

INDLEDENDE KVALITATIV AFDÆKNING

Sundere 0-16-årige børn i kommunen

Implementering af vidensbaserede anbefalinger

**SPIS
SUNDERE
DK**
Rådet for
sund mad

Sundere 0-16-årige børn i kommunen

Indledende kvalitativ afdækning

Februar 2021

Udført af Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen i regi af Rådet for sund mad.

I projektet deltager desuden følgende medlemmer af Rådet for sund mad:
DTU Fødevareinstituttet, Fagligt selskab af Kliniske Diætister,
Kost og Ernæringsforbundet, Københavns Kommune, Landbrug &
Fødevarer, Novo Nordisk Danmark og Vejle Kommune/Culinary Institute.

Foto www.canva.com

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	3
1.1 Formål	4
1.2 Metode	4
1.3 Gennemførelse af interviews	5
1.4 Afdækningens opbygning	5
2. IMPLEMENTERING AF ANBEFALINGER.....	5
2.2 Prioritering af anbefalinger.....	6
2.2.1 Overvægt	6
2.2.2 Mad & måltider.....	7
2.2.3 Fysisk aktivitet.....	8
2.2.4 Mental sundhed.....	8
3. ARBEJDET MED IMPLEMENTERINGEN	9
3.1 Implementeringsprocessen	9
3.1.1 Koordinering af forebyggelsesarbejdet	9
3.1.2 Beslutningsansvar for implementering af anbefalinger	11
3.1.3 Brugen af de centrale anbefalinger	11
3.1.4 Faktorer der styrer, hvilke indsatser der bliver igangsat.....	12
3.1.5 Kompetencer i kommunen.....	13
3.2 Tværgående samarbejde	13
3.2.1 Samarbejde på tværs i kommunen	13
3.2.2 Samarbejde på tværs af kommuner.....	14
4. BARRIERER FOR IMPLEMENTERING	16
5. FREMMENDE FAKTORER FOR IMPLEMENTERING.....	18
6. EVALUERING.....	20
7. AKTØRER.....	21
7.1 Nuværende aktører	21
7.2 Mulige fremtidige aktører	22
8. MULIGE FORBEDRINGSPUNKTER VED IMPLEMENTERING	23

1. Indledning

Mange faktorer spiller ind på de 0-16-åriges sundhed og trivsel, og overvægt og usunde vaner udvikles i et komplekst samspil mellem både individuelle og samfundsmæssige forhold. Så selv om kommunerne har ansvaret for sundhedsfremme og den primære forebyggelse, er der behov for, at mange forskellige aktører står sammen om at løfte opgaven med at sikre sunde rammer for vores børn og unge.

I regi af Rådet for sund mad er projektet `Sundere 0-16-årige børn i kommunen - Implementering af vidensbaserede anbefalinger` igangsat med det overordnede formål at forebygge overvægt og fremme sundhed og trivsel blandt børn i alderen 0-16 år. Følgende medlemmer af Rådet for sund mad er med i projektet: DTU Fødevareinstituttet, Fagligt selskab af Kliniske Diætister, Fødevarestyrelsen, Kost og Ernæringsforbundet, Københavns Kommune, Landbrug & Fødevarer, Novo Nordisk Danmark, Sundhedsstyrelsen og Vejle Kommune/Culinary Institute. Derudover har Novo Nordisk Fonden bidraget med midler til projektets fase 2.

Sundhedsstyrelsen har udviklet vidensbaserede forebyggelsespakker¹ med faglige anbefalinger til kommunerne, der kan understøtte prioritering og kvalitetsudvikling i det kommunale forebyggelsesarbejde.

Forebyggelsespakkerne blev publiceret af Sundhedsstyrelsen i 2012 og 2013 og opdateret i 2018. I arbejdet med at forebygge overvægt og fremme sundhed og trivsel blandt børn og unge er det vigtigt med indsatser direkte relateret til forebyggelse af overvægt og med indsatser, der har fokus på mad og måltider, fysisk aktivitet og mental sundhed, fordi disse områder spiller en vigtig rolle i forebyggelsen og overvægt og samtidig har betydning for den generelle sundhed og trivsel blandt børn og unge. I projektet prioriteres derfor anbefalingerne i de fire forebyggelsespakker om henholdsvis overvægt, mad og måltider, fysisk aktivitet og mental sundhed.

Med projektet sigter Rådet for sund mad på at udvikle modeller for, hvordan anbefalingerne fra de fire forebyggelsespakker bedst muligt kan implementeres i kommunen gennem en multikomponent indsats.

¹ Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen har sammen lavet Forebyggelsespakke – Mad & måltider.

Projektet er inddelt i 3 faser:

- Fase 1 - Indledende kvalitativ afdækning
- Fase 2 - Workshop og etablering af projektpartnerskab
- Fase 3 - Implementering i 3 udvalgte modelkommuner. Gennemføres som et partnerskabsprojekt med 5-10 partnere samt 3 udvalgte modelkommuner.

Projektets fase 1 handler om at gennemføre en indledende kvalitativ afdækning af, hvordan og i hvilket omfang man i 10 kommuner arbejder med at implementere anbefalingerne fra de fire forebyggelsespakker.

1.1 Formål

Det overordnede formål med den indledende kvalitative afdækning er at opnå viden om, hvordan og i hvilket omfang 10 kommuner arbejder med at implementere anbefalingerne fra de fire forebyggelsespakker. Dertil undersøges det i afdækningen, om der kan identificeres relevante forbedringspunkter, der kan bidrage til fremadrettet at fremme implementering af anbefalingerne. Afdækningen skal bruges i arbejdet med at identificere vigtige indsatser og metoder til at implementere anbefalingerne i kommunerne og dermed styrke designet af projektets fase 3 i de tre modelkommuner. Resultaterne af afdækningen skal desuden danne grundlag for projektets fase 2, workshoppen og etableringen af projektpartnerskabet

1.2 Metode

Til at afdække formålet er der gennemført kvalitative interviews med 10 kommuner med afsæt i en semistruktureret interviewguide. De 10 kommuner, der deltager i interviewene, er kendetegnet ved, at de er særligt interesserede i forebyggelse på børneområdet og har fokus på og prioriterer både dét og arbejdet med anbefalingerne. Derved bliver det muligt at lære af disse kommuner, således at andre kommuner efterfølgende kan inspireres i forhold til implementering af anbefalingerne i egen kommune. De interviewede repræsentanter fra kommunerne har forskellig faglig baggrund og funktion i kommunen, fx som ledende sundhedsplejersker, sundhedschefer eller forebyggelseskonsulenter, idet det bidrager til diversitet i svarene.

Udvælgelsen af kommuner er baseret på indledende drøftelser med Center for Forebyggelse i Praksis (CFP) i KL, sekretariatet i Sund By Netværket (SBN) og på anbefaling af CFP den ledende sundhedsplejeske i Vejle Kommune. Blandt de identificerede kommuner blev 10 kommuner udvalgt, således at de er fordelt i forhold til geografisk placering (region), størrelse (indbyggertal), socioøkonomiske udfordringer (socioøkonomisk indeks) og andelen af børn med overvægt (forekomst hos skolebørn).

Udvælgelsesparametre samt fordeling:

- Geografisk placering (Region): 3 fra Hovedstaden, 2 fra Sjælland, 2 fra Midtjylland, 2 fra Nordjylland og 1 fra Syddanmark
- Kommune størrelse (indbyggertal i 2020 ift. en gennemsnitskommune (2018) på 59.000 indbyggere): 3 meget store, 3 store, 3 små og 1 meget lille
- Socioøkonomisk indeks (indeks > 1 og <1 betyder, at kommunens relative udgiftsbehov (2020) er hhv. større og mindre end andre kommuners på basis af en række socioøkonomiske kriterier): 2 meget lavt, 4 lave, 2 høje og 2 meget høje
- Forekomst af overvægt hos børn i kommunen (i indskolingen (årgang 2012), på mellemtrinnet (årgang 2006) og i udskolingen (årgang 2004), jf. Den Nationale Børnedatabase): 1 lav, 6 mellem og 3 høj

1.3 Gennemførelse af interviews

Interviewene er gennemført som telefoninterview med repræsentanter i kommunerne. De 9 interview blev gennemført den 4. - 17. december 2020, mens det 10. interview fandt sted den 6. januar 2021. De interviewede kommuner er følgende: Billund, Brøndby, Faxe, Frederiksberg, Gladsaxe, Hjørring, Slagelse, Syddjurs, Aalborg og Aarhus Kommune.

1.4 Afdækningens opbygning

Den indledende kvalitative afdækning følger tematiseringen i interviewguiden. Med hensyn til sprogbrug er der søgt ensretning, så der her anvendes den samme term, selv om kommunerne kalder det noget forskelligt, fx anvendes 'forvaltning' gennemgående, 'sundhedspleje' i stedet for fx sundhedstjeneste og 'byråd' for kommunalbestyrelse.

I afdækningen er kommunernes svar sammenfattet til generelle betragtninger, men der vil også være konkrete eksempler for at understøtte det samlede billede af de interviewede kommuners arbejde med implementering af anbefalingerne.

2. Implementering af anbefalinger

Dette afsnit omhandler prioritering af indsatser på de fire forebyggelsesområder og implementeringsgrad af anbefalinger og giver eksempler på fremhævede indsatser i anbefalingerne fra de fire forebyggelsespakker (herefter "pakkerne").

2.2 Prioritering af anbefalinger

Overordnet nævner flere kommuner, at det er flere år siden pakkerne blev lanceret (2012 og 2013) og senere opdateret (2018). Derfor ligger der en længere proces forud for, hvor implementeringen af anbefalingerne er i dag, hvilket har betydning for, hvordan pakkerne bliver brugt i kommunens forebyggelsesarbejde. Brugen af pakkernes anbefalinger er ændret, fra da de blev introduceret og frem til i dag, hvor de nu fx indgår som en fast del af indsatsprioriteringen, anvendes som baggrundsviden for kommunens øvrige forebyggelsesarbejde eller anvendes, når der er konkret brug for dem, fx som argumentationsgrundlag for implementering af nye indsatser, der skal fremlægges ledelsen eller byrådet. I mange kommuner blev anbefalingerne i pakkerne i tiden efter lanceringen gennemgået fra ende til anden for at udvælge hvilke anbefalinger, der skulle prioriteres. I dag foretages der i højere grad en løbende udvælgelse af enkelte anbefalinger for at se, hvor langt man er med den enkelte anbefaling, og dermed hvilke indsatser der skal prioriteres fremover.

Der er forskel på, hvor systematisk pakkerne bliver brugt inden for de fire områder og forskellige fagligheder. Sundhedsplejen følger generelt forebyggelsespakken om overvægt systematisk, mens det fx på skole- og daginstitutionsområdet er mindre systematisk, fordi de har et andet og bredere fokus. Generelt koncentrerer kommunerne sig om at få implementeret anbefalingerne på grundniveau, og ikke kun de centrale anbefalinger. Især mindre kommuner fokuserer sædvanligvis udelukkende på anbefalinger på grundniveau, mens en del af de større kommuner fokuserer på både grund- og udviklingsniveau.

Blandt de fire pakker prioriterer kommunerne for nuværende primært overvægt, mens de øvrige pakker har et mindre fokus. Det nævnes af flere kommuner, at de på i øjeblikket prioriterer nogle pakker frem for andre. Det betyder dog ikke, at der ikke tidligere har været fokus på de pakker, man ikke prioriterer lige nu. Dertil er der på tværs af de fire pakker anbefalinger, der følger op på lovgivning, og de er implementeret som noget af det første efter 2012 og er fortsat et fokusområde. Kommunerne nævner, at når anbefalingerne er forankret i lovgivning, bliver de en større del af den daglige drift og dermed prioriteret.

2.2.1 OVERVÆGT

En kommune valgte ikke at prioritere overvægt i starten, da pakkerne blev lanceret, da de vurderede, at evidensen for indsatserne virkede svag, også selvom der var et problem med overvægt i kommunen. En anden kommune nævner, at evidensen for forebyggelse af overvægt diskuteres fagligt, og at de er opmærksomme på, at ”man ikke er i hus med, hvad der virker.” En tredje kommune fortæller, at de i arbejdet med at forebygge overvægt bredt i kommunen har fokus på at implementere anbefalinger på grundniveau i mad og måltider og fysisk aktivitet, da overvægt overlapper en del med disse to

områder, og anbefalingerne går på tværs. I denne kommune har sundhedsplejen tilbud om overvægt, men pakken om overvægt er ikke prioriteret eller strategisk valgt i det brede arbejde i kommunen.

Sundhedsplejens overvægtstilbud er blevet udvidet i en kommune på baggrund af investeringsmodeller, dvs. modeller, der ud fra beregninger viser sig at være rentable på den lange bane. Sundhedsplejen henviser ofte videre til overvægtsklinikker på sygehusene. Henvisningen kan også ske fra praktiserende læger, og hvis et tilbud efterspørges af forældrene. Kommunen oplever, at nogle forældre tager imod tilbuddet, og at de er glade for det, mens det hos andre vækker modstand, når sundhedsplejen italesætter vægtproblemet. De fortæller, at Holbæk-modellen ofte bruges på overvægtsklinikker, og at det er sundhedsplejen, der med inspiration fra andre kommuner, har valgt den model, fordi den var tilgængelig, og der har været kurser til sundhedsplejerskerne.

Eksempler på tilbud og indsatser omkring overvægt i de 10 kommuner:

- Screening i sundhedsplejen, og hjemmebesøg hos familier med særlige behov
- Ekstra screening i sundhedsplejen for børn i indskolingen
- Klinik for børn med overvægt
- "Fra rund til sund": Overvægtsindsats for børn med overvægt med udgangspunkt i Holbæk-modellen (en to-årig forsøgsperiode)
- Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) som i led i opsporingen og behandling af overvægt blandt børn
- Changing Diabetes sammen med Novo Nordisk: Et program der er med til at sikre en sund fremtid for børn med type-1 diabetes.
- "Behandling af Overvægtige Børn og Unge": Har til formål at få børn og unge med overvægt til at stoppe deres vægtøgning.
- "Vanebryderne": Tilbud til familier, med børn og unge med overvægt

2.2.2 MAD & MÅLTIDER

Der er store forskelle fra institution til institution og fra skole til skole på, hvordan de arbejder med mad og måltider. Nogle institutioner og skoler har madordninger og køkkener, mens andre ikke har. For en kommune har området deres opmærksomhed, men der er ikke endelig afklaring om igangsættelse af indsatser endnu. Flere kommuner fremhæver, at institutionerne har en høj grad af selvbestemmelse, hvilket betyder at der er stor forskel på omfanget af implementerede anbefalinger. Én kommune nævner, at de arbejder særligt med decentralisering, så der er plads til lokale principper for mad og måltider. Andre kommuner fremhæver, at kantineordninger og skolekøkkener ikke er blevet prioriteret, især pga. økonomi. Food trucks og gratis skolemad har været forslag til indsatser i en kommune, men viser sig for dyre eller uinteressante for skoleledelse og/eller forældre.

Eksempler på tilbud og indsatser omkring mad og måltider i de 10 kommuner:

- Mad- og måltidspolitik i daginstitutioner, skoler og fritidsordninger
- Handleplaner for daginstitutioner, skoler og fritidsordninger
- Undervisningsmateriale, fx ”Kend din mad”, der er et undervisningsforløb med mad som omdrejningspunkt
- Etablering af skolekøkkener i skoler i særligt udsatte boligområder

2.2.3 FYSISK AKTIVITET

Flere kommuner peger på, at det er lettere at prioritere fysisk aktivitet, end fx mad og måltider, da der er interesse for området fra ledelsens og politisk side. I forhold til implementering af 45 minutters fysisk aktivitet om dagen i skolen er der store forskelle mellem skolerne, fordi der er forskel på både lederne og på medarbejderne. Selvom anbefalingen om 45 minutter er skrevet ind i Folkeskoleloven, er det svært at prioritere i praksis. Flere kommuner omtaler ”Svendborg-modellen”, som de gerne vil arbejde med, der handler om mere fysisk aktivitet i skoledagen.

Eksempler på tilbud og indsatser omkring fysisk aktivitet i de 10 kommuner:

- ”Bevæg dig for livet”: En fælles vision mellem DGI og DIF, som handler om, at 75% af befolkningen skal være aktive i 2025 - og 50% være med i en forening
- Idrætscertificering af dagplejere
- ”Jump 4 Fun”: Et landsdækkende træningstilbud for børn og unge med forskellige udfordringer, herunder overægt
- ”Fit for Kids”: Tilbyder børn samt deres familier gratis kostvejledning, træning, coaching, et motivationsprogram og sjove events, hertil et støttende online fællesskab
- Omlægning af skolegårde med flere redskaber og rum til bevægelse
- Byplanlægning med flere ”gåturs-stier” og stilleområder pga. meget støj
- Udendørs legepladser og motionsrum
- ”Bevægelse I Daginstitutioner og Skoler”: Idræts – og bevægelsestilbud der skal inspirere børn og unge til at være mere aktive i dagtilbuddene og i fritid
- ”Kroppen på toppen”: Tilbud, hvor man understøtter fysisk aktivitet i daginstitutioner
- Uddannelse af krops- og bevægelsesvejledere målrettet pædagoger

2.2.4 MENTAL SUNDHED

Mental sundhed er den forebyggelsespakke, der ifølge kommunerne er sværest at arbejde med. Det er derfor også den pakke, der senest er blevet prioriteret. Det nævnes af flere kommuner, at der ikke er arbejdet systematisk med

pakken, og at det er et område, de kæmper meget med at få implementeret anbefalinger inden for, men at det også er et område, de er meget optagede af.

En kommune nævner, at de unge skal have nogle præstationsfrie rum. En refleksion går på, om de unge rent faktisk er blevet mere stressede, om de i højere grad italesætter, at de er mere stressede, eller om den øgede stress er et udtryk for øget bevågenhed og registrering på området. Kommunen vurderer, at stress eksisterer i alle grupper i samfundet, og at det har bredt sig og givet udfordringer i forhold til mental sundhed, men at der stadig er stor forskel på toppen og bunden af samfundet. En kommune er i gang med en brugerundersøgelse, hvor de spørger borgerne, hvad de mener, at den mentale sundhedsstrategi skal indeholde, processen er dog blevet udskudt på grund af Corona-epidemien. Overordnet handler brugerundersøgelsen om robusthed og "livsmestring".

Eksempler på tilbud og indsatser omkring mental sundhed i de 10 kommuner:

- "ABC for Mental Sundhed": Indsats der gennem aktivitet, fællesskab og meningsfuldhed forbedrer og styrker den mentale sundhed
- "Åben og rolig": Tilbud målrettet unge om håndtering af stress
- Tilbud om bedre navigering på og brug af sociale medier
- "Cool-kids": Tilbud der forsøger at lære børn, unge og forældre at bruge konkrete redskaber, der gør det lettere at håndtere og dæmpe angst
- Mentorordninger for børn

3. Arbejdet med implementeringen

Dette afsnit omhandler selve arbejdet med implementeringen af anbefalingerne, herunder forankring i kommunen, beslutningsproces, styring af indsatser og koordinering af tværgående samarbejde i og mellem kommunerne. Desuden gennemgås de oplevede barrierer for implementering af anbefalingerne, og hvad der fremmer implementeringen. Kommunerne har desuden givet forslag til forbedringspunkter, når det kommer til implementering af forebyggelsespakkerne fremadrettet. Endelig beskrives kommunernes erfaring med evaluering af forebyggelsespakkerne.

3.1 Implementeringsprocessen

3.1.1 KOORDINERING AF FOREBYGGELSE SARBEJDET

Koordineringen af hvilke forebyggelsesindsatser, der igangsættes, er forankret på forskellige måder i de forskellige kommuner.

I en kommune er de tre personer inden for samme forvaltning om at koordinere indsatserne, to sundhedskonsulenter og en ledende

sundhedsplejerske. Her er der ikke en bestemt måde at arbejde på, da de koordinerer indsætter meget agilt, og der hvor der er brug for medarbejderne. I flere kommuner er det den ledende sundhedsplejerske, der skaber overblik over indsatserne. Det bemærkes, at når der igangsættes en indsats, er det vigtigt, at indsatsen er forankret, og at det er sikret, at nogen har overblikket, så borgerne ikke får tilbud fra flere forskellige medarbejdere inden for kommunen.

I en mindre kommune er det den ledende sundhedsplejerske, der bestemmer hvilket område, der skal arbejdes med. Koordinering foretages ved først at lave en kortlægning, hvor anbefalingerne skrives ind i et Excel-ark. Herefter går de i gang med at afdække de enkelte anbefalinger i pakkerne. De spørger fx kommunens skoler om, hvorvidt de har igangsat konkrete indsatser relateret til de specifikke anbefalinger og i hvor høj grad. På baggrund af kortlægningen kan de finde ud af, hvor der er mulighed for forbedring. Der er sammensat en medarbejdergruppe med forskellige kompetencer, så de er dækket fagligt ind, og de enkelte medarbejdere er forpligtet til at være opdaterede. Den ledende sundhedsplejerske har delt ansvaret for forebyggelsespakkerne ud, så ansvaret for hver forebyggelsespakke ligger hos en given medarbejder matchet med medarbejderens specifikke kompetencer. Der er således en nøgleperson, der har hovedfokus på anbefalingerne inden for en specifik forebyggelsespakke. Når der kommer en forespørgsel inden for et af områderne, kan hun derfor sende henvendelsen videre til den pågældende nøgleperson.

I en af kommunerne er de prioriterede indsatser vedtaget politisk med opbakning fra direktionen. Det giver mulighed for, at alle kan se sig selv i forebyggelsesarbejdet, hvilket skaber en fælles indsigt i, hvordan beslutningerne er truffet i kommunen. I kommunen er alle forebyggelsespakkerne samlet i en og samme forvaltning, hvortil der er tilknyttet en sundhedsstyregruppe. Styregruppen består af ledere fra flere forskellige forvaltninger. Styregruppen koordinerer og prioriterer indsatserne med udgangspunkt i sundhedspolitikken, som forebyggelsespakkerne danner grundlaget for. Det er primært konsulenter, der arbejder med at få tiltag og indsatser implementeret i praksis ofte i samarbejde med fx dagtilbudsledere og skoleledere.

I en anden kommune koordineres arbejdet i de respektive forvaltninger. Dette nævnes også af andre kommuner. Dertil mødes en direktørgruppe på tværs af forvaltninger og vælger fokus for den kommende sundhedspolitik. I denne kommune er det konsulenterne, der tager dialogen med de parter, der skal involveres, herunder ledelse, institutioner og skoler. Det er vigtigt, at det giver mening for dem, der skal udføre det faktiske arbejde, i fx skoler og institutioner. Her er derfor fokus på borgerinddragelse i form af koordinering med forældre i forældreorganisationer.

En del kommuner kommer ind på, at der i en forvaltning kan arbejdes meget systematisk med anbefalingerne, mens der i en anden forvaltningen udelukkende er helt overordnede retningslinjer. Forskelligheden i arbejdet med forebyggelsesarbejdet har særligt med forebyggelsesområdet at gøre, og afhænger af hvor decentralt ansvaret for implementering ligger. I en mindre kommune har man en flad struktur, hvilket betyder, at man som medarbejder har kort vej til at få beslutninger truffet hos ledelsen.

Flere peger på, at sundhedsplejen løbende har fokus på, om der er relevante punkter på de forskellige udvalgsdagsordener, så der kan spilles ind på de områder, der er politisk opmærksomhed omkring, og som understøtter implementering af anbefalingerne. I en kommune er en medarbejder ansat både i sundhedsplejen og i en tværgående enhed, så der skabes sammenhæng mellem afdelingerne og indsatserne. I denne kommune ligger mange opgaver og indsatser i forhold til overvægt i sundhedsplejen. Den tværgående enhed bidrager til en del af indsatserne i sundhedsplejen og har samtidig selvstændige indsatser, bl.a. ift. databehandling, som kan pege på hvilken retning, der er vigtigst at gå i forhold til de udfordringer, der i kommunen. Denne tværgående enhed samarbejder med mange forskellige afdelinger på tværs af områder, så sundhed tænkes på tværs og ind i de primære opgaver i de enkelte afdelinger. Kommunen fremhæver, at dialogen på tværs af enheder i kommunen er meget vigtig for at sikre, at sundhed tænkes ind som en integreret del, og at indsatserne ikke står alene men samlet set kan gøre en forskel for borgerne.

3.1.2 BESLUTNINGSANSVAR FOR IMPLEMENTERING AF ANBEFALINGER

Gennemgående for de udførte interviews nævnes det, at det overordnede beslutningsansvar er placeret i de politiske udvalg eller i byrådet. På mad- og måltidsområdet fremhæves bl.a. at ansvaret ofte ligger hos skolelederen/bestyrelsen, som bestemmer, hvilken ordning de benytter på skolerne. For overvægt nævnes især at ansvaret primært ligger hos sundhedsplejen i kommunen.

3.1.3 BRUGEN AF DE CENTRALE ANBEFALINGER

De fleste kommuner implementerer generelt anbefalinger på grundniveau og kigger ikke kun på de centrale anbefalinger, men flere kommuner har også indsatser på udviklingsniveau. Nogle kommuner nævner, at der er rigtig mange anbefalinger, og der derfor skal prioriteres i, hvilke der skal implementeres. I én kommune er det fx politisk bestemt, at de kun arbejder med at få anbefalinger på grundniveau implementeret. Her har medarbejderne mulighed for at komme med input til, hvad der giver bedst mening at prioritere.

3.1.4 FAKTORER DER STYRER, HVILKE INDSATSER DER BLIVER IGANGSAT

For flere kommuner er det ikke pakkerne, og anbefalingerne heri, der direkte styrer hvilke indsatser, der prioriteres. De fleste kommuner sætter sig ikke ned med pakkerne, gennemgår dem fra start til slut, og lader forebyggelsesarbejdet forme sig derefter.

For flere kommuner er der omstillingsparathed, og det er afgørende for hvilke indsatser, der sættes i gang, hvad der er samfundsmæssigt fokus på, og om der er politisk bevågenhed på et område. Det nævnes af en kommune, der i høj grad arbejder med, hvad der giver mening lige nu og her, og at det er en strategi, der både har fordele og ulemper. Strategien har den ulempe, at det gør det sværere at navigere langsigtet og fastholde indsatserne. Omvendt er man også i stand til at sætte hurtigt ind, når der er villighed og opbakning til at arbejde med et bestemt område. En anden kommune har den tilgang, at hvis de oplever, at der er et problem, og såfremt det passer ind i deres sundhedspolitik, så igangsætter de et tværfagligt samarbejde og sætter indsatsen i gang. Her holder de øje med de åbninger, der er, fx politisk, og byder selv ind, der hvor der ses en mulighed for at lave indsatser, der kan skabe forandring og gøre en forskel for borgerne.

En kommune peger på at særlige indsatser kan igangsættes, hvis de får bevillinger fx fra puljer. For nogle kommuner er det den kommunale handleplan og sundhedspolitik, der ligger til grund for prioriteringen af, hvilke indsatser der skal fokuseres på. I disse kommuner bliver pakkerne brugt supplerende, og der hvor det giver mening i forhold til sundhedspolitikken. En kommune har en sundhedspolitik, der revideres hvert andet år, hvoraf kommunens prioritering fremgår. For en anden kommune er arbejdet med implementeringen af mad- og måltidspolitikker blevet igangsat, da de i en kortlægning af området fandt ud af, at der lå en politik, som ikke var implementeret, hvorefter det blev politisk besluttet, at der skulle arbejdes med området.

Der bliver også lyttet til ønsker fra andre steder i systemet. Nogle kommuner spørger fx hvilke områder og indsatser ledere i skoler og daginstitutioner kunne tænke sig at få bredt ud, og involvering af borgerne er også en vigtig indsats for flere kommuner. Som eksempel på dette er indsatsen omkring at flytte 3 1/2 års-besøget til daginstitutionen og have fokus på at få forældrene inddraget. En kommune nævner, at det afhænger meget af, hvilke områder der er presserende ift. sundhed i kommunen, og hvilke interesser der er, men at initiativer mest kommer nedefra og op. For en anden kommune var det fx sundhedsplejen, der pegede på, at der burde arbejdes med den mad, der var tilgængelig i klubber og skoler/daginstitutioner og dermed var med til at sætte fokus på, hvad der skulle prioriteres og igangsættes.

3.1.5 KOMPETENCER I KOMMUNEN

Det bemærkes af nogle kommuner, at de tilstedeværende kompetencer kan have en betydning for hvilke og hvordan, indsatserne gennemføres. For større kommuner er det ikke svært at tiltrække den nødvendige kompetence, men i mindre kommuner kan der i visse sammenhænge savnes kompetencer i forvaltningen. Det kan nogle steder skyldes, at der er begrænset med kompetencer på tværs af områderne, men som mindre kommune har man mere agilitet, når den enkelte medarbejder skal dække flere områder. Her kan der omvendt opstå udfordringer med manglende specialisering blandt medarbejderne. En kommune fortæller, at det er medarbejderne, der bidrager til kompetenceudviklingen, og at de ellers finder kompetencerne eksternt i form af konsulenter.

Eksempler på kompetenceudvikling omfatter bl.a. kurser til lærere og daginstitutionspersonale, som skoler og institutioner finansierer. Der er gennemført kompetenceudvikling af medarbejdere, der arbejder på tilbud til børn med overvægt – men ellers er det medarbejderne i de forskellige afdelinger der hjælper hinanden internt (sidemandsoplæring).

En kommune nævner, at det at sundhedsplejerskerne er klædt på ud fra en specifik fagfaglig kompetence, kan blive udfordret på andre faglige områder. Kompetenceudvikling på områder uden for ens primære faglighed, fx hvor medarbejderne skal have kompetencer til at lave indsatser på tværs af pakkerne, vil derfor være en fordel.

3.2 Tværgående samarbejde

3.2.1 SAMARBEJDE PÅ TVÆRS I KOMMUNEN

I mange kommuner samarbejdes der på tværs af forvaltningerne gennem tværfaglige grupper, der består af medarbejdere fra forskellige forvaltninger. Det tværgående arbejde foregår ift. enkelte indsatser og/eller i mere formelt nedsatte arbejdsgrupper på tværs af forvaltningerne.

I en kommune har kommunaldirektøren fokus på, at der skal arbejdes på tværs, og det er blevet en del af kommunens 2030-strategi. Her foregår arbejdet med sundhed på tværs af forvaltninger, da der for et par år siden blev nedsat arbejdsgrupper, der fortsat arbejder med de emner, der er i sundhedspolitikken. Der er 5-10 medlemmer i hver arbejdsgruppe. Her er to af fokusområderne hhv. børn og voksne med overvægt og inaktive børn og unge. I arbejdsgruppen med inaktive børn og unge sidder en sundhedsplejerske, en bevægelseskonsulent, en bibliotekar og nogle sundhedskonsulenter. De mødes 2 gange om året og forholder sig til, hvor langt de er med sundhedspolitikken.

I en anden kommune sidder lederen af sundhedsafdelingen sammen med fire forskellige faglige sundhedskonsulenter og indsamler data på indsatser og

koordinerer forebyggelsesarbejdet. De arbejder også med specifikke styregrupper, samt en specifik tværgående gruppe, fx DGI-samarbejde med kulturforvaltningen om røgfri idrætstid. En tredje kommune nævner, at de systematisk afholder løbende samtaler i sundhedspolitiske grupper. For en kommune er overvægtsindsatsen tilrettelagt på tværs af forvaltninger inden for børn og unge, undervisning, sundhed, ældre samt teknik og miljø.

Af mindre formel karakter foregår tværgående samarbejde i en kommune overvejende ved, at der er konsulenter i de enkelte afdelinger, der involveres på tværs, når der er projekter. Men det er et ønske, at der jævnligt afholdes møder, så man fastholder den løbende dialog.

En kommune nævner, at der er lidt forskel på, hvordan det tværgående arbejde foregår på de forskellige områder. Det er afgørende, om man kender hinandens kerneopgaver, og hvordan de enkelte forvaltninger er sammensat. Det er vigtigt, at topledelsen er tydelig omkring, at de ønsker, at der skal arbejdes på tværs, og at det tværgående arbejde prioriteres. I en anden kommune følger direktørgrupper op på status, beslutter, hvad der skal være fokus på, sætter rammerne for sundhedspolitikken, hvorefter konsulenter på tværs af forvaltningerne inddrages. Samtidig har nogle forvaltninger i samme kommune dialog med de relevante områdeledere og laver forskellige politikker derudfra.

I en anden kommune er det sundhedsplejen, der sikrer en koordineret forebyggelsesindsats i kommunen ved at ældrechefen, ungechefen, chefen inden for voksenstøtte og sundhed afholder møder sammen. Man har på den måde organisatorisk forsøgt at gøre det muligt at arbejde på tværs. De nævner samtidig, at der er et godt tværgående arbejde på alkoholområdet, og at de ønsker tilsvarende samarbejde og samarbejdsmodel for fysisk aktivitet, mad og måltider, mental sundhed og overvægt. Det gode samarbejde på alkoholområdet fremhæves af flere kommuner som noget, der kan tages med videre i forebyggelsesarbejdet med nærværende fire forebyggelsespakker.

3.2.2 SAMARBEJDE PÅ TVÆRS AF KOMMUNER

Flere kommuner nævner, at de har glæde af Sundby netværket. Her erfaringsudveksles og deles viden om, hvad der virker og ikke virker, og det nævnes, at det er et godt netværk til at få gode ideer til konkrete tiltag. Nogle kommuner deler erfaringer på sundeborgere.dk, hvor kommuner kan lægge cases ind, der beskriver tiltag inden for et bestemt område. Mange nævner også betydningen af, at man i kommunen ved, hvem man skal ringe til og har talt med tidligere, dvs. at netværk har stor betydning for det tværgående samarbejde.

Nogle kommuner samarbejder med andre kommuner om specifikke tiltag men erfaringsudveksler også om forebyggelsespakkerne. De deltager desuden ofte i mere uformelle netværk, og en kommune fortæller, at de i et sådant netværk

har fået specifik hjælp i forhold til overvægtsindsatsen. En række kommuner nævner, at de tager kontakt til andre kommuner, når de hører noget interessant, bl.a. har nogen hentet inspiration fra projektet 'Fælles forebyggelse' til egen indsats på området. En kommune har et igangværende tværkommunalt projekt i samarbejde med almen praksis om en forebyggende tidlig indsats ved uro, angst og selvskade.

Flere kommuner deltager i netværk med andre kommuner, hvor de rådfører sig med hinanden. De deltager både i etablerede netværk og i netværk, de selv laver. En kommune har faste halvårslige møder med andre kommuner.

Ifølge flere kommuner vækker samarbejde på tværs af kommuner interesse hos politikerne, da der kommer mere tyngde over forebyggelsesarbejdet, når kommunerne går sammen om det. Det er en god måde at sætte fokus på et område. Omvendt må det tværgående samarbejde ikke blive for tungt. Nogle steder giver det mere mening at samarbejde på tværs af kommuner. Det gælder fx når der er tale om mindre kommuner og kommuner med lav befolkningstæthed. Det kan også give mening at arbejde sammen på tværs af kommuner, hvis der er større geografiske afstande, i landkommuner, hvor der er lang transporttid til fx et kursus.

Enkelte kommuner fortæller, at de ikke samarbejder med andre kommuner, enten fordi det ikke har været prioriteret, eller fordi der ikke er brug for det pga. kommunens størrelse. Større kommuner klarer ofte forebyggelsesarbejdet selv, mens mindre kommuner i højere grad arbejder sammen med andre kommuner.

Vidensbaserede indsatser og inspiration fra andre kommuner

Når kommunerne lader sig inspirere af andre kommuner om konkrete indsatser, tilpasser de indsatserne, så de passer ind i deres egen kontekst, herunder demografi og afstande mellem byerne. Kommunerne har samtidig et ønske om at arbejde så vidensbaseret som muligt – også når de lader sig inspirere fra andre kommuner – og nogle kommuner nævner, at de samarbejder med forskningsinstitutter. En kommune nævner, at deres tilbud som regel tager udgangspunkt i forskning suppleret med, hvad de ved fungerer i praksis.

Det nævnes af flere kommuner, at de får inspiration fra andre kommuner. Mange kommuner er interesserede i at arbejde evidensbaseret, og nævner, at hvis kommunen lader sig inspirere af tiltag fra andre kommuner eller områder, er der fokus på at sikre, at det er videnskabeligt funderet. Dette sikres i nogle kommuner ved, at der sidder en faglig konsulent, der bidrager til at vurdere, hvilke indsatser der skal gennemføres, og sørger for, at det er vidensbaseret. I én kommune er det medarbejdere, der tjekker den nyeste forskning på områderne, som fx da der skulle laves indsatser omkring Binge Eating Disorder (BED). Her var de fagpersoner, der skulle arbejde med

indsatsen, ikke tilstrækkelig opdaterede inden for området, derfor blev der arbejdet med, at den bedst mulige viden blev fundamentet for indsatsen ved at tage afsæt i den nyeste forskning og viden på området.

4. Barrierer for implementering

Alle kommuner nævner politiske forhold, utilstrækkelig økonomi, manglende prioritering og manglende samarbejde på tværs som barrierer for at implementere forebyggelsespakkerne.

Eksempler på overordnede barrierer i de 10 kommuner:

- Manglende politisk opbakning til forebyggelse på de fire områder: Politikernes dagsorden kan føre til ændret retning i kommunens fokus og indsatser.
- Manglende eller ikke velfungerende tværgående samarbejde: At arbejde med sundhed kræver et tværfagligt fokus, hvis det skal føre til handling.
- Utilstrækkelige økonomiske ressourcer: Manglende ressourcer er generelt en udfordring, men økonomi nævnes også flere gange som en barriere, når det kommer til samarbejdet på tværs af forvaltninger. Det kan være vanskeligt at fordele de økonomiske poster mellem forvaltningerne.
- Det er tidskrævende at implementere anbefalingerne: Somme tider har kommunerne brug for at sætte tiltag i gang hurtigt. I disse tilfælde kan det være en tidsmæssig udfordring, hvis de skal tage udgangspunkt i anbefalingerne.
- Mangel på relevante faglige kompetencer
- Forebyggelse er et omfangsrigt felt: Kommunerne skal dække mange områder med de ressourcer, de har til rådighed, hvilket især er en barriere for de mindre kommuner.
- Manglende politisk forståelse for arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse: Det er ikke altid, at politikkerne har opmærksomhed på, at der både skal arbejdes systematisk med indsatser og med strukturelle tiltag. De har ofte fokus på konkrete tilbud.
- Manglende viden om hvordan kommunerne bedst arbejder med forebyggelsen og hvilke tiltag, der virker: Det kommunale selvstyre bevirker, at arbejdet med forebyggelsespakkerne foregår meget forskelligt i kommunerne, og indsatserne varierer ligeledes. Det er derfor svært at vurdere hvilke tiltag, der virker bedst.
- Manglende fokus på forebyggelse og sundhedsfremme: Det kan være vanskeligt at få forebyggelse og sundhedsfremme på dagsordenen hos både politikere, ledere i forvaltninger og ledere og medarbejdere, fx i skoler. Det skaber en udfordring i forhold til at få forebyggelsespakkerne prioriteret.

- Manglende lovgivning: Hvis der ikke er lovgivning på et område, kan det være en barriere for implementering af forebyggelsespakkerne. Det er fx vanskeligt at få skoler til at arbejde med mad og måltider, fordi det ikke står fremskrevet tydeligt i Folkeskoleloven.
- Manglende fokus på borgerinddragelse i forebyggelsespakkerne: Kommunerne har fokus på at inddrage borgerne men mangler værktøjer og eksempler.
- Manglende ledelsesmæssig opbakning: Manglende opbakning fra ledelsen kan betyde, at nogle anbefalinger ikke er blevet prioriteret og igangsat. Det afhænger af, hvilke områder der er i fokus.

Eksempler på barrierer forhold til projekter og indsatser i de 10 kommuner:

- ”Projektitis/projekt-helvede”: For mange projekter gør det vanskeligt at få de forskellige arenaer til at prioritere sundhedsprojekter.
- Udsatte grupper: Det er svært at finde indsatser, som kan favne alle målgrupper, her nævner flere kommuner særlige udfordringer med etniske minoriteter.
- Indsatser i skoler: Samarbejdet med skoler kan være udfordrende, fordi sundhed er et sekundært mål i skolen.
- Varierende forældrekompetencer: Forældrekompetencer kan være afgørende for, om kommunen kommer i mål med indsatserne. Fx vil effekten af tilbud til børn med overvægt være meget afhængige af opbakning fra forældrene.
- Mangelfuld viden om, hvordan tilbud skal sammensættes, så kommunen ikke overskrider deltagernes personlige grænser: Det er en udfordring at finde balancen i forhold til, hvad kommunen skal blande sig i.

Eksempler på barrierer i forhold til forebyggelsespakkerne i de 10 kommuner:

- For mange forebyggelsespakker og anbefalinger: Det er ressourcekrævende at følge op på alle anbefalinger. En kommune nævner, at der er meget bureaukrati forbundet med de mange anbefalinger.
- Forebyggelsespakkernes formål: Det er ofte sekundære formål for dem, der arbejder med dem. En kommune beskriver det som ”Forebyggelsespakkernes akilleshæl”.
- Manglende ressourcer: Kommunerne kan ikke nå alle anbefalinger, og det er meget vanskeligt at nå til udviklingsniveauet. Især de mindre kommuner har svært ved at implementere alle anbefalinger i forebyggelsespakkerne.
- Forståelse af anbefalingerne: Langt de fleste kommuner beskriver at anbefalingerne er konkrete og forståelige, mens kun få kommuner

fremhæver, at det er en barriere, at formuleringerne i forebyggelsespakkerne ikke er konkrete nok.

5. Fremmede faktorer for implementering

Kommunerne fremhæver generelt, at den politiske dagsorden og økonomiske ressourcer er fremmede faktorer for implementeringen.

Eksempler på overordnede fremmede faktorer i de 10 kommuner:

- Når anbefalinger kan knyttes til eksisterende agenda eller struktur: Det er fremmede for implementeringen af forebyggelsespakkerne, hvis anbefalingerne kan implementeres i eksisterende strukturer. Hvis en indsats skal gennemføres i skolen, skal den bidrage til at opfylde nogle af de mål, som skolen i forvejen skal nå. Der er mange driftsopgaver i kommunen, og det er derfor vigtigt også at tænke det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde ind i driften. Det er fx lettere at implementere de anbefalinger, der har et lovophæng, kan knyttes an til agendaer som klima og bæredygtighed eller som har samme mål som den eksisterende drift, dvs. når de kan knyttes op på de eksisterende strukturer i kommunen.
- De rette kompetencer: Kommunerne peger også på, at succesfuld implementering kræver, at de rette kompetencer er til stede. Det gælder både kompetencer blandt kommunens ansatte, men også kompetencer blandt relevante aktører, som fx pædagoger, lærere mm. De store kommuner har bedre forudsætning for at have relevante kompetencer repræsenteret 'in house'. Hvis et forebyggelsesområde er 'godt dækket ind' af relevante kompetencer, er det lettere løbende at gøre beslutningstagere opmærksomme på det aktuelle indsatsområde. En enkelt kommune bemærker, at manglende kompetencer ikke er et problem, da kompetencen kan hyres udefra, når det er nødvendigt.
- Nationale indsætter: Store nationale forebyggelsestiltag inden for et område gør det lettere for kommunerne at arbejde med et forebyggelsesområde. Der er flere årsager til dette. En større, eventuel national, indsats, gør det lettere for kommunerne at få et område på dagsordenen lokalt. Det kan også være, at det er muligt for kommunen at finde inspiration til en lignende indsats eller at koble sig på den store, eventuelt nationale, indsats. Flere kommuner nævner, at de har gode erfaringer med dette i forhold til områderne rygning og alkohol.
- Fastholde borgere henover tid: Flere kommuner nævner, at det er vigtigt at designe indsætterne, så det er muligt at fastholde borgerne, da det tager tid at ændre vaner og skabe forandring.
- Forebyggelsespakkerne som værktøj: Forebyggelsespakkerne kan i sig selv virke fremmede, da de kan bruges til at få inspiration fra. Flere kommuner peger desuden på, at pakkerne fungerer som gode tjeklister, ud over at de bidrager med relevant viden. Enkelte kommuner nævner,

at de bruger pakkerne som reference, når de skal argumentere for midler til nye indsatser på forebyggelsesområdet.

- Supplerende viden: Eksisterende materiale, gerne fra en myndighed, kan også være fremmede for implementering af anbefalingerne. Sundhedsplejersker kan fx i deres arbejde med mad og måltider på skolerne bruge undervisningsmateriale om kostrådene.

Eksempler på fremmede faktorer ift. samarbejde eksternt og internt i de 10 kommuner:

- Ledelsesmæssig opbakning: De fleste kommuner fremhæver opbakning fra ledelsen, som vigtig for implementering af anbefalingerne, og enkelte kommuner nævner specifikt, at det er hensigtsmæssigt, hvis ledelsen er lydhør overfor faglige input.
- Politisk opbakning: Sundhedspolitikker og handleplaner med politisk opbakning bliver flere gange fremhævet som fremmede for det forebyggende arbejde, da det kan understøtte en indsats eller et område.
- Opbakning fra institutioner og skoler: Nogle kommuner fremhæver, at det er væsentligt, at der er opbakning til at afprøve tiltag i lokalmiljøet, for at fremme implementeringen af anbefalingerne. Der er brug for, at fx skoler eller daginstitutioner indvilliger i at afprøve og deltage i nye tiltag.
- Tværgående samarbejde: Generelt fremhæves det som fremmede med godt samarbejde på tværs af forvaltninger og med direktionen. Flere nævner desuden, at det er en fordel at have en tværgående sundhedskoordinerende gruppe.
- Brug af aktører: Nogle kommuner peger på, at det er hensigtsmæssigt for implementering af forebyggelsespakkerne, at inddrage de rigtige aktører på den rigtige måde. En kommune har fx erfaring med at inddrage praktiserende læger i udvikling af et tilbud, fordi lægerne skal henvise borgerne til tilbuddet. Kommunen bruger herefter de involverede læger til at sprede budskabet om tilbuddet til de øvrige læger.
- Partnerskaber: Et godt eksempel er 'Røgfri fremtid', hvor flere forskellige aktører i en fælles indsats samles om en specifik afgrænset dagsorden. Det er hensigtsmæssigt, når store aktører, der kan påvirke den politiske dagsorden, bliver inddraget. Det gør det lettere for kommunerne at få politisk og økonomisk opbakning til et område.

6. Evaluering

Mange kommuner nævner, at de kunne blive bedre til at evaluere, både hvorvidt forebyggelsespakkerne er implementeret, men også effekten af kommunens indsatser. De fleste kommuner foretager en simpel evaluering af forebyggelsespakkerne.

Til at vurdere i hvor høj grad en anbefaling er implementeret, har de fleste kommuner arbejdet med en kategorisering (3 niveauer - grøn, gul og rød eller smiley-ordning), som afspejler implementeringsgrad. Det fleste gjorde det ved lanceringen af forebyggelsespakkerne, men nogle kommuner bruger ikke den metode længere aktivt. Kommunerne bruger denne fremgangsmåde lidt forskelligt, og det varierer, hvor mange anbefalinger og indikatorer de beskriver, og hvor meget de skriver til hver enkel anbefaling. De beskriver fx i varierende grad selve aktiviteten, status på aktiviteten, de medvirkende aktører, og hvad de skal arbejde med fremadrettet. Nogle kommuner sender spørgsmål ud til relevante målgrupper, som fx daginstitutioner og skoler, med henblik på at vurdere, om anbefalingerne er implementeret på grundniveau eller udviklingsniveau. Enkelte kommuner fremhæver en anelse kritisk, at denne form for evaluering er egenkontrol, som i høj grad bygger på en subjektiv vurdering.

Kommunerne giver generelt udtryk for, at de, ud over i forhold til om forebyggelsespakkerne er implementeret, ikke evaluerer meget. I nogle få kommuner er de meget opmærksomme på vigtigheden i at evaluere og har derfor fokus på at få tænkt evalueringdesign ind i deres projekter. De beskriver som et godt case-eksempel projektet EXIT, der er et evidensbaseret tobaks-forebyggelsesprogram i udskolingen, hvori indgår monitoreringsmoduler.

En kommune peger på, at de tager udgangspunkt i deres overordnede sundhedspolitik, når de beslutter, hvad de vil evaluere. En anden kommune fortæller, at handleplaner er gode som udgangspunkt for at evaluere, da der ofte er en forpligtelse til at evaluere i forbindelse med handleplaner. Samme kommune nævner, at sektorplaner også er gode til at støtte op om evaluering og opfølgning. En tredje kommune fortæller, at hvis de har fået midler til et projekt, fx et Satspuljeprojekt, så vil evaluering være tænkt ind.

Nogle kommuner fremhæver, at det er let at evaluere de projekter, hvor der traditionelt og systematisk indsamles kvantitative data, fx i tilbud til børn med overvægt, hvor børnene bliver vejjet. Andre nævner, at de registrerer, hvor mange borgere der deltager i tilbud og borgernes fremmøde. Enkelte kommuner nævner, at de bruger resultaterne af de obligatoriske undersøgelser, de er med i, og ser det som evaluering af deres indsatser inden for de områder, undersøgelserne handler om. Det gælder fx den obligatoriske trivselsundersøgelse, som skolebørn deltager i. Her kan kommunen finde

relevante indikatorer omkring trivsel. Andre beskriver, at de bruger Sundhedsprofil-data til at vurdere, hvor de gerne vil hen eller status på et givent område i kommunen, og hvor de ønsker, at der skal ske en udvikling. Nogle kommuner bruger de forslag til monitorering, som fremgår af forebyggelsespakkerne. Fx fortæller en kommune, at de har som mål, at overvægt hos børn ikke skal overstige 15%.

Næsten enstemmigt siger kommunerne, at de har fokus på evidens og vidensbaserede tiltag, men fremhæver samtidig, at deres indsatser skal passe ind i praksis, og at de nogen gange bliver nødt til at handle, selvom de ikke helt ved, hvad der virker. Fx peger flere kommuner på behovet for mere evidens inden for forebyggelse af overvægt.

7. Aktører

7.1 Nuværende aktører

Generelt løser kommunerne indsatserne internt, men der inddrages eksterne aktører, hvor det er muligt og relevant. Der er dog forskel på i hvor høj grad, og hvor mange aktører der inddrages i de forskellige kommuner.

Eksempler på aktører, som kommunerne allerede samarbejder med inden for de fire forebyggelsesområder:

- Andre kommuner
- Regionen
- Lokale idrætsforeninger
- Eksterne aktører på tilbud om mental sundhed, fx ABC
- Patientorganisationer
- Professionshøjskoler
- Organisationer og forbund, fx DGI og DIF
- Uddannelsesinstitutioner (kompetenceforløb eller andet)
- Foreninger/foreningslivet
- Forældreorganisationer
- Dagtilbudsorganisationer
- Skolelederforeningen
- Rådet for sund mad
- Sund By Netværket

Samarbejdet kan være vidt forskelligt. Nogle aktører inddrages fra start til slut, andre inddrages i bestemte dele af et tiltag, fx i udviklingsfasen. I andre tilfælde betaler kommunen fx en forening for at gennemføre en aktivitet.

En af de kommuner, der har megen erfaring med at samarbejde med eksterne aktører, fremhæver, at det er hensigtsmæssigt at involvere aktører tidligt i et projekt og også gerne i udviklingsfasen. Samme kommune beskriver, at der

også er udfordringer ved at samarbejde med eksterne aktører, da agendaerne mellem de involverede aktører (inkl. kommunen) kan være forskellige.

7.2 Mulige fremtidige aktører

Der er forskel på, i hvor høj grad kommunerne samarbejder med eksterne aktører, så nogle kommuner samarbejder allerede med nogle af de aktører, som andre fremhæver, at de ønsker at samarbejde med.

Eksempler på aktører der nævnes som mulige fremtidige aktører:

- Store idrætsorganisationer
- Sociale og frivillige foreninger
- Større arbejdspladser
- Faglige organisationer
- Kommunale samarbejdspartnere, der allerede er i kontakt med borgere
- Private aktører
- Enkeltmadsvirksomheder og mindre lokale aktører (fx konsulenter, der arbejder med bæredygtighed)
- Borgerne (øget inddragelse)
- Forskningsinstitutioner der kan bidrage til evaluering og dokumentation
- Aktører der er i kontakt med borgerne

Kommunerne vil generelt gerne samarbejde med eksterne aktører. Når de beskriver fordelene ved et sådant samarbejde fremhæver de, at de eksterne aktører somme tider har mulighed for at bidrage med økonomiske ressourcer i et projekt. Af andre fordele fremhæver kommunerne, at de kan bruge samarbejde og diverse aktører til at nå udviklingsniveau, når det gælder arbejdet med anbefalingerne.

Nogle få af de adspurgte kommuner har erfaring med at arbejde med private aktører og fremhæver, at det kan virke som en udfordring, men at det ikke er så 'farligt'. Særligt en af kommunerne har gode erfaringer med at arbejde med private aktører, og fremhæver at virksomhederne rigtig gerne vil.

Det fremhæves af nogle kommuner, at de gerne vil blive bedre til at samarbejde med private aktører, mindre lokale aktører og til at inddrage borgerne.

8. Mulige forbedringspunkter ved implementering

I dette afsnit fremgår de forslag kommunerne har til at forbedre implementeringen af anbefalingerne i forebyggelsespakkerne.

Model for forebyggelsesarbejdet

Flere kommuner efterlyser en model for forebyggelses- og sundhedsfremmearbejdet, som giver mulighed for at arbejde mere systematisk med integrering af forebyggelsespakkerne. Modellen skal bidrage til mere ensretning af strategier og tilbud i kommunerne. De peger på, at det vil optimere forebyggelsesarbejdet, hvis der bliver skitseret specifikke indsatser fra nationalt hold, og hvor større relevante aktører indgår, og de nævner KL, ministerier, styrelser og regioner som relevante aktører. Flere kommuner nævner, at inddragelse af relevante nationale aktører kan understøtte forebyggelsesarbejdet, hvilket er vigtigt, hvis kommunerne skal kunne løfte forebyggelsen.

Nogle kommuner fremhæver også, at det vil være hensigtsmæssigt med nationale strukturelle indsatser, som fx regulering af afgifter.

Det er vigtigt at understrege, at langt de fleste kommuner tydeliggør desuden, at det er vigtigt, at en model for forebyggelsesarbejdet tager højde for kommunernes forskellighed, bl.a. hvad angår størrelse, borgergrundlag og organisering. En enkelt kommune nævner, at de foretrækker små projekter frem for en stor og forkromet løsning. Og en anden nævner, at demografien i kommunen kan spille ind på, hvad der giver mening at arbejde med i forebyggelsessammenhæng, fx vil en børnerig kommune have behov for andre tiltag end en kommune, hvor der er mange ældre.

Organisering og samarbejde på tværs i kommunen

Kommunerne peger generelt på, at samarbejdet på tværs af kommunens forvaltninger er vigtigt, fordi arbejdet med forebyggelsespakkerne kræver en tværfaglig indsats, hvis de skal implementeres effektivt og føre til handling.

Fremadrettet vil det være hensigtsmæssigt at arbejde med at forbedre det tværfaglige samarbejde i kommunerne. Mange kommuner nævner dette i interviewene. Nogle henviser til at der skal skabes en kulturudvikling i kommunerne, som kan understøtte, at de bliver bedre til at arbejde på tværs af forvaltninger og undgår 'silo-tankegangen'. En kommune fremhæver, at det vil støtte arbejdet, hvis der er et klart overblik over de faglige profiler, der er ansat i kommunen. En anden peger på, at det kræver ledelsesmæssig opmærksomhed og fokus på forebyggelses- og sundhedsfremmefeltet for, at et godt samarbejde bliver prioriteret. Og flere gange i interviewene fremhæver kommunerne også, at det er centralt at få alle relevante forvaltninger

inddraget i samarbejdet. En fortæller, at de har forsøgt at forbedre det tværfaglige samarbejde ved at tilknytte to projektledere, som sad i hver deres forvaltning, til ét projekt.

Alle kommuner peger på det tværfaglige samarbejde som en forbedringsmulighed, når det kommer til arbejdet med og implementering af anbefalingerne. Nogle kommuner foreslår, at der udarbejdes en model for 'det gode samarbejde i kommunen'.

Brug eksisterende strukturer

Mange kommuner er opmærksomme på, at der er et potentiale i at udnytte eksisterende strukturer.

Sundhed er ofte et sekundært formål, og der er brug for at tænke sundhed ind i kerneopgaver og mål, fx læringsmål i skolen. Det er en fordel, hvis et område er implementeret i Folkeskoleloven, her henviser mange kommuner til at bevægelse er en integreret del af skoledagen.

Målret budskaber og tiltag

Vigtigheden i at målrette indsatser bliver italesat flere gange. "Vi skal møde folk, hvor de er og tale det ind i folks interesse". En kommune peger på, at det kan være relevant at arbejde målrettet i en del af en kommune, så man laver en omfattende indsats med mange tiltag inden for et afgrænset område.

Kommunerne fremhæver også, at det er vigtigt at fastholde borgerne i de tilbud, de deltager i, da det tager tid at ændre vaner og skabe forandringer. En målrettet indsats vil også gøre det lettere at fastholde folk.

Stort set alle kommuner nævner udfordringer med den sociale ulighed i sundhed. Kommunerne efterlyser løsninger til at nå udsatte målgrupper.

Forebyggelse og sundhedsfremme skal højere op på dagsordenen

Der er brug for at forebyggelse og sundhedsfremme bliver prioriteret og kommer på agendaen blandt politikere og beslutningstagere i de arenaer, hvor forebyggelsespakkerne skal implementeres.

I interviewene nævner kommunerne følgende forslag til at få forebyggelse og sundhedsfremme på dagsordenen:

- Politikere og beslutningstagere, der er relevante for forebyggelse af overvægt og fremme af sundhed og trivsel blandt børn og unge, skal have viden om, hvorfor det er vigtigt at arbejde med sundhed
- Relevante målgrupper, fx lærere, skal have viden om, at sundhed er et vigtigt redskab for, at de kan lykkes med deres kerneopgave
- Samarbejde på tværs i kommunen skal bruges til at formidle vigtigheden af sundhed til andre forvaltninger
- Samarbejde blandt ministerier (fx uddannelse og sundhed)

- Fokus på sundhedsøkonomiske gevinster ved at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme. Besparelser vil være en motivation for at prioritere forebyggelse og sundhedsfremme

Partnerskaber og netværk

De fleste af kommunerne har erfaringer med partnerskaber i større eller mindre grad og peger også på partnerskaber som en fremtidig mulighed for at forbedre arbejdet med forebyggelsespakkerne.

Flere peger på, at der i et partnerskab med fordel kan indgå forskningsinstitutioner og aktører, der har mulighed for at bidrage til finansiering, da der er brug for økonomiske ressourcer for at styrke arbejdet med forebyggelsesindsatser. En af kommunerne efterlyser en fremgangsmåde for, hvordan man arbejder i et partnerskab.

Nogle kommuner nævner netværk som vigtige for videndeling mellem kommunerne. Mange af kommunerne bruger Sundby Netværket og er glade for det. Rådet for sund mad og projektet 'Bevæg dig for livet' er eksempler på andre fora, hvor kommunerne er i dialog med andre kommuner. Når kommunerne har brug for inspiration til et forebyggelsesområde, eller arbejdet med en anbefaling, kontakter de andre kommuner. Det er muligt, at denne videndeling kan forbedres fremadrettet i små netværk.

Dertil retter kommunerne også fokus på, at der kan være potentiale i at styrke samarbejdet mellem kommuner og regioner for at fremme implementering af anbefalingerne i forebyggelsespakkerne

Relevante aktører

Mange kommuner nævner eksisterende eller mulige samarbejdspartnere som aktører, der kan styrke forebyggelsesarbejdet på de fire områder og bidrage til kommunens arbejde for at fremme sundhed og trivsel blandt børn og unge. Det er fx uddannelses- og forskningsinstitutioner, faglige organisationer og NGO'er inden for sundheds-, børne- og idrætsområdet.

Kvalificering af indsatser – multikomponente interventioner, evaluering og opfølgning

Flere kommuner peger på multikomponente indsatser i forbindelse med drøftelsen af forbedringsmuligheder. De ønsker koordinerede indsatser på tværs af arenaer, så der er overensstemmelse mellem de budskaber, der sendes ud, fx fra daginstitution, skole, klub, idrætsklub mm. I forhold til forebyggelsesarbejdet med overvægt nævner flere kommuner hjemmet som en vigtig arena. En kommune foreslår, at sundhedsplejen skal følge børn og familier i længere tid med fokus på at drøfte gode vaner.

En del peger på, at øget fokus på evaluering kan være med til at fremme effekten af forebyggelsesarbejdet. En kommune fremhæver, at der bør være

fokus på evaluering, da det kan skabe dokumentation for, hvilke tiltag der virker. Den pågældende kommune nævner også, at evaluering bør tænkes ind fra start, når en indsats planlægges. Kommunerne er enige om, at flere evalueringer vil være godt blandt andet for at vurdere, hvad der virker både nu og her, men også på længere sigt.

En kommune peger på opfølgning som et muligt forbedringspunkt, når det kommer til implementering af forebyggelsespakkerne. I dag vil kommunen ofte sætte et tiltag i gang, og så overtager fx skolen eller daginstitutionen og arbejder videre med tiltaget. Men den pågældende kommune fremhæver, at det vil være hensigtsmæssigt, at kommunen følger op på de tiltag, der er sat gang, for at være sikker på at arbejdet bliver forankret.

Samme kommune nævner datadreven opfølgning som en mulighed for at forbedre arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme. Hvis kommunerne har data til rådighed, kan data bruges som udgangspunkt for at finde ud af, hvor det giver mening at følge op. Kommunen fremhæver også muligheden for at udvikle databaser til formålet. Databaser kan bruges til at forbedre muligheden for såvel evaluering som opfølgning. Som eksempler på databaser, der er gode, nævnes Landspatientregistret og Rygestopbasen. Kommunen der foreslår udvikling af databaser fremhæver, at det skal være let at bruge data/trække data ud.

En kommune efterlyser beskrivelser af konkrete initiativer, der er lette at implementere i praksis ikke store forkromede rapporter, der udelukkende fortæller om problemet. En anden kommuner peger på fordelene ved at skabe kulturændringer og udnytte kulturelle strømninger – det er fx lykkedes inden for tobak.

En anden fremhæver, at det i arbejdet med at kvalificere og udvikle indsatser og arbejdet med forebyggelsespakkerne er vigtigt, at der fortsat er plads til fleksibilitet og til at tænke i kreative og ”skæve” løsninger.

Digitalisering

Nogle kommuner er inde på, at digitalisering og diverse digitale løsninger med fordel kan tænkes ind i fremtidige indsatser med henblik på at øge effektivitet og efterlevelse af fastsatte mål (compliance), når det kommer til arbejdet med at forbedre implementeringen af forebyggelsespakkerne. Digitale løsninger, fx onlinekurser hvor deltagerne ikke skal køre langt for at deltage, imødekommer nogle af de udfordringer, der kan være i forhold til at implementere og drive indsatser.

Specifikke kommentarer til anbefalingerne

Kommunerne er generelt meget positive over for forebyggelsespakkerne. Mange kommuner italesætter dog, at der er mange pakker og mange anbefalinger, og en del af kommunerne pointerer, at der er for mange – både

forebyggelsespakker og anbefalinger, og at de ikke kan nå at arbejde med alle områder. En af kommunerne beskriver, at det er det utopi at tro, at de kan nå det hele. Og en anden nævner, at hvis der var et timeregnskab, så ville de ikke engang kunne nå at implementere anbefalingerne på grundniveauet. Nogle kommuner foreslår, at et forbedringspunkt kunne være færre pakker med et mindre antal anbefalinger. Det vil hjælpe kommunerne til at vurdere, hvor de skal prioritere.

Flere fremhæver, at det er vanskeligt at nå til at arbejde med anbefalingerne på udviklingsniveauet. En enkelt kommune foreslår mere støtte til, hvordan man arbejder med anbefalingerne på udviklingsniveauerne, fx ved at beskrive nogle eksempler og konkretisere, hvordan de kan nå til udviklingsniveauet med de ressourcer, de har til rådighed.

Det nævnes nogle gange, at det er 'misforstået' at beskrive det som anbefalinger, de steder, hvor man går ind på et lovområde, fordi det er skal-opgaver. Det gælder fx sundhedsplejen, der skal følge flere af anbefalingerne, jf. lovgivning.

En del kommuner kommer i interviewene ind på, at det vil være en kvalificering af anbefalingerne, hvis det kunne beskrives, hvordan man arbejder med at få dem implementeret i kommunernes daglige arbejde. De nævner, at fordi, at anbefalingerne er mere end bare konkrete tiltag og skal indarbejdes i den daglige drift og ansvarsfordeles, vil en mere udførlig plan for, hvordan dette kan gøres, styrke overgangen fra tiltag til daglig drift.

SPIS SUNDERE DK
Rådet for sund mad

Februar 2021

Slagtehusgade 11, 1. sal
1715 København

Telefon: +45 28 77 41 00
CVR: DK-34 77 11 62

info@raadetforsundmad.dk

raadetforsundmad.dk