konkret den pointe, som analysen i afsnit 7.2 også har fremhævet: Der er en række eksempler på strukturel forebyggelse på det strategiske plan (policy-planen) og tilsvarende en række eksempler på det operationelle plan, reelt ofte initieret bottom-up, mens planlægningen på det taktiske niveau og den brede sammenhæng på tværs mellem tilbuddene fylder mindre.

Konkret kommer dette til udtryk ved, at der eksempelvis ikke foreligger eksempler på en samlet "sundhedshandleplan" for beskæftigelsesområdet (den sektorspecifikke vinkel) eller en samlet "motionsplan" (emne-vinklen), hvor centrale medarbejdere har drøftet på tværs, hvordan et givet emne for strukturel forebyggelse kan bearbejdes tværgående.

Videre skal *for det andet* fremhæves, at strukturel forebyggelse ofte relateres til kompetenceudvikling og/eller uddannelse. Det fremgår helt grundlæggende af det forhold, at der i sundhedsenhederne tilknyttes personer med en specifik sundhedsfaglig viden, som andre forvaltninger kan trække på, men også i højre grad ved, at der ansættes konkrete ressourcepersoner, eksempelvis diætister, bevægelses- og motionskonsulenter m.fl., som besidder en konkret faglighed. For nogle vedkommende anvendes dette til at etablere et tilbud, som borgere eller patienter aktivt kan tilvælge – såsom rygestopkurser eller sundhedsborgerservice. For andre vedkommende er der – som respons på et konkret indsatsområde – tale om udfarende ressourcepersoner, eksempelvis en diætist eller kostvejleder, der besøger daginstitutioner og skoler.

Endelig er der, jf. også afsnittet om definitioner (afsnit 0), i flere kommuner en opfattelse af, at strukturel forebyggelse handler om en generel kompetenceudvikling og indsats i forhold til personalets værdier, således at det ligger alle på sinde.

For *det tredje* skal fremhæves, at tiltagene ofte har karakter af projekter. Dette vil formentlig være en væsentlig del af billedet også inden for en overskuelig tidshorisont fremover. Det er derfor en væsentlig del af beredskabet i en sundhedsenhed, at man er uddannet i projektarbejde og projektledelse, så man både kan sætte i gang, skabe ejerskab, forankre, afslutte og følge op. I flere kommuner har man som respons på dette givet medarbejderne en egentlig projektlederuddannelse.

For *det fjerde* gælder det, at tiltagene i høj grad er relateret til KRAM-faktorerne. Der er også eksempler på mental sundhed, men motion, bevægelse og kost har en høj vægt, ligesom alkohol og rygning på de områder, hvor det er relevant. Spørgsmålet om ulighed i sundhed kommer mest eksplicit til udtryk i forhold til de tiltag, som er rettet mod udsatte-gruppen, hvor man flere steder tager konsekvensen af, at gruppen ikke profiterer af "normaltilbuddet" og derfor vælger at flytte tilbuddet ud til målgruppen.

For *det femte* skal fremhæves, at hovedparten af tiltagene har afsæt i én afdeling samt sundhedsenheden, evt. tilknyttet yderligere én samarbejdspartner, hvilket ofte er Teknik og Miljø i forhold til den rent fysiske gennemførelse. Dette kan både afspejle det reelle behov (det tværgående behov går ikke længe), eller det kan afspejle, at det alt andet lige er lettere at etablere strukturel forebyggelse, hvis antallet af parter holdes nede. Undersøgelsen giver ikke anledning til at konkludere entydigt på dette. Som et eksempel på et meget bredt projekt, se tekstboksen ovenfor i relation til projekt "Mit boligområde".

For *det sjette* er det tydeligt, hvordan der er forskel mellem sektorerne. De anlægstunge områder (Teknik og Miljø samt dele af Kultur og Fritid) skaber synergi i forhold til eksisterende funktionalitet eller etablerer nye anlæg med et blik for sundhed f. eks. en (idrætsrambla), mens sundhed på driftsområderne integreres i form af vejledningstilbud, nye aktiviteter osv. Man kan på den måde tale om en vis form for arenatilpasning.

En variant af dette ses *for det syvende* også i forbindelse med de enkelte fagområders optik og interesser. For en sundhedsenhed vil forebyggelse og sundhedsfremme være et mål i sig selv, naturligvis gerne hånd i hånd med andre

målsætninger. For andre forvaltninger kan det modsatte være tilfældet. Eksempelvis i forhold til udnyttelse af rekreative områder, hvor sundhed kan opfattes som et positivt biprodukt af det egentlige formål, at få borgerne ud i naturen ved hjælp af stier og andre faciliteter eller i forhold til multihaller, hvor man i Kultur og Fritid måske har den opfattelse, at det først og fremmest handler om at lave gode, sjove og familieegnede fritidsmuligheder, dernæst om sundhed.

Sundhed bliver på den måde i mange tilfælde en afledt konsekvens eller et middel til at opnå andre mål. Det er der ikke noget galt i, men det er klart, jf. analysen af organiseringen, at dette har betydning for incitamentsstrukturen. Sat på spidsen kan man sige, at hvis der opstår en konflikt mellem det sundhedsmæssige og de øvrige målsætninger, skal der følge penge med – hvor flere kommuner eksempelvis har oplevet diskussionen i forbindelse med forsøg på at få sundere mad i idrætshallerne.

I forlængelse af dette skal vi *for det ottende nævne*, at der i nogle interview med ikke-sundhedspersonale peges på, at man bør være opmærksomme på, hvordan man skruer strukturel forebyggelse sammen, herunder at indtænke de mentale reaktioner. Således at eksempelvis initiativer, der er rettet mod sund kost, ikke medfører en aversion mod sund kost. I den pågældende kommune lægges vægt på, at der skal gives redskaber til at strukturere diskussionen lokalt, hvilket vil sige, at man fra centralt hold i kommunen giver mulighed for, at f.eks. de enkelte skoler og daginstitutioners bestyrelser finder løsninger, de selv tror på.

Endelig skal *for det niende* kortfattet nævnes, at arbejdet med strukturel forebyggelse – efter Rambølls vurdering – fordrer en gennemarbejdet dokumentation af forebyggende tiltag. Formålet med dokumentationen er flertydig, da det både sigter på et politisk og et administrativt niveau. Dokumentation skal på den ene side give politikkerne indsigt i, hvilke effekter der med forebyggelsesinitiativer kan forventes, mens man administrativt har gode muligheder for at følge indsatser, der går på tværs. Det er vores vurdering ud fra kommunebesøgene, at der – som en bred vurdering med naturlige undtagelser – fortsat er forbedringspotentiale på dette område: Mange tiltag er initieret nedefra med vægt på tiltaget og mindre på dokumentationen og anvendeligheden i en bredere sammenhæng.

6.7 Sammenfatning

Caseanalysen i kommunerne viser helt overordnet, at der er mange eksempler på strukturel forebyggelse og samtidig, at der er et stort potentiale for at arbejde med strukturel forebyggelse. Med potentiale menes det forhold, at der er et ønske om det. Der er en tro på, at det virker, og der er et stort antal områder og/eller snitflader, som ikke endnu bliver adresseret med strukturel forebyggelse, når man læser eksemplerne på tværs af de deltagende kommuner. Tilsvarende viser analysen, at der er i stort omfang bliver arbejdet på tværs og egentlig tværsektorielt.

Der er dermed et positivt udgangspunkt for den fremadrettede indsats.

Analysen af forankringen har vist, at kommunerne bruger en sundhedspolitik og dermed har en formel ramme at arbejde indenfor. I nogle kommuner bakes dette op med et krav om at anvende SKV – dog anvendes dette i praksis ikke systematisk, og erfaringerne er reelt blandede. Man har endnu til gode at finde den rette form i forhold til omfang, indhold og prioritering.

Det tværsektorielle samarbejde kan gå langt. Det viser både de internationale erfaringer, studiet af dansk lovgivning og den store variation på tværs af

kommunerne. Status i de 9 kommuner er dog fortsat, at det faktiske samarbejde og dermed udnyttelsen af samarbejdspotentialer ikke er baseret på en systematisk analyse af mulighederne, men i højere grad er bygget op "bottom-up" med afsæt i eksisterende netværk, erfaringer og delvist tilfældigheder.

Ikke uventet ligger initiativet til det tværgående samarbejde derfor oftest på sundhedsenhederne. Personlige netværk bliver derfor vigtige for gennemslagskraften. Begge dele forhold, der understreger, at der er tale om en organisering under udvikling, som skal finde en form i relation til en mere veletableret organisationsstruktur.

Disse forhold skaber ikke uventet en række barrierer, som medfører, at potentialer ikke udnyttes fuldt ud endnu.

Helt overordnet står det forhold, at der er tale om et nyt område, som helt naturligt er præget af en vis projektkultur. Dette skaber god mulighed for udvikling, men støder på vanskeligheder i forhold til forankring og i forhold til gennemslagskraft over for de mere driftsprægede kulturer i de eksisterende fagforvaltninger. Det kan derfor både være vanskeligt at komme på dagsordenen og få forankret gode erfaringer, når en projektperiode (med tilhørende økonomi) afsluttes. Dette understøttes af fund i litteraturstudiet.

Yderligere en central barriere findes på det organisatoriske plan, hvor det har vist sig vanskeligt at finde en organisering, som tager højde for og indgår på lige fod med det eksisterende hierarki med dets roller, kompetencer og ansvarsområder. Forebyggelsesindsatsen skal jf. ovenfor kæmpe for opmærksomheden og kan i situationer fungere "påklippet" den øvrige organisation.

Dette er i høj grad forbundet med den styringsmæssige udfordring på området, hvor forebyggelsesindsatsen ikke endnu indgår på lige fod med øvrige områder i det kommunale styringshierarki med hertil knyttede belønnings- og sanktionssystemer. Der er naturligvis undtagelser herfra, men det generelle billede er en i højere grad projektbaseret kultur, hvor kommunerne har en væsentlig udfordring i at forbinde de mange konkrete initiativer med strategier, visioner og politikker.

Der er således både strategisk (dvs. fra politisk hold) og operationelt (dvs. på udførende niveau) fokus på sundhed og forebyggelse. Men integrationen i en samlet kommunal plan, som udtrykker det kommunale svar på de konkrete udfordringer, som udtrykt i en sundhedsprofil eller lignende, er endnu mangelfuld på særligt det taktiske niveau.

Endelig viser analysen, at ændringer kræver uddannelse og delvist en ny kultur eller måde arbejde på, hvor man organisatorisk understøtter en opfattelse af et gensidigt ansvar for at lykkes med både strukturel og tværsektoriel forebyggelse. Dette understøttes i væsentligt omfang af litteraturstudiet og peger i retning af, at kommunerne i højere grad bør forbinde området til det etablerede styringshierarki og fastlægge klarere roller.

7. RAPPORTENS METODER

I kapitel 8 gennemgås undersøgelsens metode og design. Overordnet har undersøgelsen ” sundhed på tværs af forvaltninger indeholdt følgende elementer:

- Indledende begrebsafklaring (afsnit 7.1)
- Kortlægning af lovgivning og praksis med relevans for strukturel forebyggelse og sundhedsfremme (afsnit 7.2)
- Internationalt review (afsnit 7.3)
- Casestudier i ni kommuner (afsnit 7.4)

De ovenstående elementer danner grundlag for den tværgående analyse og af-rapportering.

I de efterfølgende afsnit gennemgås de enkelte aktiviteter nærmere.

7.1 Indledende begrebsafklaring

Undersøgelsen blev indledt med at indkredse og klargøre relevante begreber for så vidt angår strukturelle forhold i relation til forebyggelse. Processen tog udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens terminologihæfte fra 2005¹⁹, som netop vedrører forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Dette arbejde dannede udgangspunkt for videre overvejelser og drøftelser mellem Sundhedsstyrelsen og Rambøll.

Sundhedsstyrelsen og Rambøll afholdt en indledende seance, hvor begreberne *strukturel forebyggelse* og *tværsektoriel forebyggelse* blev diskuteret. Ligeledes blev de to begreber sat i relation til styringsredskaber som *lov* og *mekanismer*.

Som afslutning på processen omkring begrebsafklaring har Rambøll præsenteret og drøftet begreberne med to danske eksperter, Tine Curtis og Jette Juul Brun fra Statens Institut for Folkesundhed.

7.2 Kortlægning af lovgivningen

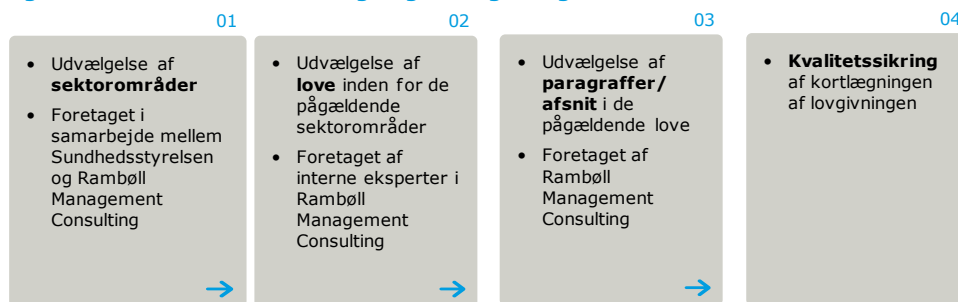
Kortlægningens metoder har til formål at udpege lovgivning med beskrivelse af eller potentiale for forebyggelse. Samtidig skal metoderne sikre, at fokuset på kvalitetskrav og undersøgelsens formål – at frembringe viden, der kan anvendes praktisk i kommunale forvaltninger – bevares.

I praksis bestod kortlægningen af fire faser – fra udvælgelse af overordnede sektorområder til dybdegående gennemgang af lovgivning og endelig ekstern kvalitetssikring. Netop kvalitetssikringen er søgt opnået via en fordeling af ansvaret, således at kortlægningsprocessen har involveret såvel fageksperter internt i Rambøll som eksterne parter i Sundhedsstyrelsen.

De fire faser og de involverede personer illustreres i nedenstående figur og omtales uddybende i de efterfølgende afsnit.

¹⁹ Terminologihæfte. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Sundhedsstyrelsen 2005

Figur 7-1: Processen for kortlægning af lovgivning



7.2.1 Udvælgelse af sektorområder

Kortlægningen af lovgivningen indledtes med, at Sundhedsstyrelsen og Rambøll i samråd udvalgte de overordnede sektorområder, der ligger til grund for kortlægningen af lovgivningen. Sektorområderne er afgrænset ud fra et kriterium om, at de sandsynligvis indeholder lovgivning med potentiale for sundhed og forebyggelse i kommunalt regi.

Følgende sektorområder er inkluderet i kortlægningen:

- Folkeskoleområdet
- Beskæftigelse
- Børn & Unge (dagtilbud og udsatte børn og unge)
- Ældre
- Handicap
- Udsatte-området (psykisk syge og misbrugere)
- Teknik og Miljø
- Kultur og Fritid.

Umiddelbart er de fleste sektorer repræsenteret og har endda flere fællesnævne, idet der eksempelvis forekommer overlap mellem Børn og Unge og Folkeskoleområdet samt Ældre og Handicap. Alligevel det ikke kan afvises, at afgrænsningen udelader relevante områder fra kortlægningen.

7.2.2 Udvælgelse af overordnet lovgivning

Anden fase af kortlægningen bestod i at identificere konkret lovgivning, der både har potentiale for forebyggelse og desuden er mulig at anvende i kommunalt regi. I denne forbindelse inkluderer konkret lovgivning såvel bekendtgørelser som vejledninger og andet materiale, der vurderes som relevant for undersøgelsen.

Udvælgelsen tog udgangspunkt i de førnævnte sektorområder og er derfor foretaget af seks af Rambølls interne eksperter, der har stærke kompetencer og bred erfaring inden for hver deres sektorområde.

Nedenstående Tabel 7-1 viser, hvilke dokumenter sektoreksperterne udpegede til yderligere gennemgang.

Tabel 7-1: Dokumenter, der ligger til grund for kortlægningen af lovgivningen

Dokument	Sektorområde
Sygedagpengeloven	Beskæftigelse
Arbejdsmiljøloven	Beskæftigelse
Lov om aktiv beskæftigelse	Beskæftigelse
Servicebogen	Er generelt gældende, men er i kortlægningen eksplicit anvendt til følgende områder: Børn & unge Handicap Ældre
Bekendtgørelse om standarder for sagsbehandlingen i sager om særlig støtte til børn og unge.	Børn & Unge
Vejledning om særlig støtte til børn og unge og deres familier	Børn & unge
Dagtilbudsloven	Dagtilbud
Sundhedsloven	Dagtilbud
Folkeskoleloven	Folkeskole
Fælles Mål 2009	Folkeskole
Kommunalfuldmagten	Kultur & Fritid
Folkeoplysningsloven	Kultur & Fritid
Lov om eliteidræt	Kultur & Fritid
Bekendtgørelse af lov om planlægning	Miljø & Teknik
Bekendtgørelse om vurdering af visse offentlige og private anlægs virkning på miljøet (VVM) i medfør af lov om planlægning	Miljø & Teknik
Naturbeskyttelsesloven	Miljø & Teknik
Vejledning om naturbeskyttelsesloven	Miljø & Teknik
Miljøbeskyttelsesloven	Miljø & Teknik
Bekendtgørelse om offentliggørelse af bygningsreglement 2008	Miljø & Teknik
Bekendtgørelse om bygherrens pligter	Miljø & Teknik
Vejledning om personlig og praktisk hjælp, træning, forebyggelse mv.	Ældre
Træningsvejledningen	Ældre
Vejledning om kvalitet, tilsyn, tilskud til frivillige sociale organisationer mv.	Ældre
Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre mv.	Ældre

NOTE: Som udgangspunkt er fokus på sundhedsloven sekundært, idet det er mere relevant at vurdere, hvordan øvrige forvaltningsområder kan inddrage forebyggelse og sundhedsfremme.

Generelt er det kendetegnende, at sektoreksperterne besidder et dybt kendskab til de enkelte sektorområder, men ikke nødvendigvis har en sundhedsfaglig kompetence. Der er således risiko for, at eksperterne overser lovgivning, der indeholder mulighed for forebyggelse, hvorfor kortlægningen – af kvalitetshensyn – inkluderede, at Rambølls sundhedsfaglige konsulenter foretog en grundig gennemgang af den udpegede lovgivning.

7.2.3 Udvalgelse af specifikke dele af lovgivningen

Sektoreksperternes udvælgelse af relevant lovgivning indebar, som ovenfor nævnt, eventuelle risici for at overse områder med potentiale for forebyggelse eller sundhedsfremme. Af den grund har Rambølls sundhedsfaglige konsulenter, der besidder et bredt kendskab til sundhed og forebyggelse, foretaget den endelige udvælgelse af specifikke elementer – afsnit og paragraffer – med udgangspunkt i de dele af lovgivningen, som sektoreksperterne fandt centrale for undersøgelsen.

Denne del af kortlægningen resulterede i en omfattende bruttoliste af ca. 200 elementer med beskrivelse af eller potentiale for forebyggelse og sundhedsfremme (se bilagsrapportens afsnit 3.2 for den fulde liste).

Af hensyn til formidling og fremtidig praktisk anvendelse er der behov for at foretage en afgrænsning af bruttolisten, således at fokus rettes mod de elementer, der har størst potentiale for forebyggelse og sundhedsfremme og derfor kan anvendes til konkret vejledning for Sundhedsstyrelsen.

Inden for hver sektor udvælges de specifikke elementer i lovgivningen, der samlet vurderes bedst i forhold til at sikre en operationel oversigt. Denne oversigt tænkes anvendt af medarbejdere på sundhedsområdet i de kommuner, der ønsker at styrke arbejdet med strukturel forebyggelse og sundhed på tværs: Det er på disse områder, der er et potentiale.

Udvælgelsen af de specifikke elementer er sket ud fra en erkendelse af, at elementerne er relevante i forhold til arbejdet med forebyggelse, de er praktisk anvendelige og med et pragmatisk sigte for øje, der gør, at det for de udvalgte elementer relativt hurtigt vil være muligt at sætte aktiviteter i værk.

De udvalgte elementer er efterfølgende valideret i den kommunale følgegruppe for at sikre, at de også er relevante set fra en kommunal vinkel.

Prioriteringen af bruttolistens elementer har dermed frembragt en nettoliste á 22 elementer, der vurderes til at have størst muligt potentiale for at bidrage til forebyggelse og sundhedsfremme, strukturelt som tværsektorielt.

Afslutningsvis bør det atter bemærkes, at en afgrænsning kan medføre, at afgørende dele af lovgivningen overses. Således er det tænkeligt, at andre elementer end de påpegede muligvis er mere relevante at fokusere på i praksis.

7.3 Internationalt litteratur-review

Formål

Den samlede opgave vedrørende 'sundhed på tværs' er ikke primært et litteraturstudie. Der skal altså ikke produceres et review, der potentielt kunne udgives som forskning. Rambøll skal derimod godtgøre, at slutninger, anbefalinger og konklusioner i mulige tilfælde trækker på holdbar anvendelse af tilgængelig forskningsbaseret viden.

Denne pointe er vigtig i den videre bearbejdning af den indsamlede litteratur. Ligeledes skal det anføres, at det er valgt at eftersøge central international viden på området.

Afgrænsning af emner, databaser, tidshorisont etc.²⁰

Litteratursøgningen tager udgangspunkt i PubMed/MEDLINE, der er den største database på sundhedsområdet. PubMed/MEDLINE indeholder små 20 millioner henvisninger til videnskabelige udgivelser og byder på en række veludviklede muligheder for pålidelig, fagspecifik informationssøgning p.t. Databasen produceres af *National Library of Medicine (NLM)* i USA²¹.

Herudover er der foretaget supplerende søgninger i Excerpta Medica/EMBASE og Web of Science. Grundet undersøgelsens ressourcemæssige volumen er det valgt at se bort fra andre eventuelt relevante samlinger som CINAHL, omhandlende særligt sygeplejevidenskab, og Social Sciences Citation Index, der er den bredest dækkende database for samfundsvidenskaberne, bl.a. med referencer/tidsskrifter, der dækker discipliner som psykologi, uddannelse samt social- og sundhedsforhold. Sidstnævnte databaser er relevante, men umiddelbart forventes det ikke, at søgning heri ville resultere i mange nye udgivelser af særlig relevans for nærværende opgave.

Det er valgt at begrænse den indsamlede litteratur til følgende kategorier: Reviews og meta-analyser. Hermed søges at begrænse antallet af referencer, der ellers løber op i flere tusinde, eventuelt relevante, udgivelser. Der er hverken ressourcer eller tid til at gennemgå et sådan antal referencer, og der skal ligeledes endnu en gang holdes fast i, at litteraturstudiet primært har en understøttende og perspektiverende funktion i forhold til kernen i den samlede undersøgelse, der empirisk hviler på de gennemførte kortlægninger og casestudier.

Identificering og vurdering af forskningsbaserede oversigtsartikler sikrer god kvalitet i den samlede fremstilling. Modsat er forskningsudgivelser sjældent en afspejling af de allerseneste tendenser inden for et givent område – simpelthen fordi det tager tid at opbygge, analysere og afrapportere den type viden, der primært indbefattes i videnskabelige tidsskrifter. Dette forhold er i særlig grad gældende for udgivelsestyper som reviews og meta-analyser, som er en videre bearbejdning af tidligere udgivet forskning.

Det er valgt at afgrænse søgningen til studier, der omhandler det geografiske område: Nordeuropa²², idet indsatser angående såvel strukturel som tværsektoriel forebyggelse i høj grad betinges af omgivelserne: *Omgivelser* forstået både som egentlige fysiske beskaenheder (landskab, infrastruktur mv.) og *omgivelser* forstået som typiske organiseringsformer af den offentlige sektor, politisk miljø/tradition, udvikling af forebyggelsesområdet, tilstedeværelse af bestemte faggrupper etc. Endvidere er der en række sociokulturelle faktorer, der hurtigt gør det svært at sammenligne et land med et andet, for slet ikke at tale om sammenligninger mellem regioner eller verdensdele. Eksempelvis er det i en del sammenhænge vanskeligt at bygge på viden/forskning, der omhandler USA, der på mange måder drives, organiseres og styres væsensforskelligt fra den praksis, vi kender fra den nordiske region (jf. eksempelvis den

²⁰ I forbindelse med scanningen af den internationale litteratur har RMC fået faglig vejledning og teknisk assistance af forskningsbibliotekar, Johan Wallin, Syddansk Universitet: Sundhedsvidenskab.

²¹ I bilagsrapporten kan der læses nærmere om PubMed/MEDLINE – særligt hvad angår såkaldte MeSH (Medical Subject Headings) termer

²² Dette selektionskriterium gælder dog ikke litteraturen vedrørende fysiske omgivelseres betydning for sundhed. Det forskningsfelt er stadig så meget i sin vorden, at der tilsyneladende kun findes relativt få forskningsbaserede studier, som eksklusivt beskæftiger sig med det nordeuropæiske område.

igangværende amerikanske debat vedrørende sundhedsvæsenets dækningsgrad og finansieringsmodel).

Der er ligeledes anvendt følgende pragmatiske selektionskriterier:

- Artikelsprog: engelsk, dansk, norsk og svensk
- Tilgængelighed PubMed/MEDLINE mv.: De sidste 10 år
- Kun artikler omhandlende mennesker (humans).

Søgningen følger derfor nedenstående tabel:

Tabel 7-2: Parametre for litteratursøgningen

	Jura*	Organisationx	Planlægning^	Fysiske omgivelser "	Tværasektoriel +
Sundhedsfremme					
Primær forebyggelse					
Sekundær forebyggelse					
Tertiær forebyggelse					

* Legislation/jurisprudence

x Organization and administration; Infrastructure for health promotion/disease prevention

^ Health Planning

" Built environment

+ Intersectoral health promotion/disease prevention & coordinated action for health.

Strukturel forebyggelse er operationaliseret via følgende standard-emneord (Mesh-termer) i PubMed/MEDLINE: "Legislation/jurisprudence" og "Organization and administration". Dertil kommer det ikke-standardiserede "built environment" samt "infrastructure for health promotion/disease prevention".

Tværasektoriel forebyggelse er operationaliseret via følgende standard-emneord (Mesh-termer) i PubMed/MEDLINE: "Organization and administration" og "Health Planning". Dertil kommer det ikke-standardiserede "Intersectoral health promotion/disease prevention" og "Coordinated action for health".

Ovenstående sættes i forhold til fællesmængden af: "Sundhedsfremme", "primær/sekundær/tertiær forebyggelse" samt "Preventive Health Services" (alle Mesh-termer i PubMed/MEDLINE).

Under anvendelse af yderligere selektionsfiltre (geografisk område, publikationstyper, sprog mv.) findes lidt over 500 referencer (i alt 525).

Den videre gennemgang og efterfølgende vurdering af de indsamlede referencer er foretaget af to konsulenter.

I forbindelse med den første gennemgang af materialet er der suppleret med følgende kriterier:

- Indsamlede referencer, der udelukkende beskæftiger sig med teoretiske, metodiske eller undersøgelsestekniske aspekter, frasorteres.
- Indsamlede referencer, der ikke drejer sig om vurdering af forebyggelsesindsatser (men eksempelvis gennemgår dele af den epidemiologiske forskning vedrørende social ulighed i sundhed), frasorteres.
- Indsamlede referencer, der viser sig at være uden abstract tages kun videre, hvis referencens titel tydeligt indikerer, at der er tale om et studie omhandlende egentlige strukturelle eller tværasektorielle forebyggelsesindsatser.

- Indsamlede referencer, der tydeligt er af ren formidlende karakter, uden nogen videre afgrænsning af det gennemgåede empiriske materiale, frasorteres.

Disse supplerende selektionsfiltre bevirker en totalmængde referencer på lidt over 200 (i alt 229), og en indledende vurdering af disse på abstract-niveau godtgør følgende:

- Der er tale om en meget varieret litteraturmængde, der på forskellig vis dækker diverse risikofaktorer, aldersgrupper og interventioner i forhold til særlige adfærdstyper (eksempelvis seksualpraksis, ungdomsvold eller reaktion på vaccinationsprogrammer). En del studier har fokus på intervention i relation til fysisk planlægning, politikudvikling og arenaer såsom skoler, daginstitutioner og arbejdspladser. Der er øjensynligt udgivet ret lidt angående strukturelle indsatser på eksempelvis beskæftigelsesområdet.
- Der er i mange tilfælde tale om studier med fokus på at definere/beskrive et givent emne og redegøre for de tværgående og/eller strukturelle indsatser og processer, som er sat i gang fra myndigheds-side. I den forbindelse belyser dele af litteraturen forskellige typer partnerskaber for sundhed, der rækker ud over den angivne definition af tværsektoriel forebyggelse. På forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet indgås partnerskabsaftaler typisk mellem aktører uden for og inden for det egentlige sundhedsvæsen. Partnerskabsperspektivet er dog indbefattet som en central engelsk baggrundsterm i Sundhedsstyrelsens udlægning af tværsektoriel forebyggelse fra 2005.
- Der er tale om studier, der primært dækker det nationale og sekundært, eller i mindre hyppig grad, det lokale niveau. Antallet af referencer bliver for ringe, hvis der – i selve søgestrategien – afgrænses til kommuneniveau (Local Government).
- Der er tale om studier, der for størstedelens vedkommende ikke rapporterer præcise effektmål af relevans for individuel eller kollektiv sundhed. I stedet anvendes en bredere, holistisk tilgang for så vidt angår sundhed og effektspørgsmålet. Det varierede omfang og indhold af de indsamlede studiers effektmål er grundlæggende en konsekvens af, at det netop ikke er valgt at begrænse evalueringsdesigns videre end til reviews og meta-analyser. Det kunne eksempelvis vælges at indsnævre søgningen til udelukkende at indbefatte sekundærlitteratur (reviews og meta-analyser), der vurderer effekten af interventionsstudier, der som minimum benytter et før- og efterundersøgellesdesign. En undersøgelse med overskriften 'Sundhed på Tværs' må dog nødvendigvis være interesseret i at trække på relevant viden, der ikke kun snævert beskæftiger sig med opgørelser af konkrete interventionseffekter, men også indeholder studier, der beskriver metoder, programmer og fremgangsmåder til at fremme trivsel og sund livsstil via strukturelle og/eller tværsektorielle indsatser.

Yderligere gennemgang af abstracts, med fokus på de nyeste reviews (udgivet 2005-2009), fører til identificering af lidt over 70 referencer (i alt 74), som mest direkte beskæftiger sig med strukturel og tværsektoriel forebyggelse.

Den udarbejdede tværgående analyse tager udgangspunkt i ovenstående delmængde – men ikke alle studier er læst i fuld længde og refereres heller ikke i kapitel 5. I mulige tilfælde er der fokuseret på udgivelser, som omhandler det lokale niveau. Endvidere har det været en bestræbelse at anvende studier, der bygger på gennemgang af primærlitteratur. Derudover suppleres med udgivelser fra ministerier, statslige myndigheder samt oversigtsværker. I alt bygger litteraturstudiet på 58 kilder.

7.4 Casebesøg i ni danske kommuner

Casestudierne i kommunerne havde til formål at indsamle konkrete erfaringer og "best practice" om generel praksis fra danske kommuner med forskellige former for strukturelle forebyggelsestiltag på tværs af forvaltninger.

Med *generel praksis* menes de planlægnings- og styringsinstrumenter, der anvendes i kommunerne, eksempelvis virksomhedsplaner, resultatkontrakter og lignende. Kommunernes generelle styringsredskaber indeholder et betydeligt potentiale for sundhedsfremme. Casebesøgene søgte derfor i høj grad at identificere indholdet i styringsredskaberne og deres virkemåde. Styrings- og planlægningsredskaberne varierede for kommunerne, og derfor var det afgørende, at gennemgå forskellige kommuners praksis, hvorfor det var et centralt element i de casestudier, der gennemførtes i undersøgelsen.

Da formålet med undersøgelsen primært er at udbrede de bedste erfaringer, er der udvalgt kommuner, der allerede er langt på forebyggelsesområdet og sundhedsområdet. Kommunerne er udvalgt i samarbejde med Sundhedsstyrelsen.

Nedenstående oversigt viser de kommuner, som har deltaget i undersøgelsen "Sundhed på tværs af forvaltninger":

- Odense
- Haderslev
- Frederiksberg
- Århus
- Vejle
- Næstved
- Sønderborg
- Esbjerg
- Horsens

Indholdet i casebesøgene

Formålet med casebesøgene var at indsamle viden om kommunernes praksiserfaring med strukturel forebyggelse. En vigtig pointe er, at kommunerne godt kan arbejde med strukturel forebyggelse *uden* nødvendigvis at beskrive det under denne dagsorden. Dette er tilfældet, da strukturel forebyggelse kan understøttes af mange processer, som også kan tjene andre formål, såsom medarbejderfastholdelse, begrænsning af sygefravær og lignende.

I hver kommune var det primært sundhedschefen, der indledningsvist blev taget kontakt med. Denne har været behjælpelig med at arrangere aftaler med relevante medarbejdere i kommunen. De steder, hvor det ikke var sundhedschefen, der blev kontaktet, har en anden medarbejder bistået med samme hjælp.

Kontaktpersonen i hver kommune fik tilsendt et følgebrev med information om projektet og med oplysninger om, hvilke fagområder/fagpersoner Rambøll ønskede at tale med. Ligeledes var det oplyst, hvor lang tid Rambøll forventede, at hvert interview ville tage.

I de enkelte kommuner er det forsøgt at interviewe medarbejdere med ledelsesansvar fra følgende områder:

- Sundhedsområdet
- Teknik og miljø
- Børn og unge
- Beskæftigelsesområdet
- Socialområdet
- Tværgående styre/arbejdsgrupper, der arbejder med sundhed.

Interviewene fokuserede dels på sundhedsindsatser på tværs af forvaltninger, dels på indsatser, som er relevante for strukturel sundhed (selvom de ikke nødvendigvis blev italesat som sådan i kommunerne). Ligeledes blev der spurgt ind til de mekanismer, som kommunen anvender til at omsætte lovgivning til praksis. Den anvendte interviewguide kan ses i bilagsrapportens kapitel 5.

Sundhedsstyrelsen fik interviewguiden til godkendelse inden casebesøgene, og der blev afholdt et møde, hvor Sundhedsstyrelsen og Rambøll drøftede interviewguiden. Til hvert interview, der tog ca. en time, deltog en eller to konsulenter fra Rambøll samt en referent. Der blev til hvert interview taget referat til internt brug.