

# UDVIKLING AF SUNDHEDSPOLITIKKER

– ERFARINGER FRA KOMMUNER OM HVAD  
POLITIKKERNE INDEHOLDER, OG  
HVORDAN DE BLIVER UDVIKLET OG  
IMPLEMENTERET





# UDVIKLING AF SUNDHEDSPOLITIKKER

Alle kommuner har en sundhedspolitik, der sætter retningen for sundhedsindsatsen på tværs af fagområder. Men der er stor forskel på, hvad politikkerne indeholder, og hvordan de udvikles og implementeres.

Center for Forebyggelse i praksis, KL, samler her erfaringer fra kommunernes arbejde med at udvikle og implementere sundhedspolitikker. Erfaringerne har vi indsamlet på en række temadage om sundhedspolitikudvikling i løbet af foråret 2017. Vi håber, dette kan bruges som inspiration i det videre arbejde med sundhedspolitikker. Kommuner, der ønsker nærmere rådgivning, er altid velkomne til at kontakte os.

## Inspiration

Holstebro Kommune har produceret to film under titlen 'Mere sundhed for pengene', hvor [den første handler om sundhedspolitikens udvikling](#) og [den anden om den vedtagne politik](#).

### Afsættet for sundhedspolitikken

Typisk er det kommunalbestyrelsen eller sundhedsudvalget, der bestiller en ny sundhedspolitik til at erstatte den foregående politik. Det kan også være direktionen, der bestiller politik-

ken, og i nogle kommuner har det været sundhedsforvaltningen, der har taget initiativ til at efterspørge en ny politik opadtil i kommunen.

Det politiske ejerskab og den politiske involvering i udviklingsarbejdet er forskelligt fra kommune til kommune. Oftest godkendes udviklingsarbejdet og processen af kommunens sundhedsudvalg, mens den endelige politik ofte godkendes i kommunalbestyrelsen.

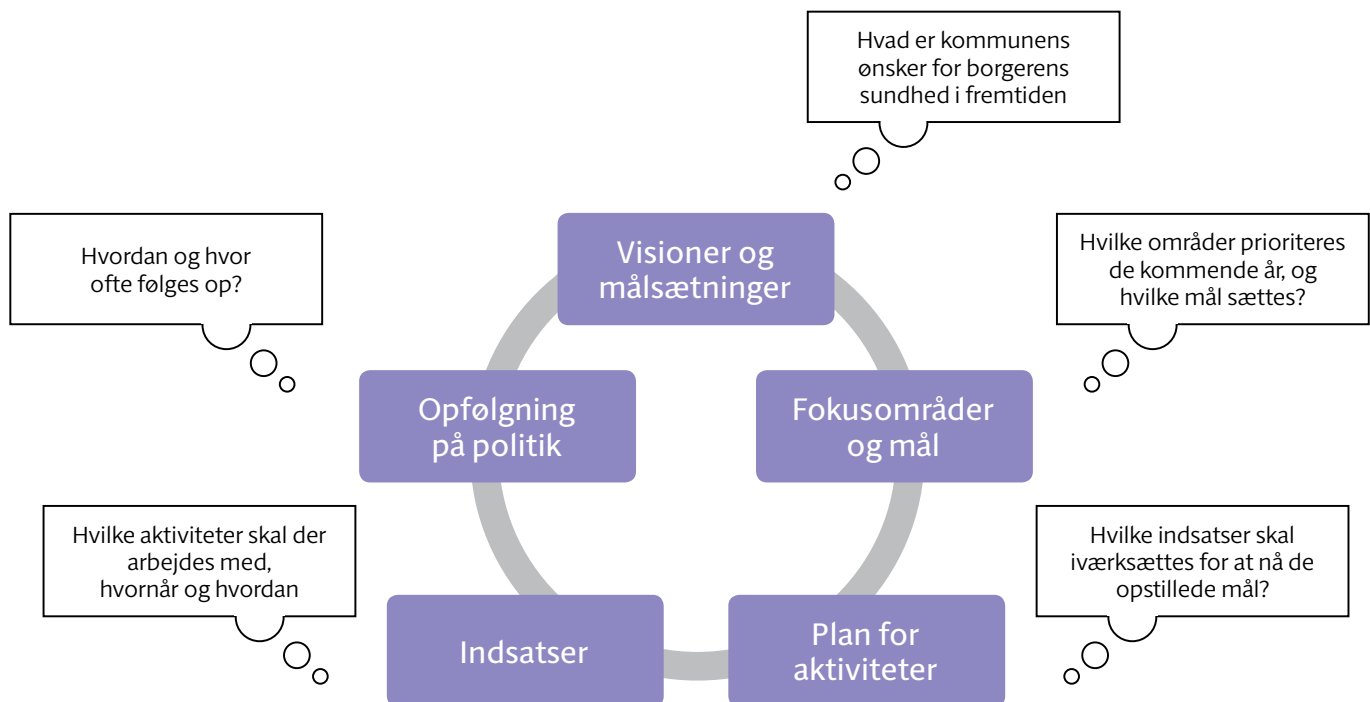
### Hvad skal en sundhedspolitik kunne?

Formålet med en sundhedspolitik er at sætte en retning og ramme for, hvordan kommunen vil fremme borgernes sundhed de kommende år. Erfaringen fra kommunerne, som deltog i vores temadage er, at politikken skal kunne:

- Sætte en fælles retning for sundhedsindsatsen og prioritere fokusområder og indsatser
- Medvirke til en fælles forståelse af sundhed i kommunen og skabe ejerskab for opgaven
- Være et administrativt redskab der fungerer som løftestang til at arbejde med sundhed i alle forvaltninger
- Være en anledning til at bringe politikere, borgere, fagforvaltninger og interesseorganisationer sammen for at drøfte, hvordan sundheden skal fremmes i kommunen.

# INDHOLD OG FORM PÅ SUNDHEDSPOLITIKKEN

## Overvejelser i forbindelse med udvikling af en sundhedspolitik.



Et kig på tværs af kommunernes sundhedspolitikker viser, at der ikke er nogen ensartet opskrift på, hvad en sundhedspolitik skal indeholde, og hvordan den skal udformes. På temadagene blev der talt om, hvad der afgør indhold og form på politikkerne.

### Nationale og regionale retningsgivende dokumenter

Langt de fleste kommuner tager i sundhedspolitikken udgangspunkt i en række retningsgivende nationale dokumenter. Herunder:

- Nationale politiske udspil fra Regeringen og KL, der i nogle kommuner er med til at sætte retning for politikkerne
- Aftaler der allerede er indgået, fx sundhedsaftalen med Regionen, hvor der er aftalt en række fælles mål
- Den kommunale sundhedsprofil, hvor oplysninger om borgernes sundhedsudfordringer er grundlag for prioriteringer i langt de fleste politikker

- Faglige anbefalinger fra myndigheder, ikke mindst Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker.

### Kommunens øvrige politikker

I mange kommuner skal sundhedspolitikken spille sammen med kommunes øvrige politikker og overordnede kommunalpolitiske visioner. Det betyder, at politikker på øvrige fagområder i kommunen fx børn og unge og ældre har indflydelse på, hvad sundhedspolitikken kommer til at indeholde – og at der i udviklingen af en ny politik er behov for at være godt inde i de øvrige fagområders politikker.

Nogle kommuner har egentlige retningslinjer for, hvordan politikker på alle områder i kommunen skal udformes, og for form og indhold. Det betyder blandt andet, at der kan være overordnede kommunale visioner om eksempelvis kultur, erhvervsudvikling eller bosætning, der får betydning for sundhedspolitikken. Generelt synes der i flere kommuner at være et ønske om at reducere antallet af kommunale politikker, fordi mange politikker gør det svært at have overblik, følge op på mål og styre

udviklingen af kommunen. I nogle kommuner vælger man, i stedet for en ny sundhedspolitik, at udvikle en sundhedsstrategi, der spiller ind i en politik om fx øget velfærd.

### Ønske om sundere borgere i kommunen

Visionen i stort set alle kommuners politikker er, at borgerne skal være sundere. Men ofte indeholder visionen også andre målsætninger, som eksempelvis øget velfærd og livskvalitet, større social lighed i sundhed, flere gode leveår eller et aktivt og meningsfuldt liv for borgerne.

Langt de fleste kommuner har i politikkerne et princip om, at kommunen skal skabe sunde rammer for alle borgere og have særlige indsatser og tilbud til specifikke målgrupper med særlige behov. Dette lægger sig tæt op ad principperne i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker om at have strukturelle indsatser, der fremmer sundheden for alle og have tilbud til målgrupper med særlige sundhedsudfordringer. Mange kommuner har også andre principper, der ligger til grund for politikken. Det kan være mestring af eget liv, det positive sundhedsbegreb, aktive fællesskaber, helhedsorienteret og sammenhængende indsatser i kommunen, samarbejde med region, foreninger mv., samt ikke mindst sikring af systematik og vidensbaseret af alle indsatser.

### Fokus på KRAM og mental sundhed

Kost, rygning, alkohol, motion og mental sundhed er områder, som langt de fleste kommuner vælger at have fokus på i deres politikker. Nogle vælger kun at have fokus på få temaer for hver politikperiode, fx mental sundhed og fysisk aktivitet. Andre vælger, udover KRAM og mental sundhed, også at have fokus på fx hygiejne, overvægt og rusmidler.

Det er forskelligt, hvorvidt kommuner vælger at inddrage også udviklingen af det nære sundhedsvæsen og den patientrettede forebyggelse i sundhedspolitikken. Dette synes både at hænge sammen med faglige overvejelser og med, hvordan sundhedsområdet er organiseret i kommunen, dvs. om sundheds- og ældreområdet er organiseret i samme forvaltning. Ligeledes vil en organisering sammen med social- eller kulturområdet have betydning for indholdet af sundhedspolitikken. I nogle kommuner indeholder sundhedspolitikken særlige arenaer for sundhed, eksempelvis byrum, familier eller kommunens egne arbejdspladser eller særlige politiske fokusområder som samskabelse eller distriktion, der i de seneste år er indgået i kommunale visioner

### To typer af sundhedspolitikker

Kommunernes sundhedspolitikker ser meget forskellige ud og har forskelligt indhold. Nogle politikker er korte, andre lange, nogle har en professionel grafisk opsætning, andre er kun at finde som en side på internettet. Nogle politikker er meget overordnede, mens andre detaljeret beskriver hvilke mål, der skal nås inden for de prioriterede fokusområder, og hvilke indsatser der skal iværksættes for at nå de opstillede mål.

På temadagene kategoriserede vi politikkerne i to overordnede typer og drøftede fordele og ulemper ved disse.

1. **Den korte** – en politik på 3-4 sider, hvor der er formuleret en overordnet vision og fire til fem målsætninger. Se fx [Vejle Kommunes sundhedspolitik](#). Fordelen ved denne type af politik er, at den er nemt læst og det er hurtigt at overskue, i hvilken retning kommunen ønsker at arbejde med sundhed. Samtidig giver den rum til, at fagområderne tager ejerskab og fortolker hvordan de ønsker at understøtte målsætningerne. Ulempen ved politikken er, at den ikke konkretiserer, hvilke indsatser der skal iværksættes, hvilket kan gøre det svært at følge op og fastholde fokus.
2. **Den længere** – er en politik på omkring 10 til 20 sider, hvor hvert fokusområde har et opslag, som beskriver status for sundhedsudfordringen, hvilke mål der sættes, og hvilke indsatser, der prioriteres. Se fx [Lyngby Tårnbæk Kommunens sundhedsstrategi](#). Fordelen ved denne type politik er, at det er beskrevet, hvad kommunen gerne vil opnå inden for fx tobak eller fysisk aktivitet, og hvilke indsatser, der skal iværksættes, for at nå de opstillede mål. Ulempen er, at det kan være svært at overskue og følge op på de mange mål på tværs af forvaltninger. Desuden er der ikke er megen plads til fortolkning, derfor kan det være sværere at engagere og skabe ejerskab til politikken udenfor sundhedsområdet.

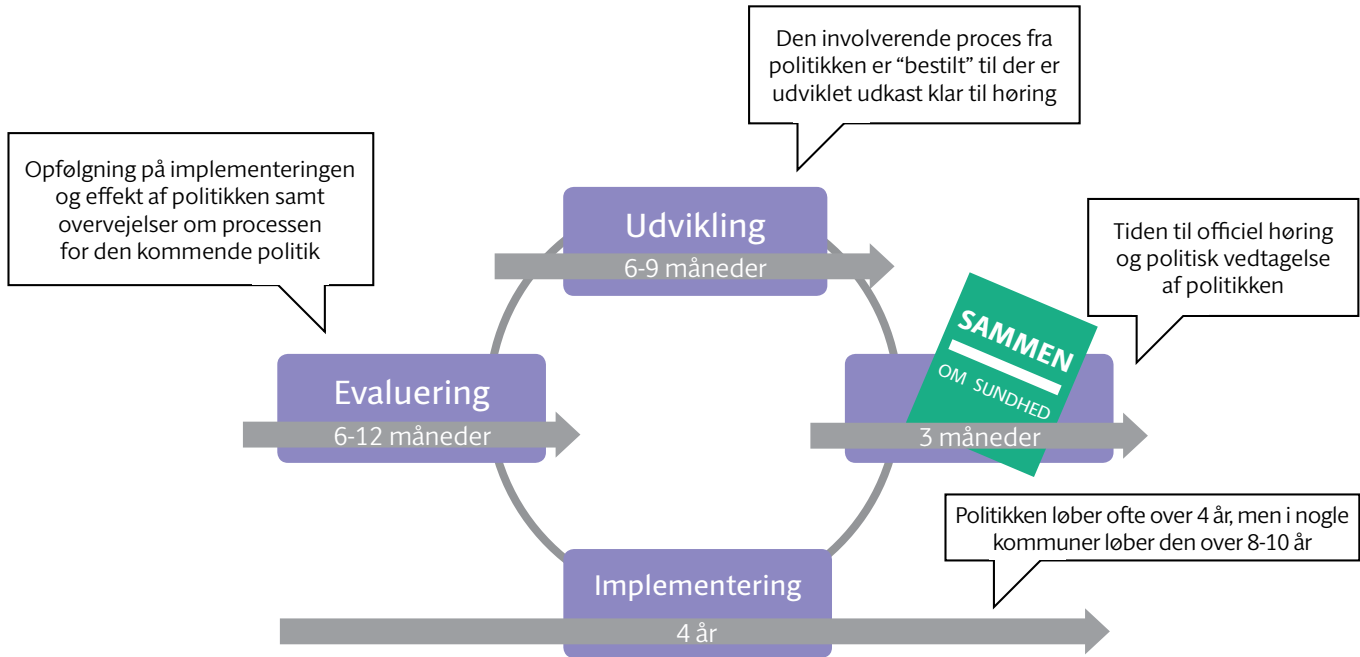
### Målbare mål for effekten af politikken

I nogle kommuners sundhedspolitikker er der opsat kvantitative mål for, hvor meget borgerne skal forbedre deres sundhed. Disse giver en mulighed for kvantitativt at forholde sig til, om politikken har haft den ønskede effekt. Mange kommuner påpeger dog, at det er en udfordring, at der ofte ikke eksisterer pålidelige data til en sådan opfølgning. Kommunens egne data omfatter typisk mange borgere, eksempelvis sundhedsplejens data, men der opleves vanskeligheder med at anvende disse data til opfølgning over tid. En del kommuner bruger data fra sundhedsprofilen, fx et mål om at antallet af rygere skal være faldet med 2%, men især for små kommuner kan datagrundlaget i profilerne være spinkelt til at kunne vise mindre ændringer på kommuneniveau. Generelt efterlyses data, der kan bruges til at vurdere, om det faktisk er den kommunale indsats, der har haft effekt - eller om det eksempelvis er nationale ændringer i fx rygeloven.

Når kommunerne iværksætter indsatser med kendt viden om effekt, ikke mindst indsatser baseret på anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, kan der argumenteres for kun at have en målopfølgning, der handler om kvalitet i gennemførelse og ikke på effekt.

# UDVIKLING AF POLITIKKEN

## Den typiske tidscyklus for sundhedspolitikken



For de fleste kommuners vedkomne, er det den 2. eller 3. generations sundhedspolitik, der bliver udviklet nu. Typisk dækker politikken over en tidsramme på 3-4 år, men nogle politikker har en varighed på op til 10 år se fx [København Kommunes politik](#). Nogle politikker har ikke en tidsramme men er rammesættende politik, hvor der årligt vedtages årlige handleplaner under.

Der er forskelligt, hvornår kommunerne udvikler en ny politik. Nogle vælger at igangsætte arbejdet efter kommunalvalget og i forbindelse med nye data fra sundhedsprofilerne, mens andre går i gang med arbejdet midt i valgperioden.

Erfaringen fra temadagene er, at det tager 6-9 måneder at udvikle en ny politik. Men udviklingen af en ny politik hænger tæt sammen med erfaringerne fra implementeringen af den foregående politik. Mange kommuner begynder derfor at arbejde med udviklingen af den kommende politik et år før den nuværende politik udløber.

### Organisering og inddragelse af øvrige forvaltningsområder 'sundhed på tværs'

I arbejdet med at udvikle en ny politik bruger mange kommuner en projektorganisation, med en styregruppe, en eller flere

arbejdsgrupper og en projektleder. Nogle kommuner benytter allerede eksisterende tværgående organiseringer, mens andre etablerer organiseringen i forbindelse med udviklingen af politikken.

- **Styregruppen** beslutter retningen og fokusområder i politikken og godkender arbejdet undervejs. Den består ofte af direktion og chefer fra forvaltningerne på tværs i kommunen, men den kan også inkludere politikere. Fungerer gruppen godt, er den med til at sikre en forankring af politikken på chefniveau i hele kommunen og et godt grundlag for det fremadrettede implementeringsarbejde.
- **Udviklings- og arbejdsgrupper** konkretiserer indholdet af politikken. Grupperne består oftest af udviklingskonsulenter fra forvaltninger på tværs af kommunen. Enkelte kommuner har også politikere fra sundhedsudvalget med i arbejdet og i nogle kommuner deltager borgerne også i arbejdet. Kommunerne oplever, at hvis den tværgående organisering er velfungerende, har det afgørende betydning for en vellykket implementering af politikken.



- **Projektleder** har ansvaret for den samlede proces for arbejdet, herunder koordinering, planlægning, opfølgning og skriveprocessen. Projektlederen har ofte funktionen som forandringsleder og har ansvaret for, at der skabes ejerskab og engagement for sundhedspolitikarbejdet på tværs af de kommunale forvaltningsområder, 'sundhed på tværs'. Projektlederne benytter sig af flere forskellige inddragende processer, fx: tværgående dialogmøder på chefniveau, arbejdsgruppemøder, én til én møder med konsulenter i fagforvaltningerne såvel som større workshops med inddragelse af borgere, foreninger og andre aktører i kommunen.

#### **Inddragelse og samskabelse med civilsamfund – hvorfor, hvordan og hvornår**

Fælles for næsten alle kommunerne er, at inddragelse af civilsamfundet er højt prioriteret. På temadagene drøftede vi hvornår, hvem og hvordan det giver mening at inddrage civilsamfund i sundhedspolitikken.

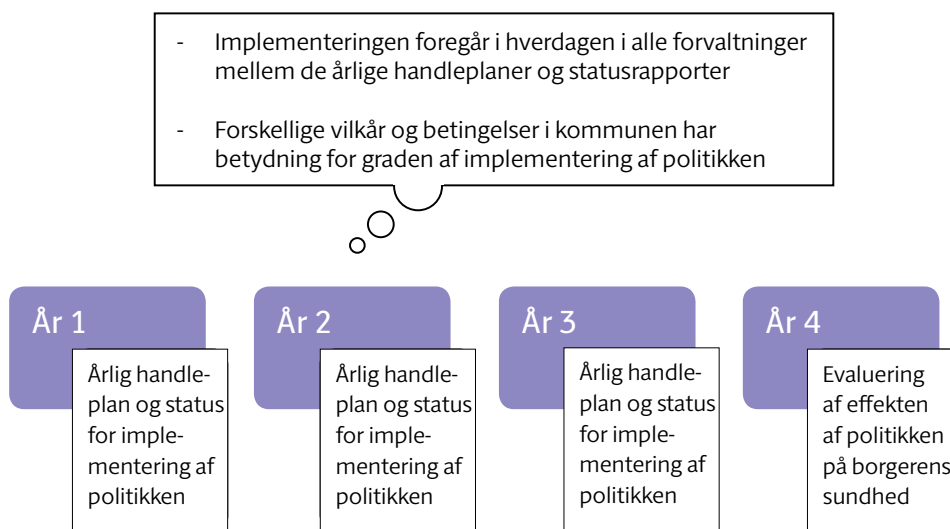
De fleste kommuner inddrager borgere, erhvervsliv, uddannelser, patient- og frivillige foreninger samt lokale råd, fx unge-, ældre- og handicapråd igennem større møder, workshops og høringer, samt nogle igennem digitale medier som fx Facebook.

**Rødovre Kommunes sundhedspolitik** er et eksempel på en politik, hvor borgeren træder tydeligt frem.

Nogle kommuner inddrager civilsamfundet allerede i prioriteringen af fokusområder i sundhedspolitikken. Andre vælger først at inddrage i udviklingen af konkrete indsatser under politisk prioriterede fokusområder. Erfaringen er, at det er en udfordring at få alle relevante borgergrupper repræsenteret på større borgermøder. Nogle kommuner har gode erfaringer med at lave interviews med udvalgte borgergrupper, mens andre arrangerer, at politikere og embedsmænd møder særlige borgergrupper, fx på botilbud, i boligområder og på sundhedscentre for at høre om deres syn på sundhed og kommunens rolle.

# IMPLEMENTERING AF POLITIKKEN

## Implementering af sundhedspolitikker



Vilkårene for implementeringen af politikken bliver grundlagt under udviklingen af politikken. Det er i udviklingsfasen, når målsætninger, fokusområder og indsatser prioriteres og defineres, at det nødvendige ejerskab for politikken bliver etableret på tværs af fagområder. Men når politikken er politisk vedtaget, begynder den konkrete implementering.

### Årlige handleplaner der realiserer politikken

Langt størstedelen af kommunerne udvikler handleplaner, der fungerer som en implementeringsplan for sundhedspolitikken. Handleplanen udarbejdes ofte i dialog med eller i de relevante forvaltningsområder på baggrund af den ramme, som sundhedspolitikken sætter.

Typisk beskriver handleplanen, hvad de enkelte forvaltninger er ansvarlige for, nedbryder fokusområder i politikken til delmål og indsatser og giver en tidsramme for arbejdet. Ofte følges handleplanen op med årlige statusrapporter til kommunalbestyrelsen eller fagudvalget.

Nogle kommuner vælger at genbruge den politik, der tidligere er udarbejdet, og har politiske drøftelser om handleplanen. I disse kommuner er der politisk enighed om retningen for sundhedsindsatsen og derfor ikke behov for længere drøftelser af visioner og fokusområder. Her kan drøftelserne gå direkte på, hvilke indsatser der iværksættes, og på den måde kan der spares noget tid. Se fx [Køge Kommunes](#) sundhedspolitik

### Organisering af sundhed på tværs

Organiseringen af sundhedspolitikens implementering er forskellig kommunerne imellem, men kan overordnet inddeles i tre typer:

- Eksisterende tværgående organisering, ofte med en gruppe på chefniveau og med underliggende arbejdsgruppe/r – og en sundhedskordinator, der på tværs af forvaltninger har ansvar for sundhedsopgaven. Organiseringen sikrer, at der er direkte og tydeligt ansvar for hvem der gør hvad i implementeringen, og der er et veletableret relationelt netværk til at fremme samarbejdet på tværs af forvaltningerne.
- Oprettelse af en ny organisering til at implementere politikken på tværs af de kommunale forvaltninger. Her har nogle kommuner gode erfaringer med at bygge videre på organiseringen fra udviklingen af politikken.
- Ingen formel organisering hvor der udnævnes en sundhedskordinator til at følge op på politikken. Men det er uklart hvem der har ansvar for implementeringen lykkedes, og ejerskabet i kommunens øvrige forvaltninger kan blive udfordret.





### Forskellige betingelser og vilkår for at sætte handling bag ordene

På temadagene drøftede vi, hvilke betingelser og vilkår kommunerne oplever som betydningsfulde for en vellykket implementering af sundhedspolitikken. Faktorer, der blev nævnt som fremme implementeringen, var:

- En politisk prioritering af sundhed
- En tværfaglig chefgruppe, der tager ansvar for sundhedsdagsordenen
- En stærk sundhedschef med stor gennemslagskraft i organisationen
- Plads til at arbejde med udvikling i kommunen, og at driften ikke fylder 'for meget'
- Velfungerende tværgående arbejdsgrupper med deltagere, der formår at engagere eget fagområde til arbejde med sundhed
- Gode personlige relationer og netværk på tværs i kommunen og med eksterne samarbejdspartnere.
- Økonomiske ressourcer

Betingelserne og vilkårene for at implementere politikken er meget forskellige fra kommune til kommune. Erfaringen fra temadagene var, at de kommuner, der er lykkedes bedst med at implementere sundhedspolitikken, har en prioritering af sundhedsopgaven og en veletableret organisering til at arbejde med sundhed på tværs. Men også kommuner, hvor der ikke er en stærk politisk og ledelsesmæssig prioritering af sundhed, og hvor ansvaret for at løfte opgaverne er uklart, lykkedes med at implementere dele af sundhedspolitikken. I disse kommuner er strategien at iværksætte indsatser i fagområder, der prioriterer sundhedsopgaven, og derefter arbejde på at få de øvrige til at begynde at prioritere den. Læs mere implementering i vores erfaringsopsamling "[Gode erfaringer med implementering af forebyggelsespakkerne](#)".

Fle af de deltagende kommuner udarbejdede en årlig rapport med status på implementering af sundhedspolitikken. På temadagene drøftede vi muligheden for at gøre statusrapporterne mere interessante og involverende. Det blev foreslået at invitere udvalget på besøg i fx et sundhedshus eller en daginstitution for at høre, hvilken forskel borgene og medarbejdere oplever, sundhedspolitikken har gjort.

Metoder til at evaluere hvilken effekt sundhedspolitikken haft for borgernes sundhed var et emne, der optog alle kommunerne på temadagene. Men evaluering indgik ikke som specifikt emne på temadagene, og vi skriver ikke om det her. Kommuner, der har interesse for dette, er velkomne til at kontakte os.

### **Om Center for Forebyggelse i praksis**

Center for Forebyggelse i praksis, KL bidrager til at styrke folkesundheden ved at understøtte kommunernes arbejde med at sikre kvalitet og vidensbasering af forebyggelsesindsatsen.

Centerets opgave er:

- At formidle viden om vidensbaserede forebyggelsesindsatser.
- At understøtte implementering af vidensbaserede forebyggelsesindsatser.
- At medvirke til udvikling af nye vidensbaserede forebyggelsesindsatser.

Centerets indsats for at understøtte kommunernes arbejde er baseret på kommunernes behov for ny viden og deres udfordringer i forbindelse med implementering.

Aktiviteterne kan omfatte afholdelse af temadage og kurser, rådgivning samt koordinering og formidling af viden til beslutningstagere og andre interessenter og aktører på forebyggelsesområdet.

Læs mere om centeret her [Link: www.kl.dk/forebyggelseipraksis](http://www.kl.dk/forebyggelseipraksis)

**KL**



Center for  
**Forebyggelse i praksis**

KL  
Weidekampsgade 10  
2300 København S  
Tlf. 3370 3370  
[kl@kl.dk](mailto:kl@kl.dk)  
[www.kl.dk](http://www.kl.dk)

Produktion: Kommuneforlaget A/S  
Design: e-Types  
Foto: Colourbox