

Eigil Boll Hansen og Thea Suldrup Jørgensen

Organisering af forebyggelse og sundhedsfremme – Erfaringer fra kommunernes første år



AKF Working paper kan downloades fra hjemmesiden www.akf.dk

AKF, Anvendt Kommunal Forskning
Nyropsgade 37, 1602 København V
Telefon: 43 33 34 00
Fax: 43 33 34 01
E-mail: akf@akf.dk
www.akf.dk

© 2008 AKF og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller
og citater er tilladt med tydelig kildeangivelse
Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller
henviser til nærværende, bedes sendt til AKF.

© Omslag: Phonowork, Lars Degnbol

Forlag: AKF
ISBN: 978-87-7509-879-8
i:\forlaget\ebh\sundhedsfremme i kommuner-
ne\wp15\organisering_forebyggelseogsundhedsfremme.docx
December 2008(15)

AKF, Anvendt KommunalForskning

AKF har til formål at gennemføre
og formidle samfundsforskning af
relevans for det offentlige og især for
regioner og kommuner.

AKF's bestyrelse

Adm. direktør Peter Gorm Hansen (formand), KL
Adm. direktør Per Okkels (næstformand), Danske Regioner
Afdelingschef Birgitte Olesen, Velfærdsministeriet
Fungerende afdelingschef Ib Valsborg, Finansministeriet
Afdelingschef Anders Lynge Madsen, Velfærdsministeriet
Kontorchef Helle Osmer Clausen, Beskæftigelsesministeriet
Kommunaldirektør Marius Ibsen, Gladsaxe Kommune
Professor Poul Erik Mouritzen, Syddansk Universitet
Professor Birgitte Sloth, Syddansk Universitet

AKF's ledelse

Direktør Mette Wier
Vicedirektør Hans Hummelgaard
Administrationschef Per Schrøder
Forskningschef Olaf Rieper

Forord

Siden januar 2007 har kommunerne haft et ansvar for sundhedsfremme samt patientrettet og borgerrettet forebyggelse. Det er et centralt spørgsmål for kommunerne, hvordan opgaven mest hensigtsmæssigt kan indplaceres i den kommunale organisation for eventuelt at nå bredt ud til børn, unge midaldrende eller ældre. Det særlige ved indsatsen er, at der ofte er brug for et samarbejde mellem medarbejdere i en sundhedsafdeling og medarbejdere på andre opgaveområder, og at sundhedsfremme og forebyggelse ofte skal udføres sideløbende med andre driftsopgaver. Dette stiller nogle særlige krav til kommunens organisation.

Denne rapport bygger på erfaringer fra 14 kommuner ca. 1½ år efter, at kommunerne fik et ansvar for sundhedsfremme og forebyggelse. Der er altså tale om erfaringer fra en opbygningsfase, men det er et håb, at rapporten kan inspirere kommunerne i deres fortsatte udvikling af indsatsen. Rapporten henvender sig til målgrupper i det offentlige, som arbejder inden for det sundhedsfremmende og forebyggende felt, men særligt mod de kommunale enheder, som har til opgave at planlægge, udvikle og implementere sundhedsfremme og forebyggelse.

Undersøgelsen er gennemført af docent, cand.oecon. Eigil Boll Hansen og studentermedarbejder, stud.scient.san.publ. Thea Suldrup Jørgensen, AKF. Undersøgelsen er finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriets udviklings- og analysepulje 2007.

Eigil Boll Hansen
December 2008

Indhold

1	Sammenfatning	5
1.1	Kommunernes organisering	5
1.2	Konklusion.....	6
2	Introduktion og metode	8
2.1	Baggrund	8
2.2	Teori og problemstillinger	9
2.3	Metode og data	11
2.4	Rapportens opbygning	13
3	Sundhedsfremme i en selvstændig sundhedsforvaltning	14
3.1	Den overordnede organisation og indplaceringen af forebyggelse og sundhedsfremme	14
3.2	Integration af forebyggelse i de forskellige forvaltninger	16
3.3	Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats	18
3.4	Fordele og ulemper ved organisationen	18
3.5	Evaluering og dokumentation af indsatsen	19
3.6	Opsamling	19
4	Sundhedsstab i forvaltning med blandede opgaver	21
4.1	Den overordnede organisation og indplaceringen af forebyggelse og sundhedsfremme	21
4.2	Integration af forebyggelse i de forskellige forvaltninger	23
4.3	Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats	25
4.4	Fordele og ulemper ved organisationen	26
4.5	Evaluering og dokumentation af indsatsen	27
4.6	Opsamling	27
5	Sundhedsafdeling i en forvaltning med blandede opgaver.....	29
5.1	Den overordnede organisation og indplaceringen af forebyggelse og sundhedsfremme	29
5.2	Integration af forebyggelse i de forskellige forvaltninger	32
5.3	Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats	34
5.4	Fordele og ulemper ved organisationen	35
5.5	Evaluering og dokumentation af indsatsen	36
5.6	Opsamling	36
6	Sundhedsstab i den centrale forvaltning	38
6.1	Den overordnede organisation og indplaceringen af forebyggelse og sundhedsfremme	38
6.2	Integration af forebyggelse i de forskellige forvaltninger	40
6.3	Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats	41
6.4	Fordele og ulemper ved organisationen	43
6.5	Evaluering og dokumentation af indsatsen	44
6.6	Opsamling	44
7	Diskussion	46
8	Referencer	52

1 Sammenfatning

Med kommunalreformen fra 2007 fik kommunerne ansvaret for den borgerrettede og patientrettede forebyggelse. Den borgerrettede forebyggelse har til formål at undgå, at sygdom opstår, mens den patientrettede indsats skal medvirke til at hindre, at sygdom udvikler sig yderligere, og at der opstår komplikationer i forbindelse med sygdom. Der er altså tale om et nyt opgaveområde, som har den særlige karakter, at det ikke udelukkende hører under ét forvaltningsområde, men kan være en del af alle fagforvaltningers opgaver. Dette kan stille nogle særlige krav til organiseringen af opgaven.

Formålet med denne undersøgelse har været at belyse, om nogle organisationsmodeller er mere effektive end andre i forhold til at implementere en sundhedsfremmende og forebyggende indsats, herunder hvordan modellerne bidrager til skabe tværgående samarbejdsrelationer.

Undersøgelsen har således sigtet mod i en tidlig fase at identificere, om der er bestemte kommunale løsninger for organiseringen af sundhedsindsatsen, som synes mere hensigtsmæssig end andre for at få udviklet indsats i forhold til forskellige målgrupper. Dette indeholder også en belysning af, hvilken betydning organiseringen har for at skabe samarbejde på tværs af forvaltningsområder om sundhedsfremme og forebyggelse samt for at engagere medarbejderne på de forskellige forvaltningsområder i opgaven. Det har endvidere været sigtet at opsamle viden om konkrete barrierer og mangler, som det vil være vigtigt at arbejde med for at kunne udvikle og fremme en kommunal sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

Rapporten bygger på interview af ledere og nøglemedarbejdere med ansvar for sundhedsopgaver i 14 kommuner, og temaerne i interviewene var kommunernes organisering og indsats i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme samt oplevede fordele og ulemper ved organisationsformen. Der er udvalgt kommuner med en forskellig organisering af sundhedsopgaverne.

1.1 Kommunernes organisering

Vi har identificeret tre overordnede måder at organisere sundhed på. I én overordnet model er sundhed etableret som en selvstændig forvaltningsenhed, der typisk omfatter borgerrettet og patientrettet forebyggelse, genoptræning samt eventuelt sundhedspleje og tandpleje. I en anden model er et overordnet ansvar for udvikling og planlægning af forebyggelse og sundhedsfremme placeret i en stabsfunktion i kommunens centrale forvaltning. I den tredje overordnede model er sundhed i form af forebyggelse og sundhedsfremme placeret i en større forvaltningsenhed, som også har ansvar for andre og store opgaveområder.

Forskellen mellem disse overordnede organisatoriske modeller er således, hvordan sundhedsfremme og forebyggelse er placeret i forhold til andre forvaltningsområder eller fagområder i en kommune. I den første model er forebyggelse og sundhedsfremme organisatorisk placeret på linje med andre fagområder. I den anden model er sundhed placeret overordnet i forhold til andre fagområder på linje med andre centrale stabsfunktioner. I den tredje model er forebyggelse og sundhed en enhed i en større forvaltningsenhed, og der er således en tættere relation til denne forvaltningsenhed end til andre forvaltningsenheder.

Den dominerende organisationsform i alle landets kommuner er, at sundhed er placeret i en afdeling i en forvaltning, hvor der også er placeret andre opgaveområder. Knap to tredjedele af kommunerne har valgt denne måde at organisere sundhed på. Det hyppigste i disse

kommuner er, at sundhed er i en forvaltning, hvor pleje og omsorg også er placeret, men sundhed er også relativt hyppigt i samme forvaltning som arbejdsmarkedsområdet. Kommuner i størrelsen 35.000-49.999 indbyggere har relativt hyppigt organiseret sundhed i en selvstændig forvaltningsenhed. Det skal dog bemærkes, at sundhedsopgaver er afgrænset forskelligt i kommunerne. Kun en mindre del af kommunerne har placeret sundhed i en stabsfunktion i kommunens centrale forvaltning.

De 14 kommuner har i varierende omfang etableret en række individrettede tilbud, hvilket vil sige, at indsatsen hovedsagelig er rettet mod enkeltpersoner eller mindre grupper fx rygestoptilbud, motiverende samtaler og individuelle motionstilbud. Mange kommuner har patientrettede tilbud i form af patientuddannelse, og nogle har særlige rehabiliteringstilbud. Der er imidlertid også eksempler på strukturelle indsatser, hvorved forstås indsatser, der berører en større gruppe borgere, fx kostpolitikker på skoler, motionsstier og trafikikkerhed.

Ud fra de informationer, vi har fået om kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende indsats, kan vi ikke pege på, at der er kommuner med en bestemt organisationsform, som er kommet længere end de andre, når det handler om at få integreret en indsats i kommunens forskellige fagområder og at nå ud til bredere målgrupper. Fire kommuner ud af de 14 vil vi med sikkerhed sige er nået langt med at etablere en forebyggende og sundhedsfremmende indsats dels i forskellige fagområder, dels med et ansvar placeret i sundhedsområdet. Deres overordnede organisering er forskellig, men de har alle en sundhedsstab med flere medarbejdere og en leder for staben. De har endvidere alle etableret tværgående organer, som involverer repræsentanter fra forskellige fagområder, til at udvikle og implementere forebyggende og sundhedsfremmende initiativer.

I stort set alle kommuner og altså uanset organisatorisk model nævnes, at det er en stor udfordring at engagere ledere og medarbejdere i de forskellige fagområders afdelinger og institutioner i forebyggelse og sundhedsfremme. Fagområdernes egne driftsopgaver har første prioritet, og det giver ikke nødvendigvis mere gennemslagskraft for sundhedsmedarbejderne at være placeret i en stabsfunktion i kommunens centrale forvaltning frem for at være placeret i en sundhedsforvaltning eller en bredere social- og sundhedsforvaltning.

Et samarbejde med private foreninger og organisationer om en forebyggende og sundhedsfremmende indsats kan være en fremgangsmåde til at nå ud til bredere målgrupper. Kommuner, som har etableret patientuddannelse, har et samarbejde med patientforeninger om dette tilbud. Det er almindeligt, at private foreninger og organisationer har været inddraget i kommunernes proces med at formulere en sundhedspolitik og eventuelt i at udforme strategier. Det konkrete samarbejde er imidlertid endnu begrænset, og erfaringer fra samarbejdet er dermed også begrænset. Det har ikke kunnet konstateres, at der er en forskel i omfanget mellem kommuner med en forskellig overordnet organisatorisk model.

1.2 Konklusion

Vi kan konkludere, at der ikke er én bestemt overordnet organisationsmodel, som har et fortrin frem for andre i forhold til at udvikle og implementere en forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunernes forskellige fagområder. På tværs af de overordnede strukturer synes nogle fælles barrierer og udfordringer at gøre sig gældende. Disse kan ikke overvindes gennem en bestemt struktur eller organisationsform. Derimod forudsætter de nogle ledelseskompeter, vilkår og processer uanset den overordnede struktur.

Der synes således på tværs af organisationsform at kunne peges på nogle strukturer og vilkår, som kan fremme indførelse af forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne.

- *En synlig placering i organisationen.* Det er en fordel for samarbejdet med andre afdelinger, at en sundhedsstab har en synlig placering i organisationen og ikke blot er en undergruppe i en større stab eller afdeling.
- *Tværgående fora og arbejdsgrupper.* Det er en fordel, at ansvaret for at indføre en forebyggende og sundhedsfremmende er placeret i tværgående grupper. Herved kan inddrages ledere og medarbejdere fra kommunens forskellige forvaltninger eller fagområder. Medinddragelse kan bidrage til det nødvendige engagement og lederskab på de felter, hvor en ny indsats skal indføres. Der kan imidlertid være brug for, at der er en stab med et overordnet ansvar for at iværksætte og koordinere nye initiativer.
- *Lokale ressourcepersoner og sundhedsfora.* Ressourcepersoner med ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme i de enkelte afdelinger kan bidrage til, at emnet kommer på dagsordenen og til at implementere lokale initiativer. Ressourcepersonernes arbejde kan understøttes af lokale sundhedsfora med deltagelse af forskellige interessenter, som skal sikre en bred opbakning i afdelinger og institutioner til de konkrete initiativer.
- *Frie midler til forebyggelse og sundhedsfremme* i forskellige fagområder kan være befordrende ved implementering af nye indsatser. Nogle kommuner har udtrykt tilfredshed med lokale *forebyggelsespuljer*, som kan være et økonomisk incitament til, at ledere og medarbejdere tager initiativ til at udvikle idéer til forebyggelse og sundhedsfremme i deres afdeling eller institution.
- *Sundhedsstab med ressourcer af en vis størrelse* til udviklings- og planlægningsopgaver synes nødvendig for at kunne overkomme opgaven med at involvere ledere og medarbejdere fra forskellige forvaltninger eller fagområder i udvikling og implementering af indsatser.
- *Ledelsesressourcer.* Det synes væsentligt, at der i tilknytning til en sundhedsstab er ledelsesressourcer, som kan bidrage til at skabe forståelse i andre forvaltninger eller fagområder for indførelse af forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, og som kan kommunikere og indgå aftaler på ledelsesniveau.

2 Introduktion og metode

2.1 Baggrund

Fra 2007 har kommunerne fået markant større ansvar for sundhedsfremme og forebyggelse, der retter sig mod både borgere og patienter. Den borgerrettede forebyggelse har til formål at undgå, at sygdom opstår, mens den patientrettede indsats skal medvirke til at hindre, at sygdom udvikler sig yderligere, og at der opstår komplikationer i forbindelse med sygdom (Sundhedsstyrelsen 2006). Rationalet bag overdragelsen af ansvaret og indførelsen af stærkere økonomiske incitamenter for kommunale forebyggelsesindsatser er i størst muligt omfang at udnytte kommunernes nærhed til borgerne. Kommunerne har således mange berøringsflader til borgerne i hverdagen, hvorigennem det er muligt at påvirke borgernes sundhed (KL 2007). Kommunerne har desuden fået et større økonomisk incitament til at investere i forebyggelse, idet de nu skal bidrage med finansieringen af det regionale sundhedsvæsens opgaver og den enkelte borgers brug af sygehuse (Pedersen 2005, Olsen 2005).

Der er således tale om en reform, der stiller kommunerne over for nye organisatoriske udfordringer på et område, hvor kommunerne skal udbygge deres engagement og ekspertise i de kommende år.

Kommunernes udfordringer er flere, når det gælder sundhedsfremme samt borger- og patientrettet forebyggelse. På det politiske niveau skal der tages stilling til prioriteringer af ressourcer til området, og hvilke formål og typer af indsatser de skal omsættes til. På det administrative og organisatoriske niveau skal der tages stilling til, hvilken organisatorisk struktur aktiviteterne skal realiseres inden for. Skal man eksempelvis vælge en forvaltningsmodel, en centermodel eller arbejde med mainstreaming, der gør alle relevante eksisterende forvaltninger ansvarlige for sundhedsfremme og forebyggelse?

Undersøgelser, som er gennemført, inden kommunalreformen trådte i kraft, indikerede, at kommunerne ville organisere deres sundhedsindsats på forskellig vis i forhold til den øvrige kommunale forvaltning. Nogle kommuner havde planer om egentlige enhedsforvaltninger for sundhedsområdet, og i en række tilfælde var der planer om sundhedscentre med forskellige funktioner, men hvor sundhedsfaglig ekspertise samles. Andre kommuner ville løse sundhedsopgaverne i en mere decentral struktur, men hvor der er en sundhedsstab i en forvaltning med andre driftsopgaver fx ældreområdet eller i kommunens centrale forvaltning.

Det kunne forventes, at forskellige typer af organiseringer, som hver især har forskellige forankringspunkter i den kommunale forvaltningsstruktur, vil have betydning for prioriteringen af den kommunale sundhedsindsats. Det kunne gælde fx i forhold til vægtingen mellem de borgerrettede indsatser og de patientrettede indsatser, og det kunne gælde i forhold til indsatser i forhold til forskellige befolkningsgrupper. Ligeledes kunne det forventes, at forskellige måder at organisere sundhedsindsatsen på vil have forskellige fordele og ulemper/barrierer i forhold til implementering og samarbejdsrelationer internt i kommunen og med eksterne samarbejdspartnere. Sundhedsfremme og forebyggelse, som skal nå ud til bredere målgrupper, forudsætter i vidt omfang, at indsatsen foregår som en integreret del af eksisterende serviceydelser eller aktiviteter i en kommune. Derfor er det en udfordring at finde en organisatorisk placering af sundhedsopgaverne, så de relevante kommunale afdelinger og institutioner samt private aktører inddrages bedst muligt.

Formålet med denne undersøgelse har været at belyse, om nogle organisationsmodeller er mere effektive end andre i forhold til at implementere en sundhedsfremmende og forebyggende indsats, herunder hvordan modellerne bidrager til skabe tværgående samarbejdsrelationer.

Ved organisationsmodellernes effektivitet forstås her, i hvilken udstrækning en given model kan siges at have sammenhæng med omfanget af sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter i kommunens forskellige forvaltninger. Endvidere forstås, i hvilket omfang en bestemt organisationsmodel har bidraget til et samarbejde på tværs af forvaltninger i en kommune og til at involvere medarbejdere på de forskellige forvaltningsområder i forebyggelse og sundhedsfremme. Undersøgelsen har således sigtet mod i en tidlig fase at identificere, om der er bestemte måder at organisere sundhedsindsatsen på, som synes mere hensigtsmæssig end andre. Endvidere har det været sigtet at opsamle viden om konkrete barrierer og mangler, som det vil være vigtigt at arbejde med for at kunne udvikle og fremme den kommunale sundhedsindsats.

2.2 Teori og problemstillinger

Analysen bygger på den antagelse, at den overordnede organisationsstruktur næppe alene har betydning for kommunernes udvikling og implementering af sundhedsfremme og forebyggelse. Vi har således antaget, at initiering og udformning af nye indsatser forudsætter tilstedeværelse af de nødvendige faglige ressourcer. Vi har endvidere antaget, at implementering af nye indsatser forudsætter, at de nødvendige ressourcer er til stede, og at der er forståelse for og positiv bedømmelse af den indsats, der skal implementeres, i den organisation og blandt de medarbejdere, der skal indføre og udføre indsatsen.

Disse antagelser bygger på dele af innovationsteorien, hvor det anses for væsentligt, at der er ubundne ressourcer til rådighed til idéudvikling og implementering af indsatser, og at der er overensstemmelse mellem organisationens (kommunens) mål og personlige mål hos dem, der skal iværksætte og udføre indsatsen (Jacques & Ryan 1978). Dette indebærer bl.a., at de relevante ledere og medarbejdere har en forståelse for at indføre en sundhedsfremmende og forebyggende indsats på deres område (fx May & Winter 2007).

Damanpour & Schneider (2006) fremhæver det vigtige i, at der er både eksterne og interne ressourcer til organisatoriske fornyelser. Fornyelse kræver både finansielle og menneskelige ressourcer, og ressourcer til fornyelse bør adskilles fra ressourcer til drift. Endvidere er lederskab en vigtig faktor i en fornyelsesproces (Manz et al. 2000). Kravene til lederskab i processen retter sig mod 1) at de, som skal bidrage til at indføre en fornyelse, identificerer sig med visionen for nydannelsen, 2) villighed til at følge de relevante retningslinjer mod at få noget til gengæld, og 3), at der opstår en form for ejerskab af de mål, som der sigtes efter, og at der derved opstår en form for selvstyring af processen (Manz et al. 2000). Det er endvidere en forudsætning for indførelse af en indsats, at der i organisationen udpeges folk, som er ansvarlige for at indføre fornyelsen, ligesom det kan være fremmende, at der er en engageret person (leder eller medarbejder), som er ansvarlig for indførelsen (bl.a. Hansen, 1992, og Angle & Van de Ven, 2000).

Undersøgelsen har endvidere haft som udgangspunkt, at kommunernes sundhedsfremmende indsats og forebyggelse søger at påvirke borgernes sundhedsadfærd enten gennem konkrete tilbud til specifikke målgrupper eller gennem rammeindsatser. Indsatsen kan rette sig mod borgernes viden om vigtigheden af en bestemt adfærd, mod mulighederne for en sundhedsfremmende adfærd og mod borgernes indre og ydre motivation for en bestemt adfærd (handling) (Glanz et al., 2002; Green og Kreuter, 2005). I denne sammenhæng medregnes også mestring af kroniske lidelser (patientrettet forebyggelse).

Det var en forhåndsforventning, at kommunernes måde at organisere sig på vil have betydning for, hvilken indsats der bliver iværksat, og hvordan implementeringen forløber. Hvis den forebyggende indsats fx er en integreret del af ældreområdet, kan det vise sig, at det går

nemmere med at implementere indsatser på det område end fx indsatser i forhold til børn og unge. Det kan imidlertid være en følge af en bevidst prioritering i kommunalbestyrelsen. Hvis sundhedsområdet er organiseret som et selvstændigt område, kan det være et udtryk for, at der ønskes en indsats i forhold til flere forskellige målgrupper. I denne situation er udfordringen for sundhedsforvaltningen at etablere samarbejdsrelationer til andre relevante områder for at implementere konkrete forebyggelsesindsatser. Et ønske om at sætte ind i forhold til flere forskellige målgrupper kan også lede til, at forebyggelsesindsatsen hovedsagelig er decentraliseret til de forskellige relevante forvaltninger. Det giver mulighed for et tæt samspil mellem forebyggelse og sundhedsfremme på den ene side og forvaltningernes øvrige opgaver på den anden, hvorved der opnås en nærhed i forhold til målgrupperne.

Som udgangspunkt har vi altså haft en forventning om, at prioriteringer i den sundhedsfremmende og forebyggende indsats har haft betydning for kommunernes organisatoriske placering af sundhedsopgaverne. Prioriteringerne kan afspejle en særlig befolkningssammensætning. Derimod forventer vi ikke, at kommunerne har haft en præcis viden om, at man står over for nogle særlige sundhedsproblemer, og at sådanne skulle have haft betydning for organiseringen.

Som udgangspunkt skulle undersøgelsen give svar på følgende hoved- og delspørgsmål:

- Er nogle organisationsmodeller mere effektive end andre i forhold til at implementere en sundhedsfremmende og forebyggende indsats og i forhold til at skabe tværgående samarbejdsrelationer?
- Hvordan har kommunerne organiseret sundhedsfremme samt borger- og patientrettet forebyggelse?
- Hvilke forebyggende indsatser har kommunerne iværksat, og hvilke målgrupper er indsatsen rettet imod?
- Hvordan hænger de konkrete indsatser sammen med kommunernes valgte organisering af det forebyggende arbejde?
- Hvilke fordele og ulemper har kommunerne erfaret ved deres valgte organisationsmodeller i forhold til: a) implementering af indsatsen, b) at måle de ønskede resultater for målgrupperne, c) samarbejdet internt i kommunen og d) samarbejdet med eksterne parter (fx virksomheder, foreninger, praktiserende læger og regionen)?
- I hvilken udstrækning vurderer kommunerne, at deres valgte organisationsmodeller har betydning for, at der er relevant ekspertise og kompetence knyttet til indsatserne?

Undersøgelsen har koncentreret sig om kommunernes planlægning og indsats i forhold til den patientrettede og borgerrettede forebyggelse, og der har i dataindsamlingen været fokuseret på at indhente informationer, der knytter sig til implementering og udførelse af denne indsats. Der har været særligt fokus på, i hvilken udstrækning det er lykkedes at integrere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunens forskellige fagområder for bl.a. derved at nå ud til bredere målgrupper med indsatsen. Den anvendte fremgangsmåde til at indsamle data, jf. afsnittet nedenfor, har dog næppe i alle tilfælde givet et komplet billede af omfanget af kommunernes indsats. Der er særligt mangler i information om, hvor mange borgere kommunernes indsats når ud til.

Det er også i undersøgelsen søgt belyst, i hvilken udstrækning kommunerne har inddraget private aktører for at nå ud til målgrupperne. Der er dele af kommunernes opgaver, der ikke belyses i denne undersøgelse. Det gælder fx arbejdet med sundhedsaftaler med regionen og afregning for borgernes indlæggelse på sygehus.

2.3 Metode og data

Undersøgelsen var planlagt til at blive gennemført i to trin: 1) En kortlægning af kommunernes valgte organisationsmodeller til at udføre sundhedsfremme samt borger- og patientrettet forebyggelse, og 2) et studie af erfarede fordele og ulemper/barrierer ved forskellige organisationsmodeller. Det viste sig imidlertid, at stort set samtidig med, at kortlægningen skulle gennemføres til denne undersøgelse, gennemførte Rambøll Management A/S en kortlægning for Sundhedsstyrelsen af kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Da det ville være u hensigtsmæssigt at gennemføre to overlappende kortlægninger stort set samtidig, blev det aftalt, at denne undersøgelse kunne få data om kommunernes organisering af sundhedsindsatsen fra Rambølls kortlægning.

Kortlægningen, som blev gennemført i vinteren 2007/2008, blev brugt til at udvælge kommuner til et casestudie af kommunernes erfaringer med at organisere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. I kortlægningen er spurgt, om sundhedsforvaltningen er en selvstændig forvaltningsenhed. Hvis kommunen svarer nej, er spurgt, hvilken forvaltning der har det primære ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme.

Det viste sig imidlertid, at kommunerne ikke har haft en helt entydig forståelse af spørgsmålsformuleringen og svarmulighederne, idet nogle svar ikke stemte med vores forhåndskendskab til flere af kommunerne. Derfor gennemførte vi et tjek af kommunernes besvarelse ved hjælp af information om organiseringen på kommunernes hjemmeside.

Kommunerne blev inddelt i tre hovedgrupper: 1) Kommuner, hvor sundhed er en selvstændig forvaltningsenhed med direkte reference til en direktion e.l., 2) Kommuner, hvor sundhed er en afdeling i en større forvaltning og 3) Kommuner, hvor sundhed er placeret i en central stabsfunktion eller spredt ud på flere forvaltninger.

Nedenfor i tabel 2.1 er vist, hvordan kommunerne fordeler sig på de tre hovedgrupper.

Tabel 2.1 Kommuner fordelt efter størrelse og procentvis efter organisatorisk placering af sundhed

	Mindre end 35.000 ind- byggere	35.000- 49.999 ind- byggere	50.000 eller flere indbyg- gere	I alt
	Procent			
Sundhed en selvstændig forvaltningsenhed	17	41	12	24
Sundhed en afdeling i større forvaltning	70	50	71	63
Sundhed en central stabsfunktion	13	9	18	13
I alt	100	100	101	100
Antal	30	34	34	98

Som det fremgår af tabellen, er det dominerende, at sundhed er placeret i en afdeling under en forvaltning, hvor der også er placeret andre opgaveområder. Knap 2/3 af kommunerne har valgt denne måde at organisere sundhed på. Det hyppigste er, at sundhed er i en forvaltning, hvor pleje og omsorg også er placeret, men sundhed er også relativt hyppigt i samme forvaltning som arbejdsmarkedsområdet (ca. 1/3 af kommunerne) eller en forvaltning med bredere sociale opgaver (ca. 40% af kommunerne). Kommuner i størrelsen 35.000-49.999 indbyggere adskiller sig fra de øvrige kommuner ved, at en mindre andel af disse kommuner har organiseret sundhed som en afdeling under en større forvaltning. En større andel af disse kommuner har til gengæld organiseret sundhed i en selvstændig forvaltningsenhed. Det skal dog bemærkes, at sundhedsopgaver er afgrænset forskelligt i kommunerne.

Der blev udvalgt fem kommuner fra hver af de tre grupper, hvor det blev tilstræbt at opnå en geografisk og størrelsesmæssig variation af de udvalgte. Ved udvælgelsen af kommuner, hvor sundhed er en afdeling i en større forvaltning, blev udvalgt kommuner med en forskellig opgavesammensætning i forvaltningen. Der blev ved udvælgelsen set bort fra kommuner, der indgik som casekommuner i Rambølls undersøgelse for Sundhedsstyrelsen og i et AKF-projekt om effekter af kommunernes sundhedsfremmende indsats.

Der blev således i alt udvalgt 15 kommuner. I to tilfælde måtte en udvalgt kommune erstattes med en anden kommune med en tilsvarende organisering, og i et tilfælde lykkedes det ikke at få indgået en aftale med den udvalgte kommune om at deltage. I undersøgelsen indgår følgende kommuner:

- Aabenraa Kommune
- Allerød Kommune
- Favrskov Kommune
- Fredericia Kommune
- Høje-Taastrup Kommune
- Kalundborg Kommune
- Kerteminde Kommune
- Odense Kommune
- Rudersdal Kommune
- Rødovre Kommune
- Stevns Kommune
- Varde Kommune
- Vejen Kommune
- Vejle Kommune

I aftalen med kommunerne om deres medvirken og under interviewene er kommunerne blevet lovet anonymitet, og at afreporteringen ikke ville indeholde beskrivelser af de enkelte kommuners indsats. Vi har vurderet, at rapporten ville blive mest læsbar, hvis der kunne henvises til navngivne kommuner. Det er gjort ved at anvende opdigtede kommunenavne.

Undersøgelsen har altså i alt omfattet 14 kommuner. Den metodiske strategi var i hver af de udvalgte kommuner at gennemføre et semistruktureret interview dels med en leder med ansvar for kommunens forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels med en gruppe af nøglemedarbejdere, som arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme. Denne strategi blev gennemført i ni af de 14 kommuner. I et tilfælde blev alene en leder interviewet, fordi der ikke var medarbejdere på feltet, og i fire tilfælde deltog en leder og en nøglemedarbejder i det samme interview. Der er i alt gennemført 23 interview med en varighed på ca. 45–90 minutter.

De overordnede temaer for interviewene af ledere og nøglemedarbejdere var følgende:

- Kommunens overordnede strategi for borgerrettet og patientrettet forebyggelse
- Organisering af borgerrettet og patientrettet forebyggelse
- Strategi for at implementere forebyggelse og sundhedsfremme i de forskellige fagforvaltninger
- Samarbejde mellem forvaltninger og med private aktører i forhold til at udvikle og implementere en sundhedsfremmende og forebyggende indsats
- Kommunens prioriteringer samt iværksatte forebyggende og sundhedsfremmende indsatser
- Dokumentation og evaluering af indsatserne
- Fordele og ulemper ved den valgte organisationsmodel

2.4 Rapportens opbygning

I de følgende fire kapitler formidles de informationer, som er indhentet gennem interviewene i de 14 udvalgte kommuner. Hvert kapitel repræsenterer en af de overordnede organisationsformer, som vi er stødt på i undersøgelsen. De svarer stort set til de kategorier, som var udgangspunktet for udvælgelsen af kommunerne, men med en enkelt variation. Kommunerne er i nogle få tilfælde placeret i en anden kategori end den, de blev udvalgt efter, fordi interviewene har givet informationer, der har givet anledning til en anden kategorisering.

Kommunerne er indplaceret i følgende kategorier, som de efterfølgende kapitler er struktureret efter:

A. Forebyggelse og sundhedsfremme er en del af en selvstændig forvaltningsenhed med sundhedsopgaver

Der er tale om kommuner, hvor sundhed udgør en forvaltningsenhed på linje med andre kommunale opgaveområder, og hvor lederen af enheden refererer direkte til kommunens direktion eller kommunaldirektør. Der indgår fire kommuner.

B. En sundhedsafdeling med udviklings- og planlægningsfunktioner er en del af en forvaltning med en bred opgavesammensætning

Forebyggelse og sundhedsfremme er her placeret i en forvaltning med flere opgaveområder. Disse opgaver kan være forskellige, men ligger typisk inden for det sociale og sundhedsmæssige område. Personalet i sundhedsafdelingen har i disse kommuner udelukkende planlæggende og udviklende funktioner, mens udførelse af sundhedsfremme og forebyggelse typisk ligger i andre afdelinger. Personalet i sundhedsafdelingen kan i nogle tilfælde være tovholder eller projektleder for en indsats. Her indgår fem kommuner.

*C. En sundhedsafdeling med udviklings- og planlægningsfunktioner samt **udførende funktioner** er en del af en forvaltning med en bred opgavesammensætning*

Kommunerne i denne kategori ligner kommunerne i kategori B, idet forebyggelse og sundhedsfremme er placeret i en sundhedsafdeling, som indgår i en forvaltning med flere opgaveområder. Forskellen er, at der i eller under sundhedsafdelingen er personale med udførende funktioner i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme, altså direkte kontakt med borgere. Der er to kommuner i gruppen.

D. En sundhedsafdeling med udviklings- og planlægningsfunktioner er placeret i kommunens centrale forvaltning

I disse kommuner er udviklings- og planlægningsfunktioner placeret i en central stabsafdeling med tværgående funktioner, mens de udførende opgaver er placeret i de enkelte fagforvaltninger eller institutioner. Her er der tre kommuner.

I hvert kapitel opsummerer vi, hvad vi finder karakteristisk for hver kategori, og i et afsluttende diskuterende kapitel sammenligner vi karakteristika ved de fire kategorier af kommuner og diskuterer hæmmende og fremmende forhold ved de forskellige kategorier.

3 Sundhedsfremme i en selvstændig sundhedsforvaltning

I dette kapitel beskrives forebyggelse og sundhedsfremme i kommuner, hvor sundhed udgør en forvaltningsenhed på linje med andre kommunale opgaveområder, og hvor lederen af enheden refererer direkte til kommunens direktion eller kommunaldirektør. Der er ofte ikke tale om en traditionel forvaltning, og kommunerne kan have forskellige betegnelser for den forvaltningsmæssige enhed fx center eller faglig enhed. Der indgår fire kommuner med denne organisering. De tre af kommunerne er sammenlagt af fire til fem kommuner, mens den fjerde ikke er sammenlagt. De har mellem 42.000 og 60.000 indbyggere.

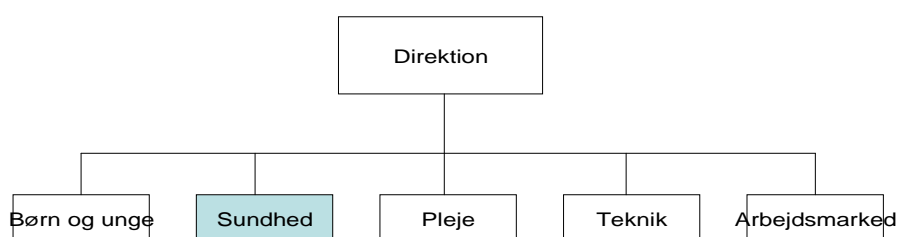
I kapitlet beskrives fællestræk og forskelle mellem de fire kommuner med hensyn til organisation, strategi for at integrere forebyggelse og sundhedsfremme i de forskellige forvaltningsområder, karakteren af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, samarbejde med private foreninger, erfarede fordele og ulemper ved organisationen samt kommunens strategi for evaluering og dokumentation.

3.1 Den overordnede organisation og indplaceringen af forebyggelse og sundhedsfremme

Synlighed er en typisk begrundelse for at etablere sundhed som en selvstændig forvaltningsenhed. De tre af kommunerne har en flad struktur med flere faglige enheder, hvor lederne af de faglige enheder refererer til direktionen. I Mindesø Kommune har to af direktørerne dog ansvar for bestemte fagområder, og direktøren, hvor sundhed hører under, har også ansvar for kultur, fritid, børn, skoler, det sociale område og ældre. Xkøbing Kommune har en forvaltningsstruktur med en direktør for hver forvaltning.

Organisationsmodellen er illustreret i figur 3.1, men det må understreges, at der er variationer mellem kommunerne.

Figur 3.1 Illustration af organiseringen i kommuner med sundhedsfremme i en selvstændig sundhedsforvaltning



Forebyggelse og sundhedsfremme indgår som en opgave i forvaltningsenheden for sundhed i alle fire kommuner, men ellers er der forskel på bredden i opgavesammensætningen, og der er forskel på, i hvilken udstrækning enheden har udførende funktioner. I Søsted Kommune er opgaverne snævert afgrænset til de nye opgaver inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Derudover ligger frivillighedsområdet i enheden, som ikke har udførende funktioner. I de tre øvrige kommuner hører genoptræning under enheden, men i et tilfælde er det alene visitation til genoptræning, mens genoptræningen foregår i en selvstændig virksomhed. I to af kommunerne hører forebyggende hjemmebesøg under enheden, i to kommuner tandpleje og sundhedspleje og i en kommune også hjælpemidler.

I Xkøbing og Skovkøbing Kommuner er der udførende, forebyggende og sundhedsfremmende funktioner i enheden. I det ene tilfælde er de udførende funktioner begrænsede, og i det andet tilfælde er de udførende funktioner placeret i en afdeling adskilt fra stabsfunktionerne. I de to øvrige kommuner er der ikke udførende funktioner i forvaltningsenheden, når der ses bort fra forebyggende hjemmebesøg. Her ligger (stort set) alle udførende funktioner i andre enheder. I alle fire kommuner er stabsfunktioner, det vil sige udviklings- og planlægningsopgaver, imidlertid adskilt fra udførende funktioner på sundhedsområdet. Medarbejderne i stabsfunktionen kan dog være projektledere for igangsatte initiativer.

Ledelsesstruktur

I tre af kommunerne er der ikke et afdelingslederniveau inden for sundhedsenheden, og personale med ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme refererer direkte til chefen for enheden. Denne refererer til direktionen. I Xkøbing Kommune, som har en forvaltningsstruktur, er der flere afdelingsledere inden for sundhedsenheden, og der er en leder for henholdsvis de udførende opgaver og for udvikling og planlægning.

Personaleressourcer

I alle de fire kommuner er der en stab eller team af flere medarbejdere med planlæggende og udviklende opgaver i forhold til sundhed. Omfanget af medarbejdere varierer, og nogle har andre opgaver end at udvikle og planlægge forebyggende og sundhedsfremmende indsatser fx projektansvar for indsatser. I Søsted Kommune er der reelt kun chefen for enheden og en enkelt medarbejder til opgaven, mens der i Mindesø Kommune kan trækkes på ressourcerne hos flere medarbejdere. Det fælles er imidlertid, at der kan etableres et forum af varierende størrelse inden for afdelingen, hvor mulige indsatser og strategier kan diskuteres. Der er i alle kommuner både medarbejdere med en sundhedsfaglig baggrund, som eventuelt er suppleret med en planlægningsuddannelse, og medarbejdere med en samfundsvidenskabelig baggrund i stabsfunktionerne.

Organer og strukturer på tværs

I Søsted og Xkøbing Kommuner er der etableret tværgående organer med repræsentanter fra forskellige forvaltningsområder i forhold til at udvikle indsatsen for forebyggelse og sundhedsfremme. I Søsted Kommune består medlemmerne af medarbejdere, der på forskellig måde arbejder med sundhedsfremme, og organet skal bruges til at få inspiration og prøve idéer af på. Det har altså ikke beslutningskompetence, og der er på chefniveau og med forankring i direktionen etableret en styregruppe, som skal gennemføre kommunens sundhedspolitik. I Xkøbing Kommune er der etableret en styregruppe for sundhedspolitikken. Her er sundhedsdirektøren formand, og der deltager repræsentanter med beslutningskompetence fra forvaltninger og stabe. Under styregruppen er der etableret implementeringsgrupper og arbejdsgrupper for de enkelte temaer i kommunens sundhedspolitik. Arbejdsgrupperne belyser, hvordan forskellige tiltag kan integreres i afdelingernes opgaver.

I de to øvrige kommuner er der ikke overordnede organer, som går på tværs af kommunernes forvaltningsenheder. I den ene kommune er der dog en styregruppe for et forebyggelses- og rådgivningscenter. I styregruppen sidder medarbejdere og politikere fra sundhedsområdet, og den har en rolle i forhold til at føde nye ideer og skabe ejerskab. Ad hoc deltager repræsentanter fra de øvrige forvaltninger og udvalg.

Ansvar for initiativ, implementering og koordinering

Det er fælles for disse kommuner, at initiativer til nye forebyggende og sundhedsfremmende indsatser kommer fra sundhedsstaben. I nogle tilfælde sker det i samspil med et politisk ud-

valg eller en styregruppe. Det almindelige er, at der skal være politisk opbakning til nye initiativer. Initiativer kan endvidere tages af sundhedsstaben i samarbejde med medarbejdere fra andre fagområder. Endelig kan initiativer blive taget i andre fagområder; i nogle kommuner uden sundhedsstabens viden og medvirken.

I Skovkøbing og Mindesø Kommuner ligger ansvaret for at implementere besluttede indsatser også i sundhedsstaben, men det vil dog ofte skulle ske i samarbejde med medarbejdere fra andre fagområder. Det angives bl.a., at det her er et spørgsmål om at kunne sælge ideen til de relevante chefer og medarbejdere og at inddrage dem tidligt i processen. En fremgangsmåde i processen er bl.a. at oprette projektgrupper med en bred repræsentation.

I Xkøbing Kommune og Søsted Kommune er ansvaret for implementering ude i de enkelte fagområder. I den ene kommune (HT) er der dog en styregruppe med et overordnet ansvar for at implementere og gennemføre sundhedspolitikken, hvor strategien er at tænke sundhed ind i kommunens kontakt med borgerne frem for specielle tilbud. I Xkøbing Kommune er etableret overordnede implementeringsgrupper med tilhørende arbejdsgrupper. Her findes også en særlig afdeling med ansvar for at udføre forebyggelse og sundhedsfremme, men der skal også være en indsats i andre fagområder.

I alle de fire kommuner er sundhedsstaben tiltænkt en koordinerende rolle i forhold til indsatsen inden for forebyggelse og sundhedsfremme. I nogle tilfælde udføres koordineringen i samspil med en overordnet styregruppe, netværksgruppe eller lignende. I Skovkøbing og Søsted Kommuner er den koordinerende rolle endnu svag, bl.a. fordi området endnu er under opbygning, og fordi sundhedsstaben endnu ikke er særlig kendt i kommunen, og mange initiativer på de enkelte fagområder ikke kommer til sundhedsstabens kendskab.

3.2 Integration af forebyggelse i de forskellige forvaltninger

Alle fire kommuner har som overordnet strategi, at en indsats for forebyggelse og sundhedsfremme skal være en del af de forskellige forvaltningers og institutioners øvrige tilbud til borgerne. I de tre af kommunerne er dette den helt dominerende strategi, og kun i nogle få tilfælde er ansvaret for en konkret indsats placeret i sundhedsstaben. I Xkøbing Kommune er denne strategi kombineret med en særlig afdeling, som har ansvar for og udfører en del af indsatsen.

I Søsted og Skovkøbing Kommuner søges sundhed integreret i andre fagområder gennem partnerskabsaftaler mellem sundhedsstaben og institutioner eller afdelinger. I Skovkøbing angives disse dog at være for ukonkrete og uden opfølgning, og i Søsted Kommune er systemet under opbygning. I Xkøbing Kommune er opbygget en lignende proces, idet der efter en dialog om konkrete indsatser indgås aftaler med cheferne for de enkelte driftsområder om at indarbejde sundhed i deres drift (handleplaner). I Mindesø Kommune er ansvaret placeret i en overordnet styregruppe, som skal sætte indsatserne i gang på tværs, og når styregruppen har truffet beslutning om en indsats, inviteres andre afdelinger med.

I alle fire kommuner har man oplevet barrierer i forhold til at indføre forebyggende eller sundhedsfremmende tiltag på andre fagområder. Det er dog lidt forskellige barrierer, der fremhæves. Gennemgående barrierer synes dog at være, at andre fagområder først og fremmest prioriterer deres egne driftsopgaver, og det er vanskeligt at få medarbejderne til at tænke på sundhedsfremme. Dermed er det også vanskeligt at få de forskellige fagområder til at afsætte ressourcer til særlige indsatser for sundhedsfremme. Dette nævnes dog ikke i Mindesø Kommune, hvor der som en barriere alene nævnes en kultur, der gør, at man ikke er så vant til at arbejde på tværs, og at man skal gå forsigtigt frem.

Udbredelse af visioner om forebyggelse og sundhedsfremme

En del af strategien for at integrere sundhedsfremme og forebyggelse i de enkelte fagområder kan handle om, at ledere og medarbejdere opnår en forståelse for, at forebyggelse og sundhedsfremme også er en væsentlig opgave for dem.

Den konkrete indsats for at udbrede visioner har været noget forskellig. I Skovkøbing Kommune synes indsatsen indtil nu (foråret 2008) at have begrænset sig til, at alle politiske udvalg har været inddraget ved udformning af sundhedspolitikken. Mindesø Kommune og Xkøbing Kommune synes bevidst at have bestræbt sig på at inddrage mange fra forskellige fagområder og niveauer i udformning og indførelse af indsatser. Der er i begge kommuner en strategi med at etablere styregrupper og arbejdsgrupper i forhold til at indføre konkrete indsatser.

I det følgende beskrives et eksempel på, hvordan Mindesø Kommune har søgt at sætte sundhed på dagsordenen på skoleområdet:

Der er på alle kommunens skoler oprettet et sundhedsråd med deltagelse af repræsentanter fra bestyrelse, ledelse, sundhedsplejen, elever og ressourcelæreren. Sundhedsrådet skal tage indsatsområder op på den enkelte skole. Sundhedsrådene skal sikre, at skolerne føler ejerskab til de tiltag, der iværksættes. Ressourcelærere er uddannet og opkvalificeret til at have fokus på sundhed i undervisningen. De varetager alle klassetrin og danner deres eget netværk på tværs af skoler.

I Xkøbing Kommune har man afholdt et femdages arrangement med deltagelse af 50 "sundhedsambassadører" for at gennemgå og konkretisere målene i sundhedspolitikken og udforme konkrete indsatser. Formålet var således at skabe ideer, ejerskab og velvilje. "Sundhedsambassadørerne" har efterfølgende haft møder i forskellige grupper.

I Søsted Kommune er sundhed på det overordnede niveau en del af kommunens strategi for at udvikle kommunen, og alle niveauer i kommunen var inviteret til en diskussion af værdier i sundhedspolitikken, og hvordan politikken indhold kunne omsættes til praksis. Sundhedsstaben har haft møder med cheferne for de andre fagområder for at udarbejde en liste med ideer til sundhedsfremmeindsats.

Ressourcer til at indføre forebyggelse

I Søsted og Xkøbing Kommuner synes der at være "frie" midler til at finansiere ny former for indsats. Det drejer sig om ca. to mio. kr. I de to andre kommuner skal der gives en bevilling til nye indsatser, eller ressourcerne skal findes inden for de enkelte afdelingers og institutioners eksisterende budgetter.

Status for integration af sundhed i andre fagområder

I de tre af kommunerne synes vurderingen at være, at man endnu ikke er kommet så langt med en forebyggende og sundhedsfremmende indsats, som er integreret i andre fagområder. Man har fået formuleret visioner om forebyggelse, og i en af kommunerne mener man også, at man har fået den udbredt, men der er ikke iværksat så mange ting i de andre forvaltningsenheder. I Mindesø Kommune vurderes det, at man er kommet godt fra start bl.a. på grund af en større ekstern bevilling til forebyggelse og sundhedsfremme, og fordi man har arbejdet med området forud for kommunalreformen. Det er her særligt skoleområdet og ældreområdet, hvor der er sket noget. (Disse ligger inden for samme direktørområde som sundhed, og der er sundhedskonsulenter, som særligt tager sig af disse to områder) Det angives imidlertid også i denne kommune, at det ikke altid er let, og at tiden skal være moden, før de andre af-

delinger vil afsætte tid til opgaven. Der skal tages hensyn til harmonisering af de sammenlagte kommuner og til driftsopgaver.

Samarbejde med private foreninger og organisationer

Søsted Kommune og Mindesø Kommune har et samarbejde med lokale idrætsforeninger om gennemførelse af konkrete indsatser. Disse og Skovkøbing Kommune har endvidere et samarbejde med patientforeninger om primært patientuddannelse. I den fjerde kommune har der været kontakter på et overordnet niveau, men der samarbejdes ikke om udførelse af konkrete indsatser.

3.3 Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats

Der er kun et beskedent sammenfald i de prioriteringer af indsatsen, som de fire kommuner har foretaget, men man kan sige, at en indsats mod en eller flere KRAM-faktorer (**K**ost, **R**ygning, **A**lkohol, **M**otion) er prioriteret i alle kommunerne. To kommuner har prioriteret børn og unge, sundhed på arbejdspladsen og tilbud til borgere med kronisk sygdom. Som mere specifikke ting nævnes ældre, ulighed i sundhed, hjerterehabilitering, indvandrere og trafik-sikkerhed.

De fire kommuner befinder sig på forskellige stadier med hensyn til at udvikle forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Mindesø Kommune har udviklet og igangsat en bred vifte af tilbud i forhold til KRAM-faktorer og forskellige målgrupper. Der er overvejende tale om borgerrettede tilbud, mens patientrettede tilbud er under udvikling. Sundhedsstaben er i nogle tilfælde tovholdere eller projektledere for en indsats, men de udførende funktioner ligger i andre afdelinger og institutioner. Der er tale om indsatser af både strukturel karakter, som berører større grupper af borgere, og individrettede tilbud. Det er kommunens opfattelse, at de når ud til alle skolebørn med et tilbud og til en bred vifte af voksne borgere.

I Xkøbing Kommune er der ligeledes udviklet forebyggende og sundhedsfremmende tiltag på en række områder. Heraf er nogle dog alene besluttet og udformet, men ikke indført i praksis. Kommunen satser på strukturelle tiltag og på tiltag rettet mod bredere grupper, men der er dog også eksempler på individrettede tiltag. Der er endnu ikke så mange borgerrettede tiltag i udførerafdelingen i kommunens sundhedsforvaltning, men der findes patientrettede tilbud. Ansvar for udførelse af de fleste tilbud ligger uden for sundhedsafdelingen. Der er ingen information om, i hvilken udstrækningen indsatsen når ud til forskellige målgrupper.

Skovkøbing Kommune og Søsted Kommune er i en tidligere fase og er ikke kommet så langt med at udvikle konkrete borgerrettede tilbud. I Skovkøbing Kommune er der et patientrettet tilbud i form af patientuddannelse, og denne kommune har nogle individrettede tilbud, som er videreført fra før kommunalreformen Disse tilbud når ud til en begrænset gruppe af borgere. Søsted Kommune satser stærkt på strukturelle tilbud i kommunens forskellige fagområder og ikke på individuelle tilbud, hvis effekt anses for tvivlsom. Der er endnu ikke en indsats, der når ud til den brede voksne gruppe af borgere.

3.4 Fordele og ulemper ved organisationen

Som en fordel ved en selvstændig sundhedsforvaltning og eventuelt et tilhørende politisk udvalg nævnes, at det giver mulighed for at fokusere på sundhed og at gøre sundhed synligt som et område. I en kommune nævnes imidlertid, at synligheden muligvis kunne blive større, hvis sundhedsafdelingen var mere centralt placeret i kommunens organisation. En selvstændig

udviklingsafdeling, som selv kunne handle, og som ikke skal gå igennem en chef for at få kontakt med andre afdelinger kunne være en fordel.

Det opleves som vanskeligt at forpligtige andre forvaltningsområder og institutioner til at indføre forebyggelse og sundhedsfremme på deres område. Driftsopgaverne og manglende økonomi kan bevirke, at sundhedsopgaverne ikke prioriteres. Mange chefer på sammen niveau angives også som en barriere for at forpligtige andre områder. Ansvar for sundhedsopgaver kan derfor nemt blive placeret i sundhedsforvaltningen og ikke i de enkelte fagområder.

Det er en fordel med en organisation, som understøtter samarbejde fx gennem tværgående udvalg og gennem etablering af arbejdsgrupper og projektgrupper, der bidrager til at skabe ejerskab til indsatserne. Det nævnes også, at politikeres involvering i en styregruppe eller sundhedsudvalg er en fordel i forhold til at få fokus på sundhed i en kommune. Sådanne politiske udvalg skal imidlertid samarbejde med andre udvalg om at indføre sundhedsindsatser.

I Mindesø Kommune nævnes, at det er en fordel, at sundhedsforvaltningen har penge til rådighed til nye tiltag.

3.5 Evaluering og dokumentation af indsatsen

Der er i kommunerne eksempler på indsatser, hvor der gennemføres en evaluering af indsatsen. I nogle tilfælde søges også at måle effekt. Der er typisk tale om indsatser, som er en del af national strategi, og/eller hvor der er opnået statslige puljemidler til indsatsen. Der er også eksempler på afgrænsede projekter, hvor der er indgået samarbejde med en forskningsinstitution om måling af effekt. Det er en gennemgående strategi at arbejde evidensbaseret og at måle på indsatserne, men i et par kommuner er der endnu alene tale om intentioner.

3.6 Opsamling

De fire kommuner er kendetegnet ved at have en forvaltningsenhed for sundhed. Der er i tre kommuner ikke tale om en traditionel forvaltning, men såkaldte fagcentre eller lignende. Selv om kommunerne har en selvstændig forvaltningsenhed for sundhed, har de alle som strategi, at forebyggelse og sundhedsfremme skal være en integreret del af opgaverne i alle kommunens forvaltningsenheder. Det typiske er, at forvaltningsenheden for sundhed har stabsfunktioner for udvikling og planlægning af forebyggelse og sundhedsfremme, men der er også eksempler på, at der i enheden er myndighedsopgaver og udføreropgaver i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme. Opgaverne er fordelt mellem flere personer, så det ikke er de samme, der har fx myndighedsopgaver og planlægningsopgaver.

Der er mellem disse kommuner stor forskel på, hvilket stadium kommunen er på i forhold til at etablere forebyggende og sundhedsfremmende indsatser. Der er to kommuner, som er i en fase, hvor man er i gang med at prioritere og formulere konkrete indsatser, mens en kommune har fået etableret adskillige former for indsats inden for forskellige områder. Den sidste kommune har fået ført nogle typer af indsats ud i livet på nogle områder og har planer for indsatser på andre områder.

De tre af kommunerne har et samarbejde med private foreninger om patientuddannelse. Derudover har to kommuner et samarbejde med private foreninger om konkrete projekter. Den fjerde kommune har endnu ikke etableret et konkret samarbejde med private foreninger.

En fremmede faktor i forhold til at få etableret forebyggende og sundhedsfremmende indsatser synes at være, at en kommune har etableret tværgående organer til at udvikle og prioritere indsatser. Det synes endvidere at være fremmede, at der i forhold til konkrete

indsatser etableres arbejdsgrupper eller projektgrupper med inddragelse af relevante medarbejdere. Det har endelig betydning, at der i kommunen er politisk fokus på sundhed.

Det synes at være en fremmede faktor, at der findes en sundhedsstab eller et sundhedsteam af en vis størrelse, så der dels er mulighed for intern sparring, dels er ressourcer til et relativt krævende arbejde med at skabe dialog med forskellige fagområder og institutioner og med at bidrage til formulering og implementering af indsatser. I forhold til at få integreret forebyggelse og sundhedsfremme i de forskellige fagområder synes det perspektivrigt at udpege sundhedsansvarlige i de enkelte afdelinger og institutioner og at etablere lokale sundhedsorganer, der kan støtte disse ansvarlige.

Det synes at kunne være hæmmende for iværksættelsen af en forebyggende og sundhedsfremmende indsats, hvis der kun er beskedne ressourcer i en sundhedsstab eller sundhedsteam til at involvere sig i en proces med at udvikle og iværksætte en indsats. Der synes behov for, at der i en central stab eller team er et overskud til at holde processerne i gang.

Det kan endvidere betegnes som en hæmmende faktor for iværksættelse af en indsats, at kommunen prioriterer at iværksætte strukturelle indsatser. Det er en udfordring at finde egnede strukturelle indsatser, og en sådan strategi kræver stor involvering fra andre fagområder. Endelig er det en hæmmende faktor, at en kommune ikke har formuleret en strategi for indsatsen og ikke har prioriteret sin indsats.

4 Sundhedsstab i forvaltning med blandede opgaver

Dette kapitel omhandler kommuner, hvor en stab med ansvar for planlægning og udvikling af forebyggelse og sundhedsfremme er etableret i en større forvaltningsenhed. De udførende funktioner i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme er placeret i andre afdelinger og forvaltninger. Der indgår fem kommuner med denne organisering. De tre af kommunerne er sammenlagt af to til fem kommuner, mens de to øvrige kommuner ikke er sammenlagte. De har fra ca. 36.000 indbyggere til mere end 100.000 indbyggere.

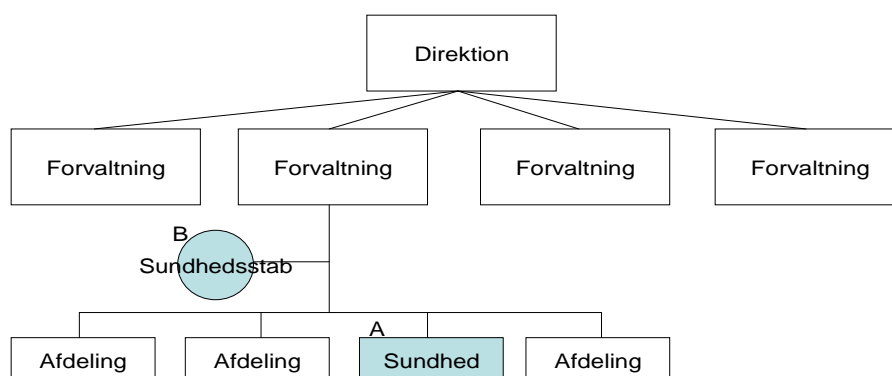
I kapitlet beskrives som i det foregående fællestræk og forskelle mellem de fire kommuner med hensyn til organisation, strategi for at integrere forebyggelse og sundhedsfremme i de forskellige forvaltningsområder, karakteren af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, samarbejde med private foreninger, erfarede fordele og ulemper ved organisationen samt strategi for evaluering og dokumentation.

4.1 Den overordnede organisation og indplaceringen af forebyggelse og sundhedsfremme

I Himmelsø, Langested og Vårlund Kommuner er organisationen bygget op omkring en traditionel forvaltningsstruktur med en direktør for hver forvaltning. Østerskov og Æreslund Kommuner opererer derimod med en direktion og 8-12 ligestillede fagområder med hver deres fagchef. Fagområderne kan betragtes som forvaltningsenheder. Det er fælles for de fem kommuner, at de har en stab, som tager sig af udviklings- og planlægningsopgaver i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme. Denne stab har tværgående funktioner i forhold til alle kommunens opgaveområder. Det er også fælles for dem, at denne stab er en del af en større forvaltningsenhed, som varetager andre opgaver, herunder driftsopgaver typisk inden for ældreområdet, social og sundhed.

Organisationsmodellen er illustreret i figur 4.1. I fire af kommunerne er forebyggelse og sundhedsfremme placeret i en afdeling eller team på linje med andre afdelinger i forvaltningsenheden (A i figuren), mens sundhedsstaben i den femte kommune er placeret som en overordnet funktion i forhold til forvaltningens afdelinger (B i figuren).

Figur 4.1 Illustration af sundhedsstab i større forvaltningsenhed



Det typiske for disse kommuner er, at driftsopgaverne er placeret i andre selvstændige afdelinger, men den nærmeste overordnede leder for sundhedsstaben har i Langested og Himmelsø Kommuner også ansvar for driftsopgaver. Kun i Østerskov Kommune har lederen af staben udelukkende ledelsesfunktioner i forhold til de planlæggende og udviklende funktioner på sundhedsområdet. I Æreslund Kommune har lederen ansvar for myndighedsopgaven på ældreområdet, og i Vårlund Kommune har lederen ansvaret for andre tværgående stabsfunktioner inden for forvaltningen.

I tre af kommunerne er planlægning og udvikling af forebyggelse og sundhedsfremme splittet op. I det ene tilfælde (Langested Kommune) er forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til børn og unge placeret i tilknytning til sundhedsplejen, mens forebyggelse i forhold til voksne er placeret i en stab i den overordnede sundhedsafdeling. I Vårlund Kommune og Himmelsø Kommune er patientrettet forebyggelse placeret i henholdsvis ældreområdet og i et sundhedscenter, mens den borgerrettede er placeret henholdsvis i en stabsfunktion i den overordnede forvaltning og i et sundhedsteam.

I Langested Kommune, Østerskov Kommune og Vårlund Kommune refererer lederen af sundhedsstaben/teamet direkte til kommunens direktion eller en direktør for forvaltningen, mens der i Æreslund Kommune og Himmelsø Kommune findes en leder for selve sundhedsstaben/teamet, som refererer til en overordnet leder for hele sundhedsafdelingen.

Personaleressourcer

Der er stor forskel på, hvor stor staben til planlægnings- og udviklingsopgaverne er. I en kommune indgår alene en enkelt medarbejder, som sammen med lederen har ansvar for udvikling, planlægning og koordinering. I en anden og noget større kommune er der et sundhedsteam med seks medarbejdere til udvikling og planlægning af borgerrettet forebyggelse. De øvrige kommuner har 2-4 medarbejdere til udvikling og planlægning foruden lederen af staben/sekretariatet. Bortset fra en enkelt kommune er der således et mindre team, hvor mulige indsatser og strategier kan drøftes. I to af kommunerne er medarbejdernes faglige baggrund hovedsagelig sundhedsfaglig, og i en enkelt kommune er medarbejdernes baggrund hovedsagelig en samfundsfaglig uddannelse. I de øvrige er der tale om en blanding.

Organer og strukturer på tværs af forvaltninger og afdelinger

I fire af de fem kommuner er der etableret et organ, som involverer repræsentanter fra kommunernes forskellige fagområder. Det er således kun Æreslund Kommune, der ikke har et sådan organ, og hvor koordineringen af sundhedsfremme og forebyggelse sker i Social- og sundhedsudvalget. I Himmelsø og Østerskov Kommuner, hvor der er et tværgående organ, består deltagerne af alle cheferne for kommunernes forskellige fagområder. I Østerskov Kommune har dette organ ansvaret for at få kommunens sundhedspolitik implementeret i fagafdelingerne, mens organet i Himmelsø Kommune drøfter den overordnede politik, samarbejdsrelationer og valg af fokusområder. Den konkrete udformning af indsatser og deres implementering drøftes her på separate møder mellem de enkelte fagchefer og sundhedssekretariatet.

I Langested Kommune og Vårlund Kommune har det tværgående organ en noget bredere sammensætning. Langested Kommune har et forum med ca. 40 eksterne og interne interessenter (ledere fra alle forvaltninger, (få) medarbejdere, politikere (en pr. udvalg) samt eksterne repræsentanter). Forumet diskuterer nye ideer, giver input, og medlemmer skal fungere som ambassadører på de enkelte fagområder. Det er ikke besluttende. Der er endvidere nedsat en tværgående styregruppe for kommunens sundhedspolitik. Den anden af kommunerne har et sundhedsråd med et par repræsentanter fra hver forvaltning. Det drøfter ideer til indsats og prioriterer indsatser.

Ansvar for at tage initiativ, implementering og koordinering

I alle de fem kommuner er sundhedsstaben initiativtagere til nye konkrete indsatser, og hvor der er tværgående fora, behandles forslagene dér. Der er dog kommuner, hvor det nævnes, at initiativer også tages på andre fagområder, og sundhedsstaben indgår så eventuelt som rådgivere ved udvikling af en indsats. Endvidere er der initiativer, som kommer udefra.

Implementeringen af indsatser og udførelsen er typisk placeret i de enkelte fagområder. Det er dog almindeligt, at medarbejdere fra sundhedsstaben under en eller anden form indgår i processen. I mange tilfælde dannes projektgrupper, og medarbejdere fra sundhedsstaben indgår så i arbejdsgruppen og har i nogle tilfælde den ledende eller koordinerende rolle. I nogle tilfælde passer en indsats ikke ind i et driftsområde, og i disse tilfælde kan ansvaret for implementering og udførelse være placeret i sundhedsstaben.

Sundhedsstaben har også typisk en koordinerende rolle i forhold til at få igangsat og fulgt op på beslutninger om indsats. I Himmelsø Kommune har staben dog alene en rolle i forhold til egne initiativer, og i Østerskov Kommune er rollen placeret i en tværgående styregruppe. I det sidste tilfælde bistår staben i processen. Sundhedsstaben har således ikke nødvendigvis en rolle i forhold til forebyggende og sundhedsfremmende initiativer, som er iværksat på andre fagområder.

4.2 Integration af forebyggelse i de forskellige forvaltninger

Strategi for at integrere forebyggelse

Alle fem kommuner har som overordnet strategi, at forebyggelse og sundhedsfremme skal være en integreret del af forvaltningernes/fagområdernes øvrige opgaver. Der lægges vægt på, at sundhed ikke kun skal foregå i projektform, men skal være en del af kulturen i kommunen. I fire kommuner (Vårlund, Østerskov, Langested og Himmelsø) er det tværgående organ med repræsentanter fra forvaltningerne en del af strategien for at inddrage alle forvaltningerne i indsatsen. Desuden har sundhedsafdelingen i Vårlund og Himmelsø Kommuner fokus på at skabe netværk og kontakter på tværs af kommunen for at informere om sundhed og tage del i de tiltag, som vedrører sundhed. Flere kommuner har desuden møder mellem sundhedsafdelingen og forvaltningerne, blandt andet for at informere om forebyggelse og bistå forvaltningerne i at igangsætte tiltag. I Langested Kommune har disse møder desuden været brugt til at diskutere, hvad den enkelte forvaltning kunne bidrage med i forhold til sundhed. Handlingsplanerne for sundhedspolitikken blev formuleret på baggrund af dette. Strategien for at integrere forebyggelse er i Æreslund Kommune, at politikkerne for de enkelte områder skal indeholde sundhedselementer, fx skal ældreområdet politik indeholde målsætninger vedrørende sundhed.

I Vårlund Kommune lægges der stor vægt på at trække på de ressourcer, både økonomiske og personalemæssige, som allerede er til stede i de forskellige forvaltninger. Forebyggelsen skal foregå de steder, hvor kommunen har kontakt med borgerne, og det ønskes at tilpasse opgaverne til organisationen. Således vil kommunen fx gerne undgå at købe konsulentbistand udefra til indsatsen.

Vårlund og Æreslund Kommuner oplever, at det er svært at få forvaltningerne med i indsatsen, da forvaltninger og institutioner er optaget af de opgaver, de har i forvejen. Sundhedsafdelingen kan ikke forpligte forvaltningerne til at arbejde med sundhed, og det opleves fx i Østerskov Kommune og Æreslund Kommune, at det er vanskeligt at opbygge en forståelse i forvaltningerne for, at sundhed er et fælles ansvar.

I Langedsted Kommune opleves manglende samarbejdslinjer på det udførende niveau som en barriere for at integrere forebyggelse i kommunen. Al koordinering og implementering skal gennem ledere og chefer, hvilket kan være en besværlig proces.

Tiltag for at udbrede visioner samt succes med det

I Himmelsø, Langedsted og Æreslund kommuner har man holdt møder eller temadage med flere institutioner, primært ledere, for at informere om sundhedsafdelingens opgaver, samt generelt om forebyggelse og sundhedsfremme. Disse tiltag gav i Æreslund Kommune mulighed for at identificere og inddrage de medarbejdere, som gerne ville medvirke i forebyggelsesindsatsen. Det lykkedes dog ikke ud fra dette at skabe en platform for det videre arbejde. Sundhedsafdelingen i Langedsted Kommune giver kommunens institutioner mulighed for at deltage i forskellige aktiviteter, fx motionsaktiviteter på skolerne, som det ikke kræver noget af skolen at deltage i. I Vårlund Kommune prioriteres det ligeledes at besøge kommunens institutioner frem for blot at sende informationsmateriale om sundhed, kampagner mv. ud.

Langedsted Kommune, Vårlund Kommune og Æreslund Kommune benytter lokale medier og medarbejderblade til at informere om tilbud, indsatser og sundhedsafdelingens rolle. I Vårlund Kommune opleves det dog, at det ikke er lykkedes at udbrede visionerne som ønsket, når det gælder forvaltningernes kendskab til sundhedsafdelingen.

I Østerskov Kommune er aktivitetsbeskrivelser omdrejningspunktet for opgaverne i hele kommunen. Aktivitetsbeskrivelserne udarbejdes hvert år for det kommende års aktiviteter, og heri beskrives det blandt andet, hvordan hver fagafdeling kan bidrage til kommunens politikker, heriblandt sundhedspolitikken.

Ressourcer (penge) til at indføre forebyggelse i forskellige forvaltninger

Der er i de fem kommuner ikke afsat midler i den enkelte forvaltning til forebyggelse og sundhedsfremme. Derimod har sundhedsafdelingen i fire af kommunerne afsat et beløb til forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag. I tre af disse fire kommuner fungerer beløbet som en pulje, som forvaltningerne kan søge til nye tiltag. Desuden har Himmelsø Kommune afsat midler til forskellige tiltag, som er placeret i sundhedsafdelingen. I Langedsted Kommune skal beløbet finansiere de tiltag, som sundhedsafdelingen vil implementere, samt tiltag, som finder sted i forvaltningerne. En stor del af indsatsen i kommunen er finansieret af disse midler, mens noget finansieres inden for driftsbudgetterne i den enkelte forvaltning.

Østerskov Kommune har afsat ressourcer til et stort forebyggelsesprojekt, samt patientrettet forebyggelse. De enkelte fagafdelinger må søge eksterne puljemidler, hvis nye tiltag skal i gang.

Status for integration af forebyggelse, herunder samarbejde internt i kommunen

Generelt opleves det i de fem kommuner, at sundhed er i forvaltningernes bevidsthed, mens sundhed er integreret i forvaltningernes arbejde i et meget forskelligt omfang. Nogle forvaltninger har således en del tiltag i gang i den enkelte kommune, mens indsatsen i andre forvaltninger endnu ikke findes.

I Vårlund Kommune er det sundhedsafdelingen, som presser på for at få en sundhedsdimension tilknyttet konkrete tiltag, og det opleves, at forvaltningerne samarbejder i de fleste tilfælde. I Langedsted Kommune foregår processen med forebyggelsesindsatsen mest på ledelsesniveau, og det ønskes derfor at forankre indsatsen på det udførende niveau fremover. Kommunen ønsker desuden at lave aftaler mellem sundhedsafdelingen og de forskellige forvaltninger, således at sundhedspolitikken forankres i forvaltningerne. I Himmelsø Kommune tvivler man på, at det tværgående organ bidrager til at skabe ejerskab for forebyggelse i de enkelte forvaltninger, som det var hensigten. Sundhedsafdelingen i denne kommune er der-

for begyndt at danne andre netværk med de forskellige afdelinger for at igangsætte konkrete initiativer.

Østerskov Kommune har foretaget en kortlægning af alle forebyggelses- og sundhedsfremmeinitiativer i kommunen, og er i gang (Maj 2008) med en kvalitetsvurdering af tiltagene for at afgøre, om nogle tiltag kan undværes. Erfaringen i kommunen er, at der findes en stor velvilje i forhold til at integrere forebyggelse i forvaltningerne, og forvaltningerne har mange relevante tiltag i gang i forhold til sundhed.

Samarbejde med private foreninger og organisationer

Kendetegnende for de fem kommuners samarbejde med private foreninger og organisationer er, at samarbejdet er i en opbygningsfase eller finder sted i et begrænset omfang. I Langested og Himmelsø Kommuner er et samarbejde med forskellige aktører således ved at blive etableret, fx idrætsforeninger og private virksomheder. Kommunerne har dog et samarbejde med enkelte andre aktører.

I Østerskov og Vårlund Kommuner er samarbejdet begrænset til enkelte samarbejdspartnere. Østerskov Kommune samarbejder således med kommunens frivillighedscenter, hvor alle foreninger er samlet. Desuden samarbejder sundhedssekretariatet med idrætsforeninger gennem kommunens kultur- og fritidsforvaltning. I Vårlund Kommune findes et samarbejde med en aftenskole og en patientforening omkring enkelte projekter og et samarbejde med flere patientforeninger i et forsøg på at etablere patientuddannelser ("Lær at leve med kronisk sygdom").

I Æreslund Kommune har sundhedsafdelingen ikke selv et samarbejde med foreninger eller organisationer, men der kan foregå et konkret samarbejde i andre dele af kommunen.

4.3 Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats

Prioriterede indsatsområder og målgrupper

De fem kommuner har alle enkelte eller alle KRAM-faktorer som prioriterede indsatsområder, mens tre af kommunerne herudover har flere andre prioriterede indsatsområder. Eksempler på disse er trivsel, livskvalitet, natur og fysiske rammer.

I enkelte af de fem kommuner ses sammenfald mellem de prioriterede målgrupper i indsatsen. Dette gælder børn og unge, mens sårbare grupper, ældre, indbyggere i et socialt belastet boligbyggeri og kortuddannede på arbejdspladsen er eksempler på andre målgrupper. Langested Kommune har ingen direkte prioriterede målgrupper, men kroniske sygdomme og social ulighed i sundhed har en prioritet.

Indsats og målgrupper, herunder rammer og strukturer

De fem kommuner har udviklet og igangsat forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag i forskelligt omfang. De igangsatte tiltag foregår i alle fem kommuner i større eller mindre grad i kommunens forskellige fagområder. I fx Langested og Himmelsø kommuner er projektansvaret for flere tiltag dog placeret i sundhedsafdelingen. I Himmelsø Kommune findes ud over sundhedsafdelingens indsatser flere enkeltprojekter, som er igangsat af skoler, arbejdspladser m.fl. med støtte fra kommunens sundhedsfremmepulje. Herudover er en del forebyggelsestiltag i gang i de forskellige forvaltninger. Langested Kommune har en bred vifte af tilbud, både inden for den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse. Tiltagene har primært fokus på rygning, kost og motion, mens den patientrettede forebyggelse ligeledes har været prioriteret.

Alle borgerrettede forebyggelsestiltag i Østerskov Kommune er integreret i de enkelte fag-afdelinger, mens den patientrettede forebyggelse, primært patientuddannelsen, er forankret i en nyetableret rehabiliteringsafdeling. Kommunens fagafdelinger har alle en række tiltag inden for den borgerrettede forebyggelse, og flest tiltag ses i afdelingerne på familie- og børnesundhedsområdet samt pleje- og sundhedsområdet. Nogle tiltag fungerer som projekter, andre som drift.

Vårlund og Æreslund Kommuner har enkelte tiltag inden for flere forskellige områder. Vårlund Kommune har forsøgt at oprette tilbud inden for den patientrettede forebyggelse, men det lykkedes ikke. Æreslund Kommune har benyttet puljemidler til flere projekter i samarbejde med hospitaler, men der findes endnu ikke tilbud som fx patientuddannelse.

De fem kommuner har flere strukturelle tiltag som en del af deres forebyggelsesindsats, hovedsageligt i form af politikker på ryge-, kost- og alkoholområdet. Desuden er der et eksempel, hvor der på alle skoler er et sundhedsråd, som skal sikre, at skolerne arbejder systematisk med sundhedstemaer, samt fokus på sundhed i forbindelse med trafikikkerhed, blandt andet gennem bedre cykelstier (fx Langested og Vårlund).

4.4 Fordele og ulemper ved organisationen

I alle fem kommuner nævnes flere fordele ved, at sundhed er organiseret i en selvstændig sundhedsafdeling som en del af en større forvaltning. Kommunerne har dog også oplevet forskellige ulemper og udfordringer.

Fordelene beskrives som muligheden for at opbygge et sundhedsfagligt miljø, samt at være placeret sammen med driftsopgaverne på sundhedsområdet. For eksempel bidrager organiseringen sammen med sundhedsplejen til, at initiativer hurtigt kan sættes i gang på børne- og ungeområdet. Det har dog været en udfordring at opbygge et samarbejde med de områder, som sundhed ikke er organiseret sammen med.

Ulemperne drejer sig om fokus på sundhed, forvaltningernes driftsopgaver samt begrænsede midler. I Vårlund Kommune ses det for eksempel som en ulempe, at sundhed er organiseret i en social- og sundhedsforvaltning, da der er meget fokus på socialområdet og mindre fokus på sundhed i forvaltningen. I Vårlund og Æreslund kommuner opleves det, at forebyggelse og sundhedsfremme skal konkurrere med forvaltningernes driftsopgaver. I Vårlund Kommune er det fx en ulempe, at ingen af de to ledere, som er tilknyttet sundhed, kan koncentrere sig helt om sundhed, da de har flere driftsområder. Begge kommuner ser det i denne forbindelse som en fordel, at forvaltningerne selv er med til at træffe beslutninger vedrørende forebyggelsestiltag inden for de enkelte områder. Desuden nævner to kommuner begrænsede midler til implementering af forebyggelse som en udfordring for forvaltningernes arbejde med området. Medarbejderne skal hjælpes til at arbejde med sundhed som et nyt element i de allerede eksisterende arbejdsopgaver, frem for at opfatte sundhed som en opgave, der konkurrerer med andre opgaver.

I Østerskov Kommune nævnes det, at det ville være hensigtsmæssigt med sundhed placeret som en af de centrale tværgående enheder i kommunens matrix-organisation frem for som en del af et fagområde. Placeringen har dog ingen praktisk betydning.

I Langested, Himmelsø og Æreslund Kommuner har sammenlægningen af kommuner i 2007 været en barriere for at få organiseringen til at fungere effektivt. Sammenlægningen har taget meget tid og fokus i kommunen i 2007, og kapaciteten til at koncentrere sig om nye ting, fx sundhed, har været begrænset. Blandt andet derfor har det, som nævnt, været svært for sundhedsafdelingen i Himmelsø Kommune at etablere et samarbejde med kommunens andre områder. Som en følge af sammenlægningen nævnes det i Langested Kommune, at den

spredte geografiske placering af kommunens forvaltninger giver praktiske problemer i det daglige arbejde.

4.5 Evaluering og dokumentation af indsatsen

De fem kommuner arbejder med evaluering og dokumentation i et meget forskelligt omfang. I fire af kommunerne er evaluering og/eller dokumentation en integreret del af indsatsen. I Æreslund og Vårlund Kommuner består dette i effektmåling og registrering af tiltag. I Langested og Østerskov Kommuner er der særligt fokus på evaluering og dokumentation, og kommunens sundhedssekretariat kan kobles på evalueringsopgaver for at yde hjælp og vejledning.

I Himmelsø Kommune skal to nyansatte medarbejdere i et videnscenter på sundhedsområdet bidrage med viden om, hvordan tiltag kan evalueres fremover.

4.6 Opsamling

Organisationen i de fem kommuner er kendetegnet ved, at forebyggelse og sundhedsfremme er placeret i en sundhedsstab, som er en del af en større forvaltning. På trods af at kommunerne har en egentlig sundhedsstab med medarbejdere tilknyttet forebyggelse og sundhedsfremme, er kommunernes strategi, at indsatsen på området skal integreres i de enkelte fagområders daglige arbejde.

I flere af kommunerne er sundhedsstaben placeret i en forvaltning, som dækker andre områder ud over sundhed. Der er forskellige begrundelser for, hvilken placering der er valgt i disse kommuner. I Æreslund Kommune er sundhedsstaben placeret sammen med ældreområdet, da kommunen har en stor andel af ældre borgere, og det derfor er disse borgere, som man primært har brug for at målrette en forebyggelsesindsats. I Vårlund Kommune findes sundhedsstaben i en social- og sundhedsforvaltning, da kommunen ønsker at prioritere en forebyggelsesindsats for udsatte grupper. Langested Kommune har placeret forebyggelsesindsatsen tæt på de driftsområder, som er relevante for den enkelte målgruppe.

Det beskrives som en fordel ved at organisere sundhed som en del af en større forvaltning, at området er placeret sammen med driftsopgaverne på sundhedsområdet. Det giver en mulighed for hurtigt at sætte initiativer i værk. Det har dog været en udfordring at opbygge et samarbejde med de områder, som sundhed ikke er organiseret sammen med.

De fem kommuner har udviklet og igangsat forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag i forskelligt omfang. I tre kommuner er der registreret flere tiltag i de forskellige fagområder, og de har endvidere projekter knyttet til sundhedsstaben. I to kommuner er indsatsen endnu kun i begrænset omfang integreret i andre fagområder, mens der er enkelte indsatser knyttet til sundhedsstaben.

En placering af sundhed sammen med andre områder kan eventuelt medføre, at forebyggelsesindsatsen koncentrerer sig om ét område i forvaltningen. Denne tendens ses i nogen grad i Æreslund Kommune, hvor de igangværende forebyggelsestiltag hovedsageligt er målrettet ældre.

Størrelsen på staben, som beskæftiger sig med planlægning og udvikling af forebyggelsesindsatsen, varierer i de fem kommuner fra én til seks medarbejdere. Kommunerne har alle en strategi om, at forebyggelse og sundhedsfremme skal integreres i kommunens forvaltninger/fagområder, og dette finder sted i langt de fleste tilfælde. Der er dog eksempler på, at projektansvaret er placeret i sundhedsstaben. Der er desuden forskel på, hvor langt de fem kommuner er kommet i processen med at igangsætte konkrete forebyggelsestiltag. Et flertal

af kommunerne har en forebyggelsespulje, som forvaltningerne kan søge til at igangsætte nye tiltag.

Kommunernes samarbejde med private foreninger og organisationer i forbindelse med forebyggelsesindsatsen er enten under opbygning eller finder sted i et begrænset omfang.

I fire af kommunerne findes et tværgående organ, som beskæftiger sig med forebyggelse og sundhedsfremme. Disse organer har medlemmer fra flere fagområder, og kan derfor være fremmede for processen med at integrere forebyggelse og sundhedsfremme i de enkelte fagområder. Særligt vil medlemmer på chefniveau med beslutningskompetence kunne bidrage til, at der bliver fulgt op på strategien for indsatsen.

Det kan endvidere være fremmede for indsatsen, at der findes en forebyggelsespulje, som fagområderne kan søge til at igangsætte nye tiltag. Herved skabes et grundlag for, at fagområderne iværksætter konkrete tiltag. Endvidere vil det være fremmede for indsatsen, at der i kommunen findes en stab eller et team med flere medarbejdere, som kan arbejde med planlægning og udvikling af indsatsen. Medarbejdere med forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, som det ses i flere af kommunerne, kan desuden være fremmede. Der er i de fem kommuner eksempler på, at den nærmeste leder for sundhedsstaben ikke har andre opgaver end planlægning og udvikling inden for forebyggelse og sundhedsfremme, og derfor kan koncentrere sig om disse opgaver. Dette kan være fremmede for, at der bliver iværksat tiltag i de forskellige fagområder.

Der er dog også eksempler på, at kun én eller få medarbejdere arbejder med planlægning og udvikling af indsatsen. I sådanne tilfælde kan det være vanskeligt for medarbejderne at overkomme opgaverne alene, særligt hvis den nærmeste leder har ansvar for andre opgaver end sundhed.

Manglende synlighed omkring sundhedsstabens opgaver og funktion kan gøre det svært for sundhedsstaben at skabe dialog og samarbejde med de øvrige fagområder. Herved bliver synligheden en hæmmende faktor for at integrere indsatsen i fagområderne.

5 Sundhedsafdeling i en forvaltning med blandede opgaver

Enkelte af de kommuner, som indgår, har valgt at organisere sundhed i en forvaltning med blandede opgaver. I dette kapitel beskrives de to kommuner med denne organisering. I kommunerne er forebyggelse og sundhedsfremme organiseret i en afdeling med dels udviklings- og planlægningsfunktioner, dels udførende funktioner som en del af en forvaltning med en bred opgavesammensætning. Denne organisationsform adskiller sig altså primært fra den foregående ved, at der i sundhedsafdelingen er udførende funktioner i større omfang. Chefen for forvaltningen, hvori sundhed indgår, har et bredt ansvarsområde, herunder ansvar for driftsopgaver, som ligger uden for sundhedsområdet.

Begge kommuner er sammenlagte fra 2007, den ene af fem kommuner, den anden af to. Kommunerne har et indbyggertal på hhv. cirka 30.000 og 50.000.

Fællestræk og forskelle mellem de to kommuner med hensyn til organisation, strategi for forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen, selve indsatsen samt samarbejde med private aktører vil blive beskrevet i dette kapitel. Desuden beskrives erfarede fordele og ulemper ved organisationen samt strategi for evaluering og dokumentation.

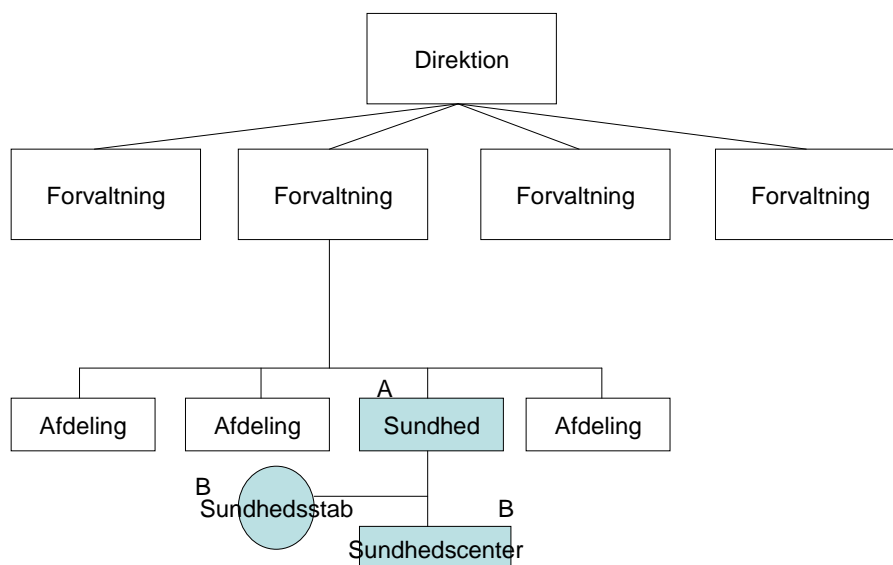
5.1 Den overordnede organisation og indplaceringen af forebyggelse og sundhedsfremme

Den ene kommune er overordnet organiseret i otte stabe, fire faglige og fire interne. I stabene kan funktionerne yderligere være delt i team og virksomheder, som arbejder med særskilte områder. Den anden kommune er organiseret i syv afdelinger og flere stabe.

Fælles for de to kommuner er, at forvaltningen, som omfatter opgaver på sundhedsområdet, desuden dækker den borgerrettede og patientrettede forebyggelse og sundhedsfremme samt ældreområdet. Herudover hører handicap, psykiatri, misbrug, hjemløse, arbejdsmarked og integration under forvaltningen på sundhedsområdet i Stavlund Kommune. I Lillesø Kommune er det derimod rehabilitering, genoptræning, tandplejen, sundhedsplejen, akutpladser samt en myndighedsafdeling, som er placeret i forvaltningen på sundhedsområdet.

Den overordnede organisering er illustreret i figur 5.1.

Figur 5.1 Illustration af organisering af sundhedsafdeling i forvaltning med blandede opgaver



I Stavlund Kommune (B i figuren) er *staben* på sundhedsområdet organiseret i team og et af disse er sundhedsteamet, som arbejder med planlægning, validering, evaluering og strategisk indsats inden for forebyggelse og sundhedsfremme, herunder sundhedspolitik og sundhedsaftaler. Den udførende borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen varetages af et fysisk sundhedscenter (en af kommunens virksomheder), som hører under staben. I Lillesø Kommune (A i figuren) består *sundhedsafdelingen* af fem enheder, hvoraf den ene arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme. I denne enhed ligger både den planlæggende og udførende del af forebyggelses- og sundhedsfremmearbejdet, som varetages af en mindre gruppe forebyggelseskonsulenter i samarbejde med andet personale.

Ledelsesstruktur

Stavlund Kommune har en virksomheds-direktionsmodel med flad struktur, og således refererer kommunens virksomheder (institutioner m.fl.) direkte til direktionen bestående af kommunaldirektøren og to sideordnede direktører. I staben på sundhedsområdet er det dog stabschefen, som har ansvaret for hele området og den direkte ledelse, både over for team og virksomheder (bl.a. kommunens sundhedscenter). I sundhedsteamet fungerer en af teamets fem konsulenter som teamleder.

I Lillesø Kommune har enhederne under sundhedsafdelingen hver sin leder, som refererer til chefen for sundhedsafdelingen. Der er dog ingen leder for forebyggelses- og sundhedsfremmeenheten, og medarbejderne i denne enhed refererer derfor direkte til chefen for sundhedsafdelingen.

Personaleressourcer

I Stavlund Kommune beskæftiger fem medarbejdere i sundhedsteamet sig med forebyggelse og sundhedsfremme på det planlæggende og udviklende niveau, heriblandt lederen af kommunens sundhedscenter. Herudover er en læge tilknyttet teamet i otte timer om ugen, og en

praksiskonsulent er tilknyttet få timer. I sundhedscentret står en tværfaglig gruppe af ni medarbejdere for den udførende del af den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme.

I Lillesø Kommune arbejder tre forebyggelseskonsulenter derimod både med planlægning og udvikling af forebyggelse og sundhedsfremme og den udførende del. Konsulenterne har hver deres fokusområde og er hver især projektledere for forskellige forebyggelsesprojekter. Da det kan opleves, at der ikke er tilstrækkeligt med personale til indsatsen, samarbejdes der meget med personale i andre afdelinger ved blandt andet at købe timer af hinanden. Desuden sparrer forebyggelseskonsulenterne med chefen på sundhedsområdet, hvis de ønsker at søge en pulje og arbejde videre med en indsats.

I begge kommuner er der både medarbejdere med sundhedsfaglig og samfundsvidenskabelig baggrund, som arbejder med planlægning og udvikling af forebyggelsesindsatsen.

Organer og strukturer på tværs af forvaltninger og afdelinger

I både Stavlund og Lillesø Kommuner har man nedsat organer på tværs af organisationen, som skal sikre koordinering og forankring af forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen, blandt andet gennem politisk deltagelse. I Stavlund Kommune består et af disse organer af en styregruppe for sundhedspolitikken med politisk involvering, økonomichef m.fl. Desuden findes der under styregruppen en arbejdsgruppe med repræsentanter fra fagområderne og andre aktører, som skal sikre forankring af sundhedspolitikken i alle udvalgsområder.

I Lillesø Kommune er et tværgående "sundhedsforum" nedsat som et led i at inddrage andre dele af kommunen i forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen. Ud over politisk deltagelse deltager afdelingschefer og forebyggelseskonsulenterne i forummet.

I Stavlund Kommune har man dannet et netværk af fundraisere med repræsentanter fra hvert fagområde, da der i forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen er benyttet mange puljemidler. Dette netværk bruges til sparring i forbindelse med ansøgninger.

Ansvar for at tage initiativ til nye indsatser

Når det gælder initiativet til at planlægge og igangsætte nye indsatser, er det primært de medarbejdere, som arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme, som tager initiativ. I Stavlund Kommune tager medarbejderne i sundhedsteamet initiativ på det overordnede plan, mens det er kommunens sundhedscenter, som tager initiativ til tiltag på det konkrete plan, fx programsammensætning. Ofte er initiativet kommet fra lederen af sundhedscentret i samarbejde med sundhedsteamet samt fra medarbejdere i sundhedscentret. I Lillesø Kommune tages initiativet af forebyggelseskonsulenterne i samarbejde med chefen for sundhedsområdet - særligt har én af konsulenterne ansvar for at komme med idéer og oplæg. Endvidere er sundhedsforummet i Lillesø Kommune tænkt som et sted, hvor idéer kan opstå. Sundhedsforummet er dog ikke et beslutningsforum, da beslutningerne tages i det tilhørende udvalg. Initiativ til nye indsatser i kommunen har hidtil i høj grad været bestemt af, hvilke puljemidler der kunne søges.

Ansvar for implementering, koordinering og opfølgning

I Stavlund Kommune ligger ansvaret for implementering af tiltag i de enkelte fagområder og institutioner, og i den forbindelse findes forskellige arbejds- og projektgrupper. Sundhedsteamet er tovholder og ansvarlig for, at processen fungerer samt opfølgning. Da sundhedsteamet har ansvaret for evaluering af kommunens sundhedspolitik, vil teamet dog have ansvaret for implementeringen af indsatsen på det overordnede plan. I Lillesø Kommune forholder det sig anderledes i og med, at det er sundhedsafdelingen, primært forebyggelseskonsulenterne, som har ansvaret for både at igangsætte og udføre indsatsen.

Staben på sundhedsområdet i Stavlund Kommune har en koordinerende rolle ift. forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen. I Lillesø Kommune er ansvaret for koordinering placeret flere steder, primært via sundhedsforummet, som kan få idéer og sætte ting i gang i de enkelte afdelinger, da afdelingslederne deltager i sundhedsforummet. Forebyggelseskonsulenterne har ansvaret for koordinering i mange af de enkelte indsatser, og desuden har chefen for sundhedsområdet en koordinerende rolle.

5.2 Integration af forebyggelse i de forskellige forvaltninger

Strategi for at integrere forebyggelse

Den overordnede strategi for borgerrettet og patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme er i begge kommuner, at indsatsen skal være en integreret del af de forskellige fagområder i kommunen. Forebyggelsestiltag skal således ikke kun være forankret og foregå i de respektive sundhedsafdelinger, men være en naturlig del af arbejdet i hele kommunen. Det ønskes desuden, at tiltagene skal være tværgående i forhold til kommunens forvaltninger, selv om flere tiltag vil være forankret i sundhedsafdelingen.

Sundhedspolitikken med visioner, målsætninger, indsatsområder og prioriterede målgrupper i forhold til sundhed er i begge kommuner en del af strategien for at få integreret forebyggelse og sundhedsfremme i kommunens andre områder. Sundhedspolitikken skal medvirke til at medarbejderne i hele kommunen føler ejerskab for en forebyggelsesindsats, og ligeledes at medarbejderne forpligtes til at prioritere sundhed i deres arbejde. Til dette formål benytter de to kommuner deres tværgående organer, hhv. arbejdsgruppen i forbindelse med sundhedspolitikken og sundhedsforummet, begge med repræsentanter fra alle kommunens områder. Gennem medlemmerne i disse organer skal forebyggelse og sundhedsfremme forankres i de enkelte afdelinger og forvaltninger.

I begge kommuner giver forebyggelsesmedarbejderne konkrete eksempler på, hvordan forebyggelse og sundhedsfremme søges integreret i andre fagområders arbejdsopgaver. I Stavlund Kommune sker dette via tilbud om besøg hos kommunens afdelinger, hvor de ting, der sker internt i kommunen, bindes op på sundhedspolitikken. I Lillesø Kommune holdes oplæg i sundhedsforummet om relevante sundhedsemner, eventuelt med oplægsholdere udefra. Herigennem skal det sikres, at visionerne bliver til handling.

De to kommuner har oplevet forskellige barrierer i arbejdet med at integrere forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen. Blandt andet er det i Stavlund Kommune en udfordring at få viden om forebyggelse og sundhedsfremme udbredt til medarbejdere, som møder borgerne i hverdagen, således at de bruger denne viden i deres daglige arbejde. Der er derfor brug for kompetenceudvikling på det udførende niveau, og en dialog med HR skal i gang omkring uddannelse af personale. Kommunen har rent praktisk oplevet vanskeligheder i forhold til møder og dialog på tværs af afdelinger, da afdelingerne er spredt geografisk i kommunen. Dette er ikke fremmede for processen, men det opleves dog, at alle er bevidste om problemet.

En barriere i forebyggelses- og sundhedsfremme arbejdet har endvidere været, at kommunesammenlægningen forsinkede processen med at godkende sundhedspolitikken, samt at en stabschef og direktør for sundhedsområdet rejste undervejs.

I Lillesø Kommune har forebyggelsesmedarbejderne haft ansvaret for koordineringen af de enkelte indsatser. Denne koordinering har været vanskelig uden en direkte leder for forebyggelsesområdet, der er på samme niveau som de andre ledere på sundhedsområdet. Desuden har en strategi for forebyggelsesindsatsen i form af prioriteringsområder været savnet, da kommunen ikke har kapacitet til at sætte på alle områder.

Tiltag for at udbrede visioner samt succes med det

Begge kommuner har benyttet deres tværgående organer, hhv. arbejdsgruppen tilknyttet sundhedspolitikken og sundhedsforummet, til at udbrede visioner omkring forebyggelse og sundhedsfremme til resten af kommunens områder. Medlemmerne i de to organer er blevet opfordret til at tage budskaber og visioner med sig tilbage til deres områder. Desuden har forebyggelsesmedarbejderne i Stavlund Kommune tilbudt at besøge de enkelte afdelinger og fortælle om sundhedspolitikken m.m., mens forebyggelseskonsulenterne i Lillesø Kommune har besøgt de gamle råduse i kommunen som et led i at udbrede visionerne.

Ressourcer (penge) til at indføre forebyggelse i forskellige forvaltninger

Der er i de to kommuner ikke afsat "frie" midler til forebyggelse og sundhedsfremme. I Stavlund Kommune er der afsat ressourcer til kommunens sundhedscenter, og i Lillesø Kommune findes midler til forebyggelsesarbejdet og enkelte driftsopgaver. Begge kommuner må finde pengene andre steder eller søge puljemidler, hvis et nyt tiltag skal i gang. Puljemidler er derfor i høj grad blevet benyttet i indsatsen. Stavlund Kommune har dog afsat et beløb i 2009 til at iværksætte nye tiltag.

I Lillesø Kommune har der været afsat en del midler til arbejdsmiljøindsatser blandt personalet på sundhedsområdet.

Status for integration af forebyggelse, herunder samarbejde internt i kommunen

De to kommuner skal i gang med at formulere hhv. handleplaner og et casekatalog ud fra sundhedspolitikken med beskrivelser af konkrete tiltag, tidsplaner m.m. I Stavlund Kommune skal arbejdsgrupper for de enkelte tiltag nedsættes.

Det opleves i begge kommuner i større eller mindre grad, at kommunens medarbejdere opfatter forebyggelse og sundhedsfremme som et fælles projekt. Teknik- og miljøafdelingen i begge kommuner har for eksempel enten foreslået sundhedsfremmende tiltag eller er blevet bevidste om sundhedsfremmende elementer i deres arbejde.

I Lillesø Kommune ligger sundhedspolitikken stadig mest i sundhedsafdelingen, men det er håbet, at den bliver hele kommunens politik. Mange medarbejdere i kommunen har dog haft lyst til at deltage i forebyggelsesarbejdet, fx har sundhedsplejen deltaget i en indsats for overvægtige børn. Dette medvirker til at forebyggelse forankres flere steder i kommunen samt at medarbejderne får idéer til, hvordan forebyggelse kan integreres i mødet med borgerne.

I Stavlund Kommune har fagområderne involveret sig i arbejdet med sundhedspolitikken og været positive. Processen med at integrere forebyggelse og sundhedsfremme i de forskellige fagområder skal i gang nu, men da sundhedspolitikken afspejler den situation, de enkelte fagområder befinder sig i, er det dog forskelligt, hvor konkret sundhedspolitikken er for det enkelte område.

Samarbejde med private foreninger og organisationer

I Stavlund Kommune har man særlig tradition for et tæt samarbejde og lokalt engagement, og samarbejdet er derfor prioriteret i kommunens sundhedspolitik, både på strategisk og konkret plan. Samarbejdet i de to kommuner foregår i forskellige sammenhænge, fx i forbindelse med input til sundhedspolitik, KRAM-indsatser, patientskoler, sundhedsmesse og genoptræningstilbud. Det er samarbejdet med idrætsforeninger, som vejer tungest i Lillesø Kommune, mens både idrætsforeninger, patientforeninger og andre private aktører er repræsenteret bredt i Stavlund Kommune. Samme kommune ønsker et samarbejde med frivillige grupper og har i den forbindelse en pulje, som grupperne kan søge til aktiviteter.

Lillesø Kommune har forsøgt at etablere et samarbejde med enkelte patient- og idrætsforeninger, hvor det ikke lykkedes.

5.3 Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats

I dette afsnit beskrives forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen i de to kommuner. Herunder hvilke indsatsområder og målgrupper kommunerne har prioriteret, hvilke områder kommunerne i den konkrete indsats har koncentreret sig om, samt hvor indsatsen primært er placeret.

Prioriterede indsatsområder og målgrupper

Begge kommuner har i sundhedspolitikken udpeget flere indsatsområder, som skal prioriteres i forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen. Indsatsområderne dækker et bredt område og fælles for de to kommuner er: KRAM (kost, rygning, alkohol og motion), sundhed for børn og unge, arbejdsmiljø, sundhed for ældre og sundhed for særlige målgrupper, fx kronikere. I begge kommuner skal der desuden fokuseres på rammer på forskellig vis, blandt andet gode rammer for fysisk aktivitet, et sundt miljø og mindselse af ulykker i hjemmet, fritiden og trafikken. En tidlig indsats, det vil sige fokus på børn, er en prioritet i begge kommuner, ligesom ulighed i sundhed er et fokusområde. Målgrupperne for de forskellige indsatser spænder lige fra børn til ældre og særlige målgrupper, men er ikke specifikt prioriteret. En prioritering skal dog ske i Lillesø Kommune, efter at en sundhedsprofil er gennemført i kommunen.

Indsats og målgrupper, herunder rammer og strukturer

I Stavlund Kommune er ansvaret for tiltagene primært placeret i kommunens sundhedscenter, mens ansvaret i Lillesø Kommune er placeret i forebyggelses- og sundhedsfremmeenheden i sundhedsafdelingen. Det er imidlertid en del af handleplanerne for sundhedspolitikken i begge kommuner, at flere tiltag skal supplere sundhedscentrets tilbud og i højere grad involvere andre fagområder.

Generelt ønsker kommunerne at udføre en sammenhængende indsats, således at en tidlig indsats hos børn kan styrke grundlaget for hele familien, eller at der er sammenhæng mellem motionstilbud og muligheden for fysisk aktivitet i infrastrukturen, som kommunerne hver især beskriver det.

Der er stor forskel på omfanget af forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag i de to kommuner. I Stavlund Kommune findes et større antal projekter og tilbud i kommunens sundhedscenter, mens indsatsen i Lillesø Kommune er koncentreret omkring cirka fire større forebyggelsesprojekter, blandt andet et mobilt sundhedscenter, som tilbyder sundhedstjek, sundhedssamtale, fysisk aktivitet m.m. Begge kommuner har både borgerrettede og patientrettede tilbud, ligesom mulighed for fysisk aktivitet og viden om kost er centrale elementer i flere af kommunernes tiltag. Fysisk aktivitet og viden om kost er blandt andet i fokus i kommunernes særlige indsatser for overvægtige børn og unge. Særligt Stavlund Kommune har mange tiltag, hvor træning indgår som en væsentlig del af tilbudet.

Begge kommuner har en individrettet tilgang i de fleste af tiltagene, hvor tilbudet er rettet mod den enkelte borger eller patient, eventuelt i mindre grupper. Dette ses blandt andet i rygestopkurser, mindre motionshold og patientuddannelsen ("Lær at leve med kronisk sygdom"). I disse tiltag er en individuel samtale med vejledning mellem borger eller patient og den sundhedsfaglige medarbejder et centralt element. Stavlund Kommune har dog også tilbud i form af "Sikker Sex-kampagnen", som retter sig mod en større målgruppe på én gang.

Forebyggelses- og sundhedsfremmetiltagene i begge kommuner er projektbaserede og fungerer dermed ikke som driftsopgaver. Den eventuelle videre implementering af et tiltag skal derfor vurderes efter projektperiodens ophør. Dog er rygestopkurser i Lillesø Kommune et permanent tilbud.

Strukturelle tiltag

I begge kommuner indgår sundhed i form af strukturelle tiltag som en del af kommunens strategiske planlægning. Således er sundhedspolitikken, hvori strukturelle tiltag indgår, tilknyttet kommunens planstrategi i Stavlund Kommune, mens sundhed i Lillesø Kommune er et element i kommuneplanen. Begge kommuner vil arbejde for bedre muligheder for at være fysisk aktiv, blandt andet i naturen, i skolegården samt tid i skoleskemaet til fysisk aktivitet. Desuden er sikker skolevej via stisystemer et ønske. Kosten er ligeledes i fokus i begge kommuner, og indsatser på området kan være indførelse af kostpolitikker på skoler og i børnehaver, undervisning af lærere og pædagoger om sund kost, restriktioner på skoleelevernes mulighed for at købe mad i kiosker samt madgrupper for børn og forældre. Også på voksenområdet arbejdes der med sund kost i Lillesø Kommune.

I hvilken udstrækning nås målgrupperne?

Kommunerne har intet samlet overblik over, hvor stor en del af målgrupperne de når ud til i indsatsen, men det opleves, at tiltag som det mobile sundhedscenter og tilbud til overvægtige børn og unge er velbesøgte. Synligheden af tiltagene opfattes i Lillesø Kommune som en medvirkende faktor til, at kommunen får fat i målgrupperne.

5.4 Fordele og ulemper ved organisationen

Generelt opfattes placeringen af forebyggelse og sundhedsfremme i en afdeling som en del af en større forvaltning, som god i de to kommuner. Argumenterne herfor er i begge kommuner, at forebyggelse og sundhedsfremme er tæt knyttet til det udførende niveau. I Lillesø Kommune opfattes endvidere det brede borgerfelt i afdelingen som en fordel. Alternative organiseringer kunne dog også have visse fordele. Således kunne forebyggelse og sundhedsfremme som et selvstændigt fagområde bidrage til en større synlighed i resten af kommunen, mens en mere central placering i fx en plan- og udviklingsafdeling kunne skabe flere naturlige berøringsflader med kommunens afdelinger. Ulemper ved en central placering beskrives dog også og kan vise sig ved, at forebyggelse og sundhedsfremme vil være placeret for langt fra driften, og indsatsen kunne risikere at blive splittet op i for høj grad, hvis indsatsen kun skulle foregå i de enkelte forvaltninger.

De to kommuner ser også ulemper ved den nuværende organisering, blandt andet i forhold til ledelsesstrukturen. I Stavlund Kommune har der været utydelige arbejdsgange samt ansvars- og kompetenceforhold på sundhedsområdet. Pr. 1. august 2008 får social- og sundhedsområdet derfor en selvstændig direktør, og denne vil have ansvaret for den direkte ledelse samt driften af social- og sundhedsområdet. Således skal den nuværende stabschef og direktøren dele opgaverne på området mellem sig.

I Lillesø Kommune savnes en leder på forebyggelsesområdet under chefen for sundhedsområdet til at koordinere indsatser og til at kæmpe for forebyggelse og sundhedsfremme i de andre forvaltninger. Det er planen at ansætte en sådan leder for området fremover, da forebyggelse og sundhedsfremme desuden er et område, som udvikler sig og har behov for strategi og ledelse.

En yderligere ulempe i Lillesø Kommune er, at sundhedsafdelingen ikke har naturlige berøringsflader med andre forvaltninger, og der skal derfor arbejdes hårdt, hvis forebyggel-

sestiltag skal igangsættes i forvaltningerne. Sundhedsafdelingen kan kun invitere til, men ikke stille krav om, at indføre tiltag i andre forvaltninger. Desuden savnes der en formuleret strategi for indsatsen i kommunen.

I begge kommuner opfattes den geografiske placering af kommunens afdelinger og fagområder som en ulempe, da den spredte placering i kommunen vanskeliggør en daglig dialog og et naturligt samarbejde.

Begge kommuner benytter projektarbejdsformen i forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen, og de har søgt puljemidler til nye tiltag i en afgrænset projektperiode, da der ikke er afsat frie midler til nye forebyggelsestiltag. Denne fremgangsmåde i indsatsen opfattes som en ulempe i kommunerne, da puljerne bliver drivkraften for nye tiltag, ligesom indsatsen vil styres mere af puljerne end af den ønskede strategi. Derfor kan det overvejes, om puljemidler er hensigtsmæssige til forebyggelses- og sundhedsfremmearbejdet. Det kan desuden være u hensigtsmæssigt, hvis indsatsen kun består af kortvarige projekter betalt af puljemidler, som ikke kan fortsætte pga. manglende midler til at forankre dem som drift i organisationen. Desuden nævnes det i Lillesø Kommune, at kommunens fagområder måske ikke er motiverede til at integrere forebyggelse og sundhedsfremme i egne budgetter, hvis der er puljemidler, som kan søges. Generelt har begge kommuner oplevet det som en udfordring, at kun begrænsede midler er afsat til indsatsen.

I sundhedscentret i Stavlund Kommune opleves det, at projektarbejdsformen er en fordel. Praktikerne i centret er med til at udvikle tilbuddene og føler herigennem ejerskab.

Generelt er arbejdet i Stavlund Kommunes virksomheder organiseret ud fra en BUM-model (en model, hvor bestilling af en ydelse er adskilt fra udførelsen), men arbejdet i kommunens sundhedscenter følger ikke denne model i praksis, da centret selv er med til at udvikle tilbudene. I forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen er denne organisering en fordel, da centret således får et større råderum, og medarbejderne føler medansvar.

En tæt tilknytning med politikerne i forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen findes i begge kommuner og ses som en fordel. Lillesø Kommune nævner en politisk deltagelse i forskellige styregrupper som hensigtsmæssig, da der er begrænsede midler til rådighed, og det derfor er vigtigt, at politikerne føler ejerskab til projekterne. I begge kommuner har man gjort meget for netop politikernes ejerskab, og det opleves at politikerne ønsker at prioritere sundhed.

5.5 Evaluering og dokumentation af indsatsen

I begge kommuner indgår en plan for evaluering af de forskellige tiltag i projektbeskrivelserne. I Stavlund Kommune har sundhedsteamet ansvaret for at evaluere kommunens sundhedspolitik, og en ph.d. skal bidrage til at belyse, hvordan de forskellige mål kan bruges. I Lillesø Kommune skal det tværgående sundhedsforum sikre evaluering af indsatsen, især med henblik på at skabe et grundlag for de politiske beslutninger på sundhedsområdet. Desuden er eksterne evaluatoreer tilknyttet de forebyggelsesprojekter, som i Lillesø Kommune finansieres af eksterne midler.

5.6 Opsamling

Organiseringen i de to kommuner er karakteriseret af, at forebyggelse og sundhedsfremme er placeret i en afdeling med både stabsfunktioner og udførende funktioner. Fælles for kommunerne er desuden, at den nærmeste leder for forebyggelse og sundhedsfremme har et bredt ansvarsområde, herunder ansvar for driftsopgaver.

Strategien for forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen er i begge kommuner, at indsatsen skal integreres i alle dele af kommunen. Begge kommuner har et tværgående organ med repræsentanter fra blandt andet alle fagområder, som skal sikre, at forebyggelse og sundhedsfremme bringes ud i kommunens forvaltninger, afdelinger og institutioner.

Begge kommuner har etableret flere forebyggende og sundhedsfremmende tiltag, og de er kendetegnet ved, at hovedparten er etableret i selve sundhedsafdelingen. I den ene kommune primært i kommunens sundhedscenter. Begge kommuner samarbejder med private foreninger og organisationer i forskellige sammenhænge, fx i forbindelse med sundhedspolitikken og konkrete indsatser. I nogle tilfælde er forsøg på at etablere et samarbejde ikke lykkedes.

Der har været forskellige fremmende og hæmmende faktorer for arbejdet med forebyggelsesindsatsen. De to kommuner nævner blandt andet, at en politisk involvering i form af politisk ejerskab og en bevidst prioritering af forebyggelse og sundhedsfremme, som er til stede i begge kommuner, har været fremmende for forebyggelsesindsatsen.

I de to kommuner er hovedparten af tiltagene tilknyttet forebyggelsesmedarbejdere med en direkte relation til sundhedsafdelingen. Det er kun en begrænset del af indsatsen, som foregår i andre forvaltninger og afdelinger i kommunen. De udførende funktioner, som forebyggelsesmedarbejderne har ansvaret for, og den tid, de bruger på disse, kan være en hæmmende faktor for at integrere forebyggelse i resten af kommunen. Dette er mest udtalt i Lillesø Kommune, da der her kun er tre medarbejdere til rådighed til både de udførende funktioner og planlægning og udvikling af indsatsen, dog i samarbejde med andre. I Stavlund Kommune findes derimod en større gruppe af medarbejdere i kommunens sundhedscenter til de udførende funktioner, mens en mindre stab har ansvaret for planlægnings- og udviklingsopgaverne.

At den nærmeste leder for forebyggelse og sundhedsfremme har et bredt ansvarsområde, kan endvidere være hæmmende for at integrere forebyggelse i hele kommunen, da blandt andet ansvaret for store driftsområder kan tage tid og fokus fra den planlæggende og udviklende del af forebyggelsesindsatsen.

6 Sundhedsstab i den centrale forvaltning

Tre kommuner har valgt at organisere sundhed som en stab i kommunens centrale forvaltning. Sundhedsstaben har typisk udviklings- og planlægningsfunktioner i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme, mens indsatsen på området er placeret ude i de enkelte forvaltninger.

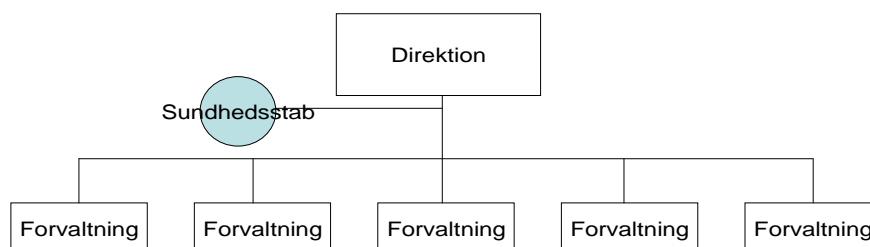
Den ene kommune er fra 2007 sammenlagt af tre kommuner, mens de to andre kommuner ikke er blevet sammenlagt med andre. To af kommunerne har et indbyggertal på cirka 25.000, mens den tredje kommune har mere end 100.000 indbyggere.

6.1 Den overordnede organisation og indplaceringen af forebyggelse og sundhedsfremme

Bondestrup og Nørrelund Kommuner har en traditionel forvaltningsstruktur, mens Storeskov Kommune er organiseret efter en virksomhedsmodel. Denne kommune har en flad struktur med centralt placerede enheder med stabs-, myndigheds- og planlægningsfunktioner, mens de udførende opgaver er placeret i kommunens institutioner. I Bondestrup og Storeskov Kommuner er sundhed organiseret i en mindre sundhedsstab (sundhedsteam og sundhedssekretariat) som en del af den centrale forvaltning i kommunen, mens sundhed i Nørrelund Kommune er en del af kommunens centrale plan- og udviklingsafdeling. Disse centrale forvaltninger og udviklingsafdelingen arbejder alle på tværs af kommunens forvaltninger, og sundhed kan derfor betragtes som en tværgående stabsfunktion.

Den overordnede organisation er illustreret i figur 6.1.

Figur 6.1 Illustration af organiseringen af sundhedsstab i den centrale forvaltning



Udvikling og planlægning af den borgerrettede og patientrettede forebyggelse og sundhedsfremme er en del af opgaverne i de tre sundhedsstabe. Hovedvægten af arbejdet med den patientrettede forebyggelse i Bondestrup Kommune er dog placeret i en ældre- og handicapforvaltning. Herudover har alle stabene ansvaret for sundhedsaftaler med regionen. Særligt for Storeskov Kommune er, at visitation på ældre- og hjælpemiddelområdet samt hele demensområdet udgør nogle af stabsens andre opgaver.

I alle kommunerne er driftsopgaverne på sundhedsområdet placeret andre steder i kommunen. I to af kommunerne ligger driftsopgaverne i kommunens forvaltninger, mens de i Storeskov Kommune er decentraliseret til de forskellige institutioner (plejecentre m.fl.).

Bondestrup Kommune har et fysisk sundhedscenter med forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag, som dækker en del af kommunen.

Ledelsesstruktur

I alle tre kommuner findes en leder af sundhedsstaben på afdelingslederniveau, og denne leder refererer direkte til direktørgruppen. I Storeskov Kommune fungerer lederen både som myndighedschef og sundhedschef.

Personaleressourcer

I to af kommunerne findes en mindre gruppe af medarbejdere med udviklings- og planlægningsopgaver i forhold til sundhed, bestående af to konsulenter og en daglig leder. I Nørrelund Kommune arbejder de to konsulenter næsten udelukkende med sundhed, og her har man endvidere mulighed for at flytte ressourcer fra stabens øvrige konsulenter, hvis en opgave kræver det. I Bondestrup Kommune findes, ud over de to konsulenter og lederen, en sundhedskoordinator i hver forvaltning samt lederen af kommunens sundhedscenter, som blandt andet har været med til at udvikle kommunens sundhedspolitik. De to konsulenter i Nørrelund Kommune har en sundhedsvidenskabelig uddannelse, mens de i Bondestrup Kommune har en samfundsvidenskabelig uddannelse.

Storeskov Kommune har en forebyggelseskonsulent ansat for et år, men har herudover ingen personaleressourcer på det planlæggende og udviklende niveau.

I alle tre kommuner har lederen af sundhedsstaben ledelsesansvar for andre opgaver end sundhed.

Organer og strukturer på tværs af forvaltninger og afdelinger

Der er nedsat eller planlagt tværgående organer på sundhedsområdet i alle tre kommuner. I Bondestrup Kommune findes en sundhedsgruppe bag sundhedsstaben bestående af forvaltningernes sundhedskoordinatorer og fagchefer. Fagcheferne har gennem denne sundhedsgruppe ansvar for sundhed i deres egen forvaltning på strategisk niveau. I denne kommune mødes sundhedskoordinatorerne desuden jævnligt til sparring og erfaringsudveksling. I Storeskov Kommune findes et sundhedsforum, som arbejder tværgående mellem virksomheder og forvaltninger. Dette sundhedsforum skal udarbejde en handleplan til sundhedspolitikken og forankre beslutningerne på tværs i kommunen. Hverken sundhedsgruppen eller sundhedsforummet er besluttende organer. I begge organer findes deltagere på leder- og/eller chefniveau. I sundhedsforummet findes både en inderkreds bestående af de nævnte deltagere samt en yderkreds med et bredere defineret deltagerområde, som kun deltager i møderne, når det er relevant.

I Nørrelund Kommune er det vedtaget (april 2008), at et projektsamarbejde i forbindelse med sundhedsaftalerne skal fungere som en permanent sundhedsstyregruppe i kommunen. Sundhedsstyregruppen skal koordinere sundhedsinitiativer i forvaltninger, og medlemmerne er på ledelsesniveau. Styregruppen skal have beslutningskompetence.

Ansvar for at tage initiativ til nye indsatser, implementering og koordinering

I Nørrelund og Bondestrup Kommuner skal initiativ til nye indsatser komme fra de enkelte forvaltninger. Det angives i Nørrelund Kommune, at det ikke sker i den ønskede grad. I Storeskov Kommune er det kommunens tværgående sundhedsforum, som typisk tager initiativ. I denne kommune kan politikerne desuden foreslå nye tiltag.

Når det gælder implementering af nye indsatser, er det i alle tre kommuner de enkelte forvaltninger, som har ansvaret. Der lægges i Nørrelund Kommune stor vægt på, at sundhed er et ansvar for hele organisationen, og at forvaltningerne derfor skal tage del i indsatsen. I Storeskov Kommune har medlemmerne i sundhedsforummet også et ansvar for at implementere de forebyggelsestiltag, som meldes ud, i deres virksomhed.

I alle tre kommuner finder en del af koordineringen af sundhedsindsatsen sted i sundhedsstaben. I Bondestrup Kommune vedrører koordineringen primært implementering af sundhedspolitikken og uddelingen af midler fra en forebyggelsespulje. Herudover finder en koordinering af indsatsen sted i de tværgående organer, hhv. sundhedsforum og sundhedsgruppe, ligesom det er planen, at en koordinering skal foregå i den planlagte sundhedsstyregruppe. I det ene organ foretages mest strategiske valg, fx i forhold til sundhedsaftaler, og om forvaltningerne kan lave fælles projekter, mens koordinering af forvaltningernes enkelte tiltag finder sted i forvaltningerne. Det er sundhedskoordinatoren i kommunens forvaltninger, som blandt andet står for denne koordinering.

6.2 Integration af forebyggelse i de forskellige forvaltninger

Strategi for at integrere forebyggelse

Alle tre kommuner har en overordnet strategi om at integrere forebyggelse og sundhedsfremme i alle fagforvaltningers daglige arbejde. Organisationen med en centralt placeret sundhedsstab er bygget op i forhold til denne strategi, således at staben skal bidrage med planlægning og udvikling af indsatsen, men ikke med selve udførelsen. Ud over den tværgående sundhedsgruppe findes i Bondestrup Kommune en sundhedsgruppe i hver af kommunens forvaltninger. Disse sundhedsgrupper har medlemmer fra forskellige dele af forvaltningen, heriblandt forvaltningens sundhedskoordinator, og beskæftiger sig med forvaltningens muligheder for en forebyggelsesindsats. Desuden søger kommunens sundhedscenter gennem formelle aftaler omkring initiativer med forvaltningerne at få integreret forebyggelse og sundhedsfremme bredt i kommunen. Samme kommune har desuden fokus på at give medarbejderne kompetencer inden for forebyggelse og derved mulighed for at integrere forebyggelse i det daglige arbejde. Endvidere planlægges det i kommunen at lave sundhedskonsekvensvurderinger for alle tiltag.

I Storeskov Kommune skal forebyggelse og sundhedsfremme integreres via medlemmerne i kommunens sundhedsforum, som skal implementere tiltagene i egne virksomheder.

I forhold til den borgerrettede forebyggelse har Nørrelund Kommune udpeget i handleplanerne, hvad der er planer om at gøre inden for de forskellige indsatsområder, ligesom der er sat aktører på hver enkelt indsats. Storeskov Kommune ønsker at formulere handleplaner med prioriterede områder og målgrupper for indsatsen, mens Bondestrup Kommune allerede har handleplaner for sundhedspolitikken.

De tre kommuner har oplevet barrierer af forskellig karakter i arbejdet med at integrere forebyggelse og sundhedsfremme i kommunens arbejde. I Storeskov og Bondestrup Kommuner opleves det som et problem, at der ikke har været afsat midler til forebyggelse. I Storeskov Kommune angives det desuden, at kommunen skal igennem en motivationsproces for at kunne integrere forebyggelse, for forebyggelsesopgaverne konkurrerer med områdernes driftsopgaver. Kommunen ønsker derfor at integrere forebyggelse som drift og give medarbejderne et indtryk af, at opgaverne ikke bliver flere, men blot anderledes med et nyt element. I samme kommune er det svært at få tiltag i gang i afdelingerne, da sundhedsstaben ikke har nogen ledelsesmæssige beføjelser til at forpligte medarbejderne til at arbejde med forebyggelse.

I Bondestrup og Nørrelund Kommuner har det været hæmmende for udviklingen af den patientrettede forebyggelse, at de reviderede sundhedsaftaler, med en afgrænsning af kommunens og regionens opgaver, endnu ikke er klar.

Tiltag for at udbrede visioner samt succes med det

I de tre kommuner er der lidt forskellige tilgangsvinkler til at udbrede visioner omkring forebyggelse og sundhedsfremme, men fælles for dem alle er, at repræsentanter i kommunens tværgående sundhedsorgan skal udbrede visionerne til kommunens forvaltninger og afdelinger. Herudover er sundhedspolitikken i Bondestrup Kommune blevet brugt som ”markedsføring” blandt andet gennem en sundhedsdag for ansatte og borgere efter vedtagelsen af politikken. I Nørrelund Kommune vil sundhedsstaben gerne kende til nuværende indsats med sundhedsfremmende elementer i afdelinger og institutioner, og udbrede idéerne til resten af kommunen. Det angives dog, at staben endnu ikke er opsøgende og synlig nok.

Ressourcer (penge) til at indføre forebyggelse i forskellige forvaltninger

I Storeskov og Bondestrup kommuner var der i 2007 afsat et beløb til forebyggelsesprojekter. I Storeskov Kommune blev midlerne implementeret i de afdelinger, som i forvejen havde drifts- og udviklingsopgaver, og som varetog forebyggelsesprojekterne. I den anden kommune er beløbet placeret i en forebyggelsespulje, som kommunens forvaltninger kan søge til nye tiltag. Herudover kan forvaltningerne igangsætte tiltag med egne midler eller puljemidler. Kommunens sundhedscenter har sit eget budget.

I Nørrelund Kommune findes et årligt beløb til forebyggelsestiltag, som finansierer forskellige forebyggelsesprojekter. Forvaltningerne kan i samarbejde med sundhedsstaben anmode udvalget for sundhedsområdet om at anvende nogle af disse midler.

Status for integration af forebyggelse, herunder samarbejde internt i kommunen

Alle tre kommuner befinder sig i en opstartsfasen, når det handler om at integrere forebyggelse i de forskellige forvaltninger og institutioners arbejde. Generelt opleves det i Bondestrup og Storeskov Kommuner, at sundhed må konkurrere med driftsopgaverne i forhold til opmærksomhed og ressourcer. I Nørrelund Kommune er implementeringen ikke overvejet nærmere, da staben har koncentreret sig om at udbrede visionerne om sundhedsfremme. Der er dog konkrete indsats fx rettet mod børn og unge. I Storeskov Kommune har der ikke fundet en systematisk implementering, sted og man har derfor svært at sige, hvor langt man er nået med at integrere forebyggelse. I Bondestrup Kommune opleves det, at sundhed er kommet på dagsordenen rundt omkring i forvaltningerne, og at mange initiativer er sat i gang.

Samarbejde med private foreninger og organisationer

Der findes et samarbejde med private foreninger i alle tre kommuner i forbindelse med konkrete tiltag, men i forskelligt omfang. Nørrelund Kommune samarbejder primært med private aktører, som medvirker i forskellige indsats, og ønsker et tættere samarbejde med kommunens idrætsforeninger og patientforeninger. Bondestrup og Storeskov Kommuner har et tæt samarbejde med hhv. fritidsområdet og frivillige foreninger.

I Bondestrup Kommune lægges der i sundhedspolitikken op til, at forvaltningerne samarbejder med blandt andet foreningslivet. I denne kommune har sundhedssekretariatet endvidere forsøgt at lave en strategi for samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere, men det har været vanskeligt.

6.3 Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats

I dette afsnit beskrives forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen i de tre kommuner, blandt andet hvilke indsatsområder der er prioriteret, hvad indsatsen består af, samt hvor indsatsen foregår.

Prioriterede indsatsområder og målgrupper

Nørrelund og Bondestrup Kommuner har prioriteret flere indsatsområder i deres sundhedspolitik, og disse indsatsområder omfatter i begge kommuner de fire KRAM-faktorer og misbrug. Herudover har Bondestrup Kommune seksuel sundhed, ansvar for egen sundhed, psykisk sundhed, socialt netværk, miljø, ulykker og arbejdsmiljø som prioriterede indsatsområder. Storeskov Kommune har ingen prioriterede indsatsområder, men arbejder med generel sundhed. Dog er kommunen nu nået til et sted i processen med forebyggelsesindsatsen, at de har brug for en handleplan med prioriterede indsatsområder og målgrupper.

I Nørrelund Kommune har tiltagene primært været målrettet børn og unge.

Bondestrup Kommune har fem gennemgående prioriterede målgrupper beskrevet i sundhedspolitikken, som der skal tages særligt hensyn til i indsatsen. Dette gælder kronisk syge, sindslidende, handicappede, socialt udsatte og etniske minoriteter.

Indsats og målgrupper, herunder rammer og strukturer

I alle tre kommuner er forebyggelsestiltagene placeret ude i kommunens forvaltninger og afdelinger, mens de centralt placerede forebyggelsesmedarbejdere i Nørrelund Kommune desuden står for nogle indsatser. I samme kommune benyttes private aktører i flere tiltag, og et projekt med vægttab for udsatte børn er fx således lagt ud til en privat ergoterapeut.

Omfanget af forebyggelsesindsatsen er forskellig i de tre kommuner, men fælles for kommunerne er, at de alle har flere indsatser inden for den borgerrettede forebyggelse. I Bondestrup Kommune er indsatsen omfattende, blandt andet pga. kommunens sundhedscenter, som har forskellige former for individrettede tilbud til indbyggerne i en del af kommunen. Den patientrettede forebyggelse arbejdes der med i Bondestrup Kommune, mens Nørrelund Kommune afventer afklaring med regionerne omkring kommunens rolle i denne forbindelse. Storeskov Kommune arbejder endnu ikke med patientrettet forebyggelse (maj 2008).

I Bondestrup Kommune koncentrerer indsatserne sig i første omgang om KRAM-faktorer og "ansvar for egen sundhed", men der findes også tiltag inden for de resterende indsatsområder. Storeskov Kommune fortsætter primært med de tiltag, som fandtes i kommunen inden 2007, blandt andet på skole- og institutionsområdet samt voksenområdet. Samme kommune har forsøgt at sætte flere forebyggelsestiltag i gang, som ikke lykkedes, primært pga. problemer med at rekruttere deltagere.

Alle tre kommuner har indsatser i forhold til rygning, som primært består af rygestopkurser. I Bondestrup og Nørrelund kommuner findes tiltag for overvægtige børn og unge i sundhedsplejens regi, mens Storeskov Kommune har fokus på skolebørnenes BMI, således at en tidlig opsporing af overvægt er mulig. Herudover har de tre kommuner en indsats på forskellige andre områder.

De tre kommuner benytter sig primært af en individrettet tilgang i tiltagene, oftest gennem individuel vejledning eller vejledning til borgere i mindre grupper. Der er dog eksempler på tiltag, som målrettes en større gruppe, fx forskellige politikker, som vil blive beskrevet nedenfor.

Tiltagene i de tre kommuner er hovedsageligt projektbaserede. Det er dog hensigten i Storeskov Kommune, at borgerrettet og patientrettet forebyggelse skal fungere som drift fremover.

Strukturelle tiltag

Alle tre kommuner har etableret et eller flere strukturelle tiltag. En kostpolitik på børneområdet (skoler og institutioner) findes i Storeskov og Bondestrup Kommuner og planlægges i Nørrelund Kommune. Storeskov Kommune har desuden en kostpolitik på ældreområdet. På kostområdet er der i Nørrelund Kommune afsat midler til at støtte lokale kostpolitikker og

formuleret regler for, hvilken kost skolerne må sælge. Kommunen har desuden en rygepolitik for kommunens arbejdspladser, samt for skoler med retningslinjer for tobaksforebyggelse. Bondestrup Kommune har en arbejdsmiljøpolitik og en miljøpolitik.

I Bondestrup og Nørrelund Kommuner arbejdes der med forskellige stiprojekter, og herudover har Bondestrup Kommune flere sammenhængende indsætter i forhold til trafik, samt tiltag som naturlegepladser og fodboldbaner. Endvidere fokuserer Nørrelund Kommunes strategiplan på det fysiske miljø, fx mulighed for at bruge vandområder.

I hvilken udstrækning nås målgrupperne?

Ingen af de tre kommuner har et samlet overblik over, i hvilken udstrækning de når ud til målgrupperne i de enkelte indsætter.

6.4 Fordele og ulemper ved organisationen

Alle tre kommuner ser fordele ved at have sundhed organiseret centralt i organisationen. I Bondestrup og Nørrelund Kommuner betragtes den tværgående tankegang i organisationen frem for en egentlig sundhedsforvaltning som en fordel. Organiseringen bidrager til, at en sektorisering af sundhedsarbejdet undgås samt at alle dele af kommunen er bevidste om sundhed og ved, at sundhed er et fælles ansvar. Grunden til, at medarbejderne har taget ansvaret til sig, kan blandt andet være, at medarbejderne har været nødsaget til at samarbejde for at kunne løfte opgaven, som det nævnes i Bondestrup Kommune. I Nørrelund Kommune betragtes de naturlige samarbejdsflader, som findes i kraft af organiseringen, som en forudsætning for, at alle tager ansvar for sundhed. For eksempel når sundhedsplejen er placeret sammen med børne- og ungeområdet og sygeplejersker i ældreområdet. Det opleves desuden som positivt i Nørrelund Kommune, at initiativer inden for forebyggelse og sundhedsfremme kommer flere steder fra. Storeskov Kommune nævner den korte kommunikationsvej og det tætte samarbejde mellem alle i kommunen, inklusive politikere, som en fordel.

Ulemper ved organiseringen drejer sig i alle tre kommuner blandt andet om synlighed. Alle tre kommuner oplever, at der mangler klarhed i organisationen, med hensyn til hvor sundhedsopgaven er placeret, og hvem der har ansvaret. I Nørrelund Kommune drejer det sig om, at aktører udefra og internt i organisationen ikke ved, hvem de skal kontakte, når det drejer sig om sundhed. I Bondestrup Kommune savnes en tydelig ledelsesmæssig ansvarsplacering, og der mangler en direktørmæssig forankring af sundhedsopgaverne. For eksempel kunne det i samarbejde med andre kommuner og regionen være en fordel med en person højere i systemet til at forhandle sundhed på kommunens vegne. Det samme gælder i betjeningen af politikere på sundhedsområdet. Det opleves således ikke, at sundhed har fyldt på den politiske dagsorden.

I Storeskov Kommune opleves det, at forebyggelsesarbejdet ikke er konkret, og sundhedschefen mangler klarhed omkring, hvor opfordringer til nye tiltag skal sendes hen, og hvem der kan tage en beslutning i forbindelse med forebyggelsestiltag. Det er uklart, hvem der kan definere, hvad andre skal på sundhedsområdet pga. kommunens flade struktur, hvor alle er ansvarlige for deres egne opgaver. Risikoen er, at ingen tager ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme, hvis alle i princippet har ansvaret. Samme risiko nævnes i Nørrelund Kommune. Det er dog forventningen i Nørrelund Kommune, at kommunes sundhedsstyregruppe, som har et overordnet ansvar, kan afhjælpe dette.

Da kun få medarbejdere arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsstaben, savner de tre kommuner muligheden for faglig sparring. Et sådant fagligt miljø er endvidere svært at skabe, når chefen på sundhedsområdet har mange andre opgaver end sundhed at tænke på.

Organiseringen i Bondestrup og Storeskov Kommuner er midlertidig, og den fremtidige organisering er under udarbejdelse.

6.5 Evaluering og dokumentation af indsatsen

De tre kommuner arbejder med evaluering og dokumentation i et meget forskelligt omfang. Således er der i Storeskov Kommune krav om afrapportering til både sundhedschefen og politikere i form af proces-, effekt- og økonomievaluering, når en afdeling har fået tildelt projektmidler. Det har dog vist sig, at evalueringsbegreberne er nye for mange medarbejdere, og det er derfor svært at gennemføre. Sundhedschefen har som en del af sin opgave at huske folk på evalueringspligten. I Bondestrup Kommune findes ligeledes et krav om evaluering, og dette gælder projekter finansieret af kommunens forebyggelsespulje. Der er dog tale om meget bløde krav. Det er med hensyn til forvaltningernes øvrige indsatser op til forvaltningerne selv, om og hvordan de arbejder med evaluering. I én forvaltning er evaluering blevet prioriteret gennem udvikling af evalueringsredskaber, som skal kunne benyttes af forvaltningens medarbejdere. Generelt arbejder kommunen dog ikke meget med evaluering på sundhedsområdet. Nørrelund Kommune har fokus på evaluering i mindre grad ved at være opmærksom på, at der foretages evalueringer af de indsatser, som er udbudt og varetages af eksterne. Det er dog hensigten, at der skal foretages forskellige mål inden for kommunens planlagte indsatser.

6.6 Opsamling

Organiseringen i de tre kommuner er karakteriseret ved, at forebyggelse og sundhedsfremme er placeret i kommunens centrale forvaltning. Kendetegnende for organiseringen er desuden, at lederen med ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme også har ledelsesfunktion i forhold til flere andre opgaver. I de tre stabe findes 1-2 medarbejdere til planlægnings- og udviklingsopgaverne på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet.

Det er en udpræget strategi i de fem kommuner, at indsatsen skal foregå i de enkelte forvaltninger. Dog er ansvaret for nogle tiltag placeret i sundhedsstaben, mens udførelsen finder sted i forvaltningerne. Der findes et samarbejde med private foreninger og organisationer i alle kommunerne i forbindelse med konkrete tiltag, men i forskelligt omfang. Kommunerne ønsker at etablere et samarbejde med flere andre aktører.

Kommunerne er på et forskelligt niveau, når det drejer sig om at integrere en forebyggende og sundhedsfremmende indsats i de forskellige forvaltninger og institutioner. I en af kommunerne er der tilbud til børn og unge, men er ikke kommet så langt med konkrete indsatser på andre områder. I en anden kommune har man svært ved at gøre status, fordi der ikke har været en systematisk implementering af indsatser, men der peges på eksempler på indsats. I den tredje kommune er der sat mange initiativer i gang. Alle tre kommuner har indsatser i forhold til borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme, men i forskelligt omfang. Der er hovedsageligt tale om individrettede indsatser. I den kommune, hvor der er et sundhedscenter, er der sat et betydeligt antal initiativer i værk. Den patientrettede forebyggelse er i alle tre kommuner endnu på et forberedende stadium.

I to af kommunerne findes tværgående fora med lidt forskellige funktioner og beføjelser, som skal bidrage til at integrere forebyggelse og sundhedsfremme i alle forvaltninger. I den tredje kommune er det netop vedtaget at danne et sådant forum.

Disse organer på tværs af kommunens forvaltninger vurderes at være fremmende for at integrere forebyggelse i kommunens forvaltninger, da medlemmerne af organerne kan bringe initiativer og tiltag ud til deres medarbejdere og herigennem bidrage til, at forebyggelse og sundhedsfremme integreres i det daglige arbejde.

En anden fremmede faktor for at få indsatsen integreret i hele kommunen kan være, at der er udpeget en eller flere sundhedsansvarlige i den enkelte forvaltning, som det ses i én af kommunerne. I denne kommune findes yderligere en sundhedsgruppe i hver forvaltning, heriblandt en sundhedskoordinator. Herved skabes muligheder for, at der sættes ting i gang i forvaltningen, og en koordinering af forvaltningens indsats sikres. Desuden skabes der en tydelig ansvarsplacering i den enkelte forvaltning.

Det kan desuden være fremmede for indsatsen, at kommunerne har en central forebyggelsespulje til rådighed, hvorfra forvaltninger og andre aktører kan søge om midler til nye tiltag. Midler til forvaltningernes egne initiativer og projekter kan gøre det økonomisk muligt at sætte forebyggelsestiltag i gang på mange områder.

Det nævnes, at den centrale placering af en sundhedsstab kan modvirke en sektorisering af ansvaret for sundhed og bidrage til at fastholde, at sundhed er et ansvar for alle forvaltninger.

Det kan være en hæmmende faktor for indsatsen, at lederen for sundhedsstaben har ledelsesansvar for flere andre opgaver end forebyggelse og sundhedsfremme. Herved er der risiko for, at fokus og opmærksomhed fjernes fra området. Desuden kan de beskedne personaleressourcer til planlægning og udvikling af forebyggelsesindsatsen være en hæmmende faktor i forhold til at overkomme at igangsætte tiltag i forvaltningerne.

Manglende synlighed og en diffus ansvarsplacering i forhold til sundhed er faktorer, som opleves i de tre kommuner, og som kan betyde, at ikke alle kommunens forvaltninger kender til kommunens strategi for forebyggelsesindsatsen og tager ansvar for sundhed. Den manglende synlighed kan også betyde, at eksterne og interne aktører ikke ved, hvem i kommunen de skal kontakte i forbindelse med sundhedsopgaver.

7 Diskussion

I dette kapitel diskuteres observerede fordele og ulemper ved forskellige måder at organisere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunerne på. Diskussionen er koncentreret om organiseringen i relation til den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme, og fordele og ulemper diskuteres med udgangspunkt i, i hvilken udstrækning det er lykkedes at integrere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunens forskellige fagområder for bl.a. derved at nå ud til bredere målgrupper med indsatsen. Vi vil forvente, at der ofte er en sammenhæng mellem disse forhold. Det vil sige, at den forebyggende og sundhedsfremmende indsats ofte må indgå som en del af kommunernes generelle tilbud til borgerne for at nå ud til bredere målgrupper. Kommunernes sundhedsafdelinger har i mange tilfælde også ansvaret for bl.a. sundhedsaftaler med regionen og afregning for borgernes indlæggelse på sygehus. Der har imidlertid ikke været fokus på organiseringen i forhold til udførelsen af disse opgaver.

Der er nogle vilkår for indsatsen, som er fælles for mange af kommunerne, og som har betydning for, hvor langt de er kommet med at iværksætte en forebyggende og sundhedsfremmende indsats. De kommuner, som er blevet sammenlagt af flere kommuner, har stået over for nye strukturer, og personalet har fået nye kollegaer, som der har skullet etableres samarbejdsrelationer med. I mange sammenlagte kommuner er administrationen fordelt i de gamle kommuners rådhus. Det betyder en fysisk adskillelse mellem kommunernes forvaltninger og fagområder, hvilket gør det vanskeligere at etablere kontakt og samarbejde mellem en sundhedsafdeling og andre afdelinger.

I mange kommuner opleves det, at det økonomiske råderum er begrænset, og at der derfor er få økonomiske midler i kommunen til at iværksætte nye initiativer.

Den overordnede organisering af sundhed

Vi har i vores undersøgelse identificeret tre overordnede modeller for organisering af sundhed, hvor vi har opdelt den ene i to undermodeller.

I én overordnet model er sundhed etableret som en selvstændig forvaltningsenhed, som typisk omfatter borgerrettet og patientrettet forebyggelse, genoptræning samt eventuelt sundhedspleje og tandpleje. I nogle tilfælde kan dette være suppleret af andre sundhedsrettede opgaver. Blandt disse er der kommuner, som har en traditionel forvaltningsstruktur, og kommuner, som har en såkaldt centerstruktur, hvor kommunen er organiseret i en række ligestillede fagområder. Det typiske er, at der i forvaltningsenheden er en stab, som hovedsagelig arbejder med udvikling og planlægning af forebyggelse og sundhedsfremme.

I en anden overordnet model er et overordnet ansvar for udvikling og planlægning af forebyggelse og sundhedsfremme placeret i en stabsfunktion i kommunens centrale forvaltning. Det vil sige, at den er placeret på linje med fx en økonomiafdeling og en personaleafdeling. Der er også her kommuner med en traditionel forvaltningsstruktur og kommuner med fx en virksomhedsmodel.

I den tredje overordnede model er sundhed i form af forebyggelse og sundhedsfremme placeret i en større forvaltningsenhed, som også omfatter andre store opgaveområder. Disse kan variere, men de ligger typisk inden for det sociale område og beskæftigelsesområdet. Det er udbredt, at forvaltningsenheden har ansvaret for pleje og omsorg. Som ved de andre overordnede modeller er der også her både kommuner med en traditionel forvaltningsstruktur og kommuner med en direktion og en række ligestillede fagområder herunder.

Vi har under denne overordnede model sondret mellem kommuner, hvor der i forvaltningsenheden er en stab, som hovedsagelig har ansvar for udvikling og planlægning af sundhedsfremme og forebyggelse, og kommuner, hvor der i en sundhedsafdeling også er placeret

et ansvar for at varetage udførende opgaver i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme. Det kan fx være i et sundhedscenter.

Forskellen mellem disse tre overordnede organisatoriske modeller er således, hvordan sundhedsfremme og forebyggelse er placeret i forhold til andre forvaltningsområder eller fagområder i en kommune. I den første model er forebyggelse og sundhedsfremme organisatorisk placeret på linje med andre fagområder. I den anden model er sundhed placeret overordnet i forhold til andre fagområder på linje med andre centrale stabsfunktioner. I den tredje model er forebyggelse og sundhedsfremme en enhed i en større forvaltningsenhed, og der er således en tættere relation til denne forvaltningsenhed end til andre forvaltningsenheder.

Man kan forestille sig en model, hvor forebyggelse og sundhedsfremme helt er decentraliseret til en kommunes forskellige forvaltninger og altså uden en central enhed. Vi er ikke stødt på den model i praksis, men én af de deltagende kommuner var ved at ændre deres organisation i den retning.

Status for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats

Et overblik over kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende indsats er søgt indhentet primært gennem interview af ledere og nøglepersoner inden for forebyggelse og sundhedsfremme. Denne fremgangsmåde har dog næppe i alle tilfælde givet et fuldstændigt billede af kommunernes indsats, og særligt ikke i hvilket omfang indsatsen når ud til forskellige målgrupper. Vi har været afhængige af den viden og det overblik, der har været i kommunernes sundhedsenhed, og vores opgørelse omfatter tiltag, som sundhedsenheden er informeret om. Der har her været nogle begrænsninger især i kommuner, hvor en stor del af ansvaret for indsatsen er placeret i de forskellige forvaltninger og fagområder. Denne status er således med et vist forbehold.

Undersøgelsen blev udført 1-1½ år efter, at kommunerne fik ansvaret for den borgerrettede og patientrettede forebyggelse. Området var således stadig i en opbygningsfase, og man kan sige, at der er forskel på, hvor langt kommunerne er i denne opbygningsfase. Det skal dog ikke forstås sådan, at det kan forventes, at kommunernes indsats på længere sigt vil ligne hinanden.

Kommunerne, hvor *sundhed udgør en selvstændig forvaltningsenhed*, er på et meget forskelligt stadium i forhold til at etablere forebyggende og sundhedsfremmende indsatser. Der er to kommuner, som er i en fase, hvor man er i gang med at prioritere og formulere konkrete indsatser, mens en kommune har fået etableret adskillige former for indsats inden for forskellige områder. Den sidste af de fire kommuner har fået ført nogle typer af indsats ud i livet på nogle områder og har planer for indsatser på andre områder. Alle fire kommuner har patientuddannelse.

De fem kommuner, som har en *sundhedsstab i en større forvaltningsenhed med blandede opgaver*, har ligeledes udviklet og igangsat forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag i forskelligt omfang. I tre kommuner er der oplyst flere former for indsats i de forskellige fagområder, og der er endvidere projekter knyttet til sundhedsstaben. I to kommuner er indsatsen endnu kun i begrænset omfang integreret i andre fagområder, mens der er enkelte indsatser knyttet til sundhedsstaben. Der er patientrettet forebyggelse i nogle af kommunerne, men ikke i andre.

Begge kommuner, hvor *sundhed er placeret i en sundhedsafdeling i en forvaltningsenhed med blandede opgaver*, har etableret flere forebyggende og sundhedsfremmende tiltag, og de er kendetegnet ved, at hovedparten er etableret i selve sundhedsafdelingen. I den ene kommune er ansvaret primært placeret i kommunens sundhedscenter, men indsatserne kan involvere andre fagområder. Kommunen står over for at skulle integrere en række indsatser i andre fagområder, og fagområderne har involveret sig og været positive. Sundhedspolitikken

afspejler den situation, det enkelte fagområde befinder sig i, og der er forskel på, hvor konkret politikken er i de forskellige områder. I den anden kommune er integrationen i andre fagområder i en spirende fase. Begge kommuner har etableret patientuddannelse.

Kommunerne med en *sundhedsstab i kommunens centrale forvaltning* er på et forskelligt niveau, når det drejer sig om at integrere en forebyggende og sundhedsfremmende indsats i de forskellige forvaltninger og institutioner. I en af kommunerne er der tilbud til børn og unge, men man er ikke kommet så langt med konkrete indsatser på andre områder. I en anden kommune har man svært ved at gøre status, fordi der ikke har været en systematisk implementering af indsatser, men der peges på eksempler på indsats. I den tredje kommune er der sat mange initiativer i gang. Alle tre kommuner har indsatser i forhold til borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme, men i forskelligt omfang. Der er hovedsageligt tale om inddividerede indsatser. I den kommune, hvor der er et sundhedscenter, er der sat et betydeligt antal initiativer i værk. Den patientrettede forebyggelse er i alle tre kommuner endnu på et forberedende stadium.

Endvidere nævnes i disse kommuner manglende synlighed i forhold til kommunens andre fagområder og en diffus ansvarsplacering som et problem. Dette skal imidlertid næppe forklares med den centrale organisatoriske placering, men med andre forhold, jf. nedenfor.

Kommunerne har altså i varierende omfang etableret en række inddividerede tilbud, hvilket vil sige, at indsatsen hovedsagelig er rettet mod enkeltpersoner eller mindre grupper fx rygestoptilbud, motiverende samtaler og individuelle motionstilbud. Mange kommuner har patientrettede tilbud i form af patientuddannelse, og nogle har særlige rehabiliteringstilbud. Der er imidlertid også eksempler på strukturelle indsatser, hvorved forstås indsatser, der berører en større gruppe borgere, fx kostpolitikker på skoler, motionsstier og trafikikkerhed.

Ud fra de informationer, vi har fået om kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende indsats, kan vi ikke pege på, at kommuner med en bestemt organisationsform er kommet længere end andre, når det handler om at få integreret en indsats i kommunens forskellige fagområder og at nå ud til bredere målgrupper.

Ud af de 14 kommuner er der fire kommuner, som vi med sikkerhed vil sige er nået langt med at etablere en forebyggende og sundhedsfremmende indsats dels i forskellige fagområder, dels med et ansvar placeret i sundhedsområdet. I rapporten benævnes de Østerskov, Stavlund, Mindesø og Himmelsø Kommuner. Deres overordnede organisering er forskellig, men de har alle en sundhedsstab med flere medarbejdere og en leder for staben. De har alle etableret tværgående organer, som involverer repræsentanter fra forskellige fagområder, til udvikling og implementering af forebyggende og sundhedsfremmende initiativer.

Vi har ikke kunnet konstatere, at den organisatoriske placering af en sundhedsstab har haft betydning for, hvilke målgrupper den forebyggende indsats retter sig imod. Alle kommuner har som nævnt som strategi, at indsatsen skal være en del af alle kommunens fagområder, og derfor ser vi også, at kommunernes indsats er rettet mod såvel børn og unge, ældre eller borgerne som helhed. Kun i en enkelt kommune, hvor sundhedsstaben er placeret i ældreområdet, fordi en indsats over for ældre er prioriteret, synes der at være en overvægt af initiativer rettet mod ældre. I en anden kommune retter en stor del af indsatsen sig mod dels børn og unge dels ældre, som ligger inden for samme direktørområde som sundhed. Det kunne tyde på, at der har været nemmere adgang til at etablere en indsats på disse områder. På den anden side har mange kommuner etableret en indsats netop mod disse målgrupper.

Nogle interviewpersoner har nævnt, at en placering af sundhed i en stab i kommunens centrale forvaltning bidrager til at undgå en sektorisering af sundhedsindsatsen og at fastholde, at sundhed er en fælles opgave for alle en kommunes fagområder. Der er kommuner, hvor medarbejderne i sundhedsafdelingen oplever, at andre fagområder overlader ansvaret

for sundhedsopgaverne til sundhedsafdelingen. Det er imidlertid ikke et gennemgående billede. I stort set alle kommuner og altså uanset organisatorisk model nævnes det, at det er en stor udfordring at engagere ledere og medarbejdere i forebyggelse og sundhedsfremme i de forskellige fagområders afdelinger og institutioner. Fagområdernes egne driftsopgaver har første prioritet, og det giver ikke nødvendigvis mere gennemslagskraft at være placeret i en stabsfunktion i kommunens centrale forvaltning frem for at være placeret i en sundhedsforvaltning eller en bredere social- og sundhedsforvaltning. Der er i alle tilfælde brug for initiativer, som kan gøde jorden for indførelse af forebyggende og sundhedsfremmende initiativer.

Samarbejde med private foreninger og organisationer

Et samarbejde med private foreninger og organisationer om en forebyggende og sundhedsfremmende indsats kan være en fremgangsmåde til at nå ud til bredere målgrupper.

Kommuner, som har fået etableret patientuddannelse, har et samarbejde med patientforeninger om dette tilbud. Der er derudover kun få eksempler på samarbejde med private foreninger, virksomheder og praktiserende læger om konkret borgerrettet forebyggelse. De fleste kommuner har som strategi at samarbejde med private foreninger og organisationer om indsatsen, og det er almindeligt, at disse har været inddraget i kommunens proces med at formulere en sundhedspolitik og eventuelt i udformning af strategier. Det konkrete samarbejde er imidlertid som nævnt endnu begrænset, og heller ikke her kan der konstateres en forskel mellem de overordnede organisatoriske modeller.

Fremmende og hæmmende forhold

Frem for den overordnede organisation synes der at være en række strukturer, initiativer og vilkår uanset organisationsmodel, som synes at kunne henholdsvis fremme og hæmme indførelse af en forebyggende og sundhedsfremmende indsats, der når ud til bredere målgrupper. Der er nedenfor givet en oversigt i overskriftsform.

Prioritering og opmærksomhed
Tværgående organer til at udvikle strategier og konkrete indsatser
Decentrale ressourcepersoner
Frie økonomiske midler
Personaleressourcer
Synlighed i organisationen

Det siger næsten sig selv, at et grundlæggende vilkår for succes med at få etableret en indsats, som når ud til målgrupperne, er, at området er *prioriteret og har opmærksomhed* i kommunen. Hvis ikke ledere og medarbejdere oplever, at området er politisk prioriteret, vil der under alle omstændigheder være trange vilkår for at engagere ledere og medarbejdere i at indføre forebyggende og sundhedsfremmende indsatser. Politikere og den overordnede ledelse må altså udvise engagement i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme (jf. fx Angle & Van de Ven, 2000). Selv om lovgivningen pålægger alle kommuner at have en indsats i forhold til borgerrettet og patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse, giver interviewene indtryk af, at der er forskel på det politiske engagement i og prioritering af området.

Flere kommuner har etableret *tværgående organer*, som har et ansvar for at udvikle strategier og konkrete ideer til forebyggelse og sundhedsfremme. I nogle tilfælde er et ansvar for at implementere indsatser endvidere placeret i et sådan organ eller hos dets medlemmer. Beslutningskompetence i forhold til at iværksætte nye og ressourcekrævende initiativer er of-

te placeret i et politisk udvalg. Der er tværgående organer, som består af ledere/chefer for de forskellige fagområder, mens andre er bredere sammensat af medarbejdere, som arbejder med eller interesserer sig for forebyggelse og sundhedsfremme. I tilknytning til disse tværgående organer har flere kommuner arbejdsgrupper eller projektgrupper, som har ansvar for at udforme og gennemføre konkrete indsatser.

Kommuner, som har opbygget en sådan struktur, synes at være kommet relativt længere med at iværksætte en forebyggende og sundhedsfremmende indsats i de forskellige fagområder end kommuner, der ikke har tværgående organer, eller hvor de er under opbygning.

Tværgående organer giver den fordel, at de dels gør sundhedsfremme og forebyggelse til et fælles ansvar for alle kommunens fagområder, dels udbreder ansvaret og bidrager til at skabe et lokalt engagement (lederskab) i forhold til at iværksætte initiativer (jf. Manz et al. 2000). Det kan naturligvis være en fordel, hvis der i det tværgående organ deltager ledere af de enkelte fagområder, men det kan under alle omstændigheder være en fordel, at der i de enkelte fagområder og institutioner er medarbejdere, som føler et ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme. I sidstnævnte tilfælde må disse medarbejdere søge deres leders opbakning til nye initiativer.

Observationerne er i overensstemmelse med managementteoriens forventninger om, at interorganisatoriske netværk kan bidrage til bl.a. fleksibilitet og læring. Det er imidlertid en generel erfaring, at interorganisatorisk ledelse er vanskelig og mangelfuld (Gustafsson 2006). Denne undersøgelse har ikke belyst ledelsesrollerne i relation til de netværk, der er dannet gennem tværgående organer mv., men man kan på baggrund af observationerne formulere den antagelse, at tilstedeværelsen af kompetence til at lede interorganisatoriske netværk har haft en betydning for de opnåede resultater. For at netværk fungerer, skal en række forudsætninger være til stede fx klarhed om roller og mål, en stærk koordination af indsatsen og gode kommunikationskanaler (Alter & Hage, 1993).

Som en perspektivrig model til at udbrede sundhedsfremme og forebyggelse i et bestemt fagområde kan nævnes udpegning af *ressourcepersoner* med ansvar for at få sat forebyggelse og sundhedsfremme på dagordenen i deres institution eller afdeling. Ressourcepersonen har ansvar for at udvikle og/eller iværksætte nye indsatser i institutionen eller afdelingen, og kan være kontaktperson for en central sundhedsstab. Det kan være en fordel for ressourcepersonens udførelse af sine opgaver, at der etableres et lokalt sundhedsråd eller lignende, hvor der kan sikres en bredere opbakning i afdelingen eller institutionen til nye initiativer.

Tværgående organer og strukturer vil således i høj grad kunne bidrage til, at mange inddrages i kommunens forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Det fælles ansvar for opgaven bliver synliggjort, og der bliver placeret et ansvar i de enkelte fagområder.

Nogle kommuner har etableret lokale *forebyggelsespuljer*, hvor kommunens afdelinger og institutioner, men også private foreninger og organisationer kan søge om midler til forebyggelse og sundhedsfremme. En sådan pulje kan bidrage til at fremme forebyggelse og sundhedsfremme på de enkelte fagområder og i det private foreningsliv. Undersøgelser har vist (fx Hansen 1992), at statslige puljemidler kan bidrage til, at der bliver iværksat initiativer, som ellers ikke ville være blevet sat i værk; i hvert fald i tilskudsperioden. Der kan argumenteres for, at det samme vil være tilfældet i en kommunal afdeling eller institution med en kommunal ansøgningspulje. Kommunernes erfaring er, at der er interesse for at søge sådanne puljer, som dermed kan bidrage til at udvikle initiativer i de forskellige områder og dermed udbrede en forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Ulempen ved denne fremgangsmåde kan være, at initiativet til at formulere sundhedsfremmende og forebyggende indsatser bliver overladt til ledere og medarbejdere i de enkelte institutioner og afdelinger, og at disse måske ikke falder sammen med strategien på området. Der er altså brug for en klar af-

grænsning af, hvilke former for indsatser der ønskes iværksat. En yderligere ulempe ved puljemidler er, at en indsats eller et projekt risikerer at ophøre, når tilskudsmidlerne er opbrugt.

Det varierer meget, hvor mange *personaleressourcer* kommunerne har afsat til at udvikle, planlægge og koordinere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Nogle kommuner har kun en enkelt medarbejder foruden en leder, som også har ansvar for andre opgaver, og andre har et par stykker, som samtidig har andre administrative opgaver. Der er også kommuner, som har en stab på fire-seks medarbejdere, som kan koncentrere sig udviklingsopgaven og tovholderfunktionen i forhold til at få iværksat forebyggende og sundhedsfremmende indsatser. Det er en krævende opgave at skulle inspirere og involvere medarbejdere i andre fagområder, og det er derfor vanskeligt at holde gang i flere fagområder med få personaleressourcer. Derfor synes de kommuner, der har en større stab, at være kommet længere, fordi der kan ske en form for specialisering, hvor kommunens forskellige indsatsområder fordeles mellem medarbejderne. Det kan også give en synergieffekt, at der er en gruppe, som kan inspirere hinanden, og som besidder en relevant ekspertise (fx Demanpour & Schneider 2006). Når det drejer sig om personalets kompetencer, synes der brug for personale med såvel sundhedsfaglig indsigt som kompetencer i forhold til at styre en proces med implementering af nye initiativer.

Nogle medarbejdere i en sundhedsstab oplever, at deres organisatoriske placering bevirker, at de ikke er så *synlige* i forhold til de andre fagområder. Det er et problem, fordi medarbejderne gerne vil have etableret kontakt med andre fagområder for at kunne bidrage til at udvikle forebyggelse og sundhedsfremme, og for at blive involveret i de aktiviteter, der måtte foregå i andre fagområder. Problemet med manglende synlighed synes at være knyttet til, at sundhedsstaben er en lille del af en større stab eller afdeling. En manglende synlighed kan også skyldes, at lederen har et bredt ansvarsområde og dermed ikke kan give sundhedsområdet særlig opmærksomhed.

Der er eksempler på, at personalet i en sundhedsafdeling skal varetage opgaver både med at udvikle og planlægge forebyggelse og sundhedsfremme og med at varetage *udførende forebyggende og sundhedsfremmende funktioner*. Dette kan føre til en relativ stor koncentration af sundhedsfremme og forebyggelse i en sundhedsafdeling, fordi personalet bruger en meget stor del af sine ressourcer på de udførende opgaver og at udvikle nye initiativer inden for eget område. Dermed bliver der begrænsede ressourcer tilovers til at bidrage i en proces, som skal udvikle en forebyggende og sundhedsfremmende indsats inden for andre fagområder.

Dokumentation og evaluering

En stor del af den dokumentation og evaluering, der foregår i kommunerne, knytter sig til nogle procesmål i forhold til at implementere en indsats. Der er også eksempler på mere forskningsbaserede evalueringer af særligt tilrettelagte indsatser, herunder indsatser med statslig puljefinansiering. Flere kommuner har endvidere planer om en mere systematisk evaluering af virkninger af deres indsats, men i foråret 2008 giver kommunernes dokumentation og evaluering kun i begrænset omfang grundlag for konklusioner med hensyn til, hvordan indsatserne når ud til målgrupperne, og hvilke virkninger der opnås.

8 Referencer

- Alter, C. & J. Hage (1993): *Organizations Working Together*. London: Sage.
- Angle, H. L. & A.H. Van de Ven (2000): Suggestions for managing the innovation journey. I A.H. Van de Ven, H.L. Angle & M.S. Poole, eds. (2000): *Research on the management of innovation, Minnesota Studies*. Oxford University Press.
- Damanpour, F. & M. Schneider (2006): Phases of the Adoption of Innovation in Organizations: Effects of Environment, Organization and Top Managers. *British Journal of Management*. 17, 215-236.
- Glanz, K; Rimer, B.K. & Lewis, F.M. (ed.) (2002): *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Green L.W & Kreuter M.W. (2005): *Health Program Planning. An Educational and Ecological Approach*. New York: McGraw-Hill Companies.
- Gustafsson, J. (2006): *Ledelse af interorganisatoriske netværk* i J. Johansen & J.O. Riis: *Fremtidens produktion i Danmark*. København.
- Hansen, E.B. (1992): *Forandring og fornyelse gennem SUM*. AKF Forlaget. København.
- Jacques, J. & E.J. Ryan Jr. (1978): Does management by objectives stifle organizational innovation in the public sector? *Canadian Public Administration*, 21, 16-25.
- KL (2007): Idékatalog om borgerrettet forebyggelse. Tilgængelig på: http://www.kl.dk/_bin/6cea9444-471d-40d8-90e8-347eb7ed0a88.pdf
- Manz, C.C., D.T. Bastien, T.J. Hostager & G.L. Shapiro (2000): Leadership and Innovation: A Longitudinal Process View. I A.H. Van de Ven, H.L. Angle & M.S. Poole, eds. (2000): *Research on the management of innovation, Minnesota Studies*. Oxford University Press.
- May, P.J. & S.C. Winter (2007): Politicians, Managers, and Street-Level Bureaucrats: Influences on Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*. Advance Access Publication. October 25.
- Olsen, J. (2005): Kommunal medfinansiering – vejen frem for kommunernes sundhedsindsats. FOKUS-Nyt, nr. 29 • August, s. 14-19, 2005. Tilgængelig på: www.fokus-net.dk/media/1030_84.pdf
- Pedersen, K. M. (2005): Kommunal medfinansiering og økonomiske incitamenter. FOKUS-Nyt, nr. 29 • August, s. 4-12, 2005. Tilgængelig på: www.fokus-net.dk/media/1030_84.pdf
- Sundhedsstyrelsen (2006): Borgerrettet forebyggelse i kommunen – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. Tilgængelig på: www.sst.dk/publ/Publ2006/CFF/Borgerrettet_forebyggelse/Borgerrettet_forebyggelse_kommuner.pdf

