

De kommunale sundhedspolitikker i Danmark - en kortlægning

Udarbejdet af
Anne Kristine Aarestrup, Tina Drud Due og Finn Kamper-Jørgensen

Kortlægningen blev udarbejdet i august-september 2007 og bygger på telefoninterviews med 97 kommuner i Danmark.

Kortlægningen viste, at næsten halvdelen af landets kommuner i dag har en sundhedspolitik. KRAM-faktorerne er de hyppigst nævnte fokusområder i politikkerne, og principper som lighed i sundhed og tværgående samarbejde er i fokus. Målgruppen for kommunernes politikker er overordnet alle borgerne, men særlige grupper er dog også udpeget.

Resultaterne blev præsenteret ved Folkesundhedsdage d. 1. og 2. oktober 2007, afholdt af Dansk Selskab for Folkesundhed.

Baggrunden for undersøgelsen

Med den nye sundhedslov har kommunerne fra 2007 fået hovedansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme. Kommunerne har ansvar for at skabe rammer for en sund levevis og etablere sundhedsfremmende og forebyggende tilbud til borgerne. Forebyggelse og sundhedsfremme er dog ikke en ny opgave for kommunerne. Inden den nye sundhedslov havde kommunerne ansvar for bl.a. den kommunale sundhedsordning for børn og unge og tandpleje¹. Fra januar 2007 er opgaverne imidlertid blevet udvidet. Af sundhedslovens §119 fremgår kommunernes opgave således:

§ 119 Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for sund levevis

Stk. 2 Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

Kilde: Sundhedsloven (Lov nr. 546 af 24. Juni 2005).

Der er ikke krav om, at kommunerne skal have en sundhedspolitik, men fra Sundhedsstyrelsen formuleres det, at en sundhedspolitik kan være et godt redskab til at sikre koordination, synlighed og fælles fokus¹.

Dansk Selskab for Folkesundhed afholder årligt såkaldte "Folkesundhedsdage". I 2007 var temaet: Folkesundhed i kommuner og regioner, - sundhedsaftaler og sundhedspolitik, - evidens, forskning og implementering.

Der forelå medio 2007 ikke en oversigt over, hvor mange kommuner der i dag har en vedtaget sundhedspolitik, og hvor kommunerne har valgt at lægge deres fokus i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme. Derfor valgte Statens Institut for Folkesundhed i samarbejde med Dansk Selskab for Folkesundhed at gennemføre en kortlægning af kommunernes sundhedspolitikker. Kortlægningen blev gennemført i august og september 2007, og resultaterne blev præsenteret på Folkesundhedsdage 1. og 2. oktober 2007.

Formålet med kortlægningen var at få et overblik over status for kommunernes arbejde med sundhedspolitikker – hvor langt er de og hvor de har lagt fokus. Kortlægningen havde således ikke til formål at gå i dybden med politikernes indhold.

Metode

Kortlægningen bygger på telefoninterview med kommunerne. I alt deltog 97 af de 98 kommuner i kortlægningen. Den overvejende del af interviewpersonerne var

¹ Kilde: Borgerrettet forebyggelse i kommunen. Sundhedsstyrelsen 2006.

sundhedschefer, andre var sundhedskoordinatorer eller lignende og enkelte var forvaltningsdirektører. Interviewene varede typisk 20 minutter og omhandlede følgende fem overordnede spørgsmål:

1. Har kommunen en vedtaget sundhedspolitik – eller er den på vej?
2. Bæres sundhedspolitikken af en bestemt vision, overordnede principper. Indgår en sundhedsdefinition?
3. Hvilke fokusområder indgår i sundhedspolitikken?
4. Udpeges indsatsformer/metoder i politikken?
5. Hvordan påtænkes sundhedspolitikken implementeret og evalueret?

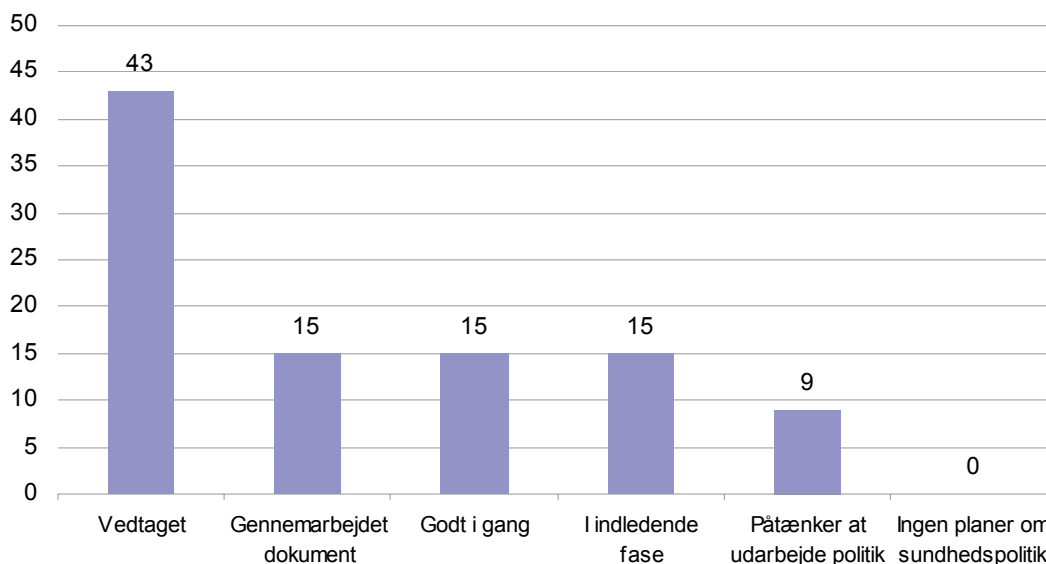
Under interviewene blev svarene registreret i et registreringsskema med overordnede svarkategorier. Interviewsvar, som lå uden for de eksisterende svarkategorier, blev noteret, og nye kategorier blev således tilføjet løbende. I bearbejdningen af data blev det talt op hvor mange kommuner, der havde svaret bekræftende på de enkelte svarkategorier i registreringsskemaet, og der blev udarbejdet et samlet registreringsskema for henholdsvis de vedtagne politikker, de gennemarbejdede, men ikke vedtagne politikker, og de kommuner der var godt i gang med udarbejdelsen af en sundhedspolitik.

Resultater

Status for sundhedspolitikker i kommunerne

Kortlægningen viste, som det fremgår af figur 1, at 43 af de 97 kommuner har vedtaget en sundhedspolitik, mens 15 kommuner har et gennemarbejdet dokument og 15 kommuner er godt på vej i udarbejdelsen. 15 kommuner er i de indledende faser med at udarbejde en sundhedspolitik, mens 9 af de interviewede kommuner påtænker at udarbejde en politik på sundhedsområdet. Ingen af kommunerne har således fravalgt at udarbejde en sundhedspolitik. De fleste af de vedtagne sundhedspolitikker er blevet vedtaget i 2007, og langt den overvejende del af politikkerne er vedtaget med bred politisk konsensus.

Figur 1. Status for kommunernes udarbejdelse af sundhedspolitikker.



Tallene i den efterfølgende del af notatet bygger på de 73 kommuner, der enten har vedtaget en sundhedspolitik, har et gennemarbejdet dokument eller er godt i gang med udarbejdelsen. I diagrammerne er kommunerne opdelt i de 43, der har en vedtaget politik, og de 30 kommuner med et gennemarbejdet dokument eller som er godt i gang. De sidste to grupper er slået sammen, idet de indeholder tilsvarende information og ikke adskiller sig systematisk fra hinanden.

Overordnet set er der mange lighedspunkter mellem kommunernes sundhedspolitikker, men der er også forskelle i både indhold og opbygning. I denne kortlægning er fokus primært på lighederne, og således fremhæves de områder, hvor mange kommuner har valgt at lægge deres fokus.

Overordnede principper i sundhedspolitikkerne

Kommunerne har valgt nogle overordnede principper, der ligger til grund for sundhedspolitikken. Af figur 2 fremgår de principper, som flest kommuner har vægtet i deres sundhedspolitikker. Kommunerne lægger sig i politikformuleringen generelt op af et bredt sundhedsbegreb, som indebærer fysisk, psykisk og social sundhed, og flere kommuner referer i den forbindelse til WHO som inspirationskilde til deres forståelse af sundhed. WHO definerer sundhed således:

"En tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom og svækkelse" (WHO, 1998).

Kommunerne fokuserer således ikke blot på, at borgerne skal have et længere liv men også et bedre liv. Cirka halvdelen af kommunerne omtaler desuden specifikt, at de har fokus på at øge borgernes livskvalitet.

Lighed i sundhed er blandt de mest fremtrædende principper i kommunernes sundhedspolitikker. 57 af de 73 kommuner, der har vedtaget eller er langt i udarbejdelsen af en sundhedspolitik, nævner lighed i sundhed som et centralt princip i deres sundhedspolitik. I sundhedspolitikken for Aabenraa Kommune formuleres det eksempelvis således:

"Kommunen vurderer alle sundhedsindsatsers bidrag til at udligne den sociale ulighed i sundhed. Udligningen skal ske gennem reduktion af årsager til social ulighed i sundhed og ved at styrke og målrette sundhedsindsatser til socialt- og sundhedsmæssigt udsatte".

Nogle kommuner omtaler social ulighed i sundhed som et særligt indsatsområde, mens andre beskriver, at lighed i sundhed skal tænkes ind i alle kommunens sundhedsorienterede tiltag. Da kortlægningen omhandler politikernes overordnede indhold, blev der ikke i interviewene spurgt til konkrete beskrivelser af kommunernes overvejelser i forhold til den sociale ulighed i sundhed.

Et tredje princip, som fremhæves i 59 af de 73 kommuners sundhedspolitikker, er, at kommunerne skal skabe rammer for, at borgerne kan leve sundt og gøre det sunde valg til det lette valg. Det anses imidlertid ikke som kommunens ansvar

alene at sikre borgernes sundhed, idet cirka halvdelen af de deltagende kommuner fremhæver, at sundhed er et fælles ansvar mellem borger og kommune. Således skal kommunen sikre rammer i form af blandt andet fysiske rammer, sund kost i kantiner samt information til borgerne, mens borgerne selv har ansvar for fremme egen sundhed inden for disse rammer. I Kolding kommunes sundhedspolitik formuleres det således:

"Borgernes sundhed og trivsel er et fælles ansvar for den enkelte, civilsamfundet og kommunen. Kolding Kommune skaber rammer og forudsætninger for, at borgerne i så høj udstrækning som muligt tager ansvar for egen sundhed".

Det fælles ansvar for sundhed beskrives i flere kommuner desuden således, at det omfatter kommunale samarbejdsparter for eksempel idrætsforeninger, virksomheder og frivillige organisationer. Disse skal inddrages i implementeringen af sundhedspolitikken.

Der er desuden generelt i kommunerne planer om, at sundhed skal være et fælles ansvar for hele kommunen som organisation. 68 af de 73 kommuner har som overordnet princip, at sundhed er et område, der skal arbejdes på i et tværgående samarbejde mellem kommunens forvaltninger/afdelinger, således at alle politikområder inddrages i sundhedsarbejdet. En fjerdedel af kommunerne nævner desuden eksplicit, at sundhedskonsekvensvurderinger skal være en del af kommunens praksis, hvilket betyder, at alle beslutninger truffet i byrådet skal vurderes i forhold til deres sundhedsmæssige konsekvenser. Frederikssund Kommune skriver i deres politik følgende:

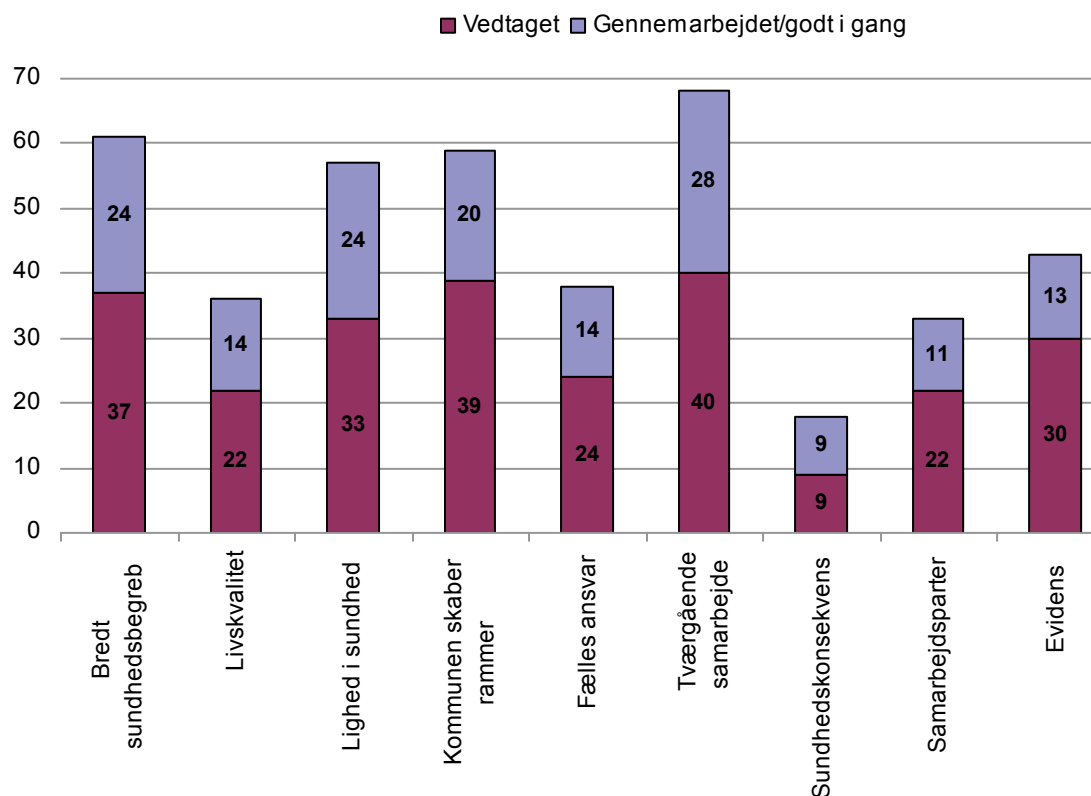
"Alle byrådsbeslutninger vurderes ud fra et sundhedsfremmende perspektiv. Alle fagområder indtænker og integrerer det sundhedspolitiske aspekt i områdets drift og udvikling" (Frederikssund Kommune).

Kommunerne har således generelt et tværgående samarbejde som princip, men de har forskellige måder at tolke dette princip blandt andet afhængig af kommunens organiseringsform. I nogle kommuner ønskes et samarbejde på tværs af afdelinger i form af blandt andet tværgående udvalg, men med sundhedsafdelingen som ansvarlig, mens andre kommuner vil organisere sig således, at driften og ansvaret er placeret ude i hvert politikområde.

I 43 af de 73 kommuner er evidens bag indsatserne et princip i sundhedspolitikken og således vil de generelt vælge indsatser ud fra eksisterende viden om, hvilke indsatser der virker. Evidensbegrebet bygger på, at der er tale om en veldokumenteret viden. Flere kommuner giver imidlertid også udtryk for, at der samtidig skal være plads til at prøve noget nyt, som så skal evalueres senere. Ny Herning Kommune beskriver det således:

Indsatsen udvikles løbende gennem en både vidensbaseret og innovativ tilgang, idet der fokuseres på effekt og dokumentation (Ny Herning Kommune).

Figur 2. De oftest nævnte principper i kommunernes sundhedspolitikker



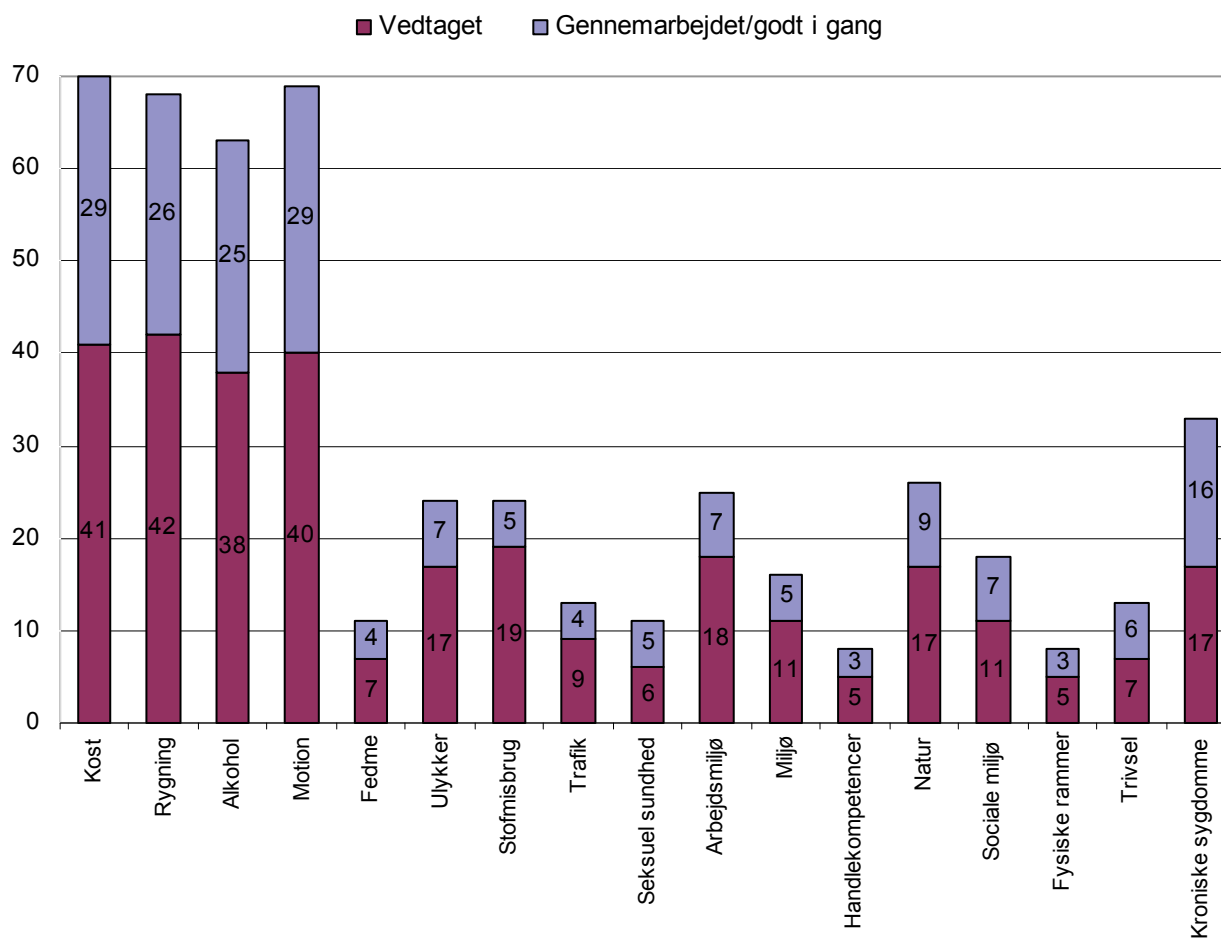
Fokusområder i sundhedspolitikkerne

Kommunerne har valgt forskellige niveauer i opstillingen af deres fokusområder. Nogle kommuner har mere overordnede områder som for eksempel borgernes livsstil, andre udpeger specifikke målgrupper som for eksempel børn eller socialt udsatte, mens andre kommuner nævner risikofaktorer så som for eksempel kost eller rygning. I nogle af kommunernes sundhedspolitikker inkluderes fokusområder fra flere niveauer. Hvor der i politikkerne er inkluderet mere overordnede fokusområder og målgrupper, er der i interviewet spurgt ind til, hvad svaret indbefatter for at specificere fokus og dermed at kunne bruge svaret i sammenligning med andre kommuner.

Hvad angår indholdet i fokusområderne har en overvejende del af kommunerne valgt at lægge deres fokus på risikofaktorer, snarere end på sygdomsområder og sundhedsfremme. Dog har flere kommuner i forhold til sygdomsområder udpeget kroniske sygdomme, som KOL og Diabetes og indsatser over for de kronisk syge som fokusområder (figur 3).

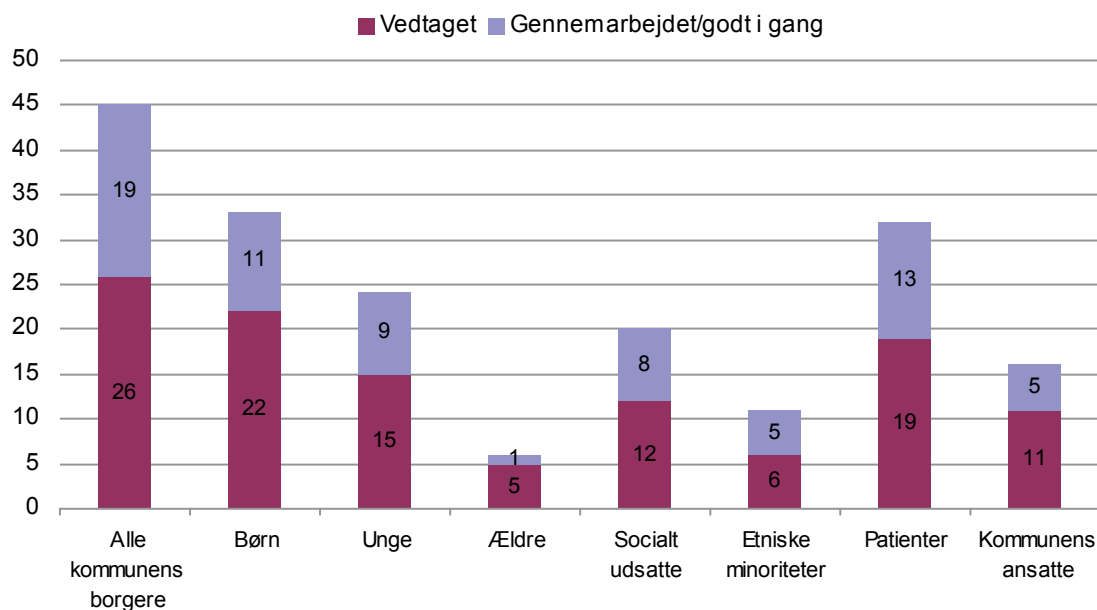
Af de risikofaktorer kommunerne har udpeget som fokusområder er KRAM-faktorerne, kost, rygning, alkohol og motion, tydeligt de, der nævnes hyppigst. Andre områder som natur, arbejdsmiljø, stofmisbrug og ulykker nævnes også af flere kommuner, dog i mindre omfang i sammenligning med KRAM-faktorerne (figur 3).

Figur 3. De mest udbredte fokusområder i kommunernes sundhedspolitik



Figur 4 viser, at mange kommuner har valgt at have alle kommunens borgere som målgruppe i sundhedspolitikken. I de kommuner, hvor der er udvalgt specifikke målgrupper, er børn og unge samt patienter og socialt udsatte hyppigst udvalgt. En del kommuner har også kommunens ansatte som målgrupper, hvilket omfatter både et fokus på fysisk og psykisk arbejdsmiljø samt et fokus på arbejdspladsen som arena for sundhedsfremmende og forebyggende tiltag. Nogle få kommuner nævner desuden, at kommunens ansatte skal fungere som sundhedsambassadører. Med dette ønsker for eksempel Esbjerg Kommune, at medarbejderne skal fremme egen sundhed samt opnå viden og erfaringer, de efterfølgende kan videreformidle.

Figur 4. Målgrupper i sundhedspolitikkerne.



Hvad angår arenaer for kommunens indsatser, har mange kommuner svaret, at indsatserne skal finde sted 'der hvor folk er'; det vil sige alle de steder, hvor kommunen er i kontakt med borgerne. For en del kommuners vedkommende gælder, at arenaerne først blive udpeget i handleplanerne. Blandt de kommuner der har udpeget specifikke arenaer, vil mange sætte ind på daginstitutioner og skoler.

De fleste kommunerne nævner ikke specifikke indsatsformer og metoder i selve politikken. Flere interviewpersoner nævner, at de konkrete indsatsformer vil blive behandlet efterfølgende i handleplaner. For de politikker hvor der nævnes specifikke indsatsformer gælder, at indsatserne skal bestå af oplysning og/eller aktiviteter.

Baggrunden for valg af fokusområder

I kortlægningen blev der spurgt til processen bag udarbejdelsen af sundhedspolitikken, og herunder hvordan de prioriterede fokusområder var blevet udvalgt. Over halvdelen af kommunerne beskrev, at en regional eller kommunal sundhedsprofil havde været anvendt til at vurdere, hvilke områder der var behov for at prioritere i kommunen. En sundhedsprofil er en kortlægning af borgernes helbred, sundhedsvaner, levevilkår, demografiske profil samt brug af sundhedsvæsenet.

Mere end hver fjerde kommune fortalte, at fokusområderne var valgt på baggrund af evidens om hvilke faktorer, der har betydning for sundhed. En fjerdedel af kommunerne fortalte ligeledes, at de i prioriteringen havde anvendt anbefalinger fra både Sundhedsstyrelsen og Regeringens Folkesundhedsprogram om hvilke områder, der er i fokus på nationalt plan samt hvilke områder kommunerne bør fokusere på.

I mange kommuner er sundhedspolitikken blevet udarbejdet i arbejdsgrupper. I flere kommuner fremhæves det, at disse grupper har været tværfaglige og sammensat på tværs af forvaltningerne. Kommunerne beskrev, at det tværfaglige samarbejde ved udarbejdelsen af sundhedspolitikken blev valgt for at sikre kendskab og ejerskab til sundhedspolitikken inden for alle politikområder i kommunen og dermed sikre dens relevans og senere implementering. I forhold til inddragelse af borgerne har flere kommuner valgt at afholde borgermøder eller at give borgerne mulighed for at komme med synspunkter på kommunens hjemmeside for dermed at få borgernes input til sundhedspolitikken. Udkast til sundhedspolitikken har i flere kommuner desuden været i bred høring i de kommunale institutioner, forvaltninger og blandt borgerne via kommunens hjemmeside.

Det fortsatte arbejde med sundhedspolitikkerne

I kortlægningen blevet der spurgt til kommunernes planer for det videre arbejde med sundhedspolitikkerne. I de fleste kommuner var der et krav om, at der skal laves handleplaner i forhold til sundhedspolitikken, og flere steder var de godt i gang med dette arbejde. Flere kommuner fortalte, at der er eller skal nedsættes arbejdsgrupper og styregrupper, som skal planlægge og koordinere det videre arbejde. I nogle kommuner beskrev de, at disse grupper skal gå på tværs af kommunens forvaltninger/afdelinger. Dette understreger igen kommunernes synspunkt, at sundhed er et fælles ansvar og en opgave, der skal løftes i et tværgående samarbejde.

Flere kommuner fortalte, at de havde søgt at involvere de praktiserende læger i udviklingen af sundhedspolitikken, men en del fandt, at det havde været svært at få lægerne involveret. Kommunerne gav udtryk for, at de ønskede at få de praktiserende læger mere involveret i det fremtidige arbejde med implementering af sundhedspolitikken. Flere kommuner nævnte desuden, at de havde ansat praktiserende læger som praksiskonsulenter, hvilket de forventede ville sikre et bedre samarbejde med almen praksis.

I forbindelse med opfølgningen af sundhedspolitikken nævnte flere kommuner, at arbejdet skal dokumenteres, og at hele politikken og/eller de enkelte indsatser, som etableres i udmøntningen af politikken, skal evalueres. En mindre del af kommunerne har i sundhedspolitikken opstillet kvantificerbare målsætninger i sundhedspolitikken, men generelt er målene formuleret mere overordnet. Nedenstående er eksempler på kvantificerbare målsætninger.

Alle borgere har let tilgængelig adgang til parker og naturområder inden for en afstand af 400 m fra boligen (inden 2010) (København).

Andelen af dagligrygere, aktuelt hver fjerde borger, i Ringkøbing-Skjern Kommune skal reduceres med 20% (inden 2011).

Andelen af unge drenge, der drikker mindre end 21 genstande/uge, er mindst 80 % (inden 2010) (Esbjerg Kommune).

Ligesom flere kommuner har anvendt sundhedsprofiler i forbindelse med prioriteringen af fokusområder, har flere kommuner planer om, at der med mellemrum skal laves sundhedsprofiler således, at de kan bruges som redskab til at evaluere kommunens sundhedsindsatser og sundhedspolitikken implementering samt til at foretage fremtidige prioriteringer på området. Flere kommuner beskrev desuden, at de på baggrund af statusopgørelser og evalueringer med jævne mellemrum vil justere og revidere politikken og deres prioriterede fokusområder.

Kommunernes organisering af sundhedsområdet

Kommunerne har valgt forskellige organiseringsformer i forhold til sundhedsområdet.

I flere kommuner har man valgt at placere sundhedsarbejdet i en selvstændig stabsfunktion eller sekretariat. I enkelte kommuner er der en selvstændig sundhedsforvaltning/direktørområde.

I langt de fleste kommuner er der valgt en struktur med en overordnet forvaltning, hvorunder en sundhedsafdeling er placeret. I de fleste af disse kommuner er sundhedsafdelingen placeret i en Social og Sundhedsforvaltning, men nogle kommuner har forvaltninger med betegnelser som blandt andet Sundhed, Ældre og Handikap forvaltning og Social, Sundhed og Beskæftigelsesforvaltning. I en lille del af kommunerne er den overordnede forvaltning ikke opdelt således, at sundhedsområdet har en selvstændig afdeling

De fleste kommuner har valgt, at lade sundhedsafdelingen have driftsfunktioner inden for en række sundhedsopgaver. I andre kommuner har sundhedsafdelingen en koordinerende og udviklende funktion i forhold til kommunens sundhedsarbejde, mens driften er placeret inden for andre politik- og forvaltningsområder. I nogle få kommuner er valgt en kombination, hvor sundhedsafdelingen har ansvar for et enkelt område eksempelvis forebyggelse og ellers har ansvaret for koordinering af sundhedsarbejdet på tværs af kommunen. I de kommuner, hvor sundhedsafdelingen har ansvar for en række driftsmæssige sundhedsopgaver, er afdelingens ansvarsområder oftest genoptræning, forebyggelse, tandpleje, sundhedspleje og forebyggende hjemmebesøg, mens andre områder inddrages i et mere varieret omfang. I nogle kommuner er alle sundhedsopgaver placeret i sundhedsafdelingen, mens andre kommuner har enkelte opgaver placeret i andre afdelinger i samme forvaltning eller i andre forvaltninger. Områder som placeres i andre afdelinger eller forvaltninger er især sundhedspleje og børn, der er placeret under børneområdet, eller ældre og sundhed der er placeret under ældreområdet.

Denne kortlægning giver alt i alt et meget broget billede af, hvorledes kommunerne har organiseret sundhedsområdet efter kommunalreformen.

Konklusion

Kortlægningen viste, at 43 af landets i alt 98 kommuner i dag har en sundhedspolitik, og at yderligere 30 kommuner er langt med udarbejdelsen af en sundhedspolitik. 15 kommuner er i den indledende fase til en sundhedspolitik, mens kun ni kommuner endnu ikke er gået i gang, men har planer herom.

Mange kommuner tager i deres sundhedspolitik udgangspunkt i et bredt sundhedsbegreb og har fokus på principper om lighed i sundhed, at kommunen skaber rammer for sundhed, at sundhed er et fælles ansvar mellem kommune og borger, at hele kommunen skal beskæftige sig med sundhed i et tværgående samarbejde samt et princip om evidens bag igangsatte indsatser.

Kortlægningen viste endvidere, at kommunerne har et overvejende fokus på KRAM-faktorerne kost, rygning, alkohol og motion, mens andre områder omtales i forskelligt omfang.

I prioriteringen af fokusområderne har kommunerne hyppigt anvendt sundhedsprofiler, nationale anbefalinger og evidens for faktorer af betydning for sygdom og sundhed. Flere kommuner har desuden haft nedsat arbejdsgrupper samt inddraget offentligheden via borgermøder og offentlig høring.

Målgruppen for kommunernes politikker er generelt alle kommunens borgere, men der er i mange kommuner desuden et særligt fokus på børn og unge, patienter, socialt udsatte og kommunens ansatte.

Mange kommuner nævner, at indsatserne skal finde sted 'der hvor folk er', og der er generelt ikke udpeget specifikke indsatsformer. Både arenaer og indsatsformer planlægges at blive behandlet i forbindelse med udarbejdelsen af handleplaner.

Kommunerne har generelt et krav om, at der skal laves handleplaner i forhold til sundhedspolitikken, og flere steder er de godt i gang med dette arbejde. Der er desuden nedsat arbejdsgrupper, som skal sikre det fortsatte arbejde, og flere kommuner har planer om, at der skal følges op på politikken ved hjælp af dokumentation og evaluering samt at politikken løbende skal revideres.