DET ER TID TIL HANDLING – FOREBYGGELSE ER EN POLITISK VINDERSAG

Det Nationale Forebyggelsesråd

Det er tid til handling – forebyggelse er en politisk vindersag

Udgivet af: Det Nationale Forebyggelsesråd

Grafisk tilrettelæggelse og tryk:
Rosendahls-Schultz Grafisk

Oplag: 1.000

Udgivelsesår: 2010

Publikationen er tilgængelig på http://www.detnationaleforebyggelsesraad.dk/

Henvendelse om publikationen kan ske hos:

Sekretariatet for Det Nationale Forebyggelsesråd
Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse
Islands Brygge 67
2300 København S
Telefon: 72 22 74 00
E-post: cff@sst.dk

Publikationen kan bestilles hos:

Rosendahls-Schultz Distribution
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Telefon 70 26 26 36
E-mail: sundhed@rosendahls-schultzgrafisk.dk
Hjemmeside: www.rosendahls-schultzgrafisk.dk
Pris: 0,- kr. – dog betales ekspeditionsgebyr

INDHOLD

1. Forord. 5

2. Sammenfatning 8

3. Danskernes sundhed skal forbedres markant 11

4. Indsatsen skal være ambitiøs og sættes i system. 15

5. Sundhed ind i hverdagen 22

6. Målrettede forebyggelsestilbud og tidlig opsporing 35

7. Sammenhængende patientforløb i et sammenhængende sundhedsvæsen 44

FORORD 1

Sundhed er i dag på alles læber. Der går næppe en dag, hvor medierne ikke har fokus på forskellige aspekter af sundhed. Regeringen nedsatte i 2008 en Forebyggelseskommission, flere af Folketingets partier har udpeget forebyggelsesordførere, sundhedsskatter er en del af den vedtagne skattepolitik, og i det nye regeringsgrundlag sætter regeringen et ambitiøst mål for den danske middellevetid.

Det Nationale Forebyggelsesråd afløser Motions- og Ernæringsrådet og Det Nationale Råd for Folkesundhed. De to råd bidrog markant til at sætte kost, rygning, alkohol og motion (KRAM) på Danmarkskortet, fremlægge viden om risikofaktorerne og udstikke en kurs for både den nationale og for kommunernes forebyggelsespolitik i den første tid efter kommunalreformen. Med sine anbefalinger til en styrket forebyggende indsats kridtede Forebyggelseskommissionen i 2009 banen op for en mere nuanceret debat om forebyggelse, ligesom forskningsmiljøer rundt om i landet kontinuerligt bidrager med ny viden om forebyggelse og sundhedsfremme. Det er denne nationale platform af viden Det Nationale Forebyggelsesråd tager afsæt i, når rådet med dette oplæg sætter indsatsen for en styrket folkesundhed til debat.

Det Nationale Forebyggelsesråd mener, at der er brug for et kursskifte. Det er tid til at omsætte viden til handling og systematisere forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen. Først og fremmest skal vi fokusere på at få forebyggelse og sundhedsfremme ind i hverdagen. Sundhed skal være en naturlig og integreret del af hverdagen, som vi ikke eksplicit skal tage stilling til.

Det Nationale Forebyggelsesråd vil med denne strategi præsentere rådets overordnede synspunkter på tre væsentlige områder: Sundhed ind i hverdagen, målrettede forebyggelsestilbud og tidlig opsporing samt et sammenhængende sundhedsvæsen. Inden for hvert område vil rådet stille skarpt på nogle specifikke muligheder og pege på større områder, hvor rådet mener, at der er væsentlige uindfriede potentialer.

Det handler grundlæggende om, hvordan vi alle sammen kan leve længere og bedre. For vi skal leve længere, men de leveår vi har, skal også være med mindre sygdom og højere kvalitet. Det Nationale Forebyggelsesråd går derfor i dialog med beslutningstagere i kommuner, regioner og stat om at løse opgaverne inden for alle sektorer, myndighedsniveauer og forvaltningsgrene på en sundhedsfremmende måde og derved sætte sundhedsfremmende tilbud, ydelser og rammer systematisk i drift. Samtidig vil Det Nationale Forebyggelsesråd inspirere arbejdspladser, frivillige og andre aktører til at støtte op om sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatsen. Det Nationale Forebyggelsesråd vil herudover anspore til et øget samarbejde om et bedre og mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Forebyggelsen skal ikke længere være behandlingens lillebror, men snarere tvilling. Det er en politisk vindersag at prioritere en styrket forebyggende indsats – potentialet er til stede.

Denne strategi er ikke en udtømmende liste over indsatser, der kan fremme folkesundheden. Denne strategi er rådets bud på, hvor der er væsentlige potentialer, særlig parathed, åbenlyse muligheder, store udfordringer eller lette gevinster at hente for at styrke folkesundheden, forlænge danskernes middellevetid, forbedre deres livskvalitet og reducere den sociale ulighed i sundhed.

God læselyst!

Lene Sillasen, formand for Det Nationale Forebyggelsesråd

Det Nationale Forebygelsesråd
Det Nationale Forebyggelsesråd er et uafhængigt, sagkyndigt råd, der er nedsat af indenrigs- og sundhedsministeren. Rådet består af 13 medlemmer fra forskellige folkesundhedssektorer og den praktiske forebyggelsesverden.

Det Nationale Forebyggelsesråd er etableret med hjemmel i sundhedslovens § 223. I bemærkningerne til loven er rammerne for og formålet med rådet beskrevet. Med henblik på at udvikle og styrke indsatsen for at forbedre danskernes sundhed og forlænge danskernes middellevetid skal rådet på et evidensbaseret grundlag blandt andet bidrage til debat om forebyggelse og sundhedsfremme specielt på livsstilsområdet samt inspirere aktører og miljøer, som varetager forebyggelsesopgaver.

Rådet skal i sit arbejde være opmærksom på væsentlige indsatsområder som børn og unge, social ulighed i sundhed, livsstilsfaktorerne kost, rygning, alkohol og motion og på, hvordan den enkeltes ansvar for egen sundhed kan styrkes.

Det Nationale Forebyggelsesråds medlemmer
Rådet er sammensat af følgende personer:

- Lene Sillasen (formand), adm. direktør, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune.
- Bente Graversen, direktør, Sundhed og Bæredygtig Udvikling, Aalborg Kommune.
- Børge Koch, leder, Videncenter for Sundhedsfremme og det nationale videncenter KOSMOS, University College Syd.
- Dorthe Heide, udviklingschef, Danmarks Idrætsforbund.
- Eva Borg, vicedirektør, Region Hovedstadens Psykiatri.
- Finn Diderichsen, professor, dr. med., Københavns Universitet.
- Jean Hald Jensen, sundhedskoordinator, Helsingør Kommune (frem til februar 2010).
- Lars Foged, alment praktiserende læge, praksisudviklings-konsulent, Region Midtjylland, kommunal praksiskonsulent, Ringkøbing-Skjern Kommune, lægelig koordinator, Praksisenheden, Holstebro.
- Mogens Lindhard, CSR- & arbejdsmiljøchef, Grundfos A/S.
- Morten Grønbæk, professor, dr. med., direktør, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Morten Freil, direktør, Danske Patienter.
- Simon Prahm, managing director, GAM3.
- Torben Jørgensen, enhedschef, professor, dr.med. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, KPU, Region Hovedstaden & Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

2 SAMMENFATNING

Danskerne lever kortere end borgerne i de lande, vi normalt sammenligner os med, cirka hver tredje dansker lever med mindst én kronisk sygdom, og mange danskere har en usund levevis. Dertil kommer et betydeligt finansieringsproblem i årene fremover som følge af stigende sundhedsudgifter og den økonomiske krise, som sætter de offentlige udgifter under pres. Det er derfor nødvendigt at styrke forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen.

Målet er, at danskernes levetid skal øges, forekomsten af kronisk sygdom reduceres, danskerne skal leve sundere, og de samfundsøkonomiske udfordringer imødegås. Undersøgelser viser, at danskerne er parate, og regeringens målsætning om at øge middellevetiden er klar og ambitiøs. Der er allerede en del viden om, hvad der virker. I dag udgør udgifterne til forebyggelse og sundhedsfremme en meget lille andel af de samlede sundhedsudgifter. Langt hovedparten bruges til at behandle borgerne, når de er blevet syge. Det er op til beslutningstagerne at handle og prioritere en omstilling af forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen.

Forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen skal være mere offensiv

I dag er der ikke fælles retning og prioritering i forebyggelsesindsatsen. Derfor skal der opstilles nationale mål for folkesundheden, som er retningsgivende for indsatsen på tværs af sektorer og myndighedsniveauer. Samtidig skal forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen orienteres mod etableringen af sundhedsfremmende rammer og målrettede tilbud. Samfundet skal indrettes, så det i sit udgangspunkt fremmer folkesundheden, og velfærdsydelserne skal omstilles, så de er sundhedsfremmende. Det indebærer, at forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen i højere grad fokuserer på hele befolkningen, forankres strukturelt og sættes systematisk i drift.

Omstillingen af forebyggelsesindsatsen skal i første omgang fokusere på tre områder: 1) Sundhed skal ind i hverdagen for at fremme alle borgeres sundhed, 2) målrettede forebyggelsestilbud og tidlig opsporing skal styrke sundheden hos de borgere, der lever usundt eller er kronisk syge, og som har brug for støtte til at ændre levevis eller leve med kronisk sygdom, og 3) sammenhængende patientforløb skal give borgere, der har en kronisk sygdom, de bedste muligheder for at mestre eget liv samt forebygge unødige indlæggelser.

Sundhed ind i hverdagen

Samfundet skal indrettes, så det i udgangspunktet understøtter en sund levevis. Derfor skal forebyggelse og sundhedsfremme implementeres og forankres i kernedriften i relevante sektorer. Indsatsen for en bedre folkesundhed er i høj grad en opgave, der skal løses uden for sundhedssektoren. Forebyggelse og sundhedsfremme behøver ikke være motiveret af sundhedsmålsætninger, men kan i stedet være et middel til at indfri andre mål. Kommunerne kan omstille velfærdsydelser og integrere sundhedshensyn i planlægningsopgaver, så sundhedsfremme bidrager til en bedre opgaveløsning. Herudover skal offentlige og private virksomheder integrere sundhedsfremme på arbejdspladsen, og lovgivningen skal bruges aktivt på relevante ressortområder til direkte at fremme folkesundheden og til aktivt at understøtte arbejdet

med sundhed. Der er et uudnyttet potentiale for at fremme folkesundheden ved at implementere og integrere bevægelse og fysisk aktivitet i hverdagslivet og i de daglige rutiner og gøremål.

Målrettede forebyggelsestilbud og tidlig opsporing

De kommunale forebyggelsestilbud, som typisk er forankret i sundhedscentre, kan bidrage til at forebygge, at sygdom overhovedet opstår, forebygge komplikationer i forbindelse med kronisk sygdom og øge ressourcerne til at mestre et liv med kronisk sygdom.

Der er behov for gennem monitorering og evaluering at opbygge viden om effektive metoder, så indsatsen baseres på evidens. Med afsæt i dokumentation skal der udvikles nationale krav til

udbuddet af og standarder for indholdet i de borger- og patientrettede forebyggelsestilbud, så borgerne kan forvente nogenlunde samme basistilbud, uanset hvor de bor i landet ligesom i det behandlende sundhedsvæsen. Herudover bør de borgerrettede og patientrettede forebyggelsestilbud tænkes sammen, fordi flere elementer i tilbuddene er sammenfaldende.

Kommunerne skal systematisk udnytte mulighederne for tidlig opsporing af borgere med udiagnosticeret kronisk sygdom i relevante borgerkontakter, ligesom almen praksis skal opspore og i relevant omfang henvise patienter med usund levevis, borgere i risiko for udvikling af kronisk sygdom samt borgere med kronisk sygdom til kommunale forebyggelsestilbud. Det er tid til at udnytte potentialet i at standardisere forebyggelsestilbuddene ved at sætte tilbud om rygestop i drift på alle niveauer og sikre dokumentation og kvalitet.

Sammenhængende patientforløb i et sammenhængende sundhedsvæsen

Der skal sikres en sammenhængende indsats i sundhedsvæsenet med klar arbejdsdeling mellem hospitaler, almen praksis og kommuner med udgangspunkt i det princip, at opgaverne skal løses på lavest mulige effektive omsorgsniveau (LEON). Arbejdsdelingen i sundhedsvæsenet skal tydeliggøres gennem øget brug af sundhedsaftalerne. I aftalerne skal der blandt andet være pligt til at redegøre for den sammenhængende rehabiliteringsindsats gennem intensiveret brug af forløbsprogrammer. Herudover skal medfinansieringsstrukturen fremme incitamenterne for en intensiv forebyggende indsats af høj faglig kvalitet, og monitorering af regionernes og kommunernes indsats og effekt heraf skal skabe et kvalificeret grundlag for fortsat udvikling, kvalitetssikring og målstyring.

DANSKERNES SUNDHED SKAL FORBEDRES MARKANT

3

Regeringen har et mål om, at Danmark i år 2020 skal være blandt de 10 lande i verden, hvor man lever længst. Det er et meget ambitiøst mål.

Sundhed handler om meget mere end fysisk sundhed. Hvis man spørger danskerne selv, hvad der har betydning for det gode liv, topper mental sundhed og at have et godt familieliv listen, mens fysisk sundhed kommer ind på en tredje plads[1]. Alligevel har sundhedsadfærden, der har stor betydning for den fysiske sundhed og påvirker middellevetiden, ændret sig gennem de senere år. Andelen af rygere er faldet, men en væsentlig del af de tilbageværende rygere er storrygere. Færre transporterer sig aktivt og har fysisk krævende arbejde, men flere motionerer i fritiden. Danskerne drikker fortsat meget, flere danskere dør som følge af deres alkoholforbrug, og flere børn vokser op i familier med alkoholproblemer. Der er kommet flere overvægtige, og danskerne er fortsat belastet af kroniske sygdomme. Hvis middellevetiden skal øges, er der fortsat grund til at fokusere på danskernes levevis.

Det Nationale Forebyggelsesråd mener at:

Der er god grund til at styrke forebyggelsesindsatsen. Danskerne lever kortere end borgerne i de lande, vi normalt sammenligner os med, cirka hver tredje voksne dansker lever med en kronisk sygdom, og de økonomiske udfordringer er betydelige. Vi har ikke råd til at lade være.

Danskerne er belastet af kronisk sygdom og usund levevis og dør for tidligt

Cirka hver tredje dansker lider af en eller flere kroniske sygdomme med hjerte-kar-sygdomme, sygdomme i nervesystemet, kræftsygdomme, psykiske lidelser, kroniske lungesygdomme, diabetes og muskel-skeletlidelser samt knogleskørhed som de dominerende[2]. Mange tidlige dødsfald skyldes kroniske sygdomme, der kunne have været undgået eller udskudt. For de under 70-årige kan 65

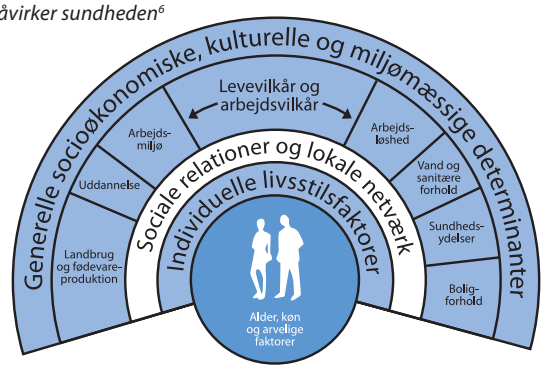
1 Trygfonden og Mandag Morgen. Fremtidens forebyggelse ifølge danskerne. 2008.
2 Sundhed og Sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed. 2006.

pct. af dødsfaldene tilskrives kræft, hjerte-kar-sygdomme og sygdomme i fordøjelses- og åndedrætsorganer[3]. Kronisk sygdom fører herudover til dårligere livskvalitet. Hvert år står 700.000 personer i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsstyrken. For en meget stor del af dem er det fordi, de er langvarigt syge.

De tidlige dødsfald som følge af kronisk sygdom er en del af forklaringen på, at Danmark placerer sig på en 23. plads, når man sammenligner middellevetiden i OECD-landene, og levetiden i Danmark er den korteste i norden[4]. Svenskerne lever fx godt 2½ år længere end danskerne, hovedsageligt fordi færre svenskere dør for tidligt af kroniske sygdomme, og fordi flere svenskere har et mere moderat alkoholindtag end danskerne.

Der er en lang række faktorer, der har betydning for vores sundhed og dermed også for udviklingen af kronisk sygdom, og de påvirker også hinanden indbyrdes (figur 3.1). Nogle af dem kan ikke ændres, det gælder fx gener, køn og alder. Andre årsager som individuelle livsstilsfaktorer kan påvirkes gennem forebyggelse, det gælder fx rygning, for stort alkoholforbrug, for lidt motion og usund kost, som anslås at være årsag til 40 pct. af alle sygdomme og tidlige dødsfald[5]. Faktorer, der også påvirkes af de levevilkår og sociale relationer, vi befinder os i.

Figur 3.1 Faktorer der påvirker sundheden[6]



Kilde: Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – En vejledning i Sundhedslovens §119 stk. 1 og 2. (Efter Dahlgren og Whitehead 1991).

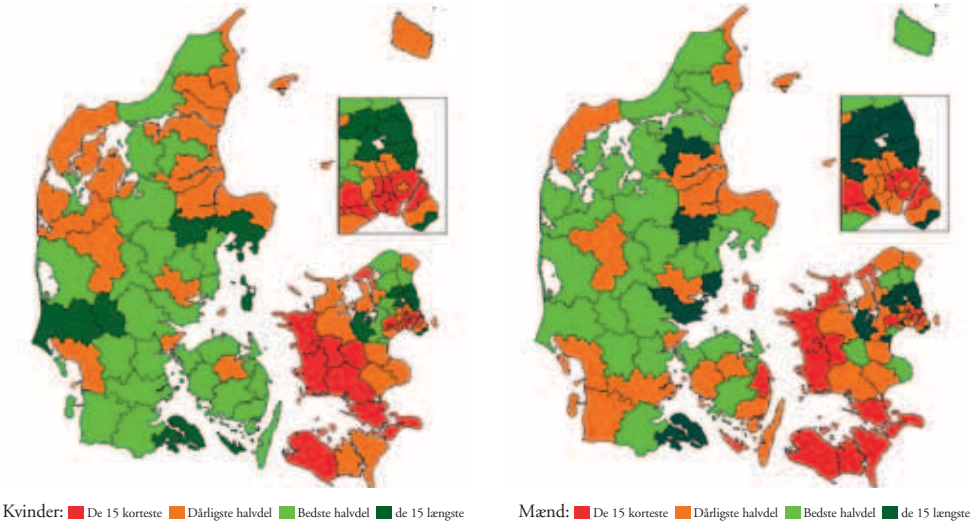
3 Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. 2009.
4 Nordic Statistical Yearbook 2009.
5 Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. 2009.
6 Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – En vejledning i Sundhedslovens §119 stk. 1 og 2. (Efter Dahlgren og Whitehead 1991).

Der er ulighed i sundhed

Stort set alle sygdomme og risikofaktorer er skævt fordelt i befolkningen, og oftest er det de dårligst stillede, der er hårdest ramt. Mænd med lavt uddannelsesniveau kan forvente 8,2 flere leveår med langvarig belastende sygdom sammenlignet med mænd med høj uddannelse. For kvinder er forskellen 7,3 år. Tilsvarende dør mænd med svage sociale relationer i gennemsnit tre år for tidligt, mens kvinder med svage sociale relationer dør to år for tidligt. Personer med svage sociale relationer kan herudover forvente flere leveår med langvarig belastende sygdom end personer med stærke sociale relationer[7].

Borgerne i kommunerne på Lolland-Falster, i det sydvestlige Sjælland samt vest for København er de borgere i Danmark, der lever kortest. Både mænd og kvinder har relativt korte middellevetider i de tre kommuner København, Lolland og Ishøj (figur 3.2). Middellevetiden er her som i fattige lande i Asien og Østeuropa. Borgerne i kommunerne nord for København er blandt de danskere, der lever længst. Blandt mændene lever de længst i Allerød og Hørsholm. Blandt kvinderne lever de længst i Dragør og Hørsholm.

Figur 3.2: Middellevetider for henholdsvis kvinder og mænd i kommunerne. Gennemsnit for perioden 1998-2007



Kilde: Forskningsleder Knud Juel. Statens Institut for Folkesundhed. 2010.

7 Knud Juel m.fl. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed. 2006.

Der er ingen sikker viden om, hvorledes man mest effektivt kan modvirke den sociale ulighed i sundhed. Der er dog ingen tvivl om, at foranstaltninger rettet mod de sociale faktorer og levevilkår kan forebygge større social ulighed i sundhed[8].

De velfærdsøkonomiske udfordringer er store

Knap 1/10 af det danske samfunds produktion bruges til at forebygge, behandle eller afhjælpe sygdom, og denne andel har været stigende gennem de senere år[9]. Langt hovedparten anvendes i det behandlende sundhedsvæsen.

Som følge af den demografiske udvikling med en forventet fordobling af antallet af personer på 80 år eller derover frem mod 2040, og som følge af en forventet vækst i sundhedsudgifterne pr. person, forventer Det Økonomiske Råd en fortsat realvækst i sundhedsudgifterne i de kommende år fra 7 pct. af BNP i 2009 til knap 10 pct. i 2050.[10] Denne fortsatte realvækst i sundhedsudgifterne vil under en økonomisk krise, hvor de offentlige udgifter er under pres, skabe et betydeligt finansieringsproblem i årene fremover.

Herudover har en specialeafhandling vist, at der er betydelige merudgifter forbundet med borgere med kronisk sygdom sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom med samme køn og alder (tabel 3.1). Merudgifterne pr. person med kronisk sygdom til hjemmesygepleje, hjemmehjælp, sygesikringsydelser, kommunale tilllæg og tilskud, overførselsindkomster, boligstøtte og boligydelser, herunder plejehjemsydelser, samt kommunens medfinansiering af hospitalsudgifter beløber sig gennemsnitligt til 47.550 kr/år[11].

Tabel 3.1: Det offentliges merforbrug pr. person i gruppen af sygdomsramte borgere

	Merforbrug pr. pers.	**Den kommunale andel af merforbruget**
Diabetes	54.903 kr./år	25.804 kr./år
KOL	81.100 kr./år	34.062 kr./år
Hjerte	52.500 kr./år	27.300 kr./år
Total*	47.550 kr./år	

*Totalen omfatter hele gruppen af sygdomsramte. Det gennemsnitlige merforbrug pr. person, som har én eller flere af de tre sygdomme, er 47.550 kr/år. Dette tal er lavere end merforbruget for henholdsvis diabetes, KOL og hjerte, da det også omfatter borgere, der har mere end én af de tre kroniske sygdomme.

Kilde: Michael Nyhus Andreassen og Jens Pagh Maltbæk. Livsstilssygdomme – Et sundhedsøkonomisk studie. Specialeafhandling.

8 Mette Kjøller m.fl. Folkesundhedsrapporten Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, 2007.
9, 10 Det Økonomiske Råd. Dansk Økonomi 2009. 2009.
11 Michael Nyhus Andreassen og Jens Pagh Maltbæk. Livsstilssygdomme – Et sundhedsøkonomisk studie. Specialeafhandling.

INDSATSEN SKAL VÆRE AMBITIØS OG SÆTTES I SYSTEM

4

Danskerne skal leve længere, have flere gode leveår, og den sociale ulighed i sundhed skal reduceres. Hvis det skal realiseres, skal forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen være langt mere gennemgribende – på alle niveauer og inden for alle sektorer. Der er meget brugbar viden om, hvad der virker, og potentialet for en bedre folkesundhed er til stede. Det er op til beslutningstagerne at realisere potentialet.

Det Nationale Forebyggelsesråd mener at:
Der skal opstilles nationale mål for folkesundheden, som er retningsgivende for indsatsen på tværs af sektorer og myndighedsniveauer. Der skal opstilles mål for forekomsten af dagligrygere, udsættelse for passiv rygning, alkoholstorforbrug, aktiv transport til og fra arbejde, fysisk aktivitet i fritiden, saltindtag, indtag af frugt og grønt, dagligt forbrug af sukkerholdige drikke og overvægt.

Forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen skal orienteres mod etableringen af sundhedsfremmende rammer og målrettede tilbud. Samfundet skal indrettes, så det i sit udgangspunkt fremmer folkesundheden, og velfærdsydelserne skal omstilles, så de er sundhedsfremmende.

Forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen skal forankres strukturelt og sættes systematisk i drift for at sikre implementering og konsolidering.

Der er meget brugbar viden om effektive metoder til at fremme sundheden. Den viden, vi allerede har, skal omsættes til handling.

Der skal satses målrettet på forebyggelse, og incitamenterne for en samlet satsning på forebyggelse skal være tydelige, så potentialerne indfris på alle niveauer, fx i form af reduceret pres på det behandlende sundhedsvæsen og kompenserende kommunale ydelser.

Forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen skal styrkes gennem en tredelt strategi:

- Sundhed skal ind i hverdagen, så samfundet naturligt fremmer en sund levevis for alle.
- Målrettede forebyggelsestilbud og tidlig opsporing skal styrke sundheden hos de borgere, der lever usundt eller er kronisk syge, og som har brug for støtte til at ændre levevis eller leve med kronisk sygdom.
- Sammenhængende patientforløb i et sammenhængende sundhedsvæsen skal give borgere, der har en kronisk sygdom, de bedste muligheder for at mestre eget liv.

Borgerne er parate. 72 % af danskerne ønsker, at det offentlige tager et større ansvar for – på en række områder – at sikre sunde rammer for befolkningen, og mange danskere ønsker det offentliges hjælp til at ændre vaner[12]. Når det handler om børn og unge, er danskerne parate til at gå langt også med forbud og påbud. Danskerne bakker således bredt op om tiltag som fx at vise ID ved køb af alkohol, indføre hårdere straffe til værtshusejere, der lader personer under 16 år købe alkohol, og forbyde rygning i nærheden af børn.

Samfundets indretning og vores kultur har betydning for sundheden. Den måde, vi omgås hinanden på, og de sociale normer og værdier i samfundet påvirker vores adfærd og vores handlekompetencer og dermed også vores sundhed. Det gælder dels vores levevis, men også andre faktorer med betydning for sundheden, som fx i hvor høj grad vi føler os trygge og føler, at vi kan have tillid til vores omgivelser.

Forebyggelse og sundhedsfremme handler overordnet om at ændre det miljø, der omgiver os, så det ikke er den enkeltes selvdisciplin, der er afgørende for sundheden. Miljøet omkring os skal indrettes, så vi lever sundt uden at tænke over det. Det, der er det naturlige og givne i vores omgivelser, skal også fremme sundheden, fordi det, der er 'default indstillingen' i omgivelserne, også langt hen ad vejen er retningsgivende, for de valg vi træffer[13].

Fra uens prioritering til nationale mål og standarder

I dag er der væsentlige lokale variationer i forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen, og prioriteringerne er forskellige. Der er brug for fælles mål og standarder, som kan fremme en fælles retning i indsatsen.

Der er brug for at løfte forebyggelse og sundhedsfremme i hele samfundet på alle niveauer og i alle sektorer. Der skal opstilles klare nationale mål for folkesundheden, som sikrer en fælles retning og prioritering, og som forpligter stat, regioner og kommuner til en styrket og mere målrettet indsats i alle kommunale forvaltninger og i alle ministerier. Der er brug for, at alle aktører trækker i samme retning, hvis potentialet skal indfris. De nationale mål skal desuden understøtte en fælles satsning på tværs af sektorer med henblik på at skabe ny viden om effektive metoder til at fremme folkesundheden. Der bør fra national side som minimum opstilles mål for forekomsten af:

- Dagligrygere
- Udsættelse for passiv rygning
- Alkoholstorforbrug
- Aktiv transport til og fra arbejde
- Fysisk aktivitet i fritiden
- Saltindtag
- Indtag af frugt og grønt
- Dagligt forbrug af sukkerholdige drikke
- Overvægt og fedme

12 Trygfonden og Mandag Morgen. Fremtidens forebyggelse ifølge danskerne. Trygfonden, 2008.
13 Thaler RH, Sunstein CR. Nudge. Improving decisions about health, wealth, and happiness. Yale University Press, 2008.

Ved at vælge ovenstående mål er der for hovedpartens vedkommende allerede fra 2011 etableret systematisk monitorering gennem den nationale eller de kommunale sundhedsprofiler[14]. For så vidt angår saltindtag og dagligt forbrug af sukkerholdige drikke, indgår de ikke for indeværende i sundhedsprofilerne. Det vil derfor være nødvendigt at etablere monitoreringsmuligheder herfor. Skal den sociale ulighed i sundhed mindskes yderligere, skal der desuden sættes fokus på blandt andet børns vilkår, arbejdsmiljøforhold og marginaliseringen i samfundet.

Hvis danskerne har brug for ydelser i det regionale sundhedsvæsen, kan de forvente en nogenlunde ensartet behandling. Der er ingen standarder eller minimumskrav til udbuddet af kommunale forebyggelsestilbud, selv om der er tale om tilbud, der på tværs af kommuner er en del af det samme forløbsprogram. På de områder, hvor der allerede er udviklet effektive metoder, skal danskerne, uanset hvor de bor, kunne forvente et ensartet udbud i de kommunale borger- og patientrettede forebyggelsestilbud. Der skal derfor med afsæt i et tilstrækkeligt evidensgrundlag udvikles minimumskrav og standarder for udbud af og indhold i de

14 En sundhedsprofil er en kortlægning af borgernes sundhed, sygelighed og sundhedsvaner. Fra 2011 laves der sundhedsprofiler i alle danske kommuner samt en national sundhedsprofil hvert fjerde år (se evt. kapitel 5).

kommunale forebyggelsestilbud, så der er et ensartet basisniveau i alle kommuner. Indsatsen skal for så vidt angår de tilbud, hvor der kan udvikles minimumskrav og standarder, monitoreres og dokumenteres med henblik på fortsat udvikling og kvalitetssikring. For de forebyggelsestilbud for hvilke der ikke findes effektive metoder, skal der opstilles fælles mål med henblik på en fælles satsning på afprøvning og evaluering af metoder. Dette med henblik på udvikling af effektive tilbud, der kan danne grundlag for fastlæggelsen af minimumskrav og standarder.

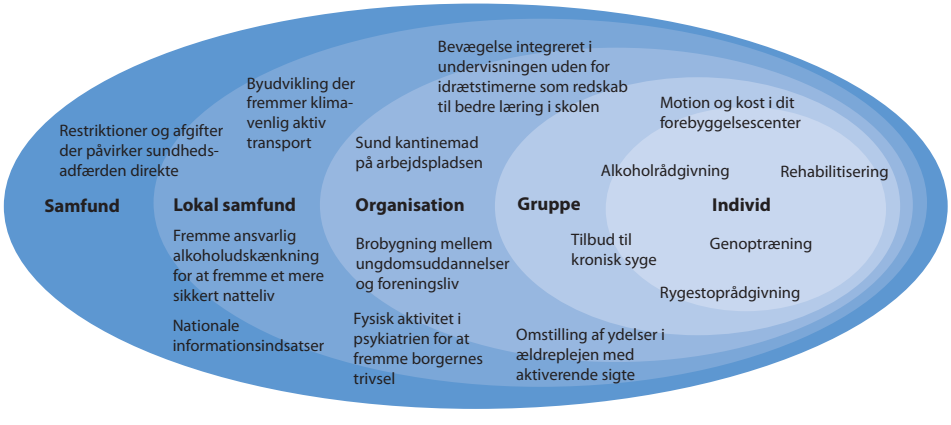
Fra individorienteret indsats til sundhedsfremmende rammer og målrettede tilbud

Forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen har de senere år hovedsageligt været orienteret mod tilbud til enkeltindivider eller grupper. Denne type indsatser er ressourcekrævende og begrænsede i, hvor mange borgere der kan nås, og hvor længe effekten holder. Indsatsen skal derfor i stedet orienteres mod hele befolkningen og dermed implementeringen af vilkår for en sund levevis i de strukturer og rammer, der omgiver borgerne. De eksisterende strukturer skal indrettes, så de i deres natur fremmer en sund levevis for at nå større grupper af borgere og især de borgere, som er svære at nå med de traditionelle sundhedstilbud (figur 4.1). Det skal være lettere at leve sundt for alle borgere – også de borgere, der har færrest ressourcer til at tage vare på egen sundhed og færrest ressourcer til at vælge en sund levevis til.

Samtidig med at indsatsen fokuseres på implementeringen af sundhedsfremmende rammer, er

der behov for at fortsætte etableringen af målrettede tilbud til borgere med sundhedsmæssige udfordringer og fortsætte informationsindsatserne. Informationsindsatser kan ikke stå alene, fordi de da er ineffektive og har vanskeligt ved at nå de borgere, der har færrest ressourcer. Men de kan være væsentlige at iværksætte sammen med strukturelle tiltag og målrettede tilbud. Informationsindsatserne kan fx bidrage til at flytte normer og kultur, sådan som det formodes, at de har gjort på fx tobaksområdet. Forebyggelsesindsatsen på trafikområdet er et eksempel på, at kombinationen af trafikregulering og en massiv kampagneindsats har ført til et væsentligt fald i antallet af drab i trafikken. Og det er et eksempel på, at befolkningen har taget regulering til sig.

Figur 4.1: Model med eksempler på forebyggelse og sundhedsfremme i de eksisterende strukturer samt målrettede forebyggelsestilbud til individer og grupper[15]



15 Frit efter Barholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Intervention Mapping. Designing theory and evidence-based health promotion program.

Fra projekt til drift

Både den borgerrettede og patientrettede forebyggelse har siden kommunalreformen været præget af midlertidige projekter uden varig finansiering og med manglende forankring. I forbindelse med evalueringen af et forebyggelsestiltag målrettet fremme af bevægelse i byrummet i København blev en af konklusionerne, at indsatsens manglende forankring, og overgang til drift kunne forklares ved, at indsatsen ikke i planlægnings- og implementeringsfasen var klargjort til de allerede eksisterende bærende strukturer[16]. Hvis det potentiale, der er for at forbedre folkesundheden, skal realiseres, skal forebyggelse og sundhedsfremme forankres strukturelt og sættes systematisk i drift med henblik på at sikre varig implementering og konsolidering af indsatsen. Indsatsen målrettet forebyggelse af smitsomme sygdomme er et eksempel på en forebyggelsesindsats, der er systematisk, velkonsolideret og forankret strukturelt, og som har været succesfuld og forbedret folkesundheden betydeligt.

At sætte forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen i drift indebærer dels at sundhedshensynet integreres i planlægningen af indretningen af vores omgivelser, og dels at offentlige ydelser og tilbud tilrettelægges på en sundhedsfremmende måde. Herudover er der behov for at fortsætte udviklingen og forankringen af den infrastruktur, som skal udgøre rammen for driften af de kommunale forebyggelsestilbud.

Fra viden til handling

Der er meget brugbar viden om effektive metoder til forebyggelse, og den viden skal omsættes til handling. Samtidig er der behov for at fortsætte udviklingen af ny praksisnær viden om effekt, organisering og implementering af forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen, både for så vidt angår den strukturelle forebyggelse og de målrettede forebyggelsestilbud samt organiseringen og tilrettelæggelsen af opgaverne i sundhedsvæsenet.

Fra behandlingssamfund til forebyggelsessamfund

En meget lille andel af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet bruges på forebyggelse. Den prioritering modsvarer ikke det potentiale i form af reduceret pres på det behandlende sundhedsvæsen og på en række kompenserende kommunale ydelser, der kan realiseres, hvis satsningen på forebyggelse af kronisk sygdom og forværring af kronisk sygdom samt forebyggelse af unødvendige indlæggelser øges. Hvis forebyggelsespotentialet skal realiseres, skal der dels satses på etableringen af en bæredygtig kommunal infrastruktur til de individrettede tilbud i forebyggelsesindsatsen. Derudover skal der etableres økonomiske incitamenter, som fremmer en samlet satsning i hele sundhedsvæsenet på en indfrielse af forebyggelsespotentialet på alle niveauer, og dermed styrker princippet om at løse opgaverne på lavest effektive omsorgsniveau. Samtidig er der behov for at etablere tydelige incitamenter for en samlet satsning på den befolkningsrettede forebyggelse.

16 Petersen LS, Ibsen B. København – en by i bevægelse: evaluering af Københavns Kommunes motionsstrategi. Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet, 2009.

Det er tid til at lytte til danskernes ønsker. Potentialerne og incitamenterne for en styrket forebyggelsesindsats er til stede, og det politisk formulerede mål om en længere middellevetid er ambitiøst. Derfor skal omstillingen af forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen igangsættes på tre væsentlige områder.

Vi skal for det første fremme sundheden hos alle borgere og øge borgernes ressourcer til at tage vare på egen sundhed. Det vil sige, at vi skal sætte massivt ind for at skabe rammer, der fremmer en sund levevis, og at opgaverne i relevante sektorer skal løses på sundhedsfremmende måder.

For det andet skal vi gennem målrettede forebyggelsestilbud undgå – eller udskyde – at borgere i sundhedsmæssig risiko udvikler livstruende og kroniske sygdomme. Det vil sige, at der skal være let tilgængelige forebyggelsestilbud af høj kvalitet til de borgere, der har behov for støtte til at ændre levevis eller leve med en kronisk sygdom. Samtidig skal vi sikre tidlig opsporing blandt borgere, der er i risiko for at udvikle en række alvorlige sygdomme, og som ikke selv ved, at de er i risiko for at udvikle sygdom, eller ikke selv kan ændre levevis.

For det tredje skal vi bedst muligt hjælpe de borgere, der har udviklet sygdom, til et selvstændigt og meningsfuldt liv gennem sammenhængende, effektive og trygge forløb af høj kvalitet med henblik på, at borgerne får de bedste forudsætninger for, på trods af sygdom, at realisere og mestre eget liv.

5 SUNDHED IND I HVERDAGEN

Mange børn opholder sig en stor del af deres hverdagsliv i dagtilbud og skoler, de voksne på arbejdsmarkedet i offentlige og private virksomheder, og en del ældre er i kontinuerlig og vedvarende kontakt med det offentlige. Vi lever altså en stor del af vores hverdagsliv i nogle rammer, som enten fastlægges af det offentlige eller af virksomhederne. Samfundet har derved en unik mulighed for at få sundhed ind i vores hverdagsliv ved at indrette vores omgivelser på en måde, så de i deres udgangspunkt er indrettet til en sund levevis.

Forebyggelse og sundhedsfremme behøver ikke at handle om den enkeltes valg og fravalg og om personligt ansvar. Vi skal ikke nødvendigvis træffe valg om sundhed, men de rammer, vi lever i, skal støtte en sund levevis, så alle gives en bedre mulighed for at tage vare på egen sundhed. Sundhed skal være en naturlig og integreret del af danskernes hverdagsliv. Samfundet kan indrettes, så vores handlinger i udgangspunktet er sunde[17]. Ved at gøre sundhed til en del af hverdagen bliver sundhed ikke forbeholdt de få, som har ressourcer til at vælge en sund levevis. Sundhed bliver en del af hverdagslivet for alle, hvis indsatsen målrettes hele befolkningens levevis. Hvis det skal blive virkelighed, skal kommunerne, staten og arbejdspladserne integrere sundhed på relevante områder, og forenings-, kultur- og erhvervslivets muligheder for at bidrage skal tænkes aktivt ind i løsningen. Forebyggelse og sundhedsfremme er en tværfaglig opgave, og indsatsen for en bedre folkesundhed er altså i høj grad en opgave, der skal løses uden for sundhedssektoren.

Det Nationale Forebyggelsesråd mener at:

- Sundhed ikke skal være et tilvalg, det skal være et udgangspunkt for den måde, samfundet indrettes på.
- Forebyggelse og sundhedsfremme skal implementeres og varigt forankres bredt i kernedriften i alle sektorer. Indsatsen for en bedre folkesundhed er i høj grad en opgave, der skal løses uden for sundhedssektoren.
- Forebyggelse og sundhedsfremme behøver ikke være motiveret af sundhedsmålsætninger, det kan være et middel til at indfri andre mål. Kommunerne kan omstille velfærdsydelser og integrere sundhedshensyn i planlægningsopgaver, så sundhedsfremme bidrager til en bedre opgaveløsning.
- Offentlige og private virksomheder skal implementere forebyggelse og sundhedsfremme systematisk og sammenhængende.
- Lovgivningen skal bruges aktivt på relevante ressortområder til direkte at fremme folkesundheden og til aktivt at understøtte arbejdet med sundhed.

Kommunerne

Kommunerne er gennem bestemmelserne i sundhedslovens § 119 blandt andet forpligtet til at skabe rammer for en sund levevis for alle borgere og etablere forebyggende og sundhedsfremmende

17 Thaler RH, Sunstein CR. Nudge. Improving decisions about health, wealth, and happiness. Yale University Press, 2008.

tilbud. Forebyggelse og sundhedsfremme med afsæt i Sundhedslovens § 119 handler altså om at sikre vilkår, der fremmer en sund levevis i vore daglige rutiner, vaner og gøremål, det vil sige etablere sundhedsfremme målrettet hele befolkningen. Her har kommunerne en unik mulighed. Ingen anden myndighed er i så kontinuerlig og mangfoldig kontakt med borgerne, som kommunen og dens institutioner. I alle livets faser. Der er gevinster at hente for alle borgere på en langt større skala end i dag, hvis kommunerne bringer hele deres store servicerepertoire i spil og implementerer forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen som en varig og integreret del af de eksisterende driftsstrukturer på alle forvaltningsområder.

Den kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats har siden kommunalreformen i 2007 været præget af tidsbegrænsede projekter med gode intentioner men ofte midlertidig finansiering og manglende forankring i de eksisterende driftsstrukturer. Hvis kommunernes potentiale skal indfris, og kommunalreformens intentioner realiseres, skal forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen konsolideres og systematiseres.

Forebyggelse og sundhedsfremme behøver ikke være dyrt eller besværligt. Det kan være en genvej eller et middel til bedre resultater på andre områder, fordi sundhed og en sund levevis har betydning for fx indlæringsevnen, for evnen til at varetage et arbejde og for en række andre muligheder for at realisere et godt og meningsfuldt liv.

Der er overordnet set fire spor at følge i implementeringen af forebyggelse og sundhedsfremme i de kommunale kerneopgaver med samtidig potentiel gevinst for andre kerneopgaver:

- De rammer, kommunerne etablerer, kan tilrettelægges under et samtidigt hensyn til opgavens mål og påvirkningen af borgernes sundhed, fx på miljøområdet hvor aktiv transport både kan reducere CO2-udslippet og fremme fysisk aktivitet.

- De kommunale ydelser kan omstilles, så de både fremmer løsningen af kerneopgaven og samtidig bidrager positivt til sundheden, fx er der erfaringer, som peger på, at man ved at integrere bevægelse i skoledagen øger elevernes koncentration og indlæring.

- Gennem de kommunale ydelser kan der etableres målrettet opsporing af borgere med usund levevis eller tegn på kronisk sygdom, fx kan hjemmeplejen systematisk opspore tegn på fald i funktionsevne hos borgerne med henblik på tidligere at kunne tilbyde borgerne støtte til at genvinde funktionsevnen og opretholde kompetencerne til egenomsorg.

- Forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud kan integreres i kommunale ydelser og tilbud, fx kan forebyggelsestilbud som en del af beskæftigelsesindsatsen formentlig bringe borgerne tættere på arbejdsmarkedet eller i beskæftigelse, fordi det blandt andet kan være med til at styrke borgernes handlekompetence.

Figur 5.1: Eksempler på indsatser på forskellige forvaltningsområder, hvor forvaltningens mål kan være helt eller delvist sammenfaldende med sundhedsmålsætninger

SEKTOR/FORVALTNING	EKSEMPEL	EFFEKT
BØRN OG UNGE	SYSTEMATISK IMPLEMENTERING AF BEVÆGELSE I SKOLER OG DAGTILBUD	BEDRE LÆRING OG SUNDERE BØRN
ÆLDRE	AKTIVERENDE HJEMMEHJÆLP	BEDRE EVNE TIL AT MESTRE EGET LIV OG FASTHOLDELSE AF FUNKTIONSEVNE
TEKNIK OG MILJØ	SAMMENHÆNGENDE MULIGHEDER FOR AKTIV TRANSPORT	KLIMAFORBEDRINGER OG SUNDERE BORGERE
KULTUR OG FRITID	FLERE LET TILGÆNGELIGE REKREATIVE OMRÅDER SOM INDBYDER TIL AKTIVITET	MERE MANGFOLDIGT KULTUR- OG FRITIDSLIV OG SUNDERE BORGERE
BESKÆFTIGELSE	SUNDHEDSTILBUD SOM EN DEL AF BESKÆFTIGELSES-INDSATSEN	BEDRE MESTRING, SUNDERE BORGERE MED STØRRE MULIGHED FOR AT KOMME I ARBEJDE
SOCIALOMRÅDET	BEVÆGELSE I PSYKIATRIEN	REDUCERET BEHOV FOR MEDICIN, ØGET TRIVSEL OG SUNDERE BORGERE

Nogle kommunale forvaltningers opgaver, mål og faglighed er delvist sammenfaldende med sundhedsmålsætningerne (figur 5.1). Erfaringer har vist, at hvis forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen skal lykkes, vil det være en fordel netop at fokusere på de områder, hvor sundhedsmålsætningerne er helt eller delvist sammenfaldende med målsætningerne for den pågældende kerneopgave[18]. Derved opnås ikke alene gevinster for borgernes sundhed men også en mere effektiv anvendelse af ressourcerne.

De kommunale sektorer har forskellige potentialer for at fremme sundheden, fordi deres indflydelse på vores hverdagsliv er forskellig. Sektorer, der har kontakt til mange borgere, eller har kontakt med borgerne gennem længere tid samt sektorer, der er ansvarlige for strukturelle omgivelser med stor betydning for sundheden, forventes at have de største potentialer for at fremme folkesundheden.

Sammenholdes sektorernes sundhedspotentiale med, i hvor høj grad sektorernes målsætninger har en fællesmængde med eller er nært beslægtede

18 Petersen LS, Ibsen B. København – en by i bevægelse: evaluering af Københavns Kommunes motionsstrategi. Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet, 2009.

med sundhedsmålsætningerne, har børne- og ungeområdet, social- og beskæftigelsesområdet, ældreområdet samt miljø- og byplanlægning et potentiale, som det er umiddelbart muligt at skabe synergi med.

Hvis sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatsen skal lykkes, skal fordelene ved at løse kerneopgaverne på en sundhedsfremmende måde i andre sektorer påvises og formidles. Der er brug for, at kommunalbestyrelse og topledelse får samtlige kommunens forvaltninger til at påtage sig et ansvar for folkesundheden og omlægge løsningen af de kommunale opgaver, så de løses på en forebyggende og sundhedsfremmende måde. Det er en udfordring, blandt andet fordi forebyggelse og sundhedsfremme sjældent er et slutmål på andre politikområder end sundhedsområdet. Det er tid til at tage udfordringen op, incitamenterne er til stede.

Sundhedsprofiler som planlægnings- og prioriteringsredskab
Fra 2011 laves der sundhedsprofiler på voksenområdet (16 år og opefter) i alle danske kommuner hvert fjerde år.

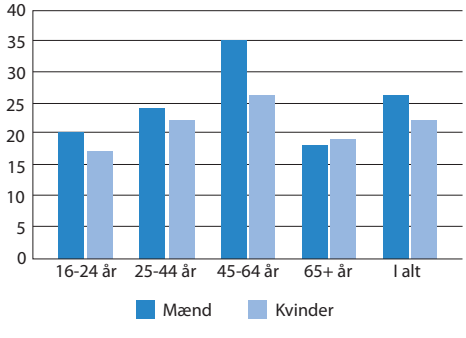
En sundhedsprofil er en kortlægning af borgernes sundhed, sundhedsvaner og forekomsten af en række sygdomme hos borgerne, hovedsageligt sygdomme der i stor udstrækning kan tilskrives vores sundhedsvaner og levevilkår. Forekomsten af usunde vaner og sygdomme er opdelt på en række forhold som fx køn, alder og sociale forhold. Det betyder for eksempel, at kommunerne får viden om forekomsten af rygning, risikabelt alkoholforbrug og om forekomsten af kroniske sygdomme som hjertekarsygdomme og diabetes både i hele populationen og fordelt på forskellige grupper af borgere.

Kommunerne kan med sundhedsprofilen identificere de områder eller målgrupper, der er særligt behov for at prioritere i den enkelte kommune, og kontinuerligt følge udviklingen i sygelighed og sundhedsvaner i hele populationen på et detaljeringsniveau, der gør det muligt løbende at tilpasse og målrette sundhedsindsatsen til netop de grupper, der har størst behov.

Sundhedsprofilerne er blandt andet derfor et godt styringsværktøj, der både politisk og administrativt skal bruges offensivt til at inspirere, dagsordenssætte, planlægge og prioritere indsatsen i sundhedssektoren. Sundhedsprofilerne kan desuden bruges aktivt i drøftelserne med kommunens forvaltninger om på hvilke områder, der er særligt behov for at implementere sundhedsfremme og forebyggelse i opgaveløsningen.

Det gode arbejde med at standardisere sundhedsprofilerne på voksenområdet skal følges op af en tilsvarende standardisering af børnesundhedsprofiler.

Figur 5.2: Eksempel på opgørelse af forekomsten af rygere i Aalborg Kommunes sundhedsprofil



Kilde: Aalborg Kommune, Region Nordjylland og Statens Institut for Folkesundhed. Sådan står det til med sundheden i Aalborg Kommune. 2007.

Eksempel: Muligheder for omlægning af ydelser på skoleområdet

Kommunerne administrerer to centrale velfærdsydelser – skole og dagtilbud – hvor mange børn tilbringer en stor del af deres vågne tid. Der er betydeligt sammenfald mellem målsætningerne på skoleområdet og sundhedsmålsætninger, fx fremmer bevægelse både indlærings- og koncentrationsevnen samt sundheden.

Skolen udgør en særlig arena for sundhedsfremme, fordi indsatser i skolen når alle børn. Grundskolen har primært mulighed for at etablere sundhedsfremme inden for to områder, dels gennem tilrettelæggelsen af den sundhedsrelaterede undervisning i fagene idræt, hjemkundskab samt sundheds-, seksualundervisning og familiekundskab og ved at implementere sundhedsfremme bredt i skolens aktiviteter og fag uden for de sundhedsrelaterede fag.

Skolerne kan fremme sundheden ved at integrere sundhedsfremme i tilrettelæggelsen af undervisningen i de fag, der ikke traditionelt er relateret til sundhed. Der er således positive erfaringer med at integrere bevægelsesaktiviteter i læringen i de øvrige fag.

Skolerne kan tillige fremme bevægelse uden for idrætsundervisningen ved at stimulere til leg og bevægelse i frikvartererne, som også kan gøres længere. Der kan laves faste aftaler om, at eleverne er ude i frikvartererne. Herudover kan skolerne tilrettelægge skoledagen, så der dagligt er et sammenhængende tidsrum til fysisk aktivitet for alle skolens elever. Erfaringer har desuden vist, at hvis skoledagen tilrettelægges, så der afvikles frikvarter med bevægelse forud for spisepausen, spiser eleverne mere af deres madpakker.

Undervisningsministeriet fastsætter fælles mål for undervisningen, mens kommunerne lokalt kan lave læseplaner, som udgør grundlaget for lærernes tilrettelæggelse af undervisningen i fx sundheds-, seksualundervisning og familiekundskab. Kommunerne kan således til dels prioritere, hvilke emner der skal undervises i, og hvilke materialer der skal anvendes, og dermed også sikre en høj kvalitet af undervisningen i de sundhedsrelaterede fag. Tilsvarende kan kommunerne prioritere, at undervisningen i fx idræt varetages af lærere, der er uddannet til at undervise i idræt og derved styrke kvaliteten.

Aktiviteterne i skolefritidsordninger (SFO) og fritidshjem kan desuden tilrettelægges, så de fremmer bevægelse, sådan som det fx er tilfældet i idræts-SFO'er. Skoler, skolefritidsordninger og fritidshjem har desuden vide rammer for at indføre mad- og frugtordninger.

Arbejdspladsen

Danske undersøgelser har vist, at mange ledere og medarbejdere i dag mener, at sundhed ikke er en privat sag. Der er med andre ord en udbredt accept af, at virksomheden gerne må blande sig i de ansattes livsstil, hvis det sker på den rigtige måde[19].

Det betaler sig for virksomhederne at fremme medarbejdernes sundhed

Der er god økonomi i at gøre op med tanken om sundhedsfremme som et frynsegode og i stedet arbejde mere systematisk og strategisk med sundhed og trivsel på arbejdspladserne. Det vil øge medarbejdertilfredsheden, mindske sygefraværet og øge produktiviteten. I mange tilfælde vil virksomheden kunne aflæse indsatsen i forholdet mellem investeringen og de gevinster, der kan måles.

Sundhedsfremme på arbejdspladsen betaler sig både for virksomhederne, for medarbejderne og for samfundet. Fysisk og mentalt sunde medarbejdere er mere produktive og har bedre mulighed for at fastholde deres arbejde. Indsatser på arbejdspladsen kan nå alle erhvervsaktive borgere, og dermed også faglærte og ufaglærte, der ikke i tilstrækkelig grad nås gennem traditionelle sundhedstilbud.

Sundhedsfremme på arbejdspladsen skal være systematisk og sammenhængende

Forebyggelse og sundhedsfremme på arbejdspladsen omfatter arbejdsmiljø, livsstil og virksomhedens sociale ansvar. Det vil sige aktiviteter relateret til både det fysiske og psykiske arbejdsmiljø, sundhedsvaner (fx usund kost, rygning, alkohol og fysisk inaktivitet) og mental sundhed (fx stress og mobning).

Virksomheder kan implementere forebyggelse og sundhedsfremme på flere niveauer fra en indsats, der udgøres af enkeltstående tilbud, som fx frugtordning og rygestopkurser, til en systematisk og sammenhængende indsats, hvor sundhed indgår i alle ledelsesmæssige beslutninger, og hvor indsatsen har en fast organisering, er forankret i en sundhedsstrategi og følges op. Desuden kan indsatsen bestå af både tilbuds- og miljøorienterede indsatser målrettet flere faktorer[20]. Hvis virksomhederne vil øge mulighederne for en succesfuld sundhedsfremmeindsats, skal indsatsen være systematisk og sammenhængende, og virksomhedens sundhedspolitik skal være helhedsorienteret, ledelsesunderstøttet og kampagneledsaget. Desuden skal der etableres en systematisk overvågning med henblik på løbende forbedring af indsatsen[21].

Virksomheder og kommuner kan samarbejde

Arbejdspladsen er en særligt velegnet arena for fremme af sund levevis, herunder tidlig opsporing

19, 20 Sundhedsstyrelsen. Sundhed og trivsel på arbejdspladsen. 2010.

21 Dansk Standard. Sundhedsledelse i virksomheder – Krav til integrerede ledelsessystemer med styring af sundhedsfremme og forebyggelse af livsstilssygdomme. (endnu ikke publiceret).

af medarbejdere med sundhedsmæssige problemer. Kommuner og arbejdspladser skal afprøve metoder til samarbejde og eventuelt udarbejde partnerskabsaftaler på specifikke områder. Et øget samarbejde skal overordnet fremme udnyttelsen af det potentiale, der ligger i at arbejde målrettet med sundhedsfremme på arbejdspladserne, herunder tidlig opsporing af medarbejdere med sundhedsmæssige problemer. Samarbejdet skal også sikre, at virksomhederne kan henvise medarbejderne til relevante kommunale forebyggelses- eller behandlingstilbud.

Desuden kan der samarbejdes om forløb til særlige målgrupper, fx medarbejdere med alkoholproblemer eller langvarigt syge medarbejdere. Der kan for eksempel indgås aftaler mellem virksomheden, den berørte medarbejder og den kommunale alkoholbehandling. Aftalen skal gensidigt bekræfte virksomhed og medarbejder i, at medarbejderen følger det aftalte forløb og derved får mulighed for at fastholde arbejdet på virksomheden. I forhold til langvarigt syge medarbejdere er der gode erfaringer med, at sygemeldte efter 8 ugers sygefravær visiteres til en "Tilbage Til Arbejde" indsats hos en kommunal sagsbehandler, der skal koordinere indsatsen mellem arbejdsgiver, sundhedsvæsen, herunder især den sygemeldtes praktiserende læge, fagforbund, a-kasse m.fl., med henblik på at få den langtidssygemeldte tilbage i arbejde [22].

Arbejdspladserne kan gives et formelt ansvar for sundhedsopgaven

Arbejdspladserne kan oplagt gives et formelt ansvar og en forpligtelse til at løfte sundhedsopgaven ved at sundhed indarbejdes i arbejdsmiljølovgivningen. Sundhed kan implementeres i arbejdspladsvurderingerne (APV) og som et obligatorisk element i arbejdsmiljøuddannelsen.

Herudover kan sundhedselementet i aftalerne mellem arbejdsmarkedets parter videreudvikles og udbygges fremover, således at sundhedsfremme integreres som egentlige ydelser i forholdet mellem arbejdsgiver og arbejdstager frem for som tilfældige enkeltstående indsatser.

Staten

Borgernes sundhed påvirkes direkte gennem regulering i form af skatter, afgifter, forbud og påbud. Sådanne strukturelle reguleringstiltag er effektive, billige og påvirker alle grupper i samfundet, herunder også de grupper, der er vanskelige at nå med kampagner og tilbud.

Tobak og alkohol er de to risikofaktorer, der har størst betydning for danskernes korte middellevetid og mange tabte gode leveår. Hverken tobak eller alkohol er nødvendigt for livets opretholdelse, og begge stoffer er afhængighedsskabende. Der er derfor ingen grund til at lade være med at handle. De potentielle gevinster ved at handle er

22 Iflg. Trepartsaftalen om nedbringelse af sygefravær af 29. marts 2009 skal de eksisterende erfaringer med Tilbage Til Arbejde implementeres i stor skala via midler fra Forebyggelsesfonden.

tydelige i form af fx færre sygdomstilfælde og for tidlige dødsfald. Lovgivningen om røgfrie miljøer bør strammes, priserne på tobak og alkohol kan med fordel forhøjes yderligere, og aldersgrænsen for salg af al alkohol bør sættes op til 18 år, og lovgivningen bør håndhæves.

Mad er nødvendigt for livets opretholdelse, og en sund og varieret kost er væsentlig for at undgå sygdom. Fødevareindustrien og detailhandlen har stor indflydelse på, hvilke fødevarer der er tilgængelige, pakkestørrelser på fx usunde fødevarer, markedsføring af sunde og usunde fødevarer etc. Dermed har både fødevareindustrien og detailhandelen et væsentligt ansvar for folkesundheden.

Statslige tiltag skal målrettes to områder. Fødevareindustrien skal tilskyndes til at tage ansvar for folkesundheden, og statslig regulering af fødevarer skal bruges mere aktivt til at fremme en sund og varieret kost.

Et af de områder, hvor industrien kan bidrage til at fremme folkesundheden, er ved at reducere den mængde salt, der tilsættes ved forarbejdningen af fødevarer. Der er en klar sammenhæng mellem saltindtagelse og forekomst af forhøjet blodtryk, der øger risikoen for hjerte-karsygdom. Det vurderes, at en reduktion i danskernes saltindtag vil medføre væsentlige sundhedsmæssige gevinster. Danskerne indtager i dag gennemsnitligt cirka

8-10 gram salt hver dag. Verdenssundhedsorganisationens (WHO) mål er et dagligt saltindtag på 5 gram for både kvinder og mænd. Den naturlige forekomst af salt i fødevarer er lav, mens forekomsten af salt i forarbejdede fødevarer er høj. Salt fra forarbejdede fødevarer udgør ca. 70 pct. af det samlede saltindtag, mens kun 11-12 pct. tilsættes af forbrugeren selv. Industrien skal derfor tilskyndes til at fokusere yderligere på at udvikle forarbejdningen af fødevarer, så saltindholdet reduceres.

Strammere offentlig regulering kan dels begrænse fødevareindustriens adgang til at berige og anprise usunde fødevarer, dels fremme produktudviklingen af sundere fødevarer med fx mindre sukker og salt og flere fibre samt mere frugt og grønt. Desuden kan reguleringen fastlægge sundhedsfremmende berigelse af fødevarer, fx har berigelsen af salt med jod haft positiv betydning for sundheden.

Uddannelser målrettet velfærdsområdet skal understøtte forebyggelsesarbejdet

Staten har et ansvar for at sikre, at aktiviteterne på de statslige selvejende institutioner understøtter muligheden for at implementere en sundhedsfremmende opgaveløsning på de store velfærdsområder. Fx skal de studerende på uddannelser, der sigter mod ansættelse inden for velfærdsområdet (lærere, pædagoger, socialrådgivere, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt hjælpere etc.) sikres kvalifikationerne til i praksis at implementere forebyggelse og sundhedsfremme i deres arbejde med borgerne.

Staten har både i forhold til regulering og aktiviteterne på de statslige institutioner et selvstændigt ansvar for at bidrage til at fremme folkesundheden.

National infrastruktur for vidensopbygning og erfaringsudveksling

Forebyggelse og sundhedsfremme er et tværfagligt felt i udvikling. 98 kommuner er i gang med at etablere og udvikle deres sundhedsindsats. Der er brug for kontinuerligt og systematisk at sikre opbygning og udbredelse af viden om effektive metoder, organisering og implementering. Sundhedsstyrelsen løfter allerede et vigtigt ansvar i forhold til at formidle den eksisterende viden, så den kan omsættes til evidensbaseret forebyggelse og sundhedsfremme i praksis. Men der er også brug for udvikling af ny praksisnær viden om, hvad der virker, hvordan forebyggelse og sundhedsfremme implementeres og organiseres bedst, og i særdeleshed er der brug for en samlet infrastruktur, som støtter udveksling af erfaringer og ny viden mellem aktørerne på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet. Der er behov for systematisk at kunne udveksle erfaring og viden, der ikke lever op til strenge evidenskrav, men måske trækker på andre videnskabelige traditioner end den sundhedsvidenskabelige. Der er behov for strukturer, som understøtter, at både gode og mindre gode erfaringer og forskningsresultater formidles bredt, så kommunerne for eksempel ikke alle skal gøre sig dårlige erfaringer med et givent tiltag, og så positive erfaringer måske hurtigere kan løftes ind i et forskningsregi, hvor de kan afprøves mere systematisk.

Rådet peger på potentialet

Byrum, bevægelse og fysisk aktivitet

Fysisk inaktivitet er blandt de risikofaktorer, der har størst betydning for danskernes sundhed. Indsatsen for at fremme fysisk aktivitet og bevægelse i hverdagen skal intensiveres. Bevægelse i hverdagslivet skal fremmes med henblik på at forebygge 'sedentarisme' og dermed de negative konsekvenser af en stillesiddende livsstil. Det Nationale Forebyggelsesråd vurderer, at indsatser til fremme af fysisk aktivitet har et markant og uindfriet potentiale for folkesundheden.

Der er flere spor at følge for integration af bevægelse og fysisk aktivitet i hverdagslivet og i de daglige rutiner og gøremål.

Aktiv transport både lokalt og regionalt
Fysisk aktivitet bør styrkes som en integreret og naturlig del af hverdagen og de daglige omgivelser, så det at bevæge sig ikke er et spørgsmål om aktive valg. Det offentlige rum skal i højere grad, end tilfældet er i dag, tilskynde til aktiv transport. Der skal etableres sammenhængende muligheder for transport på cykel og til fods. Den kollektive trafik skal være sammenhængende både regionalt og lokalt og derved understøtte den aktive transport både inden for lokalområdet og på længere strækninger. Den passive transport skal gøres mere besværlig, fx ved at lave bilfri gader og indføre trængselsafgifter.

Byrum der fremmer bevægelse
Adgangen til aktivitetsarenaer i lokalområdet med mulighed for fysisk udfoldelse, leg og bevægelse kan styrkes. Der er behov for, at kommunerne fortsætter med offensivt at understøtte bevægelse i byrummet gennem kommune- og lokalplanerne, fx ved at etablere bevægelsesmuligheder i ubenyttede byrum, fastsætte maksimal afstand til nærmeste rekreative og/eller bevægelsesvenlige miljø, kombinere legepladser med fitness-mulighed for voksne eller etablere legegader, der kan skabe rammer for fysisk aktivitet og leg.

Adgangen til aktivitetsarenaer kan også fremmes ved, at adgangen til eksisterende idrætsfaciliteter styrkes for den enkelte borger, lokale foreninger mv., fx ved at institutioners og skolers legepladser og gymnastiksale bliver tilgængelige uden for almindelig åbningstid. Tilsvarende bør idrætshaller gøres mere tilgængelige, ligesom der bør etableres flere rum under tag til spontanidræt – også for dem, som ikke er medlem af en forening. Byens rum og adgangen til fysisk aktivitet og en aktiv livsstil skal være så fleksibel som muligt.

Den strukturelle understøttelse af spontanidrætten, gadesporten mv. kan styrkes. Derved vil man nå bredere ud, så de strukturelle rammer og de konkrete indsatser favner bredere og appellerer til de unge, som ikke i dag nås gennem foreningslivet.

Daginstitutioner, skoler og ungdomsuddannelser
Aktiviteter i daginstitutioner kan tilrettelægges, så de systematisk fremmer børnenes muligheder for at bevæge sig, ligesom skolerne kan integrere bevægelse i aktiviteterne og undervisningen uden for idrætstimerne. Herudover er det væsentligt, at kvaliteten af idrætsundervisningen i skolen er høj, så børnene glædes ved at være fysisk aktive og motiveres til at fortsætte idrætsudfoldelsen uden for skolens regi.

Unge på de erhvervsrettede uddannelser udgør en særlig udfordring, fordi en langt mindre andel dyrker idræt jævnligt sammenlignet med andelen, der dyrker idræt jævnligt på gymnasier og videregående uddannelser. Idræt skal være obligatorisk på alle ungdomsuddannelser. Herudover kan der etableres samarbejde mellem de erhvervsrettede uddannelser og lokale foreninger med henblik på at øge de unges idrætsdeltagelse.

MÅLRETTEDE FOREBYGGELSESTILBUD OG TIDLIG OPSPORING

6

Med kommunalreformen i 2007 fik kommunerne en række nye sundhedsopgaver og kom formelt til at indgå som en del af sundhedsvæsenet sammen med hospitalerne og de praktiserende læger.

Kommunerne fik det formelle ansvar for den borgerrettede forebyggelse, der som tidligere beskrevet, retter sig bredt mod befolkningen og har til formål at hindre sygdom i at opstå, men som også omfatter en forpligtelse til at etablere forebyggelsestilbud til borgere med behov for støtte til at ændre levevis. Vægten i den borgerrettede forebyggelse vil ofte være på de risikofaktorer, som har særlig stor indflydelse på sundhed og udvikling af kroniske sygdomme, herunder rygning, alkohol, motion og kost.

Kommunerne fik også ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse, som ikke sker i forbindelse med behandling på sygehus og i praksissektoren. Patientrettet forebyggelse er rettet mod at give borgere med kroniske sygdomme bedre kompetence og evne til at leve med deres sygdom. Formålet er at sikre patienterne den bedst mulige livskvalitet og samtidig begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer, der kan opstå i forbindelse med deres sygdom.

Der er behov for målrettede individuelle sundhedsydelser – svarende til de målrettede behandlingstilbud i sygehussektoren – i form af forebyggelsestilbud af høj kvalitet til de borgere, der har brug for støtte til at ændre levevis, fx holde op med at ryge, til de borgere, der er i risiko for at udvikle kronisk sygdom, og til patienter, der skal mestre resten af livet med kronisk sygdom.

Herudover er der brug for at intensivere opsporingen af borgere i risiko for at udvikle kronisk sygdom eller med udiagnosticeret kronisk sygdom. Jo tidligere borgerne ændrer levevis eller kommer i behandling, jo større er sandsynligheden for at undgå sygdom eller bremse sygdomsudviklingen og dermed forbedre livskvaliteten og mulighederne for fortsat at være selvhjulpen og mestre eget liv. Det er en samfundsøkonomisk fordel, og det er en fordel ikke bare for borgernes sundhed, men også for deres muligheder for at realisere eget liv. To borgere har for eksempel udtalt efter rygeophør "…Man bruger utrolig meget tid på at ryge, og jeg blev faktisk stresset af det. Nu hvor jeg er holdt op, føles det som om, at jeg er blevet fri af slaveriet…", og "Nu hvor jeg er holdt op med at ryge, bliver jeg ikke forpustet, når jeg skal gå eller cykle. Det er grund nok til, at jeg aldrig begynder at ryge igen"[23].

23 Københavns Kommune. Gratis rygestopkurser for dig, der bor i Københavns Kommune. Pjece om rygestopkurser.

Rådet mener at:

- Den nye infrastruktur til den individrettede kommunale forebyggelse i sundhedssektoren, typisk forankret i sundhedscentre, kan være et bedre og billigere rehabiliteringstilbud end dyr sygehusbehandling for udvalgte grupper af borgere med kronisk sygdom.
- Forebyggelsestilbud til borgere med usund levevis, borgere i risiko for udvikling af kronisk sygdom samt borgere med kronisk sygdom kan med fordel tænkes sammen og standardiseres på tværs af diagnoser, da flere elementer i rehabiliteringen og de borgerrettede forebyggelsestilbud er sammenfaldende.
- Der skal udvikles nationale minimumsstandarder for indholdet i de nye borger- og patientrettede kommunale forebyggelsestilbud svarende til nationale retningslinier i det behandlende sygehusvæsen for at sikre kvalitet og effektivitet for den enkelte borger.
- Kommunerne skal systematisk udnytte mulighederne for tidlig opsporing af borgere med udiagnosticeret kronisk sygdom i relevante borgerkontakter.
- Almen praksis skal opspore og i relevant omfang henvise patienter med usund levevis, borgere i risiko for udvikling af kronisk sygdom samt borgere med kronisk sygdom til kommunale forebyggelsestilbud.

Borgerrettede forebyggelsestilbud og kommunal rehabilitering med potentiale

De kommunale forebyggelsestilbud og den kommunale rehabiliteringsindsats rummer forebyggelsespotentialer på flere niveauer. De borgerrettede tilbud kan være med til at forebygge, at borgerne udvikler sygdom, mens de patientrettede tilbud har til formål at begrænse sygdomsudviklingen, øge livskvaliteten og fremme evnen til at mestre livet med en kronisk sygdom.

Der stilles ikke efter gældende lovgivning krav til kommunerne om, hvilke borger- eller patientrettede tilbud kommunerne skal tilbyde deres borgere, eller hvilket omfang eller fagligt niveau de skal have. Tilsvarende forpligter kommuner, der tilmelder sig forløbsprogrammer[24], sig alene til, at borgeren skal modtage et antal minimumstilbud (tabel 6.1), men der ingen krav til den indholdsmæssige del af de pågældende tilbud.

24 Et forløbsprogram er en beskrivelse af den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats i regi af sygehuse, almen praksis og kommuner for en given kronisk sygdom.

Tabel 6.1: Eksempel på sundhedsfaglige indsatser for KOL og diabetes type 2

Sundhedsfaglige indsatser for KOL og diabetes type 2		
A: Minimumsstandard **B: Valgfrit**	**Kommune**	**Hospital/** **Almen praksis**
Diagnosticering og stratificering		A
Medicinsk behandling		A
Standardiseret sammenhængende rehabiliteringsprogram Indeholder som udgangspunkt alle elementer i det enkeltstående tilbud	A	A
• Rygeafvænning	A	A
• Sygdomsspecifik patientuddannelse	A	A
• Generel patientuddannelse	B	
• Fysisk træning – standardiseret træningsprogram	A	A
• Fysisk træning – ikke standardiseret træningsprogram	B	
• Vejledning i forhold til daglige aktiviteter (kun KOL)	B	B
• Diætbehandling (kun diabetes type 2)	A	A
• Ernærings-vejledning (kun KOL)	B	B
• Psykosocial støtte	B	B
• Opfølgning af patienter		A

Kilde: Hospitalerne, kommunerne og de praktiserende læger i Region Hovedstaden. Implementering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom. 2009.

Der er derfor også lokal variation i, hvad kommunerne prioriterer og hvilke tilbud, kommunerne har iværksat. Det hænger også sammen med, at der ikke er tale om en entydig opgave, der ligesom den almene genoptræningsopgave er overført fagligt og økonomisk fra hospitalerne til kommunerne, men at der er tale om en indsats, der ikke på samme måde systematisk fandtes tidligere i det danske sundhedsvæsen.

Der er altså for både de borgerrettede og patientrettede tilbud variation i prioriteringen og tale om nye tilbud, hvor det for hovedparten gælder, at der ikke er tilstrækkelig viden om effektive metoder til, at forebyggelsestilbuddene kan baseres på et veldokumenteret grundlag.

Udviklingsprojektet "Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge" er et eksempel på en kommunal rehabiliteringsindsats til kronisk syge, der virker. En ekstern evaluering af projektet viste en effekt af rehabiliteringen, som var sammenlignelig med resultater opnået i andre studier i hospitalsregi[25]. Borgere, der gennemførte et rehabiliteringsforløb, opnåede blandt andet en signifikant forbedret fysisk funktionsevne og en signifikant forbedring af ernæringstilstanden. Etableringen af de kommunale tilbud medfører et reduceret forbrug af regionale sundhedsydelser dels i almen praksis, der visiterer til tilbuddet, og dels på hospitalerne, der også kan visitere til tilbuddet, da forværringer af kronisk sygdom mindskes og dermed nedsætter behovet for hospitalsindlæggelser. Den egentlige

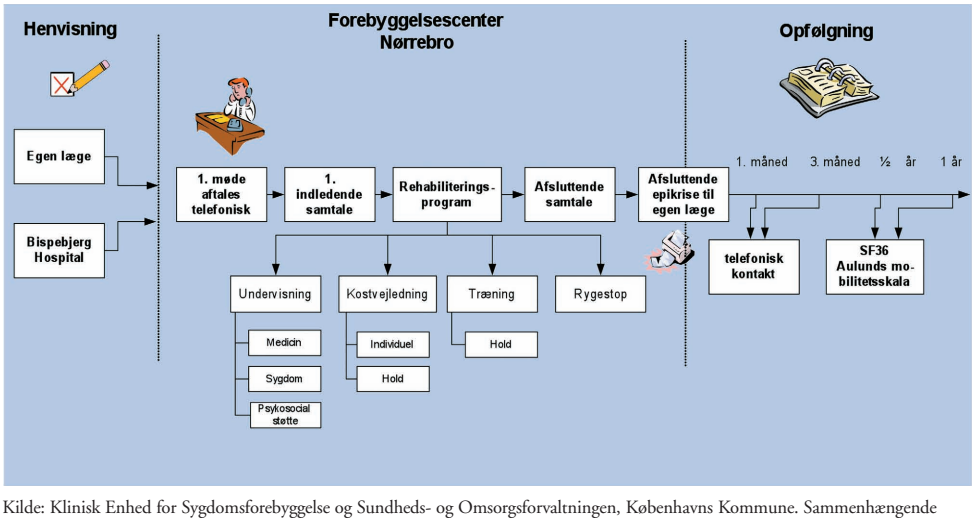
25 Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune. Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge. Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og praktiserende læger på Østerbro. København, 2008.

substitutionseffekt er endnu ikke dokumenteret med samme grad af evidens som effekten for patienten.

Et rehabiliteringstilbud til kronisk syge i kommunalt regi kan således for eksempel bestå af følgende tre elementer[26]:

- En indledende samtale.
- Et rehabiliteringsprogram indeholdende sygdomsundervisning, fysisk træning på hold to gange ugentligt, diætvejledning og evt. rygestop.
- En afsluttende samtale efter forløbet, der typisk varer 3 måneder, om hvordan livsstilsændringen kan fastholdes efter endt forløb.

Figur 6.1: Eksempel på rehabiliteringstilbud i kommunalt regi



Kilde: Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune. Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge. Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og praktiserende læger på Østerbro. 2008.

26 Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune. Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge. Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og praktiserende læger på Østerbro. 2008.

Standarder og krav til borgerrettede forebyggelsestilbud og til tilbud til kronisk syge baseret på viden og dokumentation

Tilgængeligheden til gode kommunale forebyggelsestilbud kan gøre en afgørende forskel for de borgere, der har brug for støtte til at ændre levevis og dermed måske undgå kronisk sygdom, og for de borgere, der allerede har en kronisk sygdom, og som har brug for støtte til at ændre levevis og mestre eget liv eller lære at leve med kronisk sygdom. Herudover vil gode og lettilgængelige kommunale forebyggelsestilbud understøtte, at sundhedsopgaven samtidig løses på et lavere effektivt omsorgsniveau (LEON), som traditionelt har været den styringsmæssige rettesnor for arbejdsdelingen i det danske sundhedsvæsen.

Uagtet at nogle borgerrettede tilbud har dokumenteret effekt, er der generelt brug for, at der for både de borgerrettede og patientrettede forebyggelsestilbud etableres en systematisk opbygning af viden med henblik på evaluering og udvikling af effektive metoder samt som et grundlag for fortsat udvikling og kvalitetssikring af tilbuddene. En mere systematisk monitorering og effektmåling skal danne grundlag for, at der udvikles minimumsstandarder for de kommunale forebyggelsestilbud, og der skal tages stilling til, hvilke tilbud alle kommuner skal udbyde for at styrke den samlede individrettede forebyggelsesindsats.

Nogle forebyggelsestilbud kan samtidig med udviklingen af standarder for kommunale forebyggelsestilbud med fordel sættes permanent i drift nationalt, fordi det både fagligt og ressourcemæssigt vurderes at være uhensigtsmæssigt, at alle kommuner etablerer indsatsen. Det gælder for eksempel lavintensiv rygestoprådgivning, hvor den nationale rygestoplinie kører på en midlertidig bevilling på trods af succes og dokumenteret effekt.

Dokumentationen og kvalitetssikringen af de patientrettede tilbud bør naturligt ske i forbindelse med de centrale sundhedsmyndigheders landsdækkende opfølgning på lokale erfaringer med forløbsprogrammer og patientundervisning, således at der kan fastsættes minimumsstandarder og -krav til de kommunale tilbud til borgere med kronisk sygdom.

Borgerrettede og patientrettede forebyggelsestilbud hænger sammen

Der er langt hen ad vejen overensstemmelse mellem en række af de tilbud, der tilbydes borgere med usund levevis eller i risiko for kronisk sygdom, og borgere med kronisk sygdom, ligesom der er sammenfald i de sygdomsspecifikke tilbud til borgere med forskellige kroniske sygdomme (tabel 6.2).

Fx er tilbud om rygestopkurser relevante for raske rygere, for rygere i risiko for at udvikle KOL såvel som for rygere med diagnosticeret KOL, ligesom kost- og motionsvejledning er aktuel, uanset om der er tale om en overvægtig borger, en borger med forstadier til diabetes eller en borger med diabetes.

Tabel 6.2: Eksempler på forebyggelsestilbud til forskellige patientgrupper, borgere med indikation på risiko for kronisk sygdom og borgere med usund livsstil

	Sygdoms-undervis-ning	**Træning**	**Kost-vejledning**	**Rygestop-kursus**
Tilbud til borgere med kronisk sygdom fx KOL, diabetes eller hjertesygdom	X	X	X	X
Tilbud til borgere med potentielle forstadier til kronisk sygdom fx forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol		X	X	X
Tilbud til borgere med usund levevis fx daglig rygere, svært overvægtige og fysisk inaktive			X	X

Der kan skabes faglig synergi og mere effektiv brug af ressourcerne ved at sammentænke borgerrettede og patientrettede forebyggelsestilbud i det kommunale sundhedsvæsen.

Tidlig opsporing af borgere i sundhedsmæssig risiko

Konsekvenserne af kommunalreformen er, at den kommunale forebyggelsesindsats retter sig mod hele borgerforløbet fra forebyggelse af usund livsstil og kronisk sygdom til forebyggelse af komplikationer i forbindelse med kronisk sygdom samt forebyggelse af unødvendige indlæggelser og genindlæggelser. Den forebyggende indsats er således blevet en tydelig del af den kommunale sundhedsindsats, og dermed er der også væsentlige incitamenter for at styrke opsporingen af borgere i sundhedsmæssig risiko, således at der sættes ind tidligt i forløbet.

Kommunerne har i kraft af deres tætte og hyppige kontakt til borgerne gode muligheder for at opspore borgere med tegn på udiagnosticeret kronisk sygdom eller borgere, som kan have behov for støtte til at ændre levevis. På det kommunale sundhedsområde gælder det for eksempel i sundhedsplejen, hvor sundhedsplejerskerne kan opspore børn og familier med sundhedsmæssige problemstillinger og henvise til relevante tilbud eller almen praksis og ved de forebyggende hjemmebesøg, hvor der kan fokuseres på opsporing af fald i funktionsevne. Kommunerne kan udnytte mulighederne for tidlig opsporing bedre, end det er tilfældet i dag.

Almen praksis

Almen praksis er en væsentlig og vigtig aktør særligt i forhold til at sikre sammenhængende forløb for borgere med kronisk sygdom, herunder henvisning til de rigtige forebyggelsestilbud. Almen praksis er i mange tilfælde omdrejningspunktet for behandlingen af borgere med kronisk sygdom. Det stiller krav til den praktiserende læge, som både skal være behandler, gatekeeper i forhold til sygehusene, visitator til kommunale forebyggelsestilbud og tovholder på det samlede patientforløb. Almen praksis har dermed en væsentlig opgave i forhold til at fremme de bedst mulige forløb for den enkelte patient.

Derudover har almen praksis særlige muligheder for proaktivt at bidrage til opsporing af borgere med kronisk sygdom og borgere i risiko for at udvikle kronisk sygdom.

De fleste borgere er i kontakt med almen praksis i løbet af et år. Det giver de praktiserende læger en enestående mulighed for identifikation af risikofaktorer og tidlig opportunistisk opsporing af sygdom. De alment praktiserende læger kan i relevante situationer systematisk spørge ind til sundhedsvaner og tidlige tegn på kronisk sygdom, når de har borgere i konsultation. Kommunerne og de praktiserende læger skal samarbejde om at gøre information om kommunale sundhedstilbud let tilgængelig for alle praktiserende læger i kommunen, således at lægerne i relevant omfang kan henvise til dem. De praktiserende læger skal informeres om alle forebyggelsestilbud, både åbne borgerrettede tilbud og tilbud målrettet patienter med kronisk sygdom, ligesom der skal sikres en henvisning til tilbuddene for at sikre kapacitets- og ressourceudnyttelsen i det nære sundhedsvæsen. Herudover er der behov for, at ressourcerne til primærsektoren fordeles under hensyn til den sociale og geografiske ulighed i sundhed, således at ressourcefordelingen svarer til behovene.

Rådet peger på det uindfriede potentiale

Rygestop i drift

Tobak er den kendte risikofaktor, der koster flest liv. Hvis tobaksforebyggelsen skal have størst mulig effekt, skal forbud mod rygning, strukturelle tiltag og informationsindsatser om rygningens skadelige virkninger suppleres med tilbud om rygeafvænning til de borgere, der ønsker hjælp til at holde op med at ryge.

Der er udviklet og afprøvet et effektivt koncept for individuel og gruppebaseret rygeafvænning. Det er tid til at sætte tilbud om rygestop i drift på alle niveauer og sikre dokumentation og kvalitet.

Størstedelen af landets kommuner tilbyder rygestop til borgerne.

Der er imidlertid ingen standarder, som rutinemæssigt håndhæves i forhold til tilbud om rygestop.

En del af de tilbageværende rygere profiterer ikke i tilstrækkeligt omfang af de eksisterende rygestoptilbud. Det gælder særligt mindre ressourcestærke og udsatte grupper af borgere, som typisk ikke er nær så motiverede til rygestop som for eksempel de mere ressourcestærke borgere. Der er på den baggrund behov for at udvikle særlige koncepter for rygestop målrettet de mindre ressourcestærke grupper, fx i folkeskolen og gennem opsøgende tilbud i fx boligkvarterer.

Rygestoptilbud skal gøres til en obligatorisk kommunal ydelse. Desuden skal der etableres en samlet rygestopinfrastruktur, således at fx uddannelse og vedligehold af kompetencer hos rygestopinstruktører, lavintensiv rådgivning i fx stoplinjen og monitorering af indsatsen (klinisk rygestopdatabase og kvalitetssikringssystemer) forankres hos én myndighed.

7 SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB I ET SAMMEN-HÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN

De borgere, der er blevet syge, skal have de bedste muligheder for at mestre eget liv og genvinde eller fastholde evnen til egenomsorg, og på den måde sikres flere gode leveår på trods af sygdom. Det gælder også de borgere, der har færrest ressourcer til at tage vare på egen sundhed og agere på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet og kommunerne. En styrkelse af sammenhængen i patientforløbene på tværs af sektorer vil ikke alene forbedre indsatsen for den enkelte patient, det vil også øge muligheden for at indfri det potentiale, et sammenhængende sundhedsvæsen rummer i form af forebyggelse af komplikationer i forbindelse med kronisk sygdom og forebyggelse af unødvendige indlæggelser.

For at nå målet om sammenhængende patientforløb af høj kvalitet er der behov for en sammenhængende indsats på tværs af sygehusvæsenet, almen praksis og kommunerne. Der er derfor særligt behov for at fokusere på at etablere en bæredygtig og velkoordineret infrastruktur, sikre en klar arbejdsdeling samt en smidig og effektiv kommunikation om og med patienterne. Herudover skal tilbuddene være let tilgængelige, den faglig kvalitet skal være høj, og finansieringen skal understøtte sammenhæng og kontinuitet i hele patientforløbet.

Rådet mener at:

- Der skal sikres en sammenhængende indsats i sundhedsvæsenet med klar arbejdsdeling mellem hospitaler, almen praksis og kommuner med udgangspunkt i LEON-princippet.
- Arbejdsdelingen i sundhedsvæsenet skal tydeliggøres gennem øget brug af sundhedsaftalerne. Der skal blandt andet være pligt til at redegøre for den sammenhængende rehabiliteringsindsats i sundhedsaftalerne gennem intensiveret brug af forløbsprogrammer.
- Medfinansieringsstrukturen skal fremme incitamenterne for en intensiv forebyggende indsats af høj faglig kvalitet.
- Monitorering af regionernes og kommunernes indsats og effekt heraf skal skabe et kvalificeret grundlag for kvalitetssikring, målstyring og fortsat udvikling af indsatsen.

En bæredygtig og velkoordineret infrastruktur

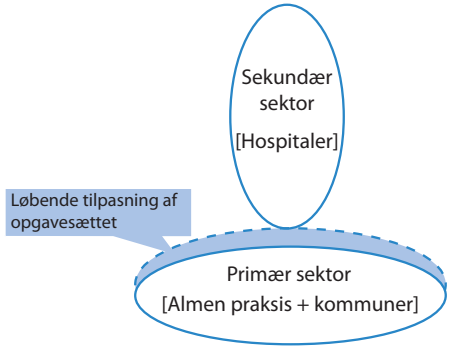
Udviklingen af sundhedsvæsenet skal anskues samlet, hvis indsatsen på tværs af sektorer skal være sammenhængende og af høj kvalitet. Når udviklingen på sygehusene går mod en stigende specialisering og samling i større og færre enheder, stiller det samtidig krav om en løbende tilpasning af primærsektor (almen praksis og kommuner), så den kan dække flere og mere komplekse behov, og så der er rigtige og lettilgængelige sundhedstilbud. Fx er der behov for en stærkere og akut døgndækkende indsats.

Den enkelte patient skal tilbydes den nødvendige behandling, pleje eller rehabilitering på det laveste, effektive omsorgsniveau (LEON). Dermed løses opgaverne, hvor forudsætningerne er til stede for den bedste faglige kvalitet. Og opgaverne løses så vidt muligt i nærmiljøet, så patienterne kan blive i trygge omgivelser og kun indlægges på sygehus, når behovet er til stede. På den måde bruger vi ressourcerne bedst med mest mulig sundhed for pengene, mens patienterne oplever sammenhæng, nærhed, tryghed og faglig kvalitet.

Det skal gælde alle patienter, uanset hvor i landet de bor. De centrale investeringer i nye, specialiserede supersygehuse skal derfor sammentænkes med den udfordring, som særligt yderområderne står over for med en stigende lægemangel. En bæredygtig primærsektor er afhængig af to velfungerende ben – både almen praksis og kommuner skal have volumen til at løfte udfordringerne og til at indgå i et tæt og gensidigt forpligtende samarbejde (figur 7.1). Fx om nye og styrkede akutfunktioner uden om det specialiserede sygehusvæsen.

Det er ikke holdbart, at man bygger supersygehuse, hvis ikke der er tilstrækkeligt med praktiserende læger perifert. I så fald sander sygehusene til, og kommunerne står uden nogen at arbejde sammen med om den borgernære, primære sundhed. Den manglende rekruttering af alment praktiserende læger i yderområder skal adresseres målrettet både i regering, regioner og i lægekredse.

Figur 7.1: Stigende specialisering på sygehusene rejser krav om løbende tilpasning af primærsektoren

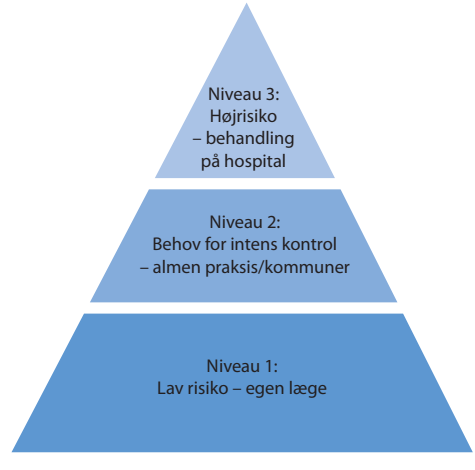


En klar arbejdsdeling mellem aktørerne i det samlede sundhedsvæsen

Opgaveglidningen fra regionerne/sygehusene til almen praksis og kommunerne skal ske på en måde, der sikrer gode sammenhængende patientforløb af høj kvalitet. Ingen patienter skal tabes mellem sektorerne, derfor skal samarbejde og planlægning styrkes, herunder også med henblik på at fastholde alle patienter i behandling og dermed udnytte eventuelle potentialer i forhold til at forebygge social ulighed i sundhed. Det skal ske i form af intensiveret brug af og opfølgning på sundhedsaftalerne. Og for at sikre samarbejde og sammenhæng skal der i regi af sundhedsaftalerne fortsat udvikles forløbsprogrammer for alle større patientgrupper, herunder ældre medicinske patienter, der ofte har flere samtidige diagnoser og dermed mere komplekse behov for hjælp.

Et forløbsprogram er en beskrivelse af den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats af høj kvalitet for en given sygdom. Forløbsprogrammer er især udviklet til kronisk sygdom og har til formål at beskrive arbejdsdelingen mellem hospitaler, almen praksis og kommuner blandt andet med udgangspunkt i en stratificering af patienterne i tre grupper afhængigt af sygdommens sværhedsgrad hos den enkelte patient. Stratificeringsniveauet definerer, hvilke aktører i sundhedsvæsenet der er involveret i patientforløbet for den pågældende patientgruppe. Stratificeringen af patienter ændres løbende ved ændringer i patientens sygdomsbillede (figur 7.2).

Figur 7.2 Stratificering af borgere i tre kategorier



En smidig og effektiv kommunikation om og med patienterne

Sundhedsvæsenet samlet set skal intensivere arbejdet med en effektiv og velfungerende kommunikation på tværs af sektorer. En effektiv online kommunikation mellem sektorerne er afgørende for at sikre patienten en smidig vej gennem *hele* patientforløbet uden unødig ventetid. Også kommunikationen mellem sygehuspersonale, almen praktiserende læger og sundhedsprofessionelle i kommunerne skal fungere let og gnidningsløst, så patienten ikke selv skal bære ansvaret for den faglige sammenhæng i behandlingsforløbet. Endelig skal det være nemt at henvise patienter til de relevante behandlingssteder – også uden for almindelig åbningstid – uanset om patienten har brug for behandling på et sygehus eller for sygepleje mv. i kommunerne.

Faglig kvalitet

Med opgaveflytningen fra regionerne/sygehusene til almen praksis og kommunerne følger kravet om stigende faglig specialisering i forhold løsning af flere og mere komplicerede opgaver i kommunerne (fx øget udbud af forebyggelsestilbud, rehabilitering og pleje) ud fra faglige standarder. Kvaliteten skal være i centrum, uanset hvor ydelsen leveres, og det stiller krav til planlagt opgaveglidning og kompetenceudvikling. Fx i forhold til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Opgaveglidning og kompetenceudvikling stiller krav om kliniske instrukser, fælles sundhedsfaglige

standarder, målrettet og systematisk efteruddannelse af klinikpersonale, ændrede rammer for praktiserende læger, fælles data mv.

En finansiering, der understøtter sammenhæng i patientforløbet og en styrket forebyggende indsats

De nuværende styrings- og finansieringsstrukturer understøtter ikke i tilstrækkelig grad et mål om et sammenhængende sundhedsvæsen med høj faglig kvalitet og effektiv brug af ressourcerne. Incitamenterne for en nær indsats af høj kvalitet, der forebygger unødige indlæggelser, er utilstrækkelige.

Det kommunale grundbidrag til regionerne udregnes i forhold til antallet af indbyggere – uanset kommunernes træk på sygehusvæsenet. Dermed er den del af den kommunale medfinansiering blottet for incitamenter. Der er behov for at omlægge medfinansieringen, så den ansporer til en styrket infrastruktur for en systematisk og driftsbaseret kommunal forebyggelse af unødvendige indlæggelser. Kommunerne skal betale forholdsmæssigt mere for de forebyggelige indlæggelser, som fx dehydrering, og mindre for uundgåelige indlæggelser, som fx fødsler. Samtidig skal gevinsterne ved at forebygge indlæggelser være tydeligere, så gevinsterne ved forebyggelse af indlæggelser pri-

mært tilfalder kommunen og ikke som i dag, hvor gevinsten primært tilfalder regionen.

Incitamenterne i finansieringsstrukturen skal således tydeligt understøtte, at opgaverne løses på lavest mulige effektive omsorgsniveau. Der er derfor behov for, at staten styrker incitamentsstrukturen for sikre et mere effektivt samlet sundhedsvæsen.

Rådet peger på det uindfriede potentiale

Sundhedsaftaler som redskab til at sikre sammenhængende patientforløb og målstyring

Patientens vej gennem hele sundhedsvæsenet skal løbende optimeres. Det skal ske ved, at infrastrukturen i krydsfeltet mellem sygehusene og primærsektoren styrkes gennem mere planlægning og et tættere samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommune. Og det skal ske ved kontinuerlig kvalitetsudvikling gennem øget dokumentation og effektmåling af indsatsen på tværs af sektorerne.

Brugen af sundhedsaftalerne skal intensiveres for at fremme sammenhængende patientforløb og dermed det sammenhængende sundhedsvæsen. Der skal i regi af sundhedsaftalerne opstilles ambitiøse mål, aftales klare arbejdsdelinger og indgås forpligtende samarbejde på tværs af kommuner, regioner og almen praksis. Alle parter er vigtige, og kommunerne skal derfor være ligeværdige forhandlingsparter ved indgåelsen af aftalerne om sundhedsvæsenets infrastruktur.

Der skal for alle parter være tydelige incitamenter for at sikre en klar arbejdsdeling, forpligtende samarbejde og en tværgående planlægning, der understøtter én samlet indsats, hvor alle tilbud har høj kvalitet og ydes på det lavest mulige effektive omsorgsniveau.

Sundhedsaftalerne skal bruges mere offensivt, fx til målrettet at tage hånd om indsatser, der sigter mod de patientgrupper, hvor behovet for koordination er størst. Blandt andet patienter med et mere komplekst sygdomsbillede med behov for samtidige og parallelle indsatser, der går på tværs af sektorer og kommunale forvaltningsområder, fx gennem udvikling og øget brug af ambitiøse, tværgående forløbsprogrammer i regi af sundhedsaftalerne – ikke mindst for ældre medicinske patienter.

Parallelt med en styrket brug af sundhedsaftalerne er der behov for at styrke opfølgningen på sundhedsaftalerne gennem målstyring og dokumentation af indsats og effekt med henblik på opbygning af ny viden og implementering af evidensbaserede metoder. Udviklingen af nationale indikatorer til monitorering af indsats og effekt i det samlede sundhedsvæsen skal tage højde for udviklingen mod et mere specialiseret sygehusvæsen og en større og også mere specialiseret primærsektor. Dvs. de nye nationale indikatorer skal afspejle udviklingen i opgaveglidningen og nye arbejdsdelinger mellem sektorerne.

De nationale indikatorer skal fremadrettet benyttes til at følge op på og evaluere sundhedsaftalernes, herunder forløbsprogrammernes, effekt både på lokalt og nationalt niveau samt fortsat udvikle indsatsen og styrke evidensgrundlaget. De valgte indikatorer skal derfor belyse den faglige, den organisatoriske og den brugeroplevede kvalitet.

Sundhedsvæsenet skal anskues samlet. Derfor skal udviklingen af de nationale indikatorer selvsagt også afstemmes med de igangværende projekter, som fx Det Nationale Indikatorprojekt, Den Danske Kvalitetsmodel, monitoreringsindsatsen på kronikerområdet, sundhedsprofilerne mv.

Det Nationale Forebyggelsesråd