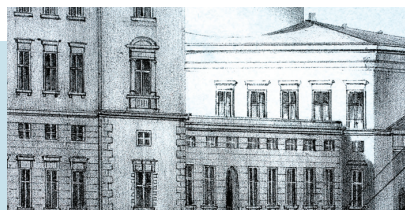


10/2012

STATSREVISORERNE



Beretning om borgerrettet forebyggelse på sundhedsområdet



10/2012

Beretning om borgerrettet forebyggelse på sundhedsområdet

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2013

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18: Statsrevisorerne fremsender med deres eventuelle bemærkninger Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Ministerens for sundhed og forebyggelse afgiver en redegørelse til beretningen. Ministerens kommentarer til de indhentedes udtalelser fra regionsrådene indgår i redegørelsen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministerens redegørelse.

På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i oktober 2013.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorerne eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorerne Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i april måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2012, som afgives i april 2014.

Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K
Telefon: 33 37 59 87
Fax: 33 37 59 95
E-mail: statsrevisorerne@ft.dk
Hjemmeside: www.ft.dk/statsrevisorerne

Yderligere eksemplarer kan
købes ved henvendelse til:

Rosendahls-Schultz Distribution
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Telefon: 43 22 73 00
Fax: 43 63 19 69
E-mail: distribution@rosendahls-schultzgrafisk.dk
Hjemmeside: www.rosendahls-schultzgrafisk.dk

ISSN 2245-3008
ISBN 978-87-7434-404-9

Statsrevisorernes bemærkning

BERETNING OM BORGERRETTEDE FOREBYGGELSE PÅ SUNDHEDSOMRÅDET

Kommunerne har siden 2007 haft ansvaret for at etablere forebyggende sundheds-tilbud til borgerne. Forebyggelse involverer typisk indsats over for faktorer som kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-faktorerne), der har betydning for udvikling af en række folkesygdomme, fx kræft, type 2-diabetes, lungelidelser og hjerte-kar-sygdomme.

De 11 kommuner, som indgår i denne undersøgelse, har alle udarbejdet en sundhedspolitik, men det er forskelligt, hvor ambitiøs den er, og hvor langt kommunerne er med implementeringen. Kommunerne bør prioritere forebyggelsesindsatsen i forhold til nationale mål og anbefalinger og i forhold til de forskellige sundhedsfaglige udfordringer, der er blandt borgerne i kommunen. Flere kommuners forebyggende indsats på alkoholområdet er fx alene rettet mod unge og ikke mod voksenmålgruppen, som denne undersøgelse omhandler.

Statsrevisorerne konstaterer, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne i perioden 2007-2012 har taget en række initiativer til at rådgive om forebyggelse og til at styrke folkesundheden, og at Sundhedsstyrelsen har udviklet værktøjer til at understøtte den kommunale prioritering på området.

Statsrevisorerne finder det imidlertid ikke tilfredsstillende, at der mangler overordnede mål for udviklingen i folkesundheden, og at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ikke mere systematisk følger op på, hvordan kommunerne løser opgaven. Statsrevisorerne forventer, at ministeriet:

- medvirker til at opstille nationale mål for kommunernes forebyggelsesarbejde
- etablerer en mere systematisk opfølgning, der også kan bruges i kommunernes opfølgning på forebyggelsesindsatsen
- tydeliggør de sundhedsøkonomiske gevinster af den borgerrettede forebyggelsesindsats.

Statsrevisorerne,
den 16. april 2013

*Peder Larsen
Henrik Thorup
Helge Adam Møller
Kristian Jensen
Mogens Jensen
Klaus Frandsen*



Beretning til Statsrevisorerne om borgerrettet forebyggelse på sundhedsområdet

Rigsrevisionen afgiver hermed denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012. Beretningen vedrører finanslovens § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Indholdsfortegnelse

I.	Introduktion og konklusion	1
II.	Indledning	5
	A. Baggrund	5
	B. Formål, afgrænsning og metode.....	6
III.	Rammer for den borgerrettede forebyggelse i kommunerne	9
	A. Rammer for kommunernes indsatser.....	9
	B. Økonomiske incitamenter for borgerrettet forebyggelse	14
IV.	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses opfølgning på den borgerrettede forebyggelse	18
	A. Opfølgning på befolkningens sundhedstilstand	18
	B. Opfølgning på kommunernes indsatser	19
	C. Effekter af indsatser	21
V.	Vejledning og rådgivning.....	23
	A. Sundhedsstyrelsens vejledning og rådgivning	23
	B. Regionernes vejledning og rådgivning.....	25
	Bilag 1. Kommunernes borgerrettede forebyggelsesindsatser	28
	Bilag 2. Ordliste.....	29

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Lars Løkke Rasmussen: november 2001 - november 2007

Jakob Axel Nielsen: november 2007 - februar 2010

Bertel Haarder: februar 2010 - oktober 2011

Astrid Krag: oktober 2011 -

I. Introduktion og konklusion

1. Denne beretning handler om borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme (herefter forebyggelse), dvs. forebyggelse af, at raske mennesker bliver syge. Kommunerne fik ansvaret for den borgerrettede forebyggelse i forbindelse med kommunalreformen i 2007. Beretningen behandler Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses rolle med hensyn til at sætte rammer, overvåge området og formidle viden til kommunerne. Endvidere behandler beretningen regionernes forpligtelse til at yde rådgivning om borgerrettet forebyggelse til kommunerne. Rigsrevisionen har igangsat undersøgelsen på eget initiativ i juli 2012.

2. Formålet med borgerrettet forebyggelse er at forebygge, at der opstår sygdomme, der kræver livslang behandling og/eller indlæggelse på sygehus. Kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-faktorerne) er faktorer, der har betydning for udvikling af en række folkesygdomme som fx kræft, type 2-diabetes, lungelidelser og hjerte-kar-sygdomme. Flere af sygdommene er kroniske og kan resultere i livslang behandling, tab af livskvalitet for den enkelte og i for tidlig død. Der er desuden samfundsmæssige omkostninger ved usund livsstil gennem udgifter til behandling og gennem afledte omkostninger ved tab af produktivitet som følge af sygefravær, førtidspension eller for tidlig død.

3. Det overordnede formål med undersøgelsen er at vurdere, hvordan Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen og regionerne understøtter kommunernes borgerrettede forebyggelse. Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Medvirker Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til at sætte rammer for kommunernes borgerrettede forebyggelse?
- Følger Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse op på den borgerrettede forebyggelse?
- Sikrer Sundhedsstyrelsen og regionerne, at kommunerne har relevant og anvendelig viden til rådighed i forebyggelsesarbejdet?

Borgerrettet forebyggelse har til formål at medvirke til, at sygdomme og ulykker ikke opstår. Det sker fx ved, at kommuner etablerer indsatser, der retter sig mod faktorerne Kost, Rygning, Alkohol og Motion (KRAM).

Sundhedsfremme handler om at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden generelt. Det kan bl.a. gøres ved at skabe rammer, der fremmer borgernes resurser, trivsel og velvære, fx ved at fremme muligheder for fysisk aktivitet.

I denne undersøgelse dækker forebyggelse både forebyggelse og sundhedsfremme.

Rammer for sund levevis omhandler både fysiske rammer, trivsel i forskellige miljøer og muligheder for at vælge det sunde. Sunde rammer handler fx om at give gode rammer for fysisk aktivitet på plejecentre, i skoler og i daginstitutioner, så både ude- og indearealer inspirerer til fysisk aktivitet. Endvidere handler sunde rammer fx om en alkohol- og rygepolitik på en arbejdsplads eller en bevægelsespolitik for børnene i kommunens skoler eller daginstitutioner.

Sundhedsprofilen beskriver danskernes trivsel, sundhed og sygdomme. Sundhedsprofilen er en undersøgelse, der er baseret på bl.a. spørgeskemaer til borgerne.

Sundhedsprofilen kan fx give kommunen viden om:

- hvor mange borgere der ryger dagligt og ønsker hjælp til rygestop
- hvor mange borgere med risikabel alkoholadfærd som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug
- hvor mange borgere der er fysisk inaktive, og som ønsker at være mere fysisk aktive.

UNDERSØGELSENS HOVEDKONKLUSION

Kommunerne har til opgave at skabe rammer for sund levevis og etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Blandt de 11 kommuner, der er med i Rigsrevisionens undersøgelse, er flere godt på vej til at udfylde denne rolle, men der er også kommuner, der ikke er nået så langt. Der er forskel på de sundhedsfaglige udfordringer, den enkelte kommune står over for. Nogle kommuner har fx relativt mange borgere, der ryger, og/eller mange borgere, der er overvægtige. Rigsrevisionen finder det væsentligt, at prioriteringen af den borgerrettede forebyggelse i kommunerne sker med udgangspunkt i den enkelte kommunes udfordringer og nationale anbefalinger om, hvilke indsatser der virker.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne har i perioden 2007-2012 taget en række initiativer til at styrke folkesundheden via forebyggelse på områderne kost, rygning, alkohol og motion. I 2008 blev der fx nedsat en forebyggelseskommission, der kom med en række anbefalinger, og i 2009 fremlagde den daværende regering en sundhedspakke, der havde en overordnet målsætning om, at danskernes gennemsnitslevealder skulle hæves med 3 år over en 10-årig periode.

Sundhedsstyrelsen har udviklet gode værktøjer til at understøtte den kommunale planlægning og prioritering på området. Kommunerne fik i 2011 adgang til data om borgernes sundhed og trivsel gennem sundhedsprofilen. I 2012 udsendte Sundhedsstyrelsen såkaldte forebyggelsespakker med anbefalinger til, hvilke indsatser der er erfaring for virker. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har afsat midler til et center ("Center for Forebyggelse i praksis"), der under ledelse af KL fra 2013 skal understøtte og monitorere implementeringen af forebyggelsespakkerne i kommunerne.

I perioden 2007-2012 har ministeriets rammesætning og opfølgning på området dog været svagt funderet, idet Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ikke har sat overordnede mål for udviklingen i folkesundheden, ligesom ministeriet ikke systematisk har fulgt op på, hvordan kommunerne udfylder opgaven.

Det er Rigsrevisionens samlede vurdering, at opstilling af mål for folkesundheden og en stærkere opfølgning på området kan bidrage til at synliggøre udviklingen og understøtte prioriteringen af den borgerrettede forebyggelse på landsplan og i den enkelte kommune.

Rigsrevisionen anbefaler:

- at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i højere grad sætter retning for kommunernes forebyggelsesarbejde ved at medvirke til at udvikle nationale mål
- at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse fastholder fokus på og udbygger synliggørelsen af konsekvenserne ved ikke at forebygge på KRAM-området, som det fx gøres i forebyggelsespakkerne

- at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse medvirker til at udbygge viden om udgifter til borgerrettet forebyggelse med henblik på at skabe mere indsigt i prioriteringen af området
- at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i samarbejde med kommunerne etablerer et grundlag for en mere systematisk opsamling af data, der kan bruges til at følge op på den borgerrettede forebyggelse i kommunerne
- at regionerne i dialog med kommunerne afklarer indholdet af regionernes rådgivning om borgerrettet forebyggelse, fx i regi af sundhedsaftalerne, så kommunerne ved, hvad de kan forvente af regionernes rådgivning.

Sundhedsaftaler

Regionerne og kommunerne skal indgå aftaler om arbejdsdelingen og samarbejdet på 6 obligatoriske områder. Områderne er ud over forebyggelse og sundhedsfremme bl.a. indsatsen for mennesker med sindslidelser.

Hovedkonklusionen er baseret på følgende delkonklusioner:

Medvirker Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til at sætte rammer for kommunernes borgerrettede forebyggelse?

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har medvirket til at sætte rammer for kommunernes borgerrettede forebyggelse. Det er bl.a. sket gennem faglige anbefalinger til indsatser omkring kost, rygning, alkohol og motion i de såkaldte forebyggelsespakker, som Sundhedsstyrelsen udsendte i 2012.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har sammen med KL etableret "Center for Forebyggelse i praksis" fra april 2013. Centret skal rådgive kommunerne om implementeringen af forebyggelsespakkerne og monitorere, om anbefalingerne bliver implementeret i kommunerne.

I perioden 2007-2012 har der ikke på nationalt niveau været fastsat overordnede mål vedrørende kost, rygning, alkohol og motion.

Den kommunale medfinansiering af sygehusenes udgifter medvirker til at give kommunerne økonomiske incitamenter til at arbejde med borgerrettet forebyggelse. Medfinansieringen udgør dog ikke et stærkt incitament, fordi gevinsterne ved mindre brug af sundhedsvæsenet har relativt langsigtede perspektiver.

Et andet økonomisk incitament til at igangsætte indsatser i kommunerne er muligheden for at få del i statslige puljemidler til forebyggelse. Undersøgelsen har vist, at det varierer, i hvilket omfang kommunerne søger puljemidler.

Princippet i kommunal medfinansiering af sundhedsudgifter er, at jo flere indlagte borgere, kommunen har på sygehusene, des større vil kommunens udgifter være. For at mindske udgifterne til indlagte borgere tilskyndes kommunen til at forebygge.

Følger Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse op på den borgerrettede forebyggelse?

Befolkningens sundhedstilstand og udviklingen i befolkningens kost-, ryge-, alkohol- og motionsvaner bliver fulgt af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, bl.a. gennem Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i perioden 2007-2012 ikke foretaget systematiske opfølgninger på, hvilke indsatser kommunerne har haft vedrørende borgerrettet forebyggelse. Der blev dog foretaget en kortlægning af kommunernes forebyggelsesindsats i 2008.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse medvirker til en systematisk opfølgning på virkningen af forskellige rygestopaktiviteter, men der sker ikke en opfølgning på effekten af kommunernes indsatser omkring kost, alkohol og motion.

Sikrer Sundhedsstyrelsen og regionerne, at kommunerne har relevant og anvendelig viden til rådighed i forebyggelsesarbejdet?

Sundhedsstyrelsen yder vejledning og rådgivning til kommunerne gennem kampagner, publikationer og andre rådgivningsaktiviteter, fx konferencer, temadage og dialogmøder. Rådgivningen omhandler hovedsageligt vidensformidling, anbefalinger og retningslinjer.

Regionerne yder tillige vejledning og rådgivning til kommunerne gennem temadage, kurser, koordinering af netværk og andre lokale rådgivningsaktiviteter.

Kommunerne i undersøgelsen gør brug af den rådgivning og vejledning, som henholdsvis Sundhedsstyrelsen og regionerne stiller til rådighed, og kommunerne finder den relevant og anvendelig. Særligt i sundhedsprofilerne har kommunerne fået et brugbart monitorerings- og planlægningsværktøj. Indholdet af regionernes rådgivning varierer, og kommunerne har forskellige forventninger til, hvad regionernes rådgivning bør indeholde.

II. Indledning

A. Baggrund

4. Baggrunden for, at Rigsrevisionen i denne undersøgelse har fokus på kost, rygning, alkohol og motion, er, at det er faktorer, der har indflydelse på udviklingen af en række folkesygdomme som fx kræft, type 2-diabetes, lungelidelser og hjerte-kar-sygdomme. Mange af sygdommene er kroniske og kan medføre livslang behandling, tab af livskvalitet for den enkelte og for tidlig død. Forebyggelseskommissionen vurderede i 2009, at usund kost, rygning, alkohol og for lidt idræt og motion er årsag til ca. 40 % af alle sygdomme og tidlige dødsfald.

5. Sundhedsstyrelsen henviser til beregninger af sundhedsøkonomiske konsekvenser af rygning, der viser, at rygning medfører et årligt nettomerforbrug i sundhedsvæsenet på ca. 3,5 mia. kr., jf. Sundhedsstyrelsens "Forebyggelsespakke – Tobak" fra 2012. Derudover medfører rygning et produktionstab for samfundet som følge af sygefravær, førtidspension eller for tidlig død. Ligeledes er der fx omkostninger ved et stigende antal patienter med type 2-diabetes. Antallet af diabetikere er mere end fordoblet siden 1997. Ifølge Sundhedsstyrelsens "Tal på diabetes i kommunerne" havde ca. 256.000 danskere diagnosen diabetes ved udgangen af 2008, heraf havde ca. 90 % type 2-diabetes. Type 2-diabetes udvikles bl.a. på grund af overvægt og andre livsstilsfaktorer.

Lovgivningsmæssige rammer for borgerrettet forebyggelse

6. De lovgivningsmæssige rammer for borgerrettet forebyggelse beskriver, hvordan ansvar og roller er fordelt mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, regioner og kommuner.

7. Bestemmelserne om borgerrettet forebyggelse er beskrevet i sundhedslovens § 119, der definerer, at det primært er en kommunal opgave at skabe sunde rammer og etablere forebyggende sundhedstilbud til borgerne.

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

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

Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren mv. samt rådgivning mv. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2."

8. Sundhedsloven skelner mellem borgerrettet og patientrettet forebyggelse. Kommunernes forebyggelsesopgaver omfatter:

- *borgerrettet* indsats, der skal forebygge, at sygdom og ulykker opstår blandt alle borgere
- *patientrettet* indsats, der skal forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere, og begrænse eller udskyde komplikationer.

Forebyggelse af type 2-diabetes

Sund kost og en passende daglig fysisk aktivitet er ifølge Sundhedsstyrelsen centralt i forebyggelsen af type 2-diabetes. Forebyggelsen kan fx foregå gennem information, indsatser i daginstitutioner og i skoler og gennem indsatser i fx den kommunale sundhedstjeneste eller på arbejdspladser. Rammer og tilbud, der understøtter sund livsstil, kan være cykelmuligheder, motionsstier o.l.

Denne undersøgelse omhandler alene den borgerrettede forebyggelse og omfatter alle voksne borgere. Kommunerne har det primære ansvar for den borgerrettede forebyggelse, mens de deler ansvaret for den patientrettede forebyggelse med regionerne.

9. Sundhedsloven beskriver ikke, hvilke typer tilbud kommunerne skal tilbyde borgerne, ligesom der ikke stilles detaljerede krav til, hvordan kommunerne skal skabe rammer for sund levevis. Det er op til den enkelte kommunalbestyrelse at vurdere, hvilke tilbud der skal iværksættes, og hvordan der skal arbejdes med at skabe rammer for sund levevis.

10. Det fremgår af sundhedsloven, at den regionale og kommunale opgaveløsning skal varetages i samspil med de statslige myndigheder. Det fremgår af lovbemærkningerne til sundhedslovens § 119, at de centrale myndigheder vil bistå med overvågning, overordnede retningslinjer, dokumentation, vidensformidling mv. Sundhedsstyrelsen udgav i 2007 en vejledning om borgerrettet forebyggelse, der vedrører § 119 i sundhedsloven. Vejledningen omhandler principielle aspekter af det kommunale forebyggelsesarbejde, bl.a. organisering og brug af metoder.

11. Det er ikke kun sundhedsloven, der har betydning for den borgerrettede forebyggelse i kommunerne. Anden sektorlovgivning indeholder bestemmelser, der vedrører kommunernes indsats, og udgør dermed en del af rammerne for forebyggelsesindsatsen. Boks 1 indeholder eksempler på lovgivning, der sætter rammer for den borgerrettede forebyggelse.

Lov om røgfri miljøer

Revisionen af rygeloven i august 2012 indebærer, at enkeltmandskontorer ikke længere er omfattet af undtagelsesbestemmelser, ligesom al rygning på institutioner med børn og unge under 18 år – både indenfor og udenfor – forbydes.

BOKS 1. EKSEMPLER PÅ LOVGIVNING, DER SÆTTER RAMMER FOR DEN BORGERRETTEDE FOREBYGGELSE

Planloven

Gennem lokalplaner kan kommunen fastsætte retningslinjer for opførelse og indretning af faciliteter til fysisk aktivitet.

Restaurationsloven

Kommunen har myndighedsopgaven med at udstede alkoholbevillinger.

Rygeloven

Lov om røgfri miljøer omfatter arbejdspladser, institutioner, skoler, uddannelsesinstitutioner og indendørs lokaliteter, hvor der er offentlig adgang. Desuden omfatter loven kollektive transportmidler og taxaer. Hovedreglen i loven er, at det ikke er tilladt at ryge indendørs på offentlige steder.

Det er kommunens ansvar at tilrettelægge forebyggelsesindsatsen med baggrund i lovgivningen.

B. Formål, afgrænsning og metode

12. Det overordnede formål med undersøgelsen er at vurdere, hvordan Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen og regionerne understøtter kommunernes borgerrettede forebyggelse.

Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- Medvirker Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til at sætte rammer for kommunernes borgerrettede forebyggelse?
- Følger Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse op på den borgerrettede forebyggelse?
- Sikrer Sundhedsstyrelsen og regionerne, at kommunerne har relevant og anvendelig viden til rådighed i forebyggelsesarbejdet?

13. Som udgangspunkt for undersøgelsen har vi interviewet og indhentet oplysninger fra 11 kommuner om deres borgerrettede forebyggelsesindsatser i perioden 2007-2012. Der er foretaget en skønsbaseret udvælgelse af de 11 kommuner ud fra et ønske om at favne variationen blandt alle landets kommuner på en række faktorer, fx antal rygere, kommunens udgiftsbehov og indbyggertallet i kommunen. Udvælgelsen er derfor sket ud fra sundhedsprofildata og kommunale nøgletal. I hver kommune har vi foretaget 1 interview med den leder, der har ansvaret for området, og medarbejdere, der arbejder med forebyggelse, fx forebyggelseskoordinatorer og planlægningskonsulenter.

De 11 kommuner har bidraget med en kortlægning, dels af deres arbejde med at skabe rammer for sund levevis, dels af de tilbud, kommunen har givet borgerne i perioden 2007-2012. Derudover har kommunerne oplyst, hvilke statslige puljemidler de har søgt i perioden til borgerrettet forebyggelse, der er rettet mod voksne og KRAM-faktorerne. Kommunerne har endvidere oplyst, om de har fået del i de søgte puljemidler.

Vi har ligeledes interviewet de 5 regioner og indhentet oplysninger fra den enkelte region om regionens aktiviteter inden for rådgivning af kommunerne om borgerrettet forebyggelse i perioden 2007-2012. Derudover baserer undersøgelsen sig på dokumentation fra og interviews med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen.

Vi har desuden foretaget en gennemgang af relevant lovgivning, retningslinjer, regeringsprogrammer mv., der vedrører de overordnede rammer for den borgerrettede forebyggelse.

14. Rigsrevisionens undersøgelse dækker perioden fra 2007, hvor kommunalreformen trådte i kraft, til og med 2012. Undersøgelsen inddrager kun indsatser vedrørende voksne. Vi har valgt at undersøge indsatserne over for voksne, da det giver mulighed for at rette undersøgelsen mod de forskelle, der er i kommunernes tilbud, når der ikke stilles centrale krav til indhold, metoder og kvalitet i forebyggelsesindsatserne. Forebyggelsesindsatser rettet mod børn er i højere grad reguleret, bl.a. gennem bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Afgrænsningen betyder, at indsatser over for børn og unge ikke indgår i materialet fra kommunerne eller i afgrænsningen af puljerne på området. Disse indsatser udgør en væsentlig del af de kommunale forebyggelsesaktiviteter. Indsatser rettet mod børn og unge er desuden vigtige fokusområder i Sundhedsstyrelsens arbejde. De interviews, vi har gennemført i kommunerne, peger desuden på, at flere kommuner finder det vigtigt at prioritere forebyggelsesindsatserne tidligt i livet for at få bedre effekt i sundhedstilstanden på længere sigt.

15. Borgerrettet forebyggelse handler ud over KRAM-faktorerne bl.a. også om mental sundhed. Flere kommuner har i de senere år haft særligt fokus på mental sundhed, der fx handler om at forebygge stress og psykiske lidelser. Undersøgelsens fokus på KRAM-faktorerne er valgt, fordi faktorerne har en væsentlig betydning for folkesundheden, og fordi vi formoder, at kommunerne er veletablerede på disse områder, idet viden om faktorerens betydning for folkesundheden har været kendt i en del år.

16. Undersøgelsen kortlægger de statslige puljemidler på finanslovens § 16.21, der vedrører borgerrettet forebyggelse, voksne og KRAM-faktorerne. Det er ikke muligt at redegøre for det økonomiske omfang af den borgerrettede forebyggelsesindsats i kommunerne. Kommunerne opgør deres nettodriftsudgifter til sundhedsfremme og forebyggelse i de kommunale regnskaber som ét tal, hvor der også indgår udgifter til patientrettet forebyggelse.

17. Endelig omfatter undersøgelsen indsatser og puljer inden for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses område. Andre aktører er også med til at påvirke rammerne for en sund levevis. Det gælder bl.a. Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri, Social- og Integrationsministeriet og Beskæftigelsesministeriet, som også har puljer og indsatser, der vedrører forebyggelse. Kostområdet hører primært under Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. Forebyggelsespakken, der vedrører mad og måltider, og som udkom i efteråret 2012, er udarbejdet af Fødevestyrelsen for Sundhedsstyrelsen.

Undersøgelsens 11 kommuner er:

Vesthimmerland
Aalborg
Norddjurs
Favrskov
Fredericia
Kerteminde
Køge
Lolland
Ishøj
København
Bornholm.

Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge

Det fremgår af bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010, at kommunerne bl.a. skal tilbyde sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger over for børnene i deres hjem, daginstitution, kommunale dagpleje og skole.

Sund By Netværket er et frivilligt forum for samarbejde om udvikling, koordinering og implementering af det lokale folkesundhedsarbejde. 56 kommuner og 2 regioner er medlemmer.

Af andre aktører på forebyggelsesområdet, som ikke indgår i denne undersøgelse, kan fx nævnes de praktiserende læger, netværk (fx Sund By Netværket), forsknings- og uddannelsesinstitutioner, frivillige organisationer og erhvervslivet.

18. Beretningen har været forelagt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, og regionerne har haft mulighed for at kommentere på de dele af beretningen, der vedrører de regionale opgaver. Vi har i videst muligt omfang indarbejdet deres bemærkninger.

19. Bilag 1 viser en oversigt over kommunernes borgerrettede forebyggelsesindsatser. Bilag 2 viser en oversigt over udvalgte ord og begreber.

III. Rammer for den borgerrettede forebyggelse i kommunerne

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har medvirket til at sætte rammer for kommunernes borgerrettede forebyggelse. Det er bl.a. sket gennem faglige anbefalinger til indsatser omkring kost, rygning, alkohol og motion i de såkaldte forebyggelsespakker, som Sundhedsstyrelsen udsendte i 2012.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har sammen med KL etableret "Center for Forebyggelse i praksis" fra april 2013. Centret skal rådgive kommunerne om implementeringen af forebyggelsespakkerne og monitorere, om anbefalingerne bliver implementeret i kommunerne.

I perioden 2007-2012 har der ikke på nationalt niveau været fastsat overordnede mål vedrørende kost, rygning, alkohol og motion.

Den kommunale medfinansiering af sygehusenes udgifter medvirker til at give kommunerne økonomiske incitamenter til at arbejde med borgerrettet forebyggelse. Medfinansieringen udgør dog ikke et stærkt incitament, fordi gevinsterne ved mindre brug af sundhedsvæsnets har relativt langsigtede perspektiver.

Et andet økonomisk incitament til at igangsætte indsatser i kommunerne er muligheden for at få del i statslige puljemidler til forebyggelse. Undersøgelsen har vist, at det varierer, i hvilket omfang kommunerne søger puljemidler.

A. Rammer for kommunernes indsatser

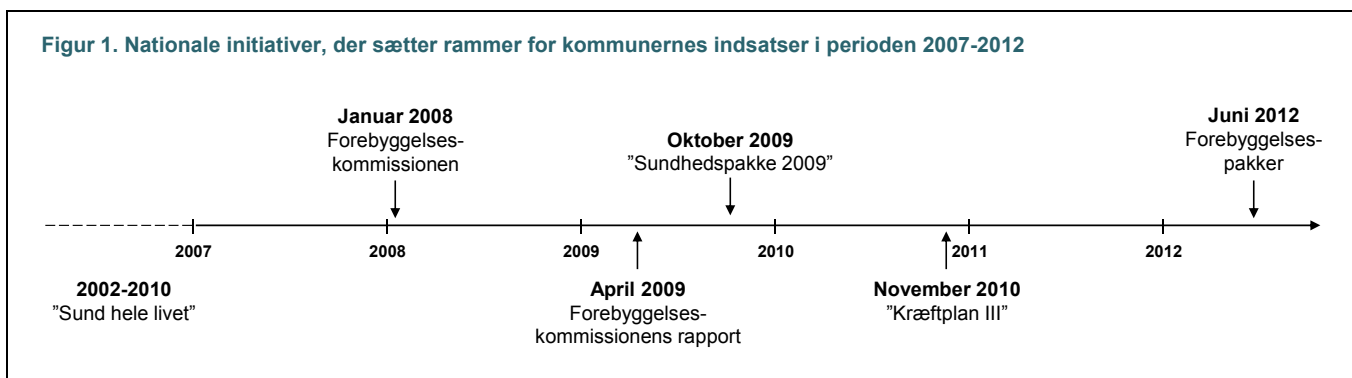
20. Rigsrevisionens undersøgelse af rammer for den borgerrettede forebyggelse i kommunerne har vist følgende:

- De nationale initiativer på området sætter i varierende grad rammer for kommunernes borgerrettede forebyggelse. Enkelte initiativer i perioden 2007-2012 indeholder således en række overordnede målsætninger og anbefalinger. Det gælder bl.a. sundhedspakken fra 2009, som fulgte op på flere af Forebyggelseskommissionens anbefalinger. Endvidere gælder det "Kræftplan III" fra 2010, som indeholder anbefalinger, der skal styrke forebyggelsen af kræft.
- Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker er et af de seneste initiativer, der skal styrke kommunernes borgerrettede forebyggelsesindsatser. Forebyggelsespakkerne bygger på den aktuelt bedste viden om effektive forebyggelsesindsatser.

- Der er ikke i alle de undersøgte kommuners sundhedspolitikker sat mål for den borgerrettede forebyggelse.
- Alle 11 kommuner arbejder med borgerrettet forebyggelse, men i varierende omfang. Det er forskelligt, hvor stor vægt kommunerne har på de enkelte KRAM-faktorer.

21. Rigsrevisionen har undersøgt, om der i perioden 2007-2012 har været en national strategi for den borgerrettede forebyggelsesindsats. Med en national strategi menes målsætninger med målbare mål for de forskellige indsatsområder. Rigsrevisionen vurderer, at nationale mål kan bidrage til at skabe en fælles ramme for den borgerrettede forebyggelse, der har betydning for prioriteringen og tilrettelæggelsen af indsatsen i den enkelte kommune.

22. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har medvirket til at iværksætte forskellige initiativer, der vedrører den borgerrettede forebyggelse. Figur 1 viser, hvilke initiativer der er iværksat i perioden 2007-2012.



De forskellige initiativer, der fremgår af figur 1, er:

"Sund hele livet"

23. Den daværende regering udgav i 2002 programmet "Sund hele livet – nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010" (herefter "Sund hele livet"). Programmet indeholdt overordnede mål om længere levetid, højere livskvalitet og social lighed i sundhed. Endvidere var programmet målrettet forskellige områder, fx daginstitutionerne, skolerne, arbejdspladserne og sundhedsvæsenet. Programmet havde en række mål og indikatorer for forskellige faktorer, bl.a. rygning, alkohol og fysisk aktivitet. Programmet blev udviklet, før kommunerne overtog den borgerrettede forebyggelse. Der har ikke været udarbejdet et nationalt folkesundhedsprogram, siden kommunalreformen trådte i kraft.

Forebyggelseskommissionen og "Sundhedspakke 2009"

24. Den daværende regering nedsatte i 2008 en forebyggelseskommission, der skulle analysere og fremsætte forslag til en styrket forebyggelsesindsats. Forebyggelseskommissionen udgav i 2009 en rapport med 52 anbefalinger til et bedre liv, der bl.a. handlede om forhøjelse af afgifter på tobak og alkohol. Derudover kom kommissionen med anbefalinger til statens, regionernes og kommunernes indsats. Forebyggelseskommissionens anbefalinger førte bl.a. til en national handlingsplan for forebyggelse, der var indeholdt i regeringens "Sundhedspakke 2009". Heraf fremgik 30 konkrete elementer, bl.a. advarselsbilleder på tobaksprodukter og styrkelse af formidlingen af viden om, hvilke forebyggelsesindsatser der virker. Det overordnede mål for handlingsplanen var, at danskernes levetid skulle forlænges med 3 år over en 10 årig-periode. Handlingsplanen stillede dog ingen konkrete krav til eller målsætninger om kommunernes varetagelse af den borgerrettede forebyggelse.

I 2011 foretog Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Fødevarestyrelsen en status over Forebyggelseskommissionens 52 anbefalinger. Statussen viste stor variation i fremdriften. Nogle anbefalinger var på statutidspunktet allerede opfyldt, mens der endnu ikke var startet på andre anbefalinger.

”Kræftplan III”

25. ”Kræftplan III” blev vedtaget i november 2010 i forbindelse med finansloven for 2011. Den indeholder som ”Kræftplan II” fra 2005 anbefalinger, der skal styrke forebyggelsen, så færre danskere rammes af sygdommen. Det sker bl.a. gennem en række opfordringer til kommunerne om at øge fokus på fysisk aktivitet. Sundhedsministeren udsendte på den baggrund i 1. halvdel af 2011 et brev til samtlige kommuner, der opfordrer kommunerne til at tænke øget fysisk aktivitet ind i den kommunale planlægning. I brevet tilskyndes kommunerne ligeledes til at formulere klare målsætninger for forebyggelsesindsatsen med udgangspunkt i kommunens sundhedsprofil. Den kommunale sundhedsprofil giver overblik over, hvilke udfordringer der er i den enkelte kommune, og hvordan de forebyggelige risikofaktorer – herunder KRAM – er fordelt i befolkningen. Derfor er det vigtigt, at sundhedspolitikken og de målsætninger for forebyggelsesindsatsen i kommunen, der er indeholdt i sundhedspolitikken, er udledt af sundhedsprofilen.

Forebyggelsespakker

26. I 2012 udsendte Sundhedsstyrelsen forebyggelsespakker, der består af faglige anbefalinger til en styrket kommunal forebyggende indsats. Sundhedsstyrelsen har samlet den aktuelt bedste viden i forhold til at skabe en systematisk og effektiv forebyggelsesindsats. Formålet med pakkerne er at styrke folkesundheden gennem en kommunal forebyggelsesindsats af høj faglig kvalitet. Forebyggelsespakkerne består alene af anbefalinger, og der opstilles ikke mål for eller krav til kommunernes forebyggelse.

Anbefalingerne til kommunerne er beskrevet i følgende 9 forebyggelsespakker, der bl.a. handler om KRAM-faktorerne:

- tobak
- alkohol
- fysisk aktivitet
- mad og måltider
- mental sundhed
- seksuel sundhed
- hygiejne
- indeklima i skoler
- solbeskyttelse.

De anbefalede indsatser i forebyggelsespakkerne er opdelt i et grund- og et udviklingsniveau.

De *grundlæggende indsatser* kan styrke kvaliteten af forebyggelsen på kort sigt, idet det ofte er muligt at organisere indsatserne inden for kommunens eksisterende rammer.

Indsatser på et udviklingsniveau er mere langsigtede, idet de typisk forudsætter udvikling af kompetencer, opsøgende arbejde, og at der bliver indgået partnerskaber.

”Center for Forebyggelse i praksis”

27. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har afsat 13 mio. kr. i perioden 2012-2015 til et nyt ”Center for Forebyggelse i praksis”. Centrets formål er at bidrage til kommunernes implementering af effektive og virksomme forebyggelsesindsatser. Udgangspunktet er Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. I centrets arbejde indgår monitorering af, om kommunerne implementerer forebyggelsespakkerne. Centret er placeret i KL og har en styregruppe, som vil udstikke rammer for centrets opgaver. Sundhedsstyrelsen er formand, og KL er næstformand for styregruppen.

Anbefalingerne i forebyggelsespakkerne er opdelt i et grund- og et udviklingsniveau og er rettet mod:

- rammer (fx kommunale planer og politikker)
- tilbud (fx rådgivning til borgeren)
- information og undervisning (fx oplysning og markedsføring af kommunale forebyggelsestilbud)
- tidlig opsporing (fx rådgivning over for overvægtige, der har risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdomme).

Overordnede retningslinjer for de kommunale sundhedspolitikker

Der er efter sundhedslovens § 119 ikke krav om, at kommunerne skal have en sundhedspolitik, men det fremgår af lovbemærkningerne til sundhedsloven, at kommunerne forventes at udarbejde flerårige planer for området, ligesom kommunerne gør på andre driftsområder. Sundhedsstyrelsen anbefalede også kommunerne at udarbejde en sundhedspolitik, da kommunerne overtog hovedansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme i 2007. Endelig har Ministeriet som led i "Kræftplan III" indskærpet over for kommunerne, at de bør arbejde med klare målsætninger for forebyggelsesindsatsen.

Individrettede tilbud er fx samtaler med en konsulent om sundhed generelt eller specifikt om kost, rygning, alkohol eller motion. Individuelle tilbud kan også være holdtilbud om kost, rygning og motion.

Kommunernes planlægning af borgerrettet forebyggelse

28. Rigsrevisionen har undersøgt, hvordan de nationale initiativer kommer til udtryk i kommunernes planlægning og prioritering af den borgerrettede forebyggelse.

29. Rigsrevisionens gennemgang af kommunernes sundhedspolitikker og interviews med kommunerne viser, at programmet "Sund hele livet" og Forebyggelseskommissionens anbefalinger i flere kommuner har været inspirationskilde for udviklingen af kommunernes sundhedspolitikker. Alle 11 kommuner i undersøgelsen har udarbejdet en sundhedspolitik. Sundhedspolitikkerne beskriver den politiske prioritering på området.

Der er stor variation i opbygningen og indholdet af kommunernes sundhedspolitikker, men fælles for dem er, at fokus på kost, rygning, alkohol og motion indgår. Størstedelen af kommunerne har valgt at opbygge deres sundhedspolitik omkring konkrete indsatsområder, fx KRAM-faktorerne og social ulighed i sundhed, mens en mindre del af sundhedspolitikkerne er opbygget omkring særlige målgrupper.

30. Enkelte af de undersøgte kommuner begyndte allerede at arbejde med en sundhedspolitik i 2006, dvs. året inden de overtog ansvaret for den borgerrettede forebyggelse. De fleste havde dog først en færdig sundhedspolitik i 2007 eller 2008. De kommunale sundhedspolitikker gælder typisk i en periode på 2-5 år. Af nogle af kommunernes sundhedspolitikker fremgår det ikke, hvornår eventuelle mål skal være indfrieede, eller hvornår politikken skal revideres. Undersøgelsen har vist, at flere kommuner har revideret – eller er ved at revidere – deres 1. sundhedspolitik. Af bilag 1 fremgår et skema, der summerer resultatet af Rigsrevisionens gennemgang af kommunernes borgerrettede forebyggelsesindsatser. Heraf fremgår det bl.a., at 6 af kommunerne er i gang med 2. generation af sundhedspolitikker.

31. Alle de kommunale sundhedspolitikker, som Rigsrevisionen har gennemgået, beskriver målsætninger for det kommunale sundhedsarbejde, fx "sundhed for alle" eller "sundheden skal styrkes". Ikke alle kommuner har opstillet målbare mål i forlængelse heraf. 6 af kommunerne har enten opstillet mål eller udarbejdet handleplaner for ét eller flere af indsatsområderne inden for borgerrettet forebyggelse. 5 kommuner har ikke opstillet mål eller udarbejdet handleplaner. I interviewene har enkelte kommuner givet udtryk for, at sundhedspolitikkerne i praksis ikke bliver brugt som et redskab til at prioritere indsatsen.

32. Interviews og materiale fra de 11 kommuner har bl.a. vist, at alle kommuner har både individrettede indsatser og indsatser for at skabe rammer for sund levevis. Alkohol er den faktor, som der arbejdes mindst med inden for borgerrettet forebyggelse i de 11 kommuner. 5 kommuner har individrettede tilbud målrettet alle vedrørende alkohol i form af individuelle samtaler om alkoholforbrug. Det skal nuanceres med, at flere af kommunerne har oplyst, at deres forebyggende indsats på alkoholområdet er rettet mod unge og ikke mod voksenmålgruppen, som denne undersøgelse omhandler. 2 af de 11 kommuner har en alkoholpolitik, og 2 kommuner har en handleplan, der vedrører alkohol. 7 af kommunerne har hverken en alkoholpolitik eller en handleplan, der vedrører alkohol, jf. bilag 1.

Det er endvidere forskelligt, hvor langt kommunerne er kommet med at skabe rammer for sund levevis. I de første år, efter kommunerne overtog opgaven, har vægten ligget på de individrettede tilbud, fx individuelle samtaler om kost og motion, eller på holdtilbud. Flere kommuner oplyser, at de i stigende grad har fokus på at skabe rammer for sund levevis, da det berører mange flere borgere og hjælper til at gøre det sunde valg til et lettere valg.

I boks 2 er vist eksempler på kommunale forebyggelsesindsatser, både individuelle indsatser og indsatser for at skabe sunde rammer.

BOKS 2. EKSEMPLER PÅ KOMMUNALE INDSATSER OM RYGNING OG ALKOHOL**Rygning***Tværkommunal tobaksstrategi*

7 kommuner samarbejder bl.a. om at fremme røgfrie miljøer og om at forebygge rygestart blandt borgerne.

Retningslinjer for rygning

Herunder bl.a. rygeforbud i alle kommunale bygninger og biler.

Kom og Kvit

Fleksibelt og gratis rygestopforløb udviklet af Kræftens Bekæmpelse. Forløbet indeholder en indledende samtale med en rygestoprådgiver, jævnlige møder med andre rygere, der ønsker at stoppe med at ryge, og frivillige telefonopringninger, sms'er og e-mail.

Alkohol*Motiverende samtaler*

Uddannelse af personale til at tale om alkoholvaner i mødet med borgerne.

Alkoholkampagne

Lokal udmøntning af Sundhedsstyrelsens alkoholkampagne gennem formidling af information.

Politik om borgerrettet alkoholforebyggelse

Alkoholpolitik, som fokuserer på kommunens borgerrettede funktioner, kommunens institutioner, rådgivning og behandling samt begrænsning af tilgang til alkohol.

Materialet fra kommunerne viser, at der ikke nødvendigvis er sammenhæng mellem høj forekomst af fx rygere og overvægtige, og at kommunen har etableret et individuelt tilbud på området. Fx har 2 kommuner – på trods af en høj andel af rygere – ingen individrettede indsatser med fokus på rygning. Disse kommuner har oplyst, at de har valgt at prioritere de midler, de har til borgerrettet forebyggelse, til informationsindsatser til børn og unge og til at styrke forankring af rygepolitikker på kommunens egne arbejdspladser.

33. Kommunerne prioriterer også deres midler til forebyggelse ved at etablere individuelle tilbud til særlige målgrupper. Én af de 11 kommuner har udelukkende indsatser målrettet borgere, der er 70 år eller ældre. Andre kommuner har målrettet dele af deres kost- og motions-tilbud til særlige grupper, fx arbejdsløse, mænd eller ansatte i kommunen. Ligeledes bliver rygestoptilbud i overvejende grad givet til særlige målgrupper.

34. Det fremgår af de interviews, som Rigsrevisionen har gennemført i kommunerne, at forebyggelsespakkerne vil blive retningsgivende for, hvilke indsatser kommunerne skal sætte i gang. Forebyggelsespakkerne vil blive inddraget, når kommunerne planlægger og prioriterer, hvilke borgerrettede forebyggelsesindsatser der skal sættes i gang. Det vil fx ske, når de enkelte kommuner skal forny deres sundhedspolitikker. I forbindelse med at kommunerne har modtaget forebyggelsespakkerne, har de, eller vil de vurdere, hvor langt de er nået i forhold til de anbefalede indsatser.

Kommunerne har forskellige sundhedsmæssige udfordringer. Én kommune kan fx have særlige udfordringer, der vedrører overvægt, mens en anden kommunes udfordringer særligt vedrører alkohol. For nogle kommuner vil det derfor være en større opgave at implementere forebyggelsespakkerne end for andre. Ud over at udfordringerne er forskellige, er nogle kommuner nået længere med at skabe sunde rammer for borgerne end andre kommuner. Nogle kommuner har fx indgået aftaler med forpagtere af cafeteriaer i sportshaller om at sælge sund mad. Andre kommuner har enten ikke prioriteret sund mad i sportshaller eller har fundet det vanskeligt at komme i gang med at indgå nye aftaler med sportshallerne. I Sundhedsstyrelsens "Forebyggelsespakke – Mad & måltider" indgår det som en anbefaling på udviklingsniveau, at der kan udarbejdes lokale handleplaner om fx samarbejde med idrætsforeninger og andre brugere om forpagtningsaftaler med henblik på at fremme sund mad.

Social ulighed og risikofaktorer

Forekomsten af rygere, fysisk inaktive borgere og borgere med dårlige kostvaner er tæt forbundet med en række socioøkonomiske faktorer. Lavere indkomst- og uddannelsesniveau er typisk forbundet med en højere forekomst af risikofaktorerne.

Det betyder for eksempel, at andelen af borgere, der ryger dagligt, og borgere, der er overvægtige, typisk er højere blandt borgere, der alene har afsluttet folkeskolen, end den er hos borgere med en lang videregående uddannelse.

B. Økonomiske incitamenter for borgerrettet forebyggelse

35. Rigsrevisionens undersøgelse af, hvilke økonomiske incitamenter der er for borgerrettet forebyggelse, har vist følgende:

- Den aktivitetsbaserede kommunale medfinansiering af sundhedsudgifter er tænkt som et incitament for kommunerne til at prioritere forebyggelse, herunder den borgerrettede forebyggelse. At medfinansieringen i praksis ikke udgør et stærkt incitament kan skyldes, at de økonomiske gevinster ved at investere i borgerrettet forebyggelse er usikre og ligger relativt langt ude i fremtiden. Endvidere kan kommunerne også have andre motiver ud over de økonomiske, idet de fx også vægter borgernes trivsel.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse søger bl.a. i forebyggelsespakkerne at synliggøre omkostningerne ved ikke at forebygge. Det gør ministeriet gennem udregninger, der belyser de kommunale omkostninger, der er forbundet med fx rygning.
- Puljemidler til borgerrettet forebyggelse giver kommunerne incitamenter til at arbejde med konkrete indsatsområder. De statslige puljer kan være med til at initiere udvikling og sætte gang i nye projekter i kommunen.
- Der er forskel på, hvor aktive kommunerne er til at søge puljemidler. Nogle kommuner prioriterer at søge mange puljer og indretter en stor del af deres forebyggelsesindsats efter disse. Andre prioriterer ikke at søge puljer, enten fordi puljerne ikke vedrører kommunens fokusområder, eller fordi der i kommunen ikke kan afses resurser til at udarbejde puljeansøgninger.

36. For at tilskynde kommunerne til at investere i den forebyggende indsats skulle kommunerne fra 2007 som led i kommunalreformen medfinansiere deres borgeres behandling i sundhedsvæsenet. Kommunernes medfinansiering omfattede indtil 2012 et grundbeløb og et aktivitetsafhængigt tilskud. Fra 1. januar 2012 blev loven ændret, hvilket betød, at grundtilskuddet blev afskaffet mod et højere aktivitetsafhængigt tilskud. Fra 2012 betaler kommunerne 34 % af behandlingstaksten – dog maks. 14.000 kr. pr. indlæggelse og 1.400 kr. pr. ambulans besøg. For besøg hos praktiserende speciallæger betaler kommunen 34 % af honoraret – dog maks. 1.400 kr. pr. besøg.

37. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering er et generelt incitament for kommunerne til at varetage plejeopgaven og forebyggelsen – herunder også den borgerrettede forebyggelse – effektivt.

38. I forhold til den borgerrettede forebyggelse bidrager den kommunale medfinansiering også til at styrke incitamentet, men i praksis er det vanskeligt for den enkelte kommune at udregne de økonomiske gevinster ved at investere i borgerrettet forebyggelse. Det skyldes, at indsatserne ofte er præget af komplekse årsag-virkningsforhold, hvor det kan være vanskeligt at definere årsagen til ændringer på længere sigt. Gevinsterne er svære at fastslå og ligger relativt langt ude i fremtiden. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at den manglende dokumentation for de kommunale udgifter til forebyggelse bevirker, at de økonomiske incitamenter på kommunalt niveau generelt er vanskelige at synliggøre.

39. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har via Sundhedsstyrelsen søgt at synliggøre konsekvenser ved ikke at forebygge på KRAM-området. I styrelsens publikation "Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol" fra 2012 er kommunernes årlige meromkostninger opgjort til 3,1 mia. kr. som følge af borgernes overforbrug af alkohol. Af analysen fremgår det, at kommunerne har en række udgifter, som kan relateres til borgernes overforbrug af alkohol. Det gælder udgifter via den kommunale medfinansiering til hospitalsbehandling for følger af et stort alkoholforbrug og udgifter til alkoholbehandling. I opgørelsen er kommunernes omkostninger på det sociale område som følge af borgernes alkoholforbrug endvidere skønnet.

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker søger ligeledes at synliggøre de kommunale omkostninger, der er forbundet med fx rygning, jf. pkt. 5.

40. I efteråret 2012 nedsatte regeringen et udvalg, der skal vurdere behovet for at justere incitamentsstrukturen på sundhedsområdet. Som en del af dette udvalgsarbejde skal mulighederne for at øge kommunernes tilskyndelse til en mere effektiv forebyggelsesindsats også undersøges. Den borgerrettede forebyggelse indgår dog ikke i dette udvalgsarbejde.

41. Statslige puljemidler kan også udgøre incitamenter for kommunerne til at prioritere forebyggelsesindsatser. Rigsrevisionen har gennemgået, hvilke puljer vedrørende borgerrettet forebyggelse, voksne og KRAM der hører under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses område. Rigsrevisionen har endvidere undersøgt, om puljemidler indgår i kommunernes planlægning og prioritering af den borgerrettede forebyggelse.

42. I perioden 2007-2012 har der været udmøntet i alt 9 puljer under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, der er rettet mod den borgerrettede forebyggelse, voksne og KRAM. Puljerne retter sig især mod modtagere af overførselsindkomster og mindre resursestærke grupper. Puljerne er vist i tabel 1.

Tabel 1. Forbrug af puljemidler på finanslovens § 16.21 vedrørende borgerrettet forebyggelse, voksne og KRAM i perioden 2007-2012¹⁾
(Mio.kr.)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Udgifter i alt
Pulje til styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper							116,9
Forstærket forebyggelsesindsats for mindre resursestærke grupper ("Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet")							58,2
Pulje til styrkelse af den social- og sundhedsfaglige indsats på alkoholområdet							103,5
Pulje til sundhedsfremmeprojekter, herunder alkoholkampanjer og styrket behandlingsindsats mod alkoholmisbrug ("alkopopspuljen")							41
Pulje til initiativer om rygeafvænnning							7,1
Pulje til styrket kvalitet i alkoholbehandlingen, bl.a. ved familieorienteret alkoholbehandling							14,9
Sundhedsfremmende indsats målrettet udsatte grupper							21,7
Tilskud til vægttab og vægtvedligeholdelse blandt svært overvægtige voksne							48,7
Tilskud til sundhedsfremme og forebyggende modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse							19,5
I alt							431,5

¹⁾ Opgørelsen er baseret på årlige regnskabstal. I tallene indgår samtlige udgifter, dvs. også udgifter til andre end kommuner og regioner. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har endvidere puljen "Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse". Puljen har gennem en årrække primært givet tilskud til en række foreninger og organisationer på forebyggelsesområdet. Ifølge ministeriet er det kun få kommuner, der har modtaget støtte fra denne pulje.

Kilde: Regnskabstal fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Tabel 1 viser, at der samlet i perioden 2007-2012 er brugt 431,5 mio. kr. på borgerrettet forebyggelse, voksne og KRAM. Puljemidlerne er primært fordelt gennem ansøgninger. Dvs. at kommunerne har haft mulighed for at søge om tilskud gennem motiverede ansøgninger.

Fonden for forebyggelse og fastholdelse er en del af Styrelsen for Fastholdelse og Rekruttering under Beskæftigelsesministeriet. Fonden støtter initiativer, der skal forebygge nedslidning, og initiativer, der skal fastholde folk på arbejdsmarkedet.

Puljen giver bl.a. tilskud til arbejdet med KRAM-faktorer på kommunale arbejdspladser, fx ved at have fokus på bevægelse i arbejdsdagen.

43. Kommunerne kan også søge om andre puljemidler, fx fra "Fonden for forebyggelse og fastholdelse" under Beskæftigelsesministeriet. I forbindelse med "Sundhedspakken 2009" blev der afsat 100 mio. kr. fra denne pulje til sundhedsfremmende projekter på arbejdspladserne.

44. Rigsrevisionen har gennemgået formålsbeskrivelserne for de enkelte puljer. Gennemgangen viser, at puljerne i varierende grad har fokus på enkelte KRAM-faktorer eller på alle KRAM-faktorer. Der er puljer, der fx kun vedrører rygning, og der er puljer, hvor flere faktorer indgår, fx både kost, rygning, alkohol og motion. Idet der er tale om satspuljer, er det primære fokus udsatte og sårbare grupper og indsatser, der generelt omhandler livsstilsfaktorer. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at det er grunden til, at KRAM-faktorerne har forskellig betydning i puljerne.

45. I en mindre del af puljerne er der krav om kommunal medfinansiering. Baggrunden for et sådant krav er at fremme kommunal forankring af indsatsen. Forventningen er desuden, at kommunal medfinansiering kan fremme forankring af indsatserne ud over projektperioden og skærpe kommunernes opmærksomhed på gennemførelsen af indsatserne. Ud over at skulle tilgodese særlige grupper af borgere har en række af puljerne metodeudvikling eller metodeudbredelse som det primære formål, fx at afprøve en ny metode til vægttab. Boks 3 viser 2 eksempler på puljer.

BOKS 3. EKSEMPLER PÅ PULJER

Puljen "Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet" blev udmøntet i 2010 med det overordnede formål at styrke trivsel og sundhed generelt blandt mindre resursestærke borgere. For at opnå det overordnede formål er der opstillet en række delformål, bl.a. at forbedre målgruppens handlekompetencer og sundhedsadfærd gennem inddragelse, motiverende metoder og udvikling af sunde rammer. I alt har 12 kommuner fået støtte, og der er udmøntet mellem 5 mio. kr. og 9 mio. kr. til hvert af projekterne.

Puljen "Tilskud til vægttab og vægtvedligeholdelse blandt svært overvægtige voksne" støtter projekter, som anvender metoden "små skridt", der handler om, at de overvægtige via en række små ændringer i hverdagen med hensyn til kost eller motion kan opnå et varigt vægttab. Følgende målgrupper er særligt i fokus:

- personer uden for arbejdsmarkedet
- svært overvægtige gravide (både før og efter fødsel)
- særligt udsatte erhvervsgrupper – herunder især ufaglærte
- personer med anden etnisk baggrund end dansk.

I alt blev der afsat 57,5 mio. kr. i perioden 2007-2010. Ved 1. udmøntning af puljen fik 29 kommuner støtte, ved 2. udmøntning fik 14 kommuner støtte, og ved 3. udmøntning fik 6 kommuner støtte.

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Økonomiske incitamenters betydning for den borgerrettede forebyggelsesindsats

46. Det er vanskeligt at vurdere de langsigtede effekter af den borgerrettede forebyggelse. Derfor er det også vanskeligt for kommunerne at vurdere effekten i forhold til den kommunale medfinansiering. Det er ofte uvist, i hvilket omfang en given indsats reelt bevirker en ændret livsstil og medfører en reduktion i de kommunale udgifter til sundhed og andre områder, fx sygedagpenge.

47. Det fremgår af de kommunale sundhedspolitikker, at borgernes trivsel og sundhed er væsentlige temaer for kommunerne. Dette er også bekræftet i de interviews, Rigsrevisionen har gennemført i de 11 kommuner. Det fremgår dog også af Rigsrevisionens interviews, at den manglende synlighed af økonomiske gevinster ved den borgerrettede forebyggelse kan resultere i, at den enkelte kommune prioriterer den borgerrettede forebyggelse lavere end den patientrettede forebyggelse.

48. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at 10 af de 11 kommuner i undersøgelsen har søgt midler til borgerrettet forebyggelse. I alt har kommunerne i perioden 2007-2012 ansøgt om midler til i alt 35 projekter fordelt på de 9 puljer under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, der omhandler borgerrettet forebyggelse, voksne og KRAM.

Det fremgår af Rigsrevisionens interviews med kommunerne, at puljemidler kan være med til at skabe udvikling og sætte gang i nye projekter i kommunen. Dette er med til at sikre, at kommunen afprøver nye metoder.

Flere af kommunerne har oplyst, at de kun søger puljer, der lægger sig op ad deres sundhedspolitik. Derved kommer puljerne til at understøtte den politik, som kommunen har vedtaget at føre på området, og bliver i mindre grad styrende for kommunens indsats.

Særligt 2 af de 11 kommuner har fået større del af puljemidler end de andre kommuner set i forhold til kommunens indbyggertal. Der er forskel på, hvor aktive kommunerne er med hensyn til at søge puljemidler. Én kommune har oplyst, at de prioriterer at have kapacitet til at udarbejde ansøgninger og administrere puljemidlerne for at få så mange ressourcer og projekter til kommunen som muligt. At nogle kommuner har været aktive med at søge puljemidler kan være udtryk for, at driftsmidlerne til den borgerrettede forebyggelse har været begrænsede. Motivationen til at søge statslige puljer varierer dermed. Ifølge interviewene udgør puljemidler for nogle kommuner en væsentlig del af de ressourcer, der bliver anvendt på borgerrettet forebyggelse.

IV. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses opfølgning på den borgerrettede forebyggelse

Befolkningens sundhedstilstand og udviklingen i befolkningens kost-, ryge-, alkohol- og motionsvaner bliver fulgt af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, bl.a. gennem Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i perioden 2007-2012 ikke foretaget systematiske opfølgninger på, hvilke indsatser kommunerne har haft vedrørende borgerrettet forebyggelse. Der blev dog foretaget en kortlægning af kommunernes forebyggelsesindsats i 2008.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse medvirker til en systematisk opfølgning på virkningen af forskellige rygestopaktiviteter, men der sker ikke en opfølgning på effekten af kommunernes indsatser omkring kost, alkohol og motion.

A. Opfølgning på befolkningens sundhedstilstand

49. Rigsrevisionens undersøgelse af, hvordan Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse overvåger befolkningens sundhedstilstand og adfærd i forhold til KRAM-faktorerne, har vist følgende:

- Sundhedsstyrelsen har i 2003 og 2004 fulgt op på "Sund hele livet", der ifølge programmet var gældende fra 2002-2010. Herefter er der ikke fulgt op på programmet.
- Sundhedsstyrelsen har i perioden 2007-2012 overvåget befolkningens generelle sundhedstilstand, bl.a. gennem den nationale sundhedsprofil.

50. Rigsrevisionen har undersøgt, om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse følger op på befolkningens sundhedstilstand ved at gennemgå dokumentation for ministeriets og Sundhedsstyrelsens opfølgning.

51. Sundhedsstyrelsen har fulgt op på folkesundhedsprogrammet "Sund hele livet" i 2003 og 2004. Statusrapporten fra 2004 viser bl.a., at styrelsen har fulgt op på udviklingen inden for kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet. Af statusopfølgningen fra 2003 fremgår det, at der blev planlagt en status i 2005 og 2009. Disse er dog ikke foretaget.

52. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse følger desuden udviklingen i befolkningens generelle sundhedstilstand og adfærd i forhold til KRAM-faktorerne, bl.a. via sundhedsregistre, undersøgelsen af rygevaner og sundhedsprofilen. Boks 4 beskriver eksempler på opfølgninger.

BOKS 4. EKSEMPLER PÅ OPFØLGNING PÅ BEFOLKNINGENS SUNDHEDSTILSTAND

Diabetesregistret viser tal for forekomsten og udviklingen i diabetes. Registret opdateres årligt og er aktuelt opdateret til og med 2011.

Rygevanundersøgelsen bliver gennemført årligt i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Danmarks Lungeforening. Det er en undersøgelse af danskernes rygevaner og holdninger til rygning. Den er repræsentativ på regioner, køn, alder og uddannelse, og den gennemføres via internettet. Undersøgelsen dokumenterer også, at 400.000 danskere er holdt op med at ryge siden 2007.

Sundhedsprofilundersøgelsen er skabt i et samarbejde mellem regionerne, Statens institut for Folkesundhed og Sundhedsstyrelsen. Sundhedsprofilen beskriver danskernes trivsel, sundhed og sygdomme. Beskrivelsen omfatter derudover helbredsrelateret livskvalitet, sundhedsadfærd, kontakt til egen læge og sociale relationer. Datamaterialet kan anvendes til sundhedsplanlægning og analyser af regionale og kommunale forskelle. Sundhedsprofilen 2010 blev dannet ud fra et standardspørgeskema med 52 fælles spørgsmål. Ud over de obligatoriske spørgsmål er der i sundhedsprofilen mulighed for, at den enkelte region kan formulere et antal spørgsmål, hvis der i regionen – eller blandt kommunerne i regionen – er behov for det. Næsten 180.000 borgere har i 2010 besvaret spørgeskemaerne.

Før den nationale sundhedsprofil er monitorering af befolkningens adfærd i forhold til KRAM-faktorerne bl.a. sket via sundheds- og sygelighedsundersøgelser udført af Statens institut for Folkesundhed.

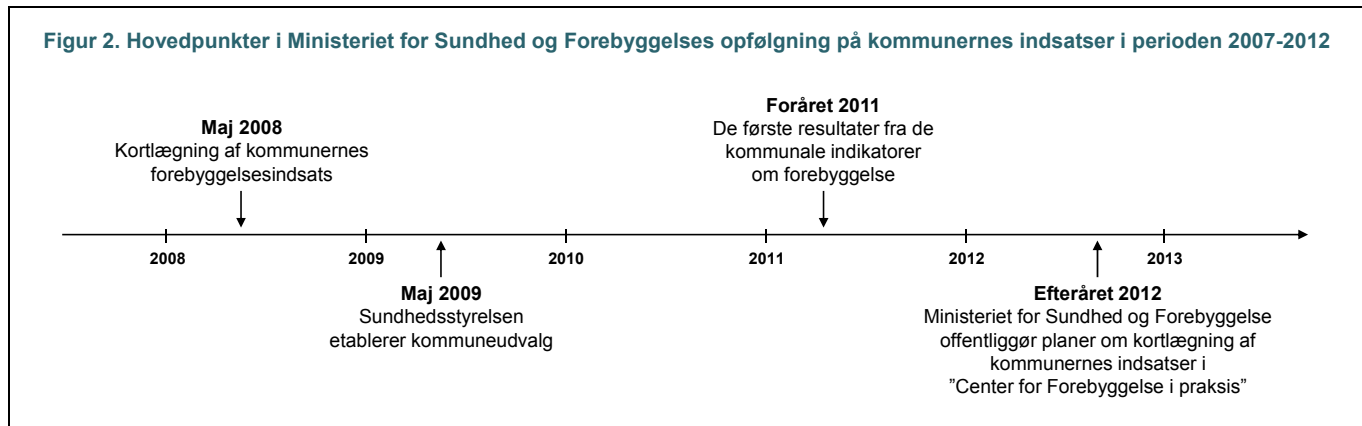
B. Opfølgning på kommunernes indsatser

53. Rigsrevisionens undersøgelse af, om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse følger op på, hvilke indsatser der tilbydes i kommunerne, har vist følgende:

- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har via Sundhedsstyrelsen i perioden 2007-2012 overvåget kommunernes indsatser på ad hoc-basis. Sundhedsstyrelsen gennemførte fx en kortlægning af kommunernes indsatser i 2008. Styrelsen har ikke systematisk indsamlet viden om, hvilke indsatser kommunerne gennemfører.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har afsat midler til monitorering af implementeringen af forebyggelsespakkerne. Det nye "Center for Forebyggelse i praksis" skal kortlægge kommunernes implementering af forebyggelsespakkerne.

54. Der var i perioden 2007-2012 ikke et system, hvor Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samlet og systematisk fulgte med i kommunernes indsatser. Via Statens Institut for Folkesundhed kan departementet og Sundhedsstyrelsen i kraft af ministeriets rammeaftale med instituttet bestille undersøgelser, opgørelser mv. Statens Institut for Folkesundhed bidrager med evalueringer, metodestudier, erfaringsopsamlinger mv.

55. Figur 2 viser hovedpunkter i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses opfølgning på kommunernes indsatser i perioden 2007-2012.



De forskellige hovedpunkter, der fremgår af figur 2, er:

Kortlægning af kommunernes forebyggelsesindsats i 2008

56. Sundhedsstyrelsen gennemførte i 2008 en kortlægning af kommunernes forebyggelsesindsats. Kortlægningen omfattede kommunernes indsats, udviklingsbehov og rådgivningsbehov. Kortlægningen er ikke gentaget siden 2008.

Kommuneudvalg

57. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse følger forebyggelsesaktiviteterne i kommunerne på ad hoc-basis via Sundhedsstyrelsen i forbindelse med netværk, konferencer mv. Hertil kommer, at departementet løbende har kontakt til bl.a. KL og Sund By Netværket og ad den vej skaffer sig viden om opgaveløsningen på kommunalt niveau. Fx har Sundhedsstyrelsen i maj 2009 nedsat et kommuneudvalg. Udvalget har til formål at danne ramme om gensidig orientering og faglig dialog mellem Sundhedsstyrelsen og kommunerne. Kommunerne er repræsenteret i udvalget via KL og med 3 kommuner fra hver region.

Kommunale indikatorer på forebyggelsesområdet

58. Regeringen og KL indgik i 2009 en aftale om at udarbejde en mere sammenhængende dokumentation for væsentlige kommunale serviceområder, herunder sundhedsområdet. Derfor har Sundhedsstyrelsen (i samarbejde med Danmarks Statistik) siden 2011 offentliggjort data vedrørende 27 kommunale sundhedsindikatorer, hvoraf flere omfatter forebyggelse og voksne.

59. En af indikatorerne angår de kommunale forebyggelsestilbud. Indikatoren angiver, om kommunerne har et tilbud rettet mod fx overvægt til følgende målgrupper:

- borgere generelt
- svækkede ældre
- børn og unge
- borgere med kronisk sygdom
- udsatte grupper.

Statistikken udkom første gang i 2011. De kommunale sundhedsindikatorer er et forsøg på at skabe overblik over, hvordan kommunerne løfter forebyggelsesopgaven. Indikatorerne kan dog ikke anvendes til at følge de enkelte indsatser i kommunerne. Indikatorerne kan alene anvendes til at følge udviklingen i befolkningens sundhedstilstand og sundhedsadfærd og udviklingen i visse kroniske sygdomme.

Kortlægning af kommunale indsatser i "Center for Forebyggelse i praksis"

60. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at der med forebyggelsespakkerne er opstået nye muligheder og et nyt behov for at kortlægge kommunernes indsatser. Der er planlagt en kortlægning af kommunernes arbejde med implementering af indsatserne i forebyggelsespakkerne i "Center for Forebyggelse i praksis". Det er planen, at centret skal indsamle gode erfaringer fra kommunerne og videreformidle disse til andre kommuner. Herudover er det planen, at der skal udvikles enkle monitorerings- og opfølgingsværktøjer, som kan anvendes til benchmarking kommunerne imellem.

C. Effekter af indsatser

61. Rigsrevisionens undersøgelse af, om Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse følger op på effekterne af de kommunale indsatser, har vist følgende:

- Via evaluering af puljer får Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen viden om effekter, fx ved afprøvning af bestemte metoder i det kommunale forebyggelsesarbejde.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har ikke i perioden 2007-2012 systematisk indsamlet viden om effekterne af indsatserne i kommunerne.
- Via "Rygestopbasen" får Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse viden om effekter af indsatser til fremme af rygestop. For kost, alkohol og motion findes der ikke tilsvarende viden. Dette kan ifølge ministeriet bl.a. tilskrives, at indsatserne på disse områder er mere komplekse og ikke så standardiserede som rygestopindsatser. Data bliver dermed mindre sammenlignelige, og simple monitoreringsredskaber kan derved ikke anvendes.

62. Sundhedsstyrelsen bruger puljerne på forebyggelsesområdet til at indsamle viden om afprøvning af forskellige metoder i kommunerne. Det sker gennem evalueringer af puljeprosjekterne. Det er private konsulentvirksomheder, der gennemfører evalueringerne. Ofte sker en evaluering på tværs af projekterne og søger at klarlægge tværgående tendenser og udviklingstræk med henblik på erfaringsudveksling mellem kommunerne og de øvrige interessenter. Der er typisk både en procesevaluering (statusrapport) og en effektevaluering (endelig rapport).

63. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er med til at finansiere "Rygestopbasen", der har eksisteret siden 1999. Formålet med databasen er at undersøge, hvilke rygestoptilbud der er mest effektive og forbundet med færrest omkostninger. Resultaterne skal danne grundlag for planlægningen af fremtidige rygestoptilbud. "Rygestopbasen" er et gratis tilbud til rygestopenheder, der ønsker en ekstern evaluering og dokumentation af deres rygestopaktiviteter. Databasen giver dermed mulighed for at sammenligne resultater på tværs af enheder. Omkring 300 rygestopudbydere i hele landet er tilmeldt "Rygestopbasen", heraf har 82 kommuner ifølge Sundhedsstyrelsen tilmeldt kommunale enheder. Resultater fra "Rygestopbasen" fremgår af boks 5.

BOKS 5. RESULTATER FRA "RYGESTOPBASEN"

"Rygestopbasen" har i 2011 samlet følgende resultater fra 4.733 rygere, der har deltaget i et rygestopkursus:

- 6 ud af 10 deltagere gennemfører et rygestopkursus
- 68 % er røgfri ved kursets afslutning
- 39 % er stadig røgfri et halvt år efter at have gennemført et rygestopkursus.

Kilde: Rygestopbasens årsrapport 2011/2012.

64. Sundhedsstyrelsen bidrager ikke til tilsvarende monitoringsværktøjer for de andre KRAM-faktorer. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at opbygning af viden svarende til "Rygestopbasen" for kost-, alkohol- og motionsområdet vil kræve videnskabelige undersøgelser, eller at kommunerne indleverer data svarende til "Rygestopbasen". Dette er vanskeligt, fordi områderne for kost, alkohol og motion er mindre videnskabeligt udviklede, og der foreligger mindre evidensbaseret viden om, hvilke indsatser der virker bedst på disse områder. Kommunernes indsatser for henholdsvis kost, alkohol og motion er præget af en høj grad af kompleksitet i tilrettelæggelsen og metodeanvendelsen, hvilket besværliggør en samlet opfølgning.

65. Tilbud til bekæmpelse af overvægt kan generelt være indsatser baseret på meget forskellige metoder og med forskellig effekt. I boks 6 er der vist eksempler på variationer i kommunale indsatser, der er rettet mod overvægt.

BOKS 6. EKSEMPLER PÅ KOMMUNALE INDSATSER RETTET MOD OVERVÆGT

Motion på recept

Inaktive borgere får tilbudt 1 times motion 2 gange ugentligt i 3 måneder og eventuelt kostvejledning.

102 cm

Støtte og inspiration til at tabe sig fra en vægtstoprådgiver. Forløbet foregår på hold og er inspireret af "små skridt"-konceptet.

Indkøbskursus

Et 2-timers kursus i lokale supermarkeder med fokus på at læse og forstå varedeklarationer, ernæringsmærkninger m.m.

Motion XL

Holdforløb, hvor undervisningen er målrettet svært overvægtige voksne.

Foldere med vandreture

Foldere med vandreture i lokalområdet er udarbejdet for at give borgerne lyst til at bevæge sig i naturen.

66. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at det er vanskeligt at udarbejde entydige årsagssammenhænge imellem kommunale indsatser og deltagernes adfærd på KRAM-områderne. Det påvirker opfølgningen på effekterne af konkrete indsatser i de pågældende kommuner, og fx kan det være svært at koble en given indsats til en given effekt på grund af udefrakommende påvirkninger, fx effekten af nationale indsatser som kampagner.

67. Rigsrevisionen er enig i, at det er vanskeligt at vurdere entydige årsagssammenhænge, men finder det relevant, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse får mere viden om effekterne af forebyggelsesindsatserne i kommunerne.

68. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har oplyst, at ministeriet forventer, at forebyggelsesområdet i kommunerne i de kommende år i højere grad systematiseres og gøres mere ensartet, i takt med at forebyggelsespakkerne implementeres, bl.a. ved hjælp af "Center for Forebyggelse i praksis". Ministeriet forventer, at det på længere sigt vil skabe bedre muligheder for at gennemføre videnskabelige undersøgelser af sammenhængen mellem indsatser, resurser og effekter.

V. Vejledning og rådgivning

Sundhedsstyrelsen yder vejledning og rådgivning til kommunerne gennem kampagner, publikationer og andre rådgivningsaktiviteter, fx konferencer, temadage og dialogmøder. Rådgivningen omhandler hovedsageligt vidensformidling, anbefalinger og retningslinjer.

Regionerne yder tillige vejledning og rådgivning til kommunerne gennem temadage, kurser, koordinering af netværk og andre lokale rådgivningsaktiviteter.

Kommunerne i undersøgelsen gør brug af den rådgivning og vejledning, som henholdsvis Sundhedsstyrelsen og regionerne stiller til rådighed, og kommunerne finder den relevant og anvendelig. Særligt i sundhedsprofilerne har kommunerne fået et brugbart monitorerings- og planlægningsværktøj. Indholdet af regionernes rådgivning varierer, og kommunerne har forskellige forventninger til, hvad regionernes rådgivning bør indeholde.

A. Sundhedsstyrelsens vejledning og rådgivning

69. Rigsrevisionens undersøgelse af Sundhedsstyrelsens vejledning og rådgivning af kommunerne om borgerrettet forebyggelse har vist følgende:

- Sundhedsstyrelsen rådgiver kommunerne om rygning, alkohol og motion. I samarbejde med Fødevarestyrelsen rådgiver Sundhedsstyrelsen endvidere om kost. Rådgivningen sker bl.a. gennem kampagner, publikationer, konferencer og netværk.
- Sundhedsstyrelsens nationale kampagner virker vejledende og motiverende for kommunerne, som på en række områder igangsætter indsatser i forlængelse af kampagnerne.
- Sundhedsstyrelsens publikationer bidrager med relevant og anvendelig viden til kommunerne.
- Kommunerne i undersøgelsen benytter Sundhedsstyrelsens rådgivning til at planlægge og prioritere de kommunale indsatser.

70. Sundhedsstyrelsens rådgivningsforpligtelse over for kommunerne er beskrevet i sundhedsloven og de tilhørende lovbemærkninger. Sundhedsstyrelsen er forpligtet til i dialog med regioner og kommuner at udarbejde de overordnede retningslinjer og anbefalinger for forebyggelsesarbejdet. Formålet med Sundhedsstyrelsens rådgivningsindsats er at sikre kommunerne adgang til opdateret viden om, hvad der virker inden for borgerrettet forebyggelse, og inspirere til, hvordan den kommunale indsats bedst kan tilrettelægges. Det kan bl.a. ske gennem kampagner, publikationer og andre rådgivnings- og vejledningsaktiviteter.

71. Rigsrevisionen har gennemgået materiale fra Sundhedsstyrelsen, der omhandler Sundhedsstyrelsens forebyggelsesaktiviteter vedrørende kost, rygning, alkohol og motion i perioden 2007-2012.

72. Sundhedsstyrelsen gennemfører hvert år kampagner, hvoraf flere gennemføres ud fra et princip om, at de nationale kampagner bør følges op af lokale indsatser. Med afsæt i denne opmærksomhed kan kommunerne gennemføre indsatser, som støtter op om budskabet. Sundhedsstyrelsen tilbyder kommunerne informations- og oplysningsmateriale for at styrke sammenhængen med den nationale kampagne og de lokale indsatser. Boks 7 beskriver Sundhedsstyrelsens alkoholkampagne.

BOKS 7. SUNDHEDSSTYRELSENS ALKOHOLKAMPAGNE

Hvert år i uge 40 sætter Sundhedsstyrelsen fokus på alkohol gennem en landsdækkende kampagne.

Temaet for alkoholkampagnen i 2012 var "Sæt proppen i og lad dit lys brænde længere". Kampagnen satte fokus på de sundhedsmæssige konsekvenser ved alkohol og byggede på Sundhedsstyrelsens udmeldinger og anbefalinger omkring alkoholindtag – herunder særligt på udmeldingen om lavrisikogrænsen på henholdsvis 7 genstande for kvinder og 14 for mænd.

Ud over de nationale aktiviteter stillede Sundhedsstyrelsen informations- og oplysningsmateriale til rådighed for kommunerne for at understøtte sideløbende lokale indsatser.

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

I 2012 planlagde Sundhedsstyrelsen i alt 11 kampagner fordelt over hele året. Heraf var 3 kampagner rettet mod voksne borgere og havde KRAM-faktorerne i fokus.

73. En stor del af Sundhedsstyrelsens vejledning og rådgivning af kommunerne foregår desuden gennem publikationer. Sundhedsstyrelsen har i perioden 2007-2012 udgivet en række publikationer vedrørende voksne og KRAM-faktorerne.

Publikationerne handler bl.a. om formidling af forskningsresultater. Ud over vidensformidling er der fx tale om anbefalinger og retningslinjer som forebyggelsespakkerne. En mindre del af publikationerne er monitoreringsrapporter.

Endvidere udgiver Sundhedsstyrelsen publikationer, der henvender sig direkte til henholdsvis borgere og sundhedsfagligt personale, fx pjecen "Alkohol og operationer – forebyg komplikationer, når du skal opereres". Sundhedsstyrelsen udgiver også materiale om mere generelle og tværgående temaer, som har betydning for, hvordan kommunerne kan udføre borgerrettet forebyggelse. Det kan være i form af generel rådgivning til at kvalificere eller evaluere forebyggelsen, fx guider til planlægning eller til øget tværgående samarbejde.

74. Ud over rådgivningsmateriale i form af kampagner og publikationer yder Sundhedsstyrelsen rådgivning gennem nationale konferencer, lokale temadage, dialogmøder, nyhedsbreve mv. Disse aktiviteter er ligeledes med til at formidle faglig viden til kommunerne.

75. Kommunerne i Rigsrevisionens undersøgelse finder Sundhedsstyrelsens kampagner relevante og understøttende for deres indsatser. Når Sundhedsstyrelsen gennemfører en national mediekampagne, skaber det synlighed og sætter fx alkoholmisbrug på dagsordenen. Det giver et fundament for at gennemføre lokale aktiviteter i kommunerne. Det er dog forskelligt, i hvor høj grad kommunerne udnytter de nationale kampagner til også at igangsætte lokale aktiviteter.

76. Endvidere viser Rigsrevisionens undersøgelse, at kommunerne generelt er tilfredse med den rådgivning, de får gennem Sundhedsstyrelsens publikationer. Kommunerne anvender bl.a. Sundhedsstyrelsens publikationer, når de skal igangsætte nye initiativer eller indsatser.

B. Regionernes vejledning og rådgivning

77. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes vejledning og rådgivning har vist følgende:

- Regionerne tilbyder rådgivning om den borgerrettede forebyggelse i forskelligt omfang og med varierende indhold til kommunerne. Rådgivningen foregår bl.a. som temadage og kurser for kommunernes personale.
- Kommunerne i undersøgelsen finder overordnet set den regionale rådgivning relevant og anvendelig til trods for regionale forskelle i omfang og indhold. Det er ikke klart for alle kommuner, hvad de kan forvente af den regionale rådgivning, selv om regionens rådgivningsrolle er defineret i sundhedsaftalen mellem regionen og den enkelte kommune. Endvidere har de 11 kommuner i undersøgelsen forskellige forventninger til regionens rolle.
- Sundhedsprofilerne giver den enkelte kommune relevant og anvendelig viden om befolkningens aktuelle sundhedstilstand. Alle kommuner i undersøgelsen finder regionernes rådgivning om sundhedsprofilerne tilfredsstillende.

78. Sundhedslovens § 119, stk. 3, og den tilhørende vejledning fra Sundhedsstyrelsen fra 2009 beskriver regionernes rådgivningsforpligtelse. Regionerne skal tilbyde rådgivning, der vedrører kommunernes etablering af sunde rammer og forebyggende tilbud til borgerne. Vejledningen beskriver, at det er en lokal beslutning, hvordan den enkelte region tilrettelægger sin rådgivning og afstemmer rådgivningen med de kommunale behov, rammer og prioriteringer. Bl.a. beskriver vejledningen, at regionernes rådgivning kan indeholde:

- kompetenceudvikling i form af kurser eller temadage
- koordinering af netværk om forebyggelse
- rådgivning om metodeudvikling og evaluering.

Regionerne har desuden en forskningsforpligtelse, jf. § 194 i sundhedsloven. Regionerne skal bidrage til, at der genereres ny viden, og til at understøtte, at forebyggelsesindsatser tilrettelægges i henhold til aktuelt bedste viden om årsager til og udbredelse af sygdom, effekter af indsatserne og den mest hensigtsmæssige implementering af disse.

I forbindelse med, at det i 2009 blev aftalt at udarbejde sundhedsprofiler, fik regionerne denne opgave.

79. Det fremgår af sundhedsaftalerne, hvordan de enkelte regioner og kommunerne har defineret regionens rådgivningsforpligtelse. Regioner og kommuner skal indgå aftaler om arbejdsdelingen og samarbejdet om bl.a. forebyggelse og sundhedsfremme.

80. Rigsrevisionen har gennemgået de generelle sundhedsaftaler i de 5 regioner for at belyse, hvordan rådgivningsforpligtelsen er defineret. I 4 af de 5 regioner er regionens rolle vedrørende rådgivning til kommunerne om borgerrettet forebyggelse defineret i sundhedsaftalen. Region Hovedstaden har valgt ikke at gøre dette. Det skyldes ifølge regionen, at der ikke har været kommunal tilslutning til, at rådgivning vedrørende borgerrettet forebyggelse blev en del af sundhedsaftalen. Region Syddanmark har suppleret definitionen i sundhedsaftalen med en strategi for rådgivningen, der løber fra 2011 til 2014. Regionen og kommunerne er i fællesskab blevet enige om en række prioriterede temaer, herunder regional sundhedsprofil og fysisk aktivitet. Region Syddanmark følger op på strategien med en årlig status.

81. Rigsrevisionen har gennemgået oplysninger og materiale om regionernes arbejde med sundhedsprofiler og regionernes rådgivningsaktiviteter vedrørende den borgerrettede forebyggelse i kommunerne i perioden 2007-2012. Materialet er gennemgået med henblik på at undersøge, i hvilket omfang regionerne tilbyder kompetenceudvikling, koordinering af netværk og rådgivning om metodeudvikling og evaluering. Da der ikke er noget krav til, hvad regionernes rådgivning skal indeholde, er det også forskelligt, hvordan de enkelte regioner har valgt at prioritere og tilrettelægge rådgivningsindsatsen. Fx er der forskel på, hvordan regionerne formidler resultaterne af sundhedsprofilerne. 4 regioner har tilbudt mundtlig præsentation i alle kommuner, mens 1 region har valgt ikke at tilbyde dette.

Nogle regioner fokuserer rådgivningsforpligtelsen på enkelte dele, fx temadage, kursusaktiviteter eller sundhedsprofiler, mens andre regioner forsøger at favne bredere. Ud over forskelle i indhold er der også forskel på omfanget af aktiviteter. 1 region afholder fx 2-6 temadage årligt, mens 1 anden region har afholdt 4 temadage i hele perioden 2007-2012.

82. Alle regioner er i gang med eller har planer om at indgå forskningssamarbejde, der er rettet mod borgerrettet forebyggelse. Boks 8 viser et eksempel på et forskningssamarbejde.

BOKS 8. EKSEMPEL PÅ ET FORSKNINGSSAMARBEJDE I EN REGION

Space – rum til fysisk aktivitet er et forskningsprojekt, der er udviklet i et samarbejde mellem Region Syddanmark, kommuner i regionen, Syddansk Universitet mfl. Projektet handler om at skabe viden om de fysiske rammers betydning for børn og unges aktivitet og sundhed. Projektet arbejder med 4 interventionsområder:

- **Aktiv transport**

Initiativer, der gør det mere attraktivt at gå eller cykle til skole, fx skiltning.

- **Skolens udeområder**

Med denne indsats skal skolens udeområder gøres til en lokal arena for selvorganiseret leg, idræt og fysisk aktivitet – såvel i skoletiden som uden for skoletiden.

- **Playspots**

Et playspot kan fx være en junglebane i en skov, et asfalteret område til basketball og rulleskøjteløb og en klatrevæg.

- **Foreningsfitness**

Formålet med denne indsats er at få fysisk inaktive i lokalområdet til at dyrke målrettet motion, der ikke stiller store krav til den enkeltes færdigheder, og som kan indpasses i den enkeltes hverdagsrytme.

83. Rigsrevisionen er i forbindelse med gennemgangen af materialet om regionernes rådgivningsaktiviteter stødt på tilfælde af overlap mellem den rådgivning og vejledning, som henholdsvis Sundhedsstyrelsen og regionerne tilbyder. Et eksempel på dette er Region Hovedstaden, som i sin publikation "Sundhedsprofil 2010" giver konkrete anbefalinger til, hvad kommunerne kan gøre for at nedbringe antallet af rygere, reducere alkoholforbruget, fremme sunde madvaner og fremme bevægelse. Der er et vist overlap med forebyggelsespakkerne fra Sundhedsstyrelsen, som er præsenteret i 2012.

84. Da Rigsrevisionen ikke generelt har analyseret regionernes og Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale med henblik på at søge efter overlap, giver undersøgelsen ikke grundlag for at vurdere, i hvilken udstrækning der er tale om overlap.

85. Det fremgår af oplysninger fra Sundhedsstyrelsen, at snitflader mellem regionens og Sundhedsstyrelsens opgaver i nogen udstrækning behandles i Sundhedsstyrelsens vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3. Sundhedsstyrelsen har i 2010 oprettet et dialogforum for regional forebyggelse med det formål at danne ramme for faglig dialog og gensidig orientering mellem Sundhedsstyrelsen og regionerne. Forummet mødes 2 gange årligt og drøfter regionale forebyggelsesopgaver både for den patientrettede og for den borgerrettede forebyggelse.

86. Regionerne har oplyst, at de ikke ser noget problem i, at der er overlap mellem den rådgivning og vejledning, som Sundhedsstyrelsen og regionerne varetager. De finder det relevant, at Sundhedsstyrelsen og regionerne i fællesskab – og dermed med en forstærket indsats – kan understøtte kommunernes forebyggelsesindsats.

87. Alle kommuner i undersøgelsen har udtrykt generel tilfredshed med regionens arbejde og rådgivning i relation til sundhedsprofilerne. Kommunerne finder, at sundhedsprofilen er et vigtigt redskab til at planlægge og prioritere, hvilke indsatser der bør lægges vægt på, da den netop synliggør områder, hvor kommunerne har behov for forebyggelse. Det er vigtigt for kommunerne, at en præsentation af sundhedsprofilerne er lettilgængelig og entydig, så det fremgår, hvor kommunen har nogle udfordringer, og hvor der er potentiale for forebyggelse.

88. Kommunerne gør brug af regionernes rådgivning. Såvel kommunerne som regionerne har givet udtryk for, at langt størstedelen af den rådgivning, der udbydes af regionerne, bliver anvendt af kommunerne. Nogle kommuner ønsker imidlertid ikke regionernes involvering i den borgerrettede forebyggelse. De vil hellere selv klare opgaven. De ser derfor heller ingen problemer i, at regionen eventuelt ikke tilbyder rådgivning i et videre omfang. Enkelte kommuner ønsker, at regionerne spiller en større rolle vedrørende den borgerrettede forebyggelse, fx omkring koordinering af netværk eller opbygning af kompetencer.

89. Kommunerne har oplyst, at de efterhånden har opbygget meget viden om borgerrettet forebyggelse, siden de overtog opgaven i 2007. De har ansat medarbejdere med kompetencer i borgerrettet forebyggelse og har opnået praktisk erfaring på området. Flere kommuner og regioner giver udtryk for, at det er blevet sværere for regionerne at rådgive om den borgerrettede forebyggelse, idet regionerne ikke i samme grad som kommunerne er tæt på borgerne.

90. Kommunerne i undersøgelsen har endvidere oplyst, at de har et godt samarbejde med regionerne omkring den patientrettede forebyggelse ved bl.a. forløbsprogrammer. Flere kommuner udtrykker dog, at den patientrettede forebyggelse fylder meget, og at regionens fokus på denne del kan være med til at flytte fokus fra den borgerrettede forebyggelse i kommunernes samarbejde med regionerne.

91. Rigsrevisionens undersøgelse har vist, at det ikke er klart for alle kommuner i undersøgelsen, hvad de kan forvente af den regionale rådgivning, hvilket kommer til udtryk gennem forskellige holdninger til relevansen af regionernes rådgivning.

92. Regionerne har oplyst, at regionernes rådgivningsforpligtelse med fordel kan styrkes ved at sætte mere fokus på kommunernes behov for rådgivning.

Rigsrevisionen, den 9. april 2013

Lone Strøm

/Henrik Berg Rasmussen

Bilag 1. Kommunernes borgerrettede forebyggelsesindsatser

		Kommune										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Individuelle tilbud												
Individuelt tilbud, kost	Alle	x	-	x	-	-	x	x	x	x	x	-
	Særlige målgrupper	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Individuelt tilbud, rygning	Alle	x	-	x	x	-	x	x	x	x	x	x
	Særlige målgrupper	x	-	x	x	-	x	x	x	x	x	-
Individuelt tilbud, alkohol	Alle	x	-	-	-	-	x	x	x	-	x	-
	Særlige målgrupper	x	-	x	x	-	x	x	x	x	x	-
Individuelt tilbud, motion	Alle	x	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Særlige målgrupper	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sunde rammer¹⁾												
Sundhedspolitik	Generation	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1
	Gælder indtil (- angiver intet slutår)	2015	-	-	-	-	2014	2013	2012	-	2014	2010
	Målbare mål	-	-	x	x	-	x	-	-	-	x	-
	Handleplan, kost	-	x	-	-	-	-	-	-	x	-	-
	Handleplan, rygning	-	x	-	-	-	-	-	-	x	-	-
	Handleplan, alkohol	-	x	-	-	-	-	-	-	x	-	-
	Handleplan, fysisk	-	x	-	-	-	-	-	-	x	x	-
Mad- og måltidspolitik	-	-	x	-	-	-	x	-	x	-	x	
Rygepolitik	x	-	-	-	x	-	x	-	x	-	-	
Alkoholpolitik	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	
Bevægelsespolitik	-	-	-	x	-	-	x	-	-	-	-	
Puljemidler²⁾												
Antal ansøgninger i alt		6	0	8	3	3	3	1	3	3	3	2
Antal bevilgede ansøgninger		5	0	4	1	3	3	1	2	1	3	1
Bevilgede puljemidler i alt, mio. kr.		11,3	0	3,2	0,5	6,4	17,7	0,3	0,7	0,1	10,2	0,6

¹⁾ Kommunerne kan ud over politikker have andre strukturelle indsatser for at skabe sunde rammer.

²⁾ Kommunerne har oplyst, hvilke puljemidler de har søgt af de 9 puljer under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, der er rettet mod borgerrettet forebyggelse, voksne og KRAM. Hvis kommunen har søgt om puljemidler fra puljer under andre ministerier, er de ikke medtaget.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra kommunerne.

Bilag 2. Ordlister

Aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering	Kommunerne medfinansierer deres borgeres behandling i sundhedsvæsnet. Fra 2012 betaler kommunerne 34 % af behandlingstaksten – dog maks. 14.000 kr. pr. indlæggelse og 1.400 kr. pr. ambulant besøg. For besøg hos praktiserende speciallæger betaler kommunen 34 % af honoraret – dog maks. 1.400 kr. pr. besøg.
Borgerrettet forebyggelse	Er rettet mod raske borgere og skal medvirke til at sikre, at sygdomme og ulykker ikke opstår.
Forebyggelsespakker	En række faglige anbefalinger til en styrket kommunal forebyggende indsats udsendt af Sundhedsstyrelsen i 2012. Anbefalingerne til kommunerne er beskrevet i 9 forebyggelsespakker: tobak, alkohol, fysisk aktivitet, mad og måltider, mental sundhed, seksuel sundhed, hygiejne, indeklima i skoler og solbeskyttelse.
KRAM	Er en forkortelse for kost, rygning, alkohol og motion.
Patientrettet forebyggelse	Skal forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere. Indsatsen er også rettet mod at begrænse eller udskyde komplikationer.
Rammer for sund levevis (sunde rammer)	Omhandler både fysiske rammer, trivsel i forskellige miljøer og muligheder for at vælge det sunde. Sunde rammer handler fx om at give gode rammer for fysisk aktivitet på plejecentre, i skoler og i daginstitutioner, så både ude- og indearealer inspirerer til fysisk aktivitet. Endvidere handler sunde rammer fx om en alkohol- og rygepolitik på en arbejdsplads eller en bevægelsespolitik for børnene i kommunens skoler eller daginstitutioner.
Risikofaktor	Faktor, der øger sandsynligheden for sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker, fx rygning.
Satspuljer	Midler, der årligt reserveres til særlige tiltag på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet med henblik på at forbedre vilkårene for modtagere af overførselsindkomster og svage grupper i samfundet.
Sund By Netværket	Frivilligt forum for samarbejde om udvikling, koordinering og implementering af det lokale folkesundhedsarbejde. 56 kommuner og 2 regioner er medlemmer. Sund By Netværket arbejder med at udvikle metoder og modeller for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde og medvirker til at koordinere netværksdannelse på området.
Sundhedsaftaler	Regionerne og kommunerne skal indgå aftaler om arbejdsdelingen og samarbejdet på 6 obligatoriske områder. Områderne er ud over forebyggelse og sundhedsfremme bl.a. indsatsen for mennesker med sindslidelser.
Sundhedsfremme	Handler om at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden generelt. Det kan fx ske ved at skabe rammer, der styrker borgernes resurser, trivsel og velvære, fx ved at fremme muligheder for fysisk aktivitet. I denne undersøgelse dækker ordet "forebyggelse" både forebyggelse og sundhedsfremme.
Sundhedsprofil	Beskriver danskernes trivsel, sundhed og sygdomme. Beskrivelsen omfatter derudover helbredsrelateret livskvalitet, sundhedsadfærd, kontakt til egen læge og sociale relationer. Datamaterialet kan anvendes til sundhedsplanlægning og analyser af regionale og kommunale forskelle. Sundhedsprofilen 2010 blev dannet ud fra et standardspørgeskema med 52 fælles spørgsmål.