



KORTLÆGNING AF
KOMMUNERNES
FOREBYGGGELSE- OG
SUNDHEDSFREMMEINDSATS

2008



Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats 2008

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Rambøll Management

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Kategori: Udredning
Emneord: Sundhedspolitik; Organisation; Samarbejde; Dokumentation; Kvalitetssikring;
Rådgivningsbehov
Sprog: Dansk

Version: 1.0
Versionsdato: 14. maj 2008
Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-684-9

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, maj 2008

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Projektgruppe:
Stine Flod Storgaard, projektleder, Mette Lolk Hanak og Jørgen Falk, Sundhedsstyrelsen,
Center for Forebyggelse

Referencegruppe:
Kirsten Lee, tidl. formand for Sund By Netværket
Nina Gath, konsulent, Kommunernes Landsforening
Mia Fruergaard, sundhedschef, Gladsaxe Kommune
Anne Sloth-Egholm, sundhedschef, Fredericia Kommune
Jette Sørensen, daglig leder af Sundhedssekretariatet, Odense Kommune
Dorthe Søndergaard, konstitueret kontorchef, Sundheds- og Forebyggelsesministeriet

Indhold

1	Indledning	4
1.1	Metode og datagrundlag	4
2	Sammenfatning	6
2.1	Sundhedspolitik, organisation og samarbejde	6
2.1.1	Organisering	7
2.1.2	Samarbejde	7
2.2	Kommunernes sundhedsindsats	8
2.2.1	Målgrupper, arenaer og aktiviteter	8
2.3	Dokumentation og kvalitetssikring	9
2.4	Rådgivningsbehov	9
3	Sundhedspolitik, organisation og samarbejde	11
3.1	Sundhedspolitikker: udbredelse, indhold og udformning	11
3.2	Organisering	14
3.3	Samarbejde	17
3.4	Sundhedscentre	18
4	Kommunernes forebyggelse og sundhedsfremme	21
4.1	Indsatsområder	21
4.2	Målgrupper, arenaer og aktiviteter	23
4.3	Aktiviteter og implementering	25
5	Dokumentation og kvalitetssikring	28
5.1	Dokumentation i forbindelse med udvælgelse af indsatsområder og målsætninger for indsatser	28
6	Rådgivningsbehov	31
6.1	Kommende rådgivningsområder	35

1 Indledning

Med kommunalreformen og den nye Sundhedslov har kommunerne pr. 1. januar 2007 fået en række nye opgaver inden for forebyggelse og sundhedsfremme. Opgaverne i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme har hjemmel i Sundhedslovens § 119, stk. 1 og stk. 2, der mere præcist angiver, at kommunalbestyrelsen har ansvaret for at skabe sund levevis for borgerne og etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne¹.

Som opfølgning på vedtagelsen af loven har Rambøll Management for Sundhedsstyrelsen gennemført en kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats med afsæt i de opgaver, der er defineret i Sundhedsloven. Kortlægningen har tre formål:

1. At give en status af kommunernes indsats i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme
2. At identificere de områder, hvor der er et behov for at udvikle indsatsen
3. At identificere kommunernes rådgivningsbehov for derigennem at kunne kvalificere Sundhedsstyrelsens rådgivning til kommunerne.

Rapporten er inddelt i fire kapitler. I dette indledende kapitel præsenteres formål, metode og temaer. De efterfølgende kapitler er inddelt i følgende temaer: 1. Sundhedspolitik, organisation og samarbejde, 2. Kommunernes forebyggelse og sundhedsfremme, 3. Dokumentation og kvalitetssikring og 4. Rådgivningsbehov.

Under hvert kapitel inddrages resultaterne fra undersøgelsens spørgeskemaundersøgelse og kvalitative interviews.

Der er særlige udfordringer knyttet til undersøgelsen af temaerne, som er en direkte følge af kommunernes nye opgaver på sundhedsområdet og kommunalreformen. Kommunalreformen har betydet organisatoriske forandringer for kommunerne og samtidig har kommunerne fået en række nye opgaver i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme, som betyder, at der endnu ikke er tale om en fuldt udviklet organisation og indsats. Det er derfor vigtigt at være opmærksom både på de tiltag, der allerede er iværksat, de tiltag, som forventes at blive implementeret inden for en kort tidshorisont og de tiltag, der ligger længere ude i fremtiden.

1.1 Metode og datagrundlag

Undersøgelsen bygger på en spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt alle 98 kommuner og 29 kvalitative interviews gennemført med 15 kommuner.

Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført via Internet og med telefonisk rykker i perioden 16. januar 2008 til 21. februar 2008. Alle kommunerne har besvaret spørgeskemaet. Som udgangspunkt er henvendelse rettet til den sundhedsansvarlige i

¹ Sundhedsloven, Lov nr. 546 af 24. juni 2005, kapitel 35, § 119.

kommunen, men kommunerne har haft mulighed for at videresende spørgeskemaet til relevante personer i kommunen.

Indledningsvis er udvalgt 15 kommuner, hvor der er gennemført kvalitative interviews med 2 repræsentanter ud fra en fast spørgeguide. For hver kommune har vi interviewet repræsentanter på forskellige ledelsesniveauer i kommunerne. Hensigten er at få så stor spredning i afdækningen af praksis og at identificere forskellige udviklingspotentialer og rådgivningsbehov. Hvert interview er blevet kodet for de vigtigste faktuelle oplysninger. Kommunerne er udvalgt på baggrund af

- Kommunens størrelse. Således er interviewet kommuner med under 50.000 indbyggere, kommuner med mellem 50.000 og 100.000 indbyggere og endelig store kommuner med over 100.000 indbyggere.
- Region. Kommuner fra alle regioner er så ligeligt som muligt repræsenteret i undersøgelsen.
- Sammenlægningskommuner. Der er udvalgt kommuner som er blevet sammenlagt i forbindelse med kommunalreformen, og kommuner som har opretholdt deres størrelse

2 Sammenfatning

Undersøgelsen viser, at kommunerne har igangsat mange aktiviteter især i forhold til kost, rygning, alkohol, motion og overvægt samt i forhold til borgere med kroniske lidelser. Der er stor variation med hensyn til, hvor meget kommunerne har implementeret indsatserne og de udfordringer de ser fremover. Nogle kommuner – typisk de mindre kommuner – er endnu ved at etablere deres tilbud og politikker inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Andre kommuner – ofte de større kommuner – har allerede politikker og indsatser, og er mere fokuseret på, at kvalitetssikre de tilbud, der har fungeret i flere år.

Kommunernes arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse går på tværs af flere sektorområder og derfor går kommunernes behov for rådgivning også på tværs af sektorområder. Udarbejdelse af sundhedspolitikker og forankring af forebyggelse og sundhedsfremme er således sket på tværs af sektorområder.

For flere af kommunerne er kvalitetssikring også et af de områder, hvor kommunen forventer at sætte nye tiltag i gang, hvorfor de også udtrykker i interviewene, at de har brug for yderligere rådgivning. Kommunerne prioriterer at arbejde med kvalitetssikring, men ser det også som en af de største udfordringer at iværksætte et kvalificeret arbejde på området.

88 % af kommunerne angiver, de vil søge rådgivning og vejledning fra Sundhedsstyrelsen og der er et meget stort kendskab til Sundhedsstyrelsens publikationer. Det er således en klar tilbagemelding fra kommunerne, at Sundhedsstyrelsen gerne må indtage en central position i at støtte og vejlede kommunerne til at komme videre i deres arbejde. Kommunerne vurderer, at Sundhedsstyrelsen leverer rådgivning af høj faglig kvalitet, og udfordringen for Sundhedsstyrelsen er primært på rette tidspunkt at gøre rådgivningen lettilgængelig (11 af de 15 kommuner nævner dette). En særlig udfordring fremadrettet er at få rådgivningen på nationalt niveau til at fungere som en samlet rådgivning til kommunerne på tværs af sektorområder.

Nedenfor er de vigtigste fund fra kapitlerne opsamlet.

2.1 Sundhedspolitik, organisation og samarbejde

69 % af landets 98 kommuner har en færdigudarbejdet sundhedspolitik. Det er 26 %-point mere end i sensommeren 2007, hvor Statens Institut for Folkesundhed kortlagde status på sundhedspolitik i Danmark. Den store tilvækst af færdigt udarbejdede sundhedspolitikker illustrerer tydeligt, at området er i vækst hos kommunerne, og at de nu et år efter at have fået det fulde ansvar for sundhedsfremme og forebyggelse i store træk har klarlagt linjerne for, hvordan arbejdet skal praktiseres.

De enkelte sundhedspolitikker er ikke undersøgt, men i spørgeskemaundersøgelsen er spurgt til det generelle indhold i sundhedspolitikkerne. Sundhedspolitikkerne er overordnede beskrivelser af kommunens værdier, opgaver og aktiviteter. De fleste sundhedspolitikker indeholder en beskrivelse af kommunens overordnede værdier, opgaverne, hvilke risikofaktorer der prioriteres samt eksisterende og kommende aktiviteter på sundhedsområdet. Under en tredjedel af kommunerne angiver, at der i sundhedspolitikkerne er opstillet målbare målsætninger for aktiviteterne. Kommunerne opstiller imidlertid målsætninger i andre dokumenter end sundhedspoli-

tikken. Kortlægningen viser således, at mellem halvdelen og to tredjedele af kommunerne har opstillet et eller flere mål for deres indsats inden for tobak (63 %), fysisk aktivitet (57 %), ulykker (56 %), overvægt (56 %), kronisk sygdom (54 %) og usund/sund kost (52 %).

Over 85 % af kommunerne har inddraget borgere, forvaltninger eller eksterne samarbejdspartnere i udarbejdelsen af sundhedspolitikken. Oftest inddrages borgere, frivillige foreninger og praktiserende læger.

I de kvalitative interviews med kommunerne fremgår det, at inddragelsen af flere borgere, forvaltninger og eksterne samarbejdspartnere har direkte sammenhæng med de interviewede kommuners opfattelse af sundhedsfremme og forebyggelsesområder. Der kræves bred inddragelse og tilpasning, hvis tilbuddene til borgerne rent faktisk skal nå borgerne.

2.1.1 Organisering

Organiseringen af sundhedsområdet er ligesom sundhedspolitikken præget af, at sundhedsfremme og forebyggelse er et område, hvor det er ambitionen, at opgaverne skal løses gennem tæt samarbejde mellem sektorer. 43 % af kommunerne har en selvstændig sundhedsforvaltning. Det er primært store kommuner, og kommuner i regionerne Sjælland og Nordjylland, der har en selvstændig sundhedsforvaltning. For de øvrige kommuner er det primære ansvar i 34 % af kommunerne placeret i en social- og sundhedsforvaltning.

Da mange af kommunerne har valgt at forankre sundhedsfremme og forebyggelse i andre forvaltninger end kun sundhedsforvaltningen, er der også mange kommuner der møder udfordringer i forhold til at få andre forvaltninger til at integrere sundhedsaspektet i de daglige driftsopgaver. Der er ikke nogen nem løsning på udfordringen, men enkelte kommuner beretter om, at de kan se, at med tiden får de andre forvaltninger mere overskud til at tænke sundhed ind i opgaveløsningen.

Flere kommuner beskriver i de kvalitative interviews, at det er svært eksplicit at placere ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse ét sted, da det netop er en pointe, at arbejdet skal forankres i flere forvaltninger.

41 % af kommunerne har etableret et sundhedscenter, mens yderligere 20 kommuner planlægger at etablere et sundhedscenter.

2.1.2 Samarbejde

Samarbejde med forskellige forvaltninger i kommunerne er som beskrevet meget udbredt, og det samme er tilfældet for samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere. Kun 3 % af kommuner angiver, at de ikke har etableret et formaliseret samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse med eksterne parter. Det mest udbredte samarbejde er med praktiserende læger, regionerne, sygehusene, foreninger og andre kommuner. For både det interne og eksterne samarbejde er de formelle aftaler således i høj grad etableret, men fra de kvalitative interviews fremgår det, at udfordringen er at få omsat det formelle samarbejde med fx praktiserende læger til konkrete resultater. Flere kommuner har dog succes med samarbejdet, og de fremhæver, at det tager tid at opbygge samarbejdet internt og eksternt, samt at gevinsterne ved samarbejde skal være tydelige f.eks. ved at effekterne af de kommunale tilbud er tydelige.

2.2 Kommunernes sundhedsindsats

Alle kommuner har på nuværende tidspunkt iværksat sundhedsfremmende og forebyggende indsatser for at forbedre folkesundheden for kommunens borgere. Hovedparten af de danske kommuner (mellem 91 og 100 %) har indsatser i forhold til kost, rygning, alkohol og motion samt overvægt og kronisk sygdom. Godt halvdelen af kommunerne har indsatser i forhold til mental sundhed, usikker sex og stofmisbrug, mens ca. halvdelen (hhv. 48 % og 46 %) har indsatser i forhold til miljøfaktorer og ulykker. Inden for kronisk sygdom er de 3 mest udbredte indsatsområder:

- KOL (68 %)
- Diabetes (53 %)
- Hjertekarsygdomme (35 %)

I undersøgelsen er ikke vurderet omfanget af kommunernes enkelte indsatsområder. Imidlertid er der stor variation med hensyn til antallet af indsatsområder. Ikke overraskende hænger antallet af indsatsområder i vid udstrækning sammen med kommunestørrelse, hvor mindre kommuner har færre indsatsområder og større kommuner har flere indsatsområder.

Derudover fremhæver kommunerne, at de har haft forskellige udgangspunkter. I interviewene angiver nogle kommuner fx, at de før kommunalreformen havde et tæt samarbejde med det tidligere amt om at udføre nogle af de sundhedsfremmende og forebyggende opgaver. Kommunerne kan dermed bygge videre på indsatser og det kan påvirke, hvor mange indsatser de har i dag.

2.2.1 Målgrupper, arenaer og aktiviteter

Kommunerne har sundhedsfremme og forebyggelsestilbud til et bredt udsnit af forskellige målgrupper. Flere af indsatserne er rettet til borgerne generelt – bl.a. tobak, fysisk aktivitet/inaktivitet og miljøfaktorer – mens andre indsatsområder er målrettet mere specifikke målgrupper – bl.a. kost, overvægt, usikker sex og stofmisbrug, som særligt er målrettet børn og unge, samt ulykker, som i overvejende grad er målrettet svækkede ældre. Implementeringen af de forskellige områder forløber ud fra kommunernes egen vurdering i forskelligt tempo. Således har 46 % kommuner fuldt ud implementerede aktiviteter på tobaksområdet, hvorefter der er et stort spring til de øvrige indsatsområder. Kortlægningen viser således, at tobaksområdet uden sammenligning er det området, hvor kommunerne er længst fremme med tilbud og sunde rammer til borgerne. Der skal mindes om, at der er forskel på omfanget af tilbuddene, og at kommunerne formentligt har haft tilbud på tobaksområdet inden 1. januar 2007.

Skoler den hyppigst udvalgte arena. Skoler er den mest anvendte arena i forhold til: alkohol (73 %), usikker sex (89 %) og stofmisbrug (82 %). Skoler og daginstitutioner er mest anvendt i forhold til: fysisk/aktivitet (83 %), kost (85 %) og overvægt (73 %). Endelig er skoler og arbejdspladser mest anvendt arena i forhold til: tobak (82 %) og mental sundhed (67 %). Udover disse eksisterende arenaer søger flere kommuner løbende at nå borgere igennem nye arenaer, fx jobcentre eller idrætsforeninger.

Der er enighed blandt de interviewede kommuner om, at der ligger en udfordring i at nå målgrupper som generelt er svære at motivere til at føre en sundere livsstil, fx socialt udsatte grupper. Dog er der i alle kommuner også fokus på vigtigheden af at nå disse målgrupper, og der er i kommunerne iværksat forskellige initiativer i et forsøg på at komme ud til netop de målgrupper, som er svære at nå.

2.3 Dokumentation og kvalitetssikring

Kommunerne angiver udbredelsen og fordelingen af risikofaktorerne i kommunens befolkning, som den vigtigste kilde til valg af indsatsområde. 94 % af kommuner angiver denne kilde, som baggrund for valg af indsatsområde. Som dokumentation for risikofaktorerens udbredelse har kommunerne især benyttet regionale data, nationale registre, anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og den kommunale sundhedsprofil.

Politiske prioriteter og anbefalinger fra sundhedsprofessionelle/fagmedarbejdere i kommunen har dog ligeledes haft stor betydning, ligesom en del kommuner har rådført sig hos eksterne samarbejdspartner og/eller baseret sig på viden om muligheder for effekt af tiltag. De kvalitative interviews har derudover afdækket, at kommunerne også fremhæver, at de fx har valgt kost, rygning, alkohol og motion., da de oplever, at det har været nogle håndgribelige områder at tage fat på, hvor der er effektive indsatser. Kommuner i Region Hovedstaden nævner også som en baggrund for valg af indsatsområde, at de fokuserer på de kronikergrupper, hvor der udarbejdes fælles retningslinjer i regionen.

2.4 Rådgivningsbehov

Det er især i forbindelse med indsatser overfor udsatte grupper at kommunerne har et rådgivningsbehov. 71 % af kommuner har angivet, at udsatte grupper er en målgruppe, hvor de har særligt brug for rådgivning. I de kvalitative interviews fremgår, at det er en udfordring at identificere relevante tilbud og metoder. De øvrige områder kommunerne efterspørger mere viden om er: viden om evaluering og monitoring, evidens om forebyggelsesmetoder/dokumentation og mental sundhed.

Kommunerne benytter et bredt udsnit af de rådgivningstilbud Sundhedsstyrelsen har. Kommunerne søger i høj grad viden om forebyggelse og sundhedsfremme på Sundhedsstyrelsens hjemmeside og deltager i workshops arrangeret af Sundhedsstyrelsen som de oftest benyttede kanaler. Disse kanaler angives af henholdsvis 91 % og 81 % af kommunerne. Derudover er også stort kendskab og ikke mindst brug af Sundhedsstyrelsens publikationer. I de kvalitative interviews fremhæves, at kommunerne benytter arrangementer og netværk, hvor Sundhedsstyrelsen deltager som en mulighed for rådgivning og dialog. Sund By-netværket er et godt eksempel på dette, og nævnes af flere kommuner som en god anledning til dialog med Sundhedsstyrelsen.

12 ud de 15 interviewede kommuner vurderer, at Sundhedsstyrelsen opleves som en garant for viden om sundhedsfremme og forebyggelse. Sundhedsstyrelsens publikationer har meget høj troværdighed, og kommunerne bruger og vil meget gerne bruge styrelsens udmeldinger som rettesnor i deres lokale arbejde. De faktorer fra

Sundhedsstyrelsen som kommunerne kunne ønske forbedret er af praktisk karakter. Kommunerne efterspørger en højere grad af nærvær fra Sundhedsstyrelsen, således at kommunerne oplever, at styrelsen har en klar fornemmelse af, hvad der sker af aktiviteter i kommunerne og dermed også bedre kan målrette deres rådgivning til de behov, kommunerne har (9 ud af 15 kommuner nævner dette).

Sundhedsstyrelsen er dog ikke den eneste samarbejdspartner, kommuner indhenter rådgivning fra. Hovedparten af kommunerne forventer at søge rådgivning hos faglige netværk og forskningsinstitutioner, ligesom en stor andel påtænker at søge vejledning hos forskningsinstitutioner, den regionale forvaltning/forebyggelsesenhed, og Kommunernes Landsforening (KL). Knap halvdelen vil henvende sig til andre kommuner og sygehuse, mens færre forventer at ville tilknytte eksterne konsulenter eller rådspørge sig hos Sundhedsstyrelsens embedslæger.

3 Sundhedspolitik, organisation og samarbejde

I dette kapitel afdækkes kommunernes organisering af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. I lovgivningen er ikke fastlagt, hvorvidt kommunerne skal udarbejde sundhedspolitikker eller hvilket indhold sundhedspolitikkerne skal have. Der er også flere muligheder for at organisere det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Den variation der er gengivet nedenfor, er derfor ikke udtryk for, at nogle kommuner er kortere eller længere fremme end andre. Det betyder, at der er valgt mange forskellige løsningsmodeller.

3.1 Sundhedspolitikker: udbredelse, indhold og udformning

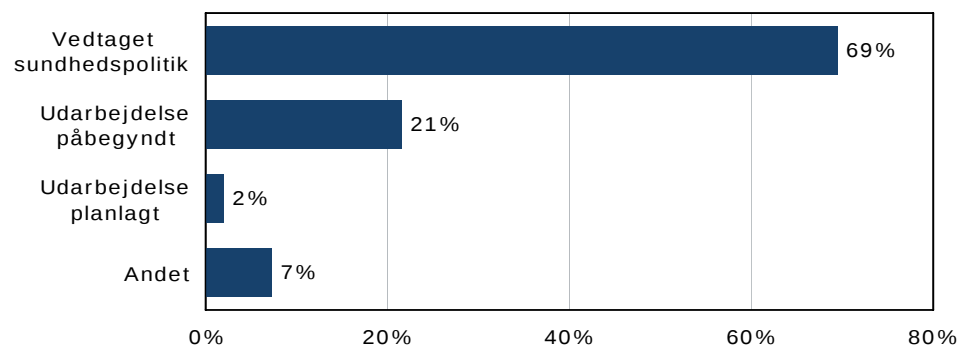
Med den nye sundhedslov er der ikke et krav om, at kommunerne skal have en sundhedspolitik, men fra Sundhedsstyrelsens og Kommunernes Landsforenings (KL) side anbefales det at udarbejde en sundhedspolitik, idet en sundhedspolitik kan være et godt værktøj til sikre koordination, synlighed og fælles fokus. KL skriver fx:

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

”Temaguide om sundhedsområdet”, august 2005, KL, side 48.

Kortlægningen viser, at 69 % af kommunerne (68 kommuner) har vedtaget en sundhedspolitik, mens 21 % (21 kommuner) har påbegyndt udarbejdelsen, og 2 % (2 kommuner) har planlagt at udarbejde en sundhedspolitik, jf. figur 3.1. Under ”Andet” er nævnt, at sundhedspolitikken vedtages snarligt, er ved at være klar til at blive sendt i høring eller allerede er sendt i høring. Ingen kommuner har således fravalgt at udarbejde en sundhedspolitik. Alle kommuner efterlever således i større eller mindre grad anbefalingen om at udarbejde en sundhedspolitik.

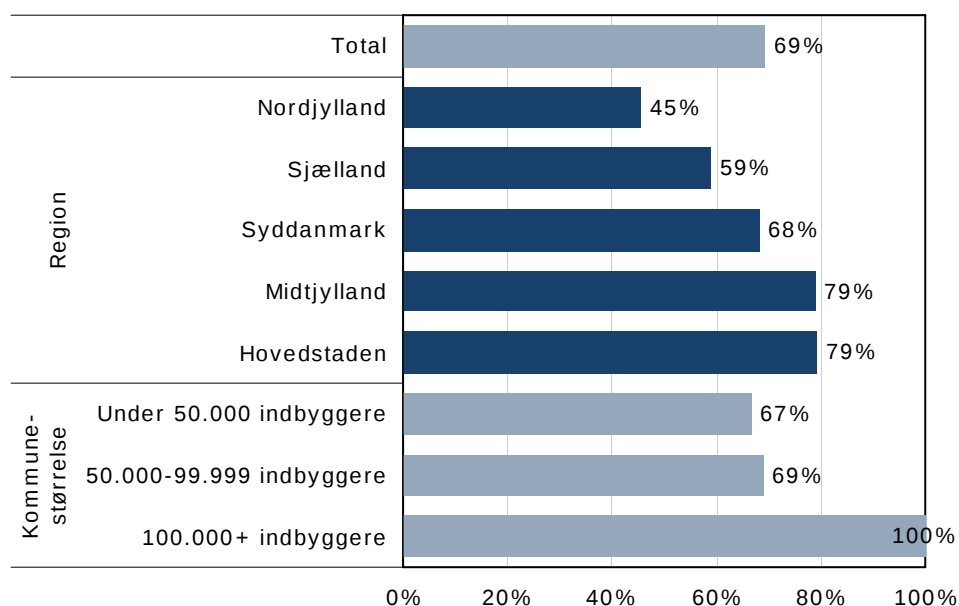
Figur 3.1 Har kommunen vedtaget en sundhedspolitik? Hvis nej: Hvor langt vurderer du, at kommunen er i udarbejdelsen af den kommunale sundhedspolitik?



n=98

Som det fremgår af figur 3.2, er det primært kommuner i Region Hovedstaden og Region Midtjylland samt i store kommuner med over 100.000 indbyggere, der allerede på nuværende tidspunkt har vedtaget en sundhedspolitik. Det bemærkes, at kun 45 % af kommunerne i Region Nordjylland har afsluttet udarbejdelsen af en sundhedspolitik.

Figur 3.2 Har kommunen vedtaget en sundhedspolitik? – ja-andel opdelt på baggrund



n=98

Statens Institut for Folkesundhed har i sensommeren 2007 kortlagt kommunernes status i arbejdet med at udarbejde en sundhedspolitik². Af denne kortlægning fremgår det, at 43 af de 98 kommuner som deltog i undersøgelsen, havde vedtaget en sundhedspolitik. I perioden frem til februar 2008 har yderligere 25 kommuner vedtaget en sundhedspolitik. Hertil har syv kommuner svaret, at sundhedspolitikken snarligt vedtages, er på vej til høring eller allerede er i høring. Der har således været en udvikling blandt kommunerne i retning af at få udarbejdet og vedtaget en sundhedspolitik.

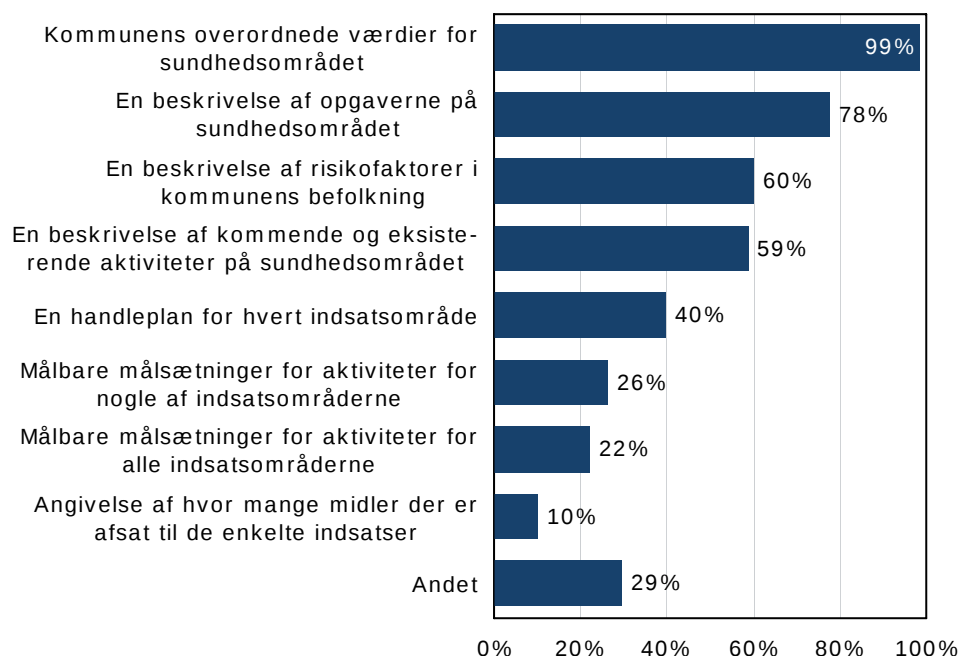
Blandt de kommuner, der på nuværende tidspunkt har vedtaget en sundhedspolitik, indeholder sundhedspolitikken i alle kommuner med undtagelse af en enkelt, en beskrivelse af kommunens overordnede værdier for sundhedsområdet, jf. figur 3.3 på næste side.

Som det ses af figuren, indeholder sundhedspolitikkerne udover de overordnede beskrivelser af kommunens værdier også ofte en beskrivelse af opgaver og aktiviteter.

² De kommunale sundhedspolitikker i Danmark – en kortlægning. Statens Institut for Folkesundhed 2007.

Målsætninger for aktiviteter og handleplaner for indsatsområder indgår til gengæld ikke helt lige så ofte i kommunernes sundhedspolitik, og kun forholdsvis få kommuner har beskrevet de økonomiske rammer for de enkelte indsatser.

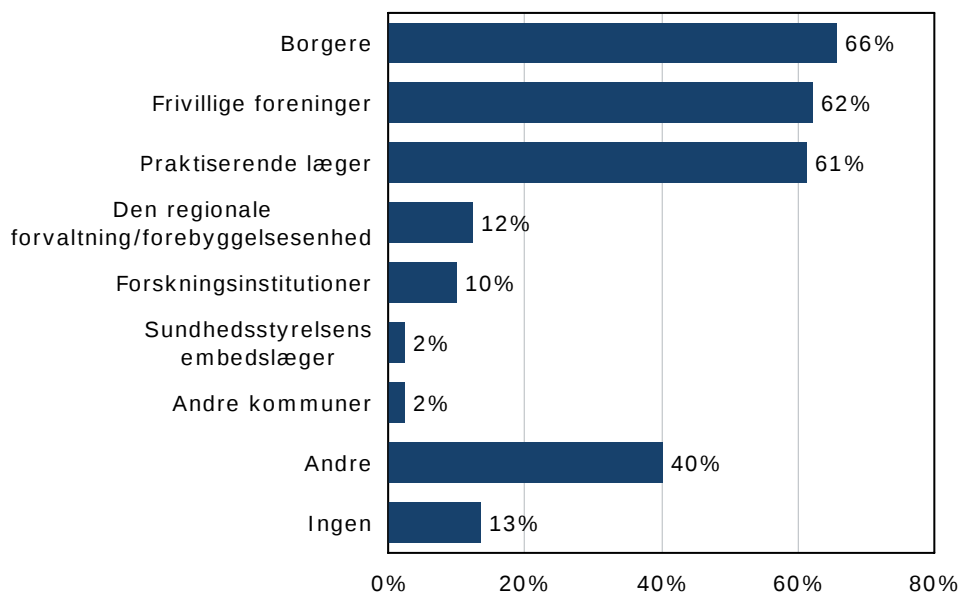
Figur 3.1 Hvilke af følgende punkter indgår i kommunens sundhedspolitik?



n=68 kommuner med en vedtaget sundhedspolitik. Det har været muligt at sætte flere kryds.

Sundhedsstyrelsen anbefaler i sin vejledning til Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2, at kommunerne inddrager forskellige eksterne samarbejdspartnere i udformningen af sundhedspolitikken. Både det kvantitative og det kvalitative datamateriale viser, at kommunerne i høj grad har inddraget eksterne samarbejdspartnere i udformningen af sundhedspolitikken – særligt borgere, frivillige foreninger og praktiserende læger, jf. figur 3.4.

Figur 3.4 Hvilke af kommunens eksterne samarbejdsparter har medvirket/medvirker/forventes at skulle medvirke i udformningen af kommunens sundhedspolitik?



n=90. Spørgsmålet er ikke stillet til de 7 kommuner, der har svaret "Andet" i spørgsmål 7 (jf. figur 3.1). En kommune har ikke besvaret spørgsmålet. Det har været muligt at sætte flere kryds.

Under "Andet" nævner flere kommuner, at sundhedspolitikken har været sendt i høring, hvorved alle har haft mulighed for at give input. Derudover nævnes særligt, at politikkerne er sendt i høring til frivillige foreninger og råd samt lokale sygehuse. Kun 13 % af kommunerne (12 kommuner) har ikke inddraget eksterne samarbejdsparter i udarbejdelsen af sundhedspolitikken.

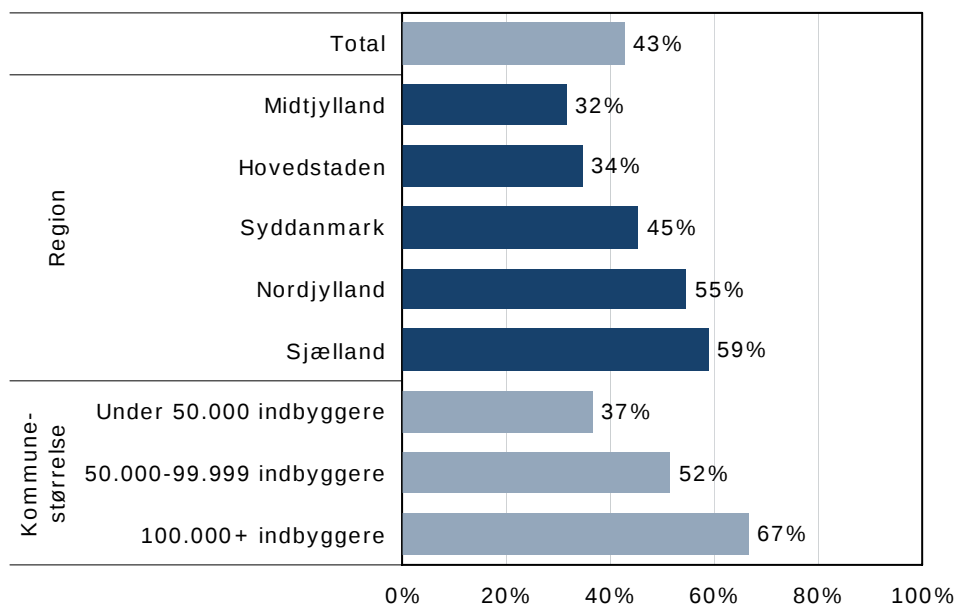
I spørgeskemaundersøgelsen er også spurgt til, hvorvidt kommunerne har inddraget flere forvaltninger i udarbejdelsen af sundhedspolitikken. Det fremgår, at alle kommunerne har inddraget en meget bred gruppe af forvaltninger på tværs af sektorområder. I flere af interviewene blev netop fremhævet, at det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde skal forankres på tværs i de kommunale organisationer. Ved at inddrage borgere og de forskellige interne og eksterne samarbejdspartnere i udformningen af kommunens sundhedspolitik kan der opnås en integration af sundhedsperspektivet i forvaltningerne.

3.2 Organisering

Generelt viser undersøgelsen, at der er forholdsvis stor variation i den måde, kommunerne organiserer forebyggelses- og sundhedsområdet.

I 43 % af kommunerne (42 kommuner) er sundhedsforvaltningen en selvstændig forvaltningsenhed. Som det fremgår af figur 3.5, er dette især tilfældet i store kommuner samt i Region Sjælland og Region Nordjylland.

Figur 3.5 Er sundhedsforvaltningen en selvstændig forvaltningsenhed? – ja- andel opdelt på baggrund

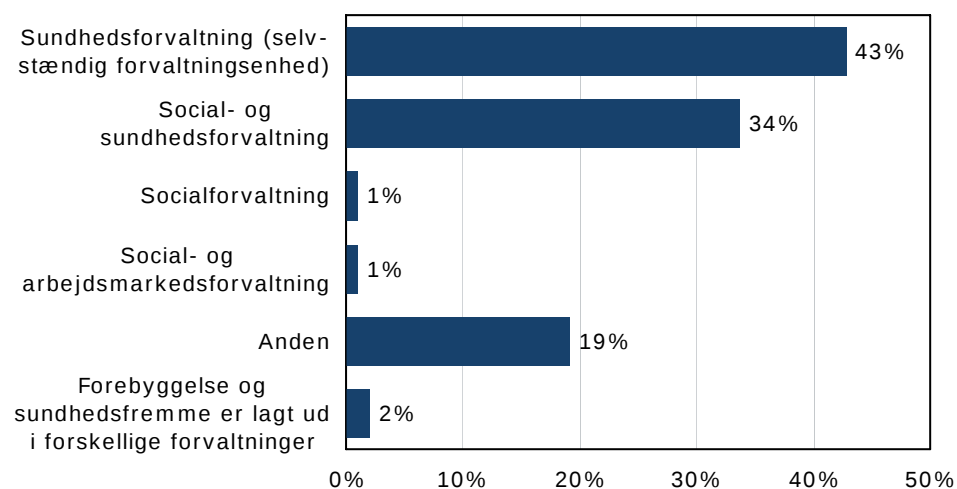


n=98

I de kommuner, hvor Sundhedsforvaltningen ikke er en selvstændig forvaltningsenhed, er det primære ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme typisk placeret i Social- og sundhedsforvaltningen, hvilket gør sig gældende for 34 % af kommunerne (33 kommuner), jf. figur 3.6 på næste side. En enkelt kommune har placeret det primære ansvar i Socialforvaltningen og ligeledes én kommune i Social- og arbejdsmarkedsforvaltningen.

I 2 % af kommunerne (2 kommuner) har man lagt forebyggelse og sundhedsfremme ud i forskellige forvaltninger. Svar i kategorien "Anden" er forholdsvis varierede, herunder at ansvaret er placeret i Ældreområdet, i Byrådservice, i Social- og Kulturforvaltningen, i Social- og Kulturudvalget mv.

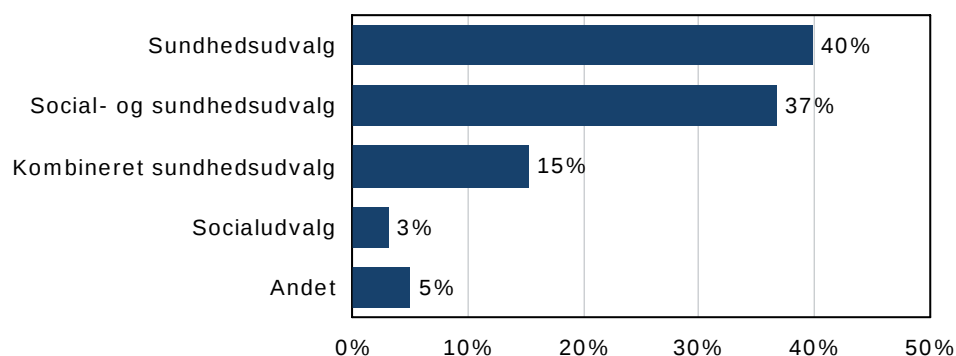
Figur 3.6 Hvilken forvaltning har det primære ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme?



n=98

Forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet er typisk placeret i kommunens Sundhedsudvalg, hvilket gør sig gældende for 40 % af kommunerne (39 kommuner) eller i Social- og sundhedsudvalget, hvilket gør sig gældende for 37 % af kommunerne (36 kommuner), jf. figur 3.7. Selvstændige sundhedsudvalg er mest udbredte i kommuner, hvor Sundhedsforvaltningen udgør en selvstændig forvaltningsenhed.

Figur 3.7 I hvilket politisk udvalg er forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet placeret?



n=98. Kombineret sundhedsudvalg, dækker over udvalg, der er benævnt "sundhed" + en eller flere øvrige betegnelser, fx Sundhed, Ældre og Handicapudvalg, Sundhed- og ældreudvalg, Sundhed, Kultur og Fritid etc.

Af interviewene med 15 kommuner fremgår det, at der er forskellige modeller for, hvordan kommunerne har valgt at organisere arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse, så der er ikke nogen generel model for, hvordan det koordinerende, udviklende og det udførende arbejde er organiseret. Flere kommuner nævner i de kvalitative interviews, at det er svært eksplicit at placere ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse ét sted, da det netop er en pointe, at arbejdet skal forankres i flere forvaltninger.

I hovedparten af de interviewede kommuner er det dog ønsket, at sundhedspolitikken skal gælde for alle forvaltninger og disse skal tænke sundhed ind i de daglige opgaver. Denne organisering skal sikre, at sundhedsfremme og forebyggelse forankres og der skabes rammer som fremmer en sund livsstil for borgerne.

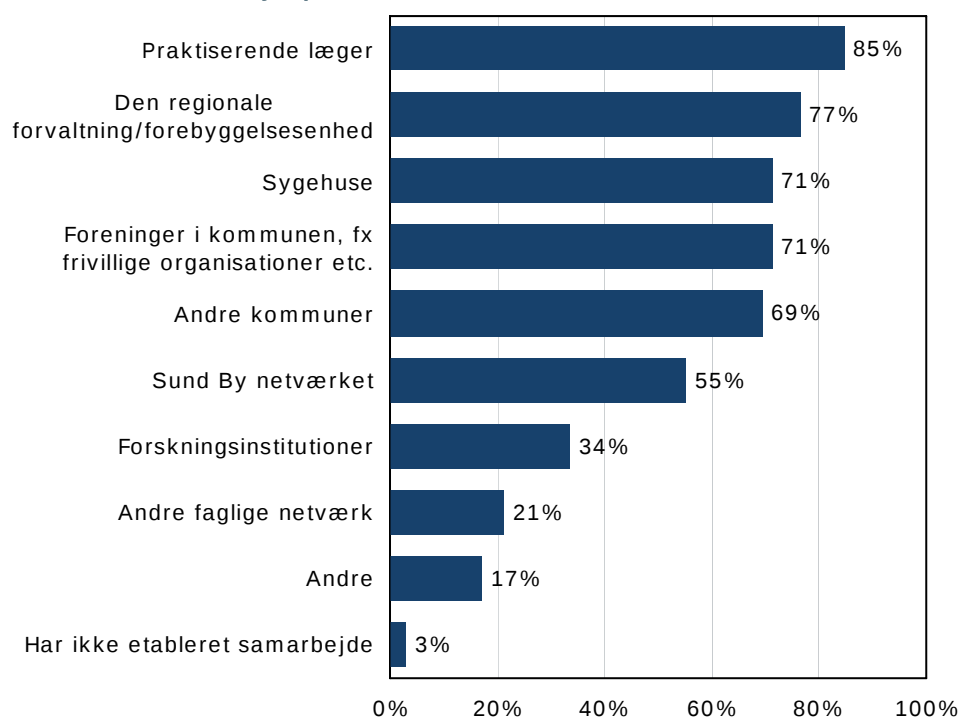
Opgaven ifølge Sundhedslovens § 119 om, at kommunerne skal skabe rammer der muliggør en sund levevis varetages bl.a. i flere af de interviewede kommuner ved at integrere sundhedsaspektet på tværs af kommunens forvaltninger. En model som går igen flere gange er, at de enkelte forvaltninger og direktørområder skal forpligtes til at tænke sundhed ind i alle de aktiviteter der planlægges. Strategien i kommunerne som har valgt denne organisering er, at forvaltningerne og direktørområderne årligt skal fremlægge, hvordan de har løst opgaven og hvordan de i det kommende år forestiller sig at kunne integrere sundhedsaspektet i aktuelle opgaver.

Udover ambitionen om tværsektorielt samarbejde, viser de kvalitative interviews, at organisering fra før 1. januar 2007 har haft en betydning for placeringen af sundhedsområdet.

3.3 Samarbejde

97 % af kommunerne (95 kommuner) har et formaliseret samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme med eksterne samarbejdspartner. Som det fremgår af figur 3.8, er praktiserende læger hyppigste samarbejdspartner efterfulgt af den regionale forvaltning/forebyggelsesenhed, sygehuse, foreninger og andre kommuner. Under "Andet" er blandt andet nævnt uddannelsesinstitutioner, DGI og Skov- og Naturstyrelsen.

Figur 3.2 Har kommunen etableret et formaliseret samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse med følgende eksterne samarbejdspartner?



n=98

I det *eksterne* samarbejde fremgår det af interviewene, at den største udfordring er kommunernes samarbejde med de praktiserende læger. Udfordringerne består bl.a. i, at få lægerne til at henvise til kommunernes tilbud. Kommunerne tolker det ikke i interviewene som om, at praktiserende læger ikke vil samarbejde. Derimod peges på, at der er forskellige kulturer, eller at det tager tid for begge parter at vise, hvilke gevinster et samarbejde kan give.

For at imødegå denne udfordring er der i kommunerne iværksat forskellige modeller for at få samarbejdet til at fungere tilfredsstillende. Flere af kommunerne beretter i interviewene, at de har haft gode erfaringer med at ansætte en kommunal praksiskonsulent, ligesom der findes eksempler på samarbejdsudvalg mellem praktiserende læger og kommunen.

Interviewene illustrerer således også, at der er velfungerende relationer mellem kommune og praktiserende læger. Der hvor samarbejdet fungerer godt, mener kommunerne selv, at det skyldes langvarigt samarbejde, hvor lægerne har oplevet

at kommunens indsatser har en effekt og de dermed har tillid til, at det er kvalitets-tilbud, de henviser borgerne til.

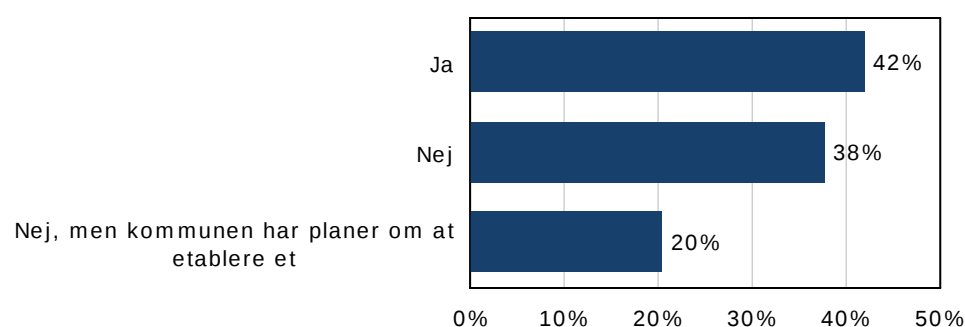
Internt i kommunerne ser de interviewede det som en kommende opgave, at der skal være løbende fokus på at sørge for bred forankring af sundhedsfremme og forebyggelse. Det er endnu for tidligt i implementeringsforløbet for kommuner til at de kan afgøre, hvordan resultatet vil være, men det er et fokusområde for interviewpersonerne.

3.4 Sundhedscentre

Afslutningsvis i dette kapitel afdækkes udbredelsen af sundhedscentre i danske kommuner samt sundhedscentrenes indsatser. Sundhedscentrene er en udbredt organiseringsform, der både bruges til at levere tilbud til borgerne og skabe rammer for sundhedsfremme og forebyggelsesaktiviteter.

Som vist i figur 3.9 på næste side har 42 % af kommunerne (41 kommuner) på nuværende tidspunkt etableret et sundhedscenter/forebyggelsescenter, mens 20 % (20 kommuner) har planer om at etablere ét. Af de 41 kommuner, der har etableret et sundhedscenter, har 18 fået puljemidler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

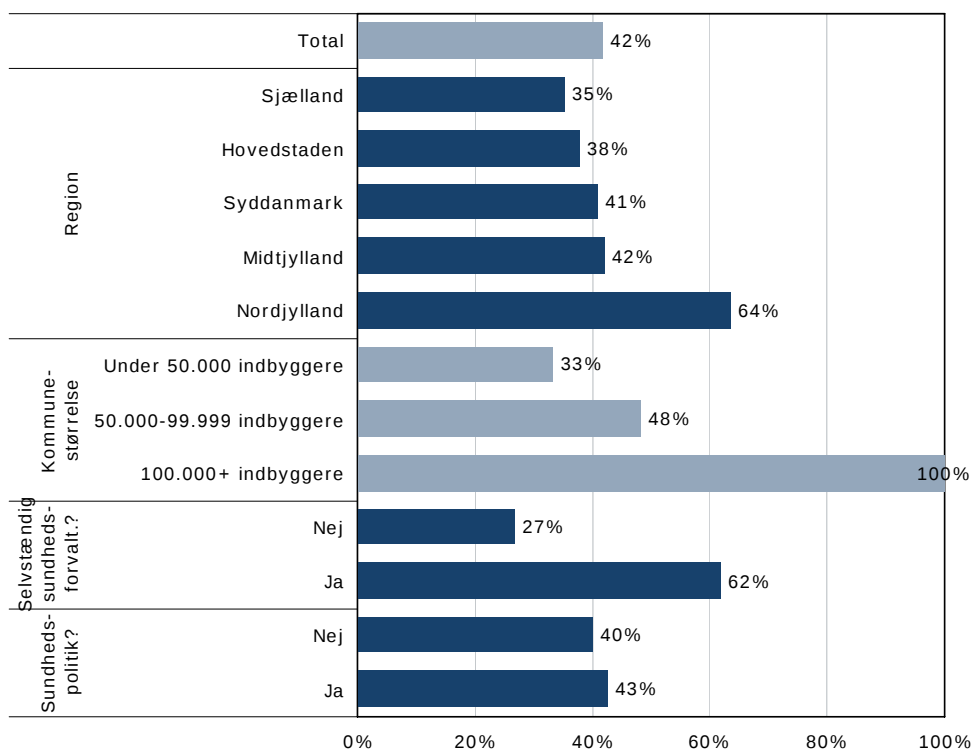
Figur 3.3 Har kommunen etableret et sundhedscenter / forebyggelsescenter?



n=98

Særligt kommuner i Region Nordjylland samt store kommuner har etableret et sundhedscenter, jf. figur 3.10. Desuden viser kortlægningen, at sundhedscentre er mere udbredte i kommuner med en selvstændig sundhedsforvaltning end i kommuner, hvor sundhedsforvaltningen ikke udgør en selvstændig forvaltningsenhed. Til gengæld har det ikke væsentlig betydning for udbredelsen af sundhedscentre, om kommunen har vedtaget en sundhedspolitik eller ej.

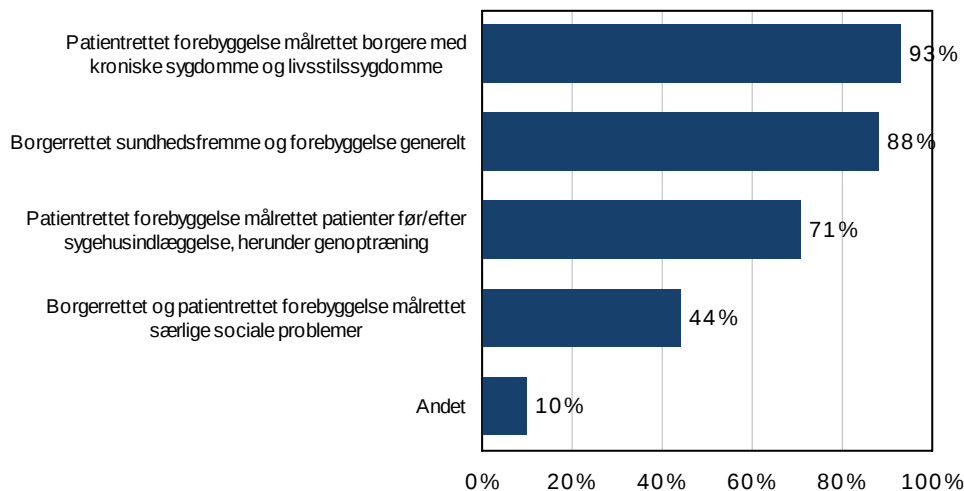
Figur 3.10 Har kommunen etableret et sundhedscenter? – ja-andel opdelt på baggrund



n=98

Kommunernes sundhedscentre har typisk til opgave at varetage patientrettet forebyggelse målrettet borgere med langvarige sygdomme samt borgerrettet sundhedsfremme og forebyggelse generelt, jf. figur 3.11. I lidt mindre udstrækning varetager sundhedscentrene patientrettet forebyggelse målrettet patienter før/efter sygehusindlæggelse, og under halvdelen af sundhedscentrene varetager borgerrettet og patientrettet forebyggelse målrettet særlige sociale problemer.

Figur 3.11 Hvilke typer indsatser har kommunens sundhedscenter?



n=41. Kommuner, der har etableret et sundhedscenter. Det har været muligt at sætte flere kryds.

Det kvalitative datamateriale bekræfter, at der i organiseringen af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, i nogle kommuner skelnes mellem sundhedsfremme og forebyggelse til borgerne generelt og til forskellige borgere med kroniske lidelser. Indsatser henvendt til borgerne generelt inkluderer ofte kost, rygning, alkohol og motion. På det patientrettede plan fokuseres der primært på at få oprettet forløbsprogrammer for kronisk syge borgere, hvor kommune og region i samarbejde skaber tilbud til de kronisk syge borgere.

Dette ses ligeledes af figur 4.3 i næste kapitel, der viser, at det er sygdomme som KOL, diabetes og hjerte/karsygdomme, der især prioriteres af kommunerne.

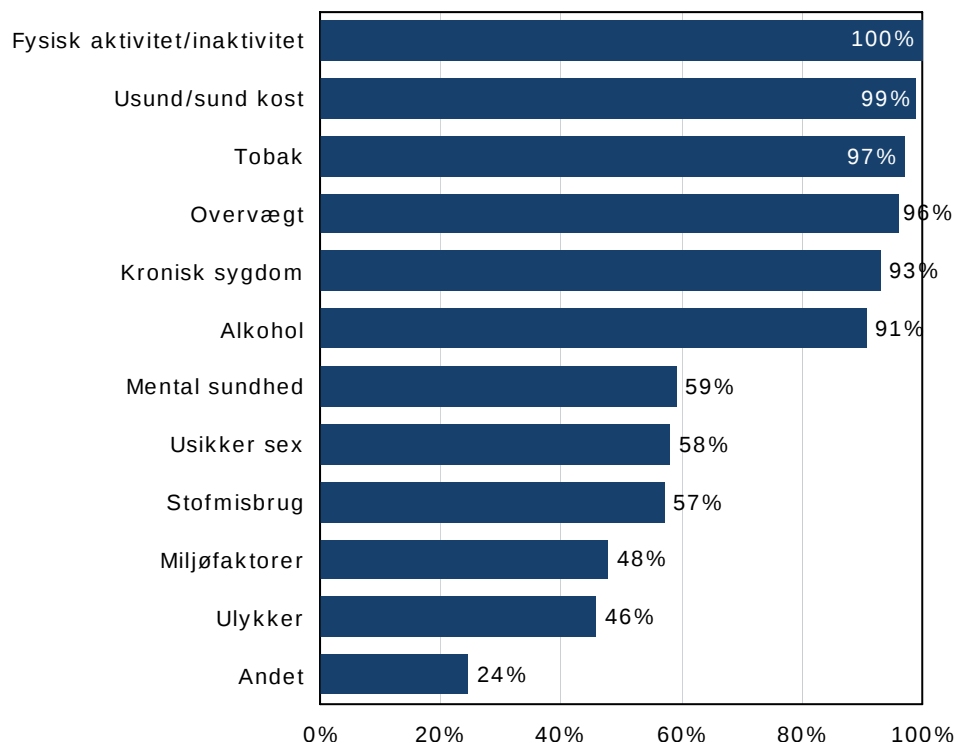
4 Kommunernes forebyggelse og sundhedsfremme

I dette kapitel kortlægges kommunernes sundhedsindsats. Først afdækkes i afsnit 4.1 kommunernes indsatsområder og dernæst afdækkes i afsnit 4.2 de forskellige målgrupper, arenaer og aktiviteter, som kommunerne opererer med.

4.1 Indsatsområder

Figur 4.1 viser, at hovedparten af de danske kommuner (mellem 89 og 98 kommuner) har indsatser i forhold til kost, rygning, alkohol og motion samt overvægt og kronisk sygdom. Godt halvdelen af kommunerne (mellem 56 og 58 kommuner) har indsatser i forhold til mental sundhed, usikker sex og stofmisbrug, mens lidt under halvdelen (hhv. 47 og 45 kommuner) har indsatser i forhold miljøfaktorer og ulykker. Desuden angiver 24 % af kommunerne (24 kommuner), at de har indsatser på andre områder. "Andet"-kategorien beskriver både rammer, tilbud og målgrupper på sundhedsområdet, der ikke kan placeres i andre kategorier.

Figur 4.1 Hvilke af følgende områder er omfattet af kommunens indsats inden for sundhedsfremme og forebyggelse?

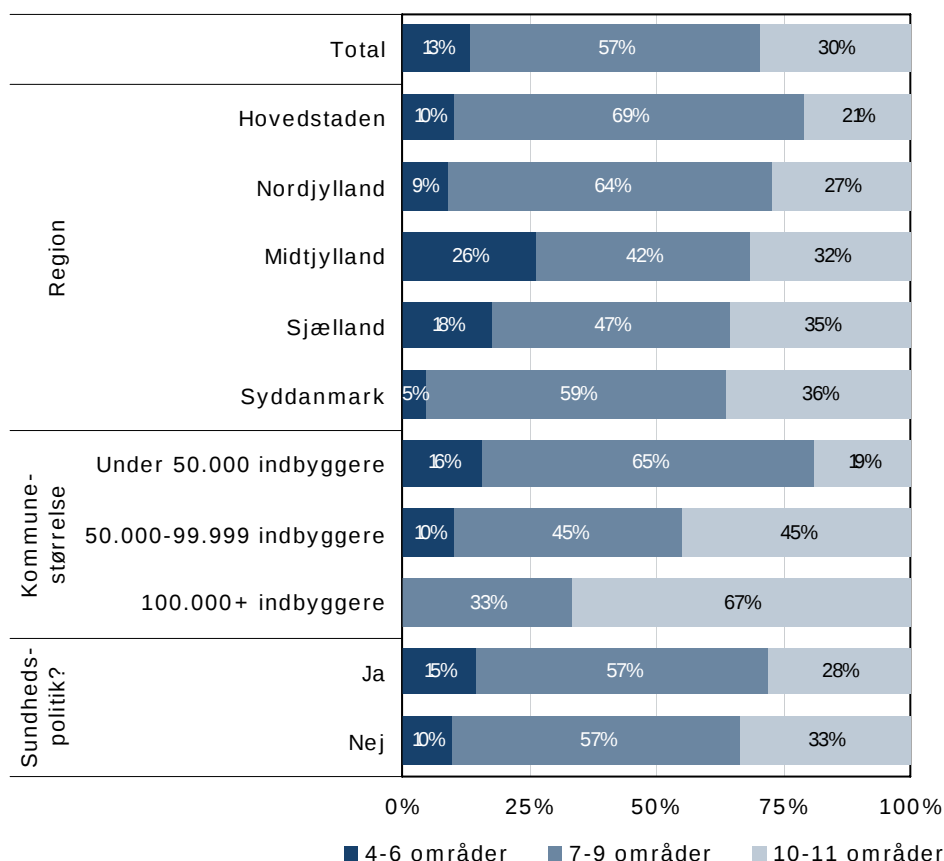


n=98. Det har været muligt at sætte flere kryds.

En samlet opgørelse viser, at 13 % af kommunerne (13 kommuner) har indsatser på 4-6 områder, 57 % (56 kommuner) på 7-9 områder og 30 % (29 kommuner) på 10-11 områder (i optællingen af indsatsområder ses bort fra svarkategorien "Andet", således at en kommune maksimalt kan have 11 indsatsområder).

Ikke overraskende hænger antallet af indsatsområder i vid udstrækning sammen med kommunestørrelse, ligesom kortlægningen viser visse regionale forskelle, jf. figur 4.2 på næste side. Til gengæld synes det ikke at fremme antallet af indsatsområder, at kommunen har en sundhedspolitik.

Figur 4.2 Antal indsatsområder – opdelt på baggrund



n=98

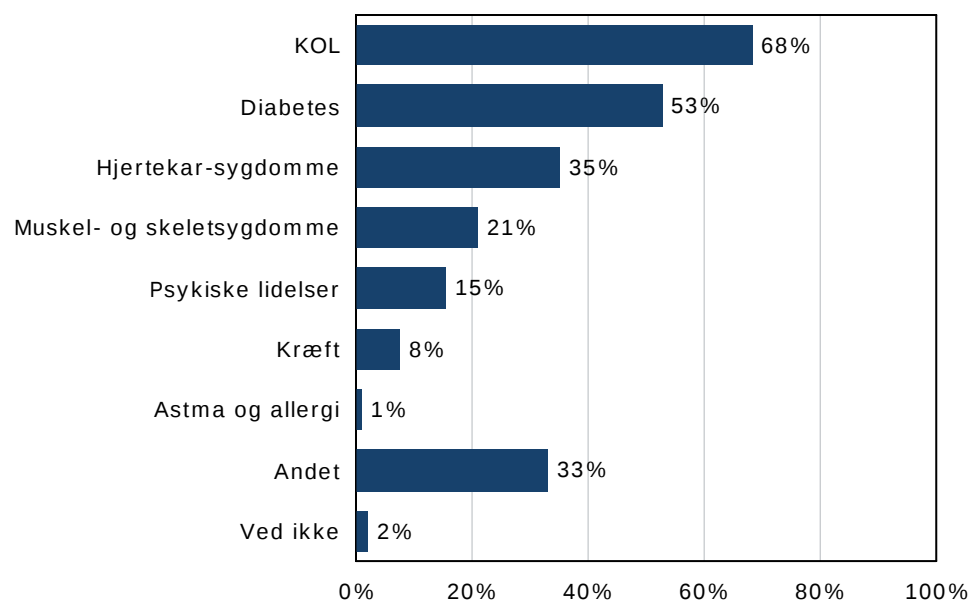
Der er stor variation med hensyn til antallet af indsatsområder, og betydningen af kommunernes størrelse er slående. Imidlertid er i undersøgelsen ikke vurderet omfanget og kvaliteten af kommunernes enkelte indsatsområder, og derudover er implementeringen ikke målt. Derfor kan det ikke konkluderes, at større kommuner leverer bedre eller mere sundhedsfremme og forebyggelse til deres borgere. Det viser dog, at der er forskellig strategi, afhængig af størrelsen på kommunen.

Derudover fremhæver kommunerne, at de har haft forskellige udgangspunkter. I interviewene angiver nogle kommuner fx, at de havde et tæt samarbejde med det tidligere amt om at udføre nogle af de sundhedsfremmende og forebyggende opgaver. Kommunerne kan dermed bygge videre på indsatser og det kan påvirke, hvor mange og hvilke indsatser de har i dag.

De 93 % af kommunerne, der angiver kronisk sygdom som et indsatsområde, er blevet bedt om at præcisere, hvilke sygdomme indsatsen omfatter.

Som det fremgår af figur 4.3 på næste side, har 68 % af de pågældende kommuner (62 kommuner) en særlig indsats over for KOL, 53 % (48 kommuner) over for diabetes og 35 % (32 kommuner) over for hjertekarsygdomme, mens 21 % (19 kommuner) har en særlig indsats over for muskel- og skeletsygdomme, 15 % (14 kommuner) over for psykiske lidelser, 8 % (7 kommuner) over for kræft og 1 % (1 kommune) over for Astma og allergi. Under "Andet" nævnes mere overordnede metoder på sundhedsområdet såsom patientuddannelse.

Figur 4.3 Har kommunen en særlig indsats over for følgende?



n=91. Kommuner, der har kronisk sygdom som indsatsområde. Det har været muligt at sætte flere kryds.

4.2 Målgrupper, arenaer og aktiviteter

I dette afsnit afdækkes målgrupper og arenaer for kommunernes indsatser samt konkrete aktiviteter, tilbud og rammer. Spørgsmålene er kun stillet til de kommuner, der har indsatser på de pågældende områder.

Tabel 4.1 viser, hvilke målgrupper kommunerne har valgt at fokusere på inden for de forskellige indsatsområder. Som det fremgår, er flere af indsatsområderne målrettet forholdsvist bredt til borgerne generelt – bl.a. tobak, fysisk aktivitet/inaktivitet og miljøfaktorer – mens andre indsatsområder er målrettet mere specifikke målgrupper – bl.a. kost, overvægt, usikker sex og stofmisbrug, som særligt er målrettet børn og unge, samt ulykker, som i overvejende grad er målrettet svækkede ældre.

Tabel 4.1 Hvilke målgrupper har kommunen valgt at fokusere på inden for de forskellige områder?

	Borgere generelt	Svækkede ældre	Børn og unge	Borgere med kronisk sygdom	Udsatte grupper	Andre	Ved ikke	Antal
Antal	93	64	91	83	62	41	11	98
Fysisk aktivitet/inaktivitet	82 %	38%	80 %	63%	42%	9%	3%	98
Usund/sund kost	68%	27%	84 %	48%	35%	13%	4%	97
Tobak	91 %	7%	69%	49%	41%	26%	3%	95
Overvægt	65%	3%	84 %	46%	28%	9%	2%	94
Kronisk sygdom	40%	21%	8%	84 %	21%	9%	3%	91
Alkohol	74 %	3%	60%	15%	35%	11%	7%	89
Mental sundhed	62%	7%	26%	10%	26%	33%	9%	58
Usikker sex	18%	0%	91 %	2%	7%	4%	2%	57
Stofmisbrug	46%	2%	68 %	5%	36%	11%	7%	56
Miljøfaktorer	68 %	13%	51%	11%	11%	9%	9%	47
Ulykker	40%	76 %	20%	9%	7%	7%	2%	45
Andet	63%	13%	42%	33%	38%	21%	0%	24

Det har været muligt at sætte flere kryds.

Hvad angår arenaer for kommunernes indsatser, viser tabel 4.2 en vis variation på tværs af indsatsområder med skoler som den hyppigst udvalgte arena. Skoler er udvalgt som den primære arena i forhold til alkohol, usikker sex og stofmisbrug; sammen med daginstitutioner i forhold til fysisk/aktivitet, kost og overvægt; og sammen med arbejdspladser i forhold til tobak.

Tabel 4.2 Hvilke arenaer arbejder kommunen på inden for de forskellige indsatsområder?

	Daginstitutioner/ dagtilbud	Skoler	Ungdomsuddannelser	Arbejdspladser	Fritids- og kulturmiljøet	Eldrecentre	Andre	Ved ikke	Antal
Antal	91	95	68	87	79	84	73	31	98
Fysisk aktivitet/inaktivitet	83 %	87 %	32%	46%	58%	59%	28%	3%	98
Usund/sund kost	85 %	92 %	26%	38%	35%	43%	22%	4%	97
Tobak	34%	83 %	48%	82 %	44%	40%	25%	3%	95
Overvægt	70 %	88 %	22%	30%	31%	16%	32%	4%	94
Kronisk sygdom	4%	5%	1%	15%	9%	46 %	55 %	13%	91
Alkohol	18%	73 %	40%	45%	27%	16%	34%	7%	89
Mental sundhed	28%	40%	14%	67 %	7%	22%	26%	16%	58
Usikker sex	4%	89 %	54%	4%	12%	0%	19%	5%	57
Stofmisbrug	9%	82 %	55%	18%	23%	5%	23%	11%	56
Miljøfaktorer	55 %	60 %	17%	32%	15%	28%	23%	15%	47
Ulykker	20%	22%	4%	9%	11%	71 %	49%	4%	45
Andet	21%	29%	21%	25%	17%	25%	54%	17%	24

Det har været muligt at sætte flere kryds.

4.3 Aktiviteter og implementering

Kortlægningen viser, at kommunerne generelt har iværksat eller har planlagt aktiviteter på hovedparten af deres indsatsområder.

Aktiviteter i form af tilbud til borgerne er mest udbredt i forhold til tobak, fysisk aktivitet og kronisk sygdom, mens sunde rammer indebærer fokus på især tobak, fysisk aktivitet, usund kost og miljøfaktorer, jf. tabel 4.3 på næste side. På de øvrige indsatsområder er sunde rammer og tilbud nogenlunde lige udbredt i forhold til de initiativer, kommunerne har iværksat eller planlægger at iværksætte.

Af tabel 4.3 fremgår det, at 95 % af kommunerne, der har tobak som indsatsområde, allerede har iværksat eller planlægger at iværksætte tilbud til borgerne omkring rygning. Tilsvarende har mange kommuner også allerede skabt eller har planer om at skabe sunde rammer på tobaksområdet. Det er især inden for kost, rygning, alkohol og motion, at kommunerne har skabt eller har planer om at skabe sunde rammer og tilbud til borgerne.

Tabel 4.3 Hvilke aktiviteter/tilbud har kommunen iværksat eller planlagt på de forskellige områder?

	Sunde rammer	Tilbud til borgere	Andet	Ingen	Ved ikke	Antal
Antal	95	97	47	9	20	98
Fysisk aktivitet/inaktivitet	81 %	86 %	13 %	0 %	0 %	98
Usund/sund kost	78 %	81 %	18 %	0 %	1 %	97
Tobak	80 %	95 %	15 %	1 %	0 %	95
Overvægt	72 %	83 %	17 %	2 %	1 %	94
Kronisk sygdom	34 %	86 %	21 %	1 %	3 %	91
Alkohol	75 %	71 %	17 %	2 %	3 %	89
Mental sundhed	60 %	48 %	22 %	2 %	10 %	58
Usikker sex	35 %	58 %	26 %	5 %	4 %	57
Stofmisbrug	54 %	68 %	13 %	2 %	11 %	56
Miljøfaktorer	77 %	38 %	15 %	2 %	6 %	47
Ulykker	49 %	51 %	29 %	7 %	7 %	45
Andet	54 %	63 %	21 %	0 %	8 %	24

Det har været muligt at sætte flere kryds.

Hvad angår implementeringen af aktiviteterne, vurderer kommunerne selv, at der fortsat er et stykke vej igen, før aktiviteterne er fuldt ud implementerede, jf. tabel 4.4.³

³ Det skal understreges, at implementeringsgraden ikke inddrager omfanget af indsatserne eller hvor komplekse opgaver er. Det er derfor udelukkende en gengivelse af kommunernes egen vurdering af, hvordan de tolker fuld implementering af tiltagene.

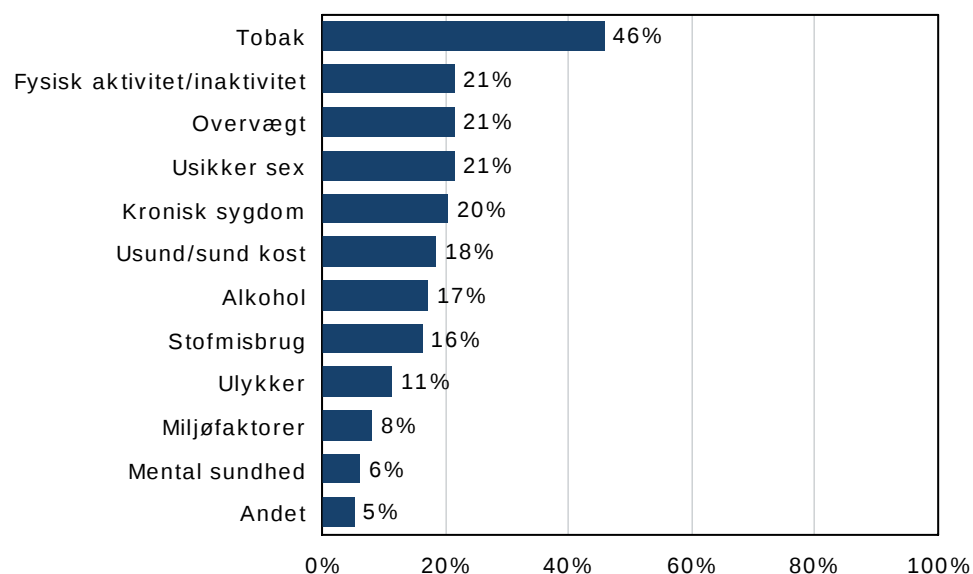
Tabel 4.4 Hvor langt er kommunen i implementeringen af aktiviteterne/tilbuddene?

	Aktiviteterne er fuldt implementeret	Aktiviteterne forventes fuldt implementeret i 2008	Aktiviteterne forventes fuldt implementeret senere end 2008	Ved ikke	Ingen specifikke planer om aktiviteter	Antal
Antal	66	78	70	12	26	98
Fysisk aktivitet/inaktivitet	21%	37%	39%	3%	0%	98
Usund/sund kost	19%	38%	41%	1%	1%	97
Tobak	47 %	35%	16%	1%	1%	95
Overvægt	22%	39%	33%	2%	3%	94
Kronisk sygdom	22%	38%	34%	1%	4%	91
Alkohol	19%	34%	34%	8%	6%	89
Mental sundhed	10%	22%	50 %	5%	12%	58
Usikker sex	37 %	37%	14%	4%	9%	57
Stofmisbrug	29%	27%	25%	7%	13%	56
Miljøfaktorer	17%	30%	38%	6%	9%	47
Ulykker	24%	33%	24%	4%	13%	45
Andet	21%	25%	46%	0%	8%	24

Tobak og usikker sex er de områder, hvor kommunerne er kommet længst i implementeringen af deres aktiviteter. Ud af de 95 kommuner, der har tobak som indsatsområde, har 47 % fuldt ud implementerede aktiviteter. I forhold til usikker sex har 37 % af kommunerne med indsatser på området (57 kommuner) fuldt ud implementerede aktiviteter på nuværende tidspunkt.

I alt 46 % af kommunerne har fuldt ud implementeret aktiviteter på tobaksområdet, hvorefter der er et stort spring til de øvrige indsatsområder, jf. figur 4.4. Kortlægningen viser således, at tobaksområdet uden sammenligning er det område, hvor kommunerne er længst fremme med tilbud og sunde rammer til borgerne, men selv på tobaksområdet mangler over halvdelen af kommunerne at implementere deres aktiviteter fuldt ud.

Figur 4.4 Antal kommuner med fuldt ud implementerede aktiviteter på de forskellige indsatsområder



n=98

Som tidligere nævnt fremgår det af interviewene, at kommunerne har haft forskellig udgangspunkt for at varetage ansvarsområdet sundhedsfremme og forebyggelse. Samme tendens ses i tabel 4.4 på forrige side. Eftersom kommunerne først fra januar 2007 har haft det fulde ansvar for sundhedsfremme og forebyggelse er det naturligt, at kun en begrænset del af aktiviteterne til dato er fuldt implementeret, og det er forventeligt at størstedelen vil blive implementeret i 2008 og 2009.

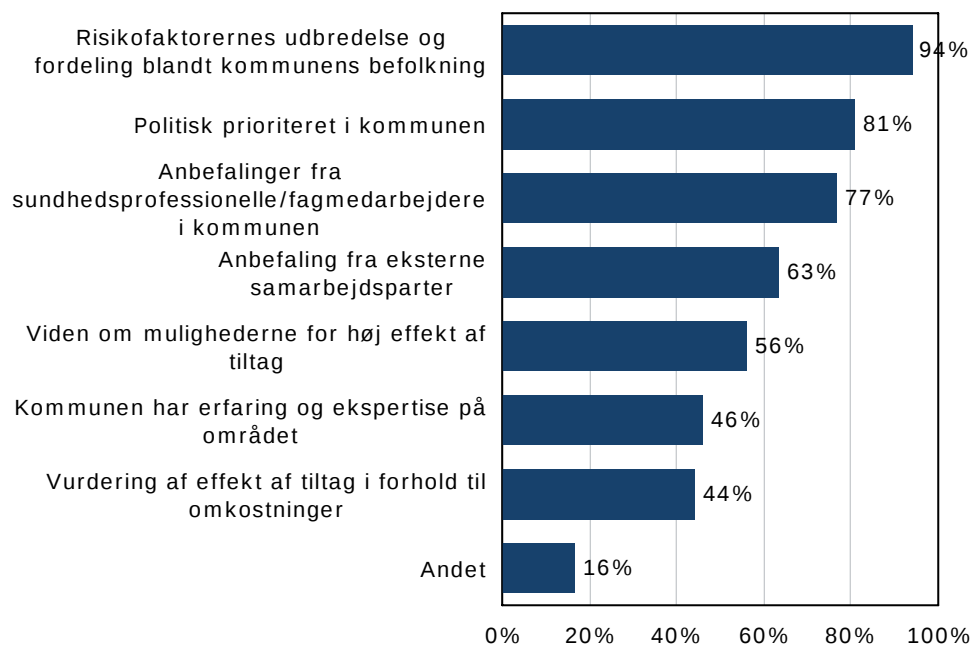
5 Dokumentation og kvalitetssikring

I dette kapitel afdækkes kommunernes arbejde med dokumentation og kvalitetssikring af indsatser på sundhedsfremmeområdet. For effektivt at levere høj kvalitet stræbes mod at arbejde evidensbaseret i så stor en udstrækning som muligt. Det stiller krav til kommunerne både i form af, at de skal kunne dokumentere effekten af deres indsatser, men også i form af at de skal søge ny viden om, hvilke indsatser og metoder har effekt.

5.1 Dokumentation i forbindelse med udvælgelse af indsatsområder og målsætninger for indsatser

I kortlægningen er kommunerne blevet bedt om at angive, hvilke faktorer der har haft indflydelse på kommunens valg af indsatsområder. Som det fremgår af figur 5.1, har især udbredelsen og fordelingen af risikofaktorerne i kommunens befolkning haft indflydelse på udvælgelsen, hvilket er angivet af 94 % af kommunerne (92 kommuner). Politiske prioriteter og anbefalinger fra sundhedsprofessionelle/fagmedarbejdere i kommunen har dog ligeledes haft stor betydning, ligesom en del kommuner har rådført sig hos eksterne samarbejdspartner og/eller baseret sig på viden om muligheder for effekt af tiltag.

Figur 5.1 Hvilke faktorer har haft indflydelse på kommunens valg af indsatsområder?



n=98. Det har været muligt at sætte flere kryds.

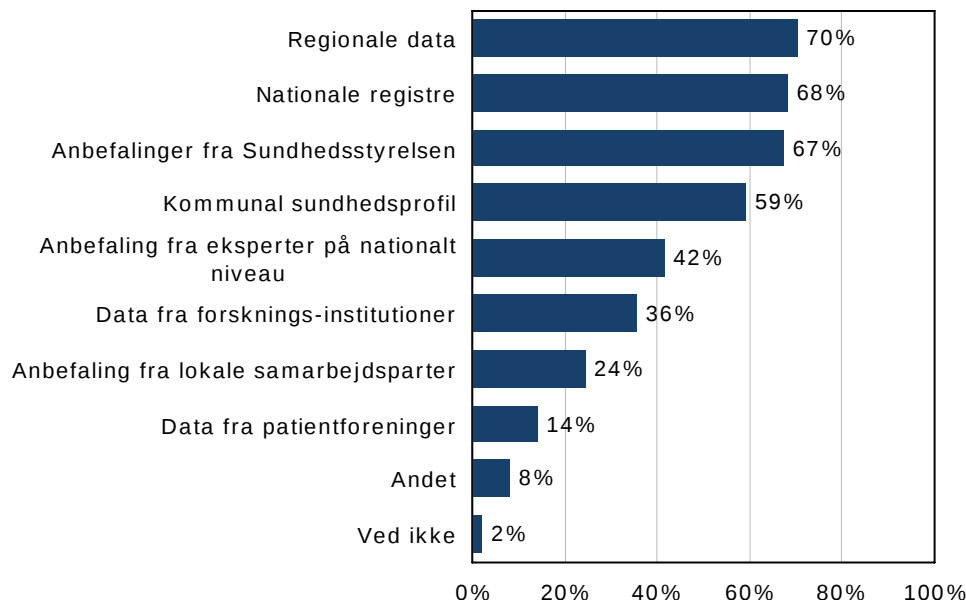
Politiske prioriteter og anbefalinger fra sundhedsprofessionelle/fagmedarbejdere i kommunen har dog ligeledes haft stor betydning, ligesom en del kommuner har rådført sig hos eksterne samarbejdspartner og/eller baseret sig på viden om muligheder for effekt af tiltag. De kvalitative interviews har derudover afdækket, at kom-

munerne også fremhæver, at de fx har valgt kost, rygning, alkohol og motion, da de oplever, at det har været nogle håndgribelige områder at tage fat på, hvor der er effektive indsatser. Kommuner i Region Hovedstaden nævner også som en baggrund for valg af indsatsområde, at de fokuserer på de kronikergrupper, hvor der udarbejdes fælles retningslinjer i regionen. Endelig nævner flere af de interviewede kommuner, at puljemidler i høj grad påvirker deres valg af indsatsområde.

I flere tilfælde er det derfor ikke udelukkende lokale betingelser, der afgør valget af indsats, og de nationale prioriteringer har betydning for kommunernes indsats.

Som dokumentation for risikofaktors udbredelse og fordeling i kommunens befolkning har kommunerne især benyttet regionale data, nationale registre, anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og den kommunale sundhedsprofil, jf. figur 5.2. Af de kvalitative interviews fremgår det også, at kommunerne ser det som vigtigt at have viden og dokumentation om udbredelsen af risikofaktorer på kommunalt og regionalt niveau, for at kunne arbejde optimalt med sundhedsfremme og forebyggelse.

Figur 5.2 Hvilken dokumentation er benyttet for at vurdere risikofaktors udbredelse og fordeling i kommunens befolkning?



n=98. Det har været muligt at sætte flere kryds.

I forhold til kvalitetssikringen af kommunernes indsatser, viser tabel 5.1 på næste side, i hvilken udstrækning kommunerne har opstillet konkrete mål for deres tilbud og aktiviteter på de forskellige indsatsområder.

Ved at lægge besvarelsene sammen for kommunerne, der har angivet, at de ikke har opstillet mål eller "ved ikke", ses, at mellem halvdelen og to tredjedele af kommunerne med realiserede eller planlagte aktiviteter på de pågældende områder har opstillet et eller flere mål for deres indsats inden for tobak (63 %), fysisk aktivitet (57 %), ulykker (56 %), overvægt (56 %), kronisk sygdom (54 %) og usund/sund kost (52 %).

Det er mest udbredt at opstille mål for brugsgrad og effekt af aktiviteterne, mens kommunerne i lidt mindre udstrækning har opstillet mål for brugertilfredshed.

Tabel 5.1 Har kommunen opstillet konkrete mål for...?

	Antallet af borgere, der benytter aktiviteterne/tilbuddene	Effekten af aktiviteterne/tilbuddene	Brugernes tilfredshed med aktiviteterne/tilbuddene	Andre områder	Kommunen har ikke opstillet mål	Ved ikke	Antal
Antal	59	62	42	23	69	29	98
Fysisk aktivitet/inaktivitet	37%	36%	24%	10%	39%	4%	98
Usund/sund kost	26%	29%	23%	14%	42%	6%	96
Tobak	45%	51%	21%	9%	36%	1%	94
Overvægt	31%	40%	24%	11%	38%	5%	91
Kronisk sygdom	37%	40%	31%	11%	36%	10%	87
Alkohol	13%	21%	14%	11%	54%	8%	84
Usikker sex	23%	13%	8%	8%	50%	13%	52
Mental sundhed	16%	16%	10%	6%	65%	12%	51
Stofmisbrug	16%	14%	8%	6%	47%	24%	49
Miljøfaktorer	7%	16%	12%	9%	56%	16%	43
Ulykker	26%	38%	13%	15%	33%	10%	39
Andet	32%	27%	27%	14%	45%	5%	22

Interviewene med kommunerne viser, at det varierer blandt kommunerne, i hvor høj grad de har sat evalueringen af deres aktiviteter i system. Alle ønsker dog at gå i retningen mod mere og mere systematisk at arbejde evidensbaseret, udarbejde projektbeskrivelser, succeskriterier og udføre evaluering for at sikre kvaliteten i deres arbejde.

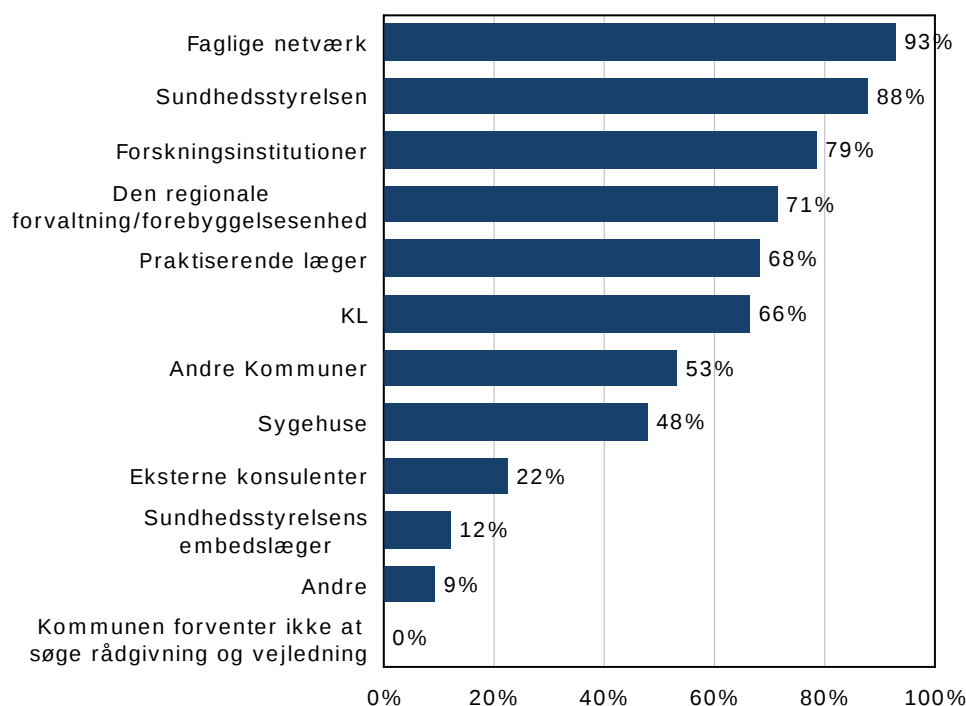
I nogle større kommuner er der ansat personale udelukkende til at arbejde med dokumentation. Det giver en mulighed for systematisk at revidere og justere de enkelte aktiviteter, således at kvaliteten hele tiden optimeres. 13 af de 15 kommuner nævner, at krav om dokumentation ofte indarbejdes som en del af projektbeskrivelsen. Både de store og små kommuner, der har været en del af undersøgelsen angiver dog, at det er et udviklingsområde for dem. Særligt peges på, at for flere af områderne er det en udfordring at opstille relevante målsætninger. Tabel 5.1 viser, at det ikke er så udbredt at have konkrete mål inden for mental sundhed, miljøfaktorer og stofmisbrug. Inden for sådanne områder kan det være en udfordring at opstille de relevante målsætninger.

6 Rådgivningsbehov

Rapporten afsluttes med en kortlægning af kommunernes behov for støtte og rådgivning i forbindelse med deres arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme. Kapitlet bygger på de ønsker til Sundhedsstyrelsen, som kommunerne fremhæver i de kvalitative interviews samt en gengivelse af det kvantitative datamateriale i relation til, hvordan Sundhedsstyrelsen kan yde rådgivning og vejledning til kommunerne.

Som det fremgår af figur 6.1, forventer kommunerne i vid udstrækning at søge rådgivning og vejledning i forbindelse med det fremadrettede arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse. Hovedparten af kommunerne forventer at søge rådgivning hos faglige netværk og Sundhedsstyrelsen, ligesom en stor andel påtænker at søge vejledning hos forskningsinstitutioner, den regionale forvaltning/forebyggelsesenhed og KL. Knap halvdelen vil henvende sig til andre kommuner og sygehuse, mens noget færre forventer at ville tilknytte eksterne konsulenter eller rådspørge sig hos Sundhedsstyrelsens embedslæger.

Figur 6.1 Hos hvem forventer kommunen at søge rådgivning og vejledning i forbindelse med det kommende arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse i kommunen?

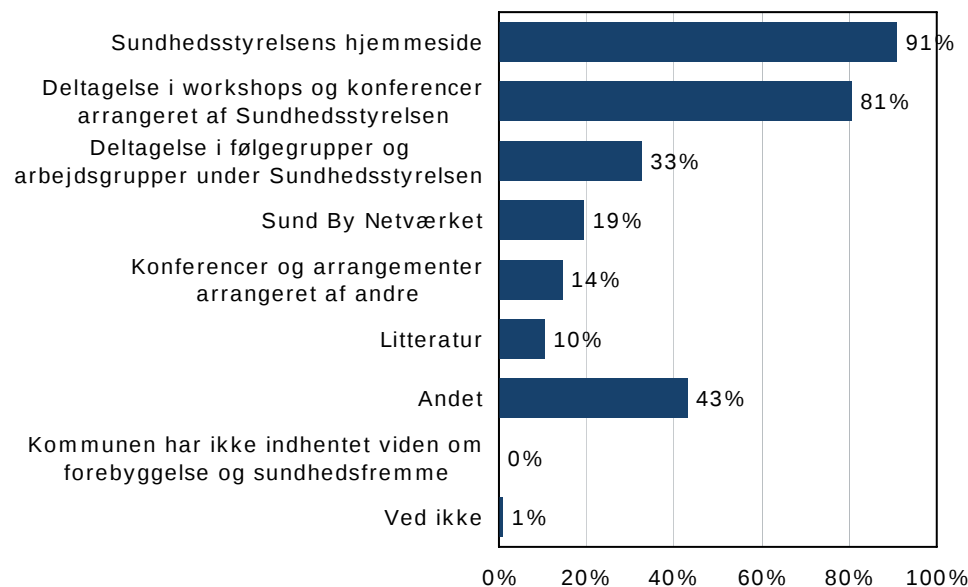


n=98. Det har været muligt at sætte flere kryds.

Kommunerne søger i høj grad viden om forebyggelse og sundhedsfremme via Sundhedsstyrelsens hjemmeside og ved deltagelse i workshops og lignende arrangeret af Sundhedsstyrelsen som de oftest benyttede kanaler, jf. figur 6.2 på næste side. Disse kanaler angives af henholdsvis 91 % og 81 % af kommunerne (hhv. 89 og 79 kommuner). En tredjedel af kommunerne (32 kommuner) har indhentet viden via deltagelse i følgegrupper og arbejdsgrupper under Sundhedsstyrelsen, mens 19 % (19 kommuner) angiver Sund By Netværket, 14 % (14 kommuner) konferen-

cer og arrangementer arrangeret af andre end Sundhedsstyrelsen og 10 % (10 kommuner) litteratur. Under "Andet" nævner en del kommuner KL og regionen.

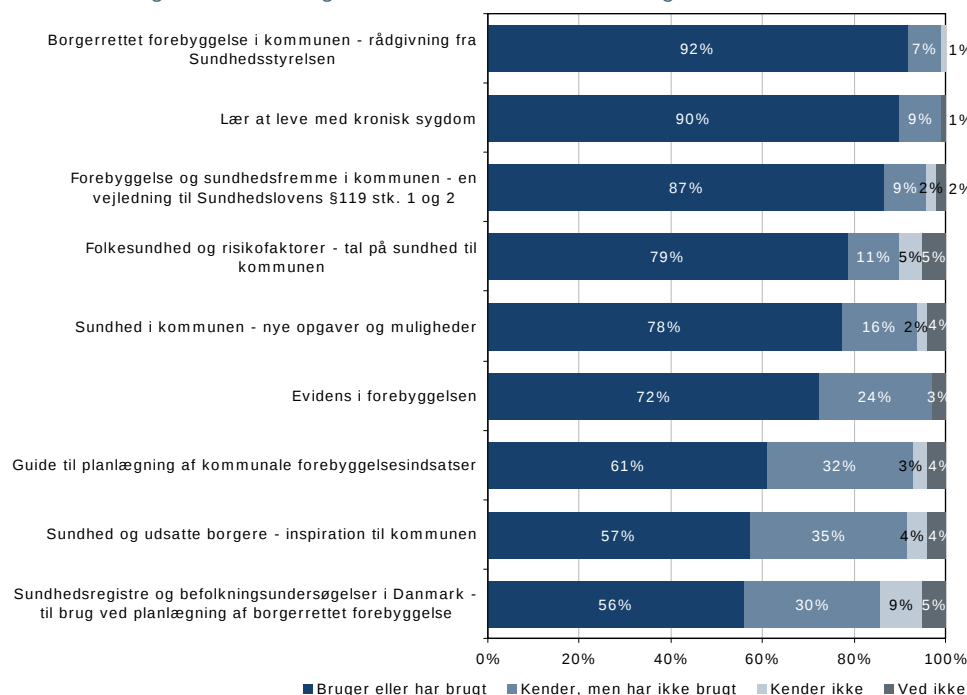
Figur 6.2 Gennem hvilke af følgende kanaler har kommunen indhentet viden om forebyggelse og sundhedsfremme?



n=98. Det har været muligt at sætte flere kryds.

Til at søge viden om forebyggelse og sundhedsfremme gør kommunerne ligeledes i høj grad brug af Sundhedsstyrelsens publikationer, hvilket fremgår af figur 6.3. De hyppigst benyttede publikationer er "Borgerrettet forebyggelse i kommunen – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen", "Lær at leve med kronisk sygdom" og "Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2".

Figur 6.3 Kender kommunen følgende af Sundhedsstyrelsens materialer? Og i givet fald, bruger eller har kommunen brugt materialerne?



n=98

De fleste af de kommuner, der ikke har benyttet de pågældende publikationer, har kendskab til, at publikationerne eksisterer.

Ved interview med kommunerne bekræfter de, at Sundhedsstyrelsens hjemmeside er en ofte benyttet kilde til at indhente viden. Dog nævner flere kommuner, at hjemmesiden kan være vanskelig at navigere i, og det kan tage forholdsvis lang tid at finde det ønskede materiale.

Figur 6.1 til 6.3 viser, at kommunerne kender og bruger Sundhedsstyrelsens materialer, de planlægger at bruge Sundhedsstyrelsen fremover, og benytter de forskellige informationskanaler, Sundhedsstyrelsen har. De kvalitative interviews har præciseret, hvilke ønsker kommunerne generelt har til Sundhedsstyrelsen. Ønskerne kan kategoriseres i tre overordnede kategorier: ønsket om en større synlighed, ønsket om at sundhedsstyrelsen har en mere koordinerende rolle og at Sundhedsstyrelsen opretholder sin faglighed og udarbejder konkrete guidelines.

Større synlighed

I 11 af interviewene fremhæver respondenterne et ønske om større synlighed af Sundhedsstyrelsen. For nogle kommuner afskærer oplevelsen af manglende synlighed kommunen fra at opleve Sundhedsstyrelsen som en aktør, man "bare kan ringe til og spørge om råd". Kommunerne efterspørger derfor en højere grad af nærvær fra Sundhedsstyrelsen, således at kommunerne oplever, at styrelsen har en klar fornemmelse af, hvad der sker af aktiviteter i kommunerne, og dermed også bedre kan målrette deres rådgivning og materiale til de behov, kommunerne har.

Konkret udtrykkes ønsket om større synlighed ved, at kommunerne ønsker, at Sundhedsstyrelsen er mere inddraget i arbejdet i kommunerne, og at Sundhedsstyrelsen kan skabe bro mellem forskning og kommunernes praksis.

Flere af kommunerne, som er placeret geografisk langt fra Sundhedsstyrelsen, foreslår, at en måde at opnå en højere grad af nærvær og synlighed kan være ved fx ikke at afholde alle møder og kurser i København, men i stedet midt i landet, således det ikke er geografiske distancer, som afskærer kommunen fra at deltage. Nogle kommuner oplever endvidere, at der ikke er økonomiske ressourcer til at sende medarbejdere til København, hvilket også taler for at ændre den geografiske placering, ligesom det med fordel kan arrangeres, at der samles flere arrangementer på samme dag, så medarbejderne ikke skal af sted flere gange og bruge meget tid på transport.

Af figur 6.2 på forrige side ses det, at kommunerne i høj grad indhenter viden ved at deltage i workshops, konferencer og temadage. Det er derfor ikke overraskende, at kommunerne efterspørger temadage, hvor der kan udveksles erfaringer blandt kommunerne og præsenteres ny viden.

Koordinerende rolle

Sundhedsstyrelsen må gerne tage en mere koordinerende rolle, således der fra centralt hold iværksættes projekter, som de resterende kommuner efterfølgende kan lære af. Kommunerne efterspørger nationale standarder og strategier både på det generelle sundhedsfremmende område og i forhold til de patientrettede forløbsprogrammer.

Ifølge de interviewede kommuner kan vidensdelingen blandt kommunerne optimeres, og der er stor interesse for at lære af de andres erfaringer om, hvad der virker og hvad der ikke gør. Sundhedsstyrelsen må meget gerne løfte opgaven med at koordinere erfa-møder for kommunerne. Enkelte af interviewpersonerne på ledelsesniveau efterspørger et netværk for ledere, hvor det ville være muligt at drøfte og diskutere de problemstillinger og udfordringer, som lederne oplever.

Opretholde faglighed og konkrete guidelines

Generelt vil alle kommuner gerne opdateres med, hvad ny forskning viser har effekt inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Den overordnede opsamling af evidens og viden på området bliver ud over at være inspiration til nye indsatser, også i høj grad brugt til at validere kommunernes information til borgerne. Det er en udbredt opfattelse blandt de interviewede kommuner, at de sætter kvalitet meget højt, hvorfor de hellere vil have dokumentation for, at en indsats har en effekt frem for blot hurtigt at sætte indsatser i værk.

De interviewede kommuner oplever Sundhedsstyrelsen som en garant for viden om sundhedsfremme og forebyggelse (11 af de 15 kommuner udtrykker dette). Kommunerne oplever, at Sundhedsstyrelsens publikationer har meget høj troværdighed, og de bruger og vil meget gerne bruge styrelsens udmeldinger som rettesnor i deres lokale arbejde.

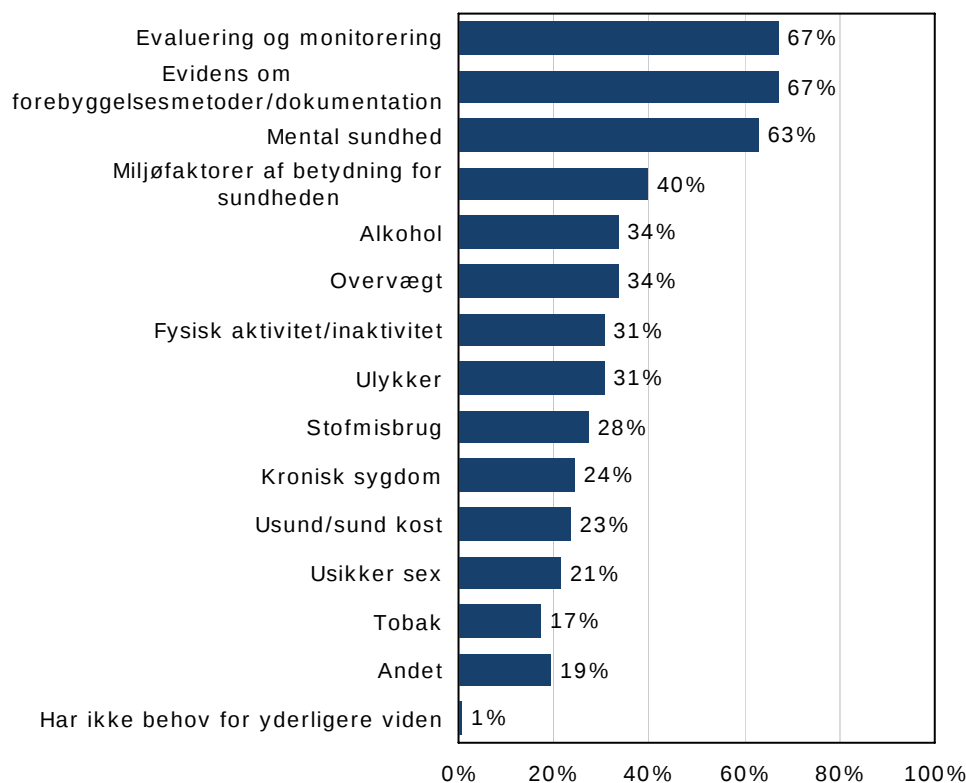
Der er forskel blandt kommunerne på, hvilket behov for rådgivning de har:

- På den ene side er der de kommuner som har mulighed for selvstændigt at udarbejde indsatser, som bl.a. kan være baseret på tidligere erfaringer, eller hvor de faglige kompetencer i kommunen gør, at det er muligt at arbejde mere selvstændigt.
- På den anden side er der kommuner med et begrænset personale, der skal varetage mange forskellige opgavefunktioner, og som derfor ikke har mulighed for i samme grad at lave udviklingsarbejde. Sundhedsstyrelsen kan derfor med fordel udarbejde materiale på et mere overordnet niveau som kommunerne kan bruge som kilde til den nyeste viden, hvor der kan søges inspiration til nye indsatser. Tilsvarende kan Sundhedsstyrelsen også, på baggrund af den faglige viden de har, udarbejde konkrete guides til, hvordan kommunerne kan iværksætte effektive indsatser over for specifikke målgrupper i forhold til relevante risikofaktorer.

6.1 Kommende rådgivningsområder

Kortlægningen viser, at kommunerne især efterspørger yderligere viden om evaluering og monitorering, evidens om forebyggelsesmetoder/dokumentation og mental sundhed, jf. figur 6.4 på næste side. Kun en enkelt kommune angiver ikke at have behov for yderligere viden.

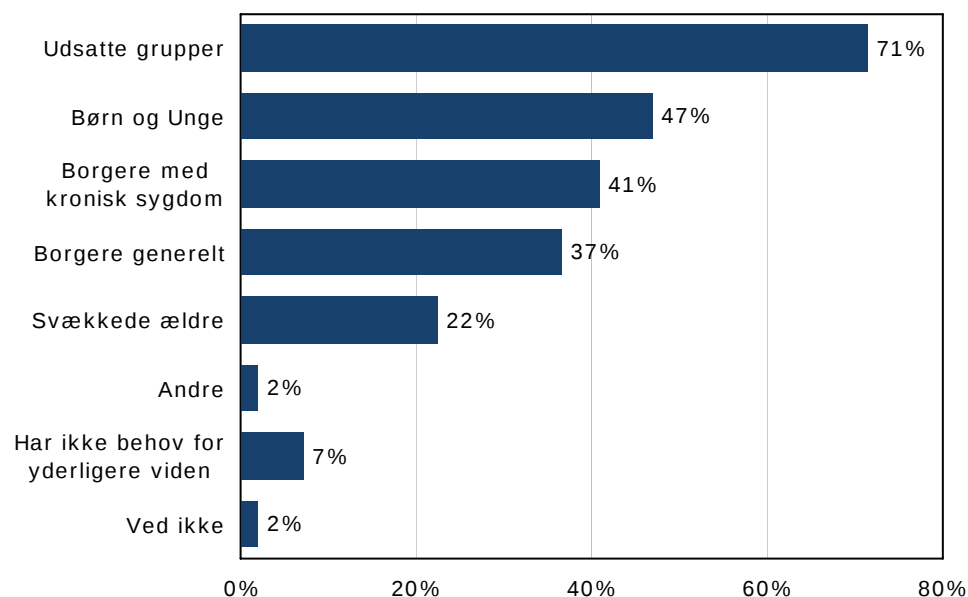
Figur 6.4 Inden for hvilke emner vurderer kommunen, at det vil være relevant med yderligere viden?



n=98. Det har været muligt at sætte flere kryds.

I forhold til målgrupper har kommunerne især behov for yderligere viden om udsatte grupper, jf. figur 6.5, mens knap halvdelen af kommunerne efterspørger viden om Børn og Unge og lidt færre om borgere med kronisk sygdom og borgere generelt.

Figur 6.5 For hvilke målgrupper vurderer kommunen, at det vil være relevant med yderligere viden?



n=98. Det har været muligt at sætte flere kryds.

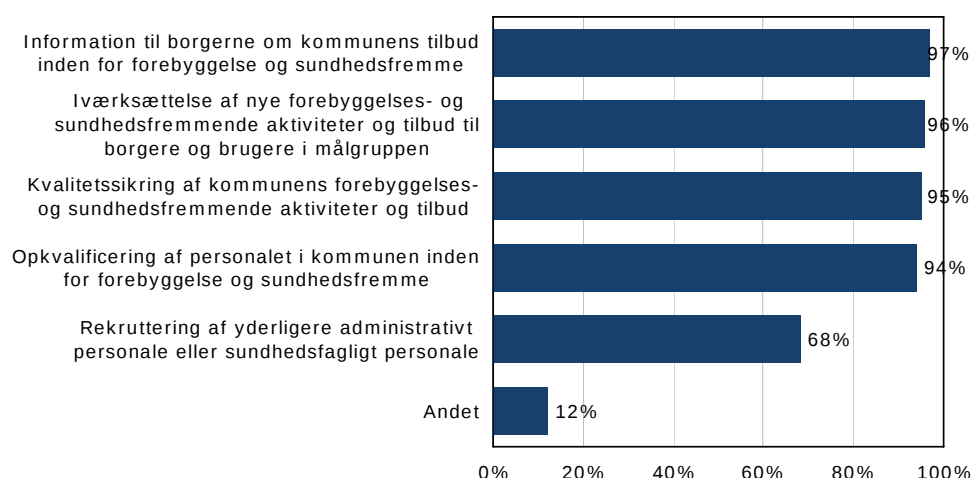
I interviewene kommer kommunerne med forskellige bud på inden for hvilke områder, de især får brug for rådgivning. Overordnet kan behovene samles i tre kategorier:

- **Værktøjer**, som dækker over yderligere information om, hvordan kommunen mest hensigtsmæssigt kan udvikle deres arbejde med evalueringsprocesser, dokumentation og forbedre de metoder som anvendes.
- **Risikofaktorer**, her ønsker kommunerne rådgivning om, hvordan de skal gribe arbejdet med en række konkrete risikofaktorer an. Særligt fremhæves social ulighed i sundhed flere gange som et område, kommunerne gerne vil arbejde på at forbedre, men de er usikre på, hvordan de mest effektivt organiserer indsatser, således de har en effekt for de særligt udsatte grupper. Her efterspørges rådgivnings mht. evidens for, hvad der virker.
- Tredje kategori er **kommunikation** både internt i kommunen og eksternt til samarbejdspartner og til borgerne. Hvordan kommunikeres budskaber, således de har en effekt hos modtageren?

Afslutningsvis er kommunerne blevet bedt om at vurdere, hvorvidt der er behov for yderligere tiltag på forebyggelse og sundhedsfremmeområdet inden for de næste 2 år.

Som det fremgår af figur 6.6, vurderer klart størstedelen af kommunerne, at det bliver nødvendigt at informere borgerne om kommunens tilbud inden for forebyggelse og sundhedsfremme, at iværksætte nye aktiviteter, at kvalitetssikre kommunens nuværende aktiviteter og tilbud samt at opkvalificere personalet i kommunen inden for forebyggelse og sundhedsfremme. Godt to tredjedele af kommunerne vurderer, at det bliver nødvendigt at rekruttere yderligere administrativt eller sundhedsfagligt personale. Endelig angiver 12 % (12 kommuner), at der er behov for andre tiltag, herunder udvikling af metode, dokumentation og effektevaluering, nationale planer og flere økonomiske ressourcer.

Figur 6.6 Vurderer kommunen, at følgende tiltag er nødvendige inden for de næste 2 år? – Ja-andel



n=98

Som nævnt tidligere fremgår det af det kvalitative datamateriale, at kommunerne forventer at få brug for yderlig viden omkring kommunikation til både interne og eksterne parter og om rådgivning om iværksættelse af nye forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter og tilbud til forskellige målgrupper. Det stemmer godt overens med de tiltag som kommunerne i figur 6.6 finder nødvendige at iværksætte inden for de næste to år.

De kommuner, som har deltaget i interviews, har i høj grad fokus på, om deres medarbejdere på forebyggelse og sundhedsfremmeområdet har de rette kvalifikationer og kompetencer til at løfte opgaverne. Kommunerne forsøger så vidt muligt at rekruttere personale, som har relevant uddannelse og erfaring. Opkvalificering i forhold til at kunne varetage enten generelle opgaveområder eller mere specifikke ansvarsområder i relation til et aktuelt projekt er en naturlig del af arbejdsgangen hos 14 af de 15 interviewede kommuner. Der er også kommuner som prioriterer at efteruddanne personalet gennem kurser om sundhedsfremme og ved diplom- eller masteruddannelser. Enkelte kommuner (5) har dog tilbudt opkvalificering til eksterne samarbejdspartnere uden for kommunen.

Figur 6.6 på forrige side illustrerer, at det er i hele processen med at skabe sundhedsfremmende miljøer til borgerne, at kommunerne vurderer, der skal iværksættes indsatser. Det betyder, at det både er i forhold til at iværksætte nye tilbud, sikre kvaliteten i tilbuddene, sikre en god kommunikation til borgerne og at rekruttere det relevante personale til at løse arbejdsopgaverne, der skal sættes ind overfor.