

Forebyggelse er fremtiden

– et forslag til en **National handleplan for sundhedsfremme
og forebyggelse 2007–2011**

Forkortet udgave



Forebyggelse er fremtiden

– et forslag til en **National handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 2007–2011**

Forkortet udgave

*Forebyggelse er fremtiden
– et forslag til en National handleplan
for sundhedsfremme og forebyggelse 2007–2011
Forkortet udgave*

*Grafisk tilrettelægning: Dansk Sygeplejeråd
Tryk: Aasted, Egedal & Filipsen ApS*

*ISBN 87-7266-297-2 Grafisk Enhed 06-25
Copyright © Dansk Sygeplejeråd 2006
Marts 2006*

Alle rettigheder forbeholdes.

Fotografisk, mekanisk eller anden form for gengivelse eller mangfoldiggørelse er kun tilladt med angivelse af kilde.

Indholdsfortegnelse

Forord	5
Danmark har brug for en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse	7
Danmark har ondt i folkesundheden	7
Brug for en pendant til Kræftplanerne og Hjerterplanerne	8
Frem mod et proaktivt sundhedsvæsen	10
Afsæt: Regeringens sundhedsprogram 'Sund hele livet'	10
Hvad koster en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse?	13
Flere gode leveår til alle kræver øget borger- og patientrettet forebyggelse	13
En nødvendig investering i fremtidens velfærdssamfund	14
Kommunalreformen opruster ikke nok på forebyggelsen	16
Borgerrettet forebyggelse 2007–2011: Hvad skal der konkret gøres?	18
Hvad koster målrettet borgerrettet forebyggelse over for KRAM-risikofaktorerne?	18
Hvad skal kommunerne gøre?	19
Hvad skal regionerne, almen praksis og de centrale sundhedsmyndigheder gøre?	20
Hvilke tværgående borgerrettede indsatser er der behov for?	21
Patientrettet forebyggelse 2007–2011: Hvad skal der konkret gøres?	23
Hvad koster målrettet patientrettet forebyggelse over for de 8 folkesygdomme?	23
Hvad skal kommunerne, almen praksis, regionerne og de centrale sundhedsmyndigheder gøre?	24
Hvilke tværgående patientrettede indsatser er der behov for?	26
Øvrige nationale initiativer	27



Denne pjece er en forkortet udgave af rapporten "Forebyggelse er fremtiden – et forslag til en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 2007–2011."

Rapporten indeholder en detaljeret gennemgang af Dansk Sygeplejeråds forslag til en national handleplan, herunder en borgerrettet forebyggelsesindsats over for 4 risikofaktorer og en patientrettet forebyggelsesindsats over for 8 folkesygdomme, der indgår i regeringens sundhedsprogram 'Sund hele livet'. Rapporten indeholder derudover en mængde fakta om risikofaktorer og folkesygdomme, en nærmere beskrivelse af forudsætningerne for en national handleplan samt en oversigt over referencer.

Læs hele rapporten på www.dsr.dk.

Dansk Sygeplejeråd vil gerne takke følgende personer særligt for konstruktive bidrag til forslaget om en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse: Formand for Det Nationale Råd for Folkesundhed, professor Bente Klarlund Pedersen (Rigshospitalets Epidemiklinik), professor Finn Diderichsen (Institut for Folkesundhedsvidenskab, Panum Institut), professor Frede Olesen (Forskningsenheden for Almen Praksis, Århus Universitet), professor Kjeld Møller Pedersen (Syddansk Universitet), professor Arne Astrup (KVL), sundhedskonsulent Hanne Backe (Københavns Kommune), cheflæge Knuth Borch-Johnsen (Steno Diabetes Center), afdelingssygeplejerske Gunhild Buch (Herlev Sygehus; Fagligt Selskab for reumatologiske sygeplejersker), oversygeplejerske Birthe Hellquist Dahl (Århus Kommunehospital; Fagligt Selskab for lunge- og allergisygeplejersker), overlæge Jes Gerlach (Sct. Hans Hospital; PsykiatriFonden), uddannelseskonsulent Birgitte Grube (Sygepleje- og Radioskolen Herlev; Fagligt Selskab for kræftsygeplejersker), seniorforsker Susan Rydahl Hansen (Bispebjerg Hospital), le-

dende overlæge Henrik Harving (Medicinsk Center Aalborg, Dronninglund og Brovst; Danmarks Lungeforening), sundhedsplejerske Susanne Hede (Århus Kommune; Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker), lektor Jørn Helge (Panum Institut), klinikchef Søren Jacobsen (Rigshospitalet; Gigtforeningen), oversygeplejerske Karin Johannesen (Fjorden, Roskilde Amt; Fagligt Selskab for psykiatriske sygeplejersker), direktør Thorkild Kjær (Astma- og Allergiforbundet), overlæge Bente Langdahl (Århus Sygehus; Osteoporoseforeningen), chefsygeplejerske Nete Maltha (Fjorden, Roskilde Amt; DASYS), klinikoversygeplejerske Laila Nielsen (Frederiksberg Hospital; Fagligt Selskab for geriatriske og gerontologiske sygeplejersker), cheflæge Anne Rahbek Thomassen (Århus Sygehus; formand for Kræftens Bekæmpelse) og afdelingssygeplejerske Lili Vallebo (Rigshospitalet; Fagligt Selskab for kardiologiske og thoraxkirurgiske sygeplejersker).

Ansvar for indholdet er alene Dansk Sygeplejeråds.

Forord

Borgerne i Danmark skal have flere gode leveår: Middellevetiden skal øges markant, antallet af år med god livskvalitet skal øges, og den sociale ulighed i sundhed skal reduceres.

Det er regeringens ambition, og den deler Dansk Sygeplejeråd fuldt ud.

Men hvis ambitionen skal indfries, er det nødvendigt at skifte kurs i sundhedspolitikken. Vi skal investere mere i befolkningens sundhed. I dag bruger vi for få ressourcer og for sporadiske kræfter på sundhedsfremme og forebyggelse.

Resultatet kan aflæses på folkesundheden: Danskerne har for få leveår med optimalt helbred. Folkesygdommene vinder frem med foruroligende hast. Og der er stor social ulighed i sundhed og sygdom.

Det har negative konsekvenser for den enkelte borgers levetid og livskvalitet. Det koster sundhedsvæsenet dyrt. Og det er en tikkende bombe under velfærdssamfundets fremtid, fordi en dårlig folkesundhed reducerer arbejdsstyrken og medfører store udgifter til sygedagpenge, førtidspension mv.

Derfor skal sundhedsvæsenet sætte langt større fokus på at fremme borgernes sundhed og forebygge sygdomme.

Dansk Sygeplejeråd opfordrer til, at Folketinget vedtager en **national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse**.

Regeringens sundhedsprogram 'Sund hele livet' er et godt afsæt. Men det er slet ikke tilstrækkeligt, for det fastsætter hverken målbare mål eller økonomiske midler, og det er mest af alt en række uforpligtende hensigtserklæringer. Kommunalreformen – der på forebyggelsesområdet bygger på frivillighed og uklare økonomiske incitamenter – er heller ikke nok. Der er alt for meget 'kan' og alt for lidt 'skal'.

De nationale Kræftplaner og Hjerterplaner har været effektive til at øge aktiviteten i sundhedsvæsenet.

Vi har brug for det samme på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet. Vi har brug for nationale mål, som forpligter kommuner og regioner til at øge indsatsen. Vi har brug for en samlet, forpligtende strategi, der sikrer en målrettet, langsigtet og systematisk indsats.

Derfor bør Danmark have en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse.

Der skal handling bag ordene i 'Sund hele livet', hvis det skal lykkes at iværksætte en målrettet indsats over for de store folkesygdomme og risikofaktorer. Ambitionerne for sundhedsfremme og forebyggelse skal være lige så høje som ambitionerne om at forkorte ventelisterne.

En af de vigtigste investeringer i fremtidens velfærdssamfund er at investere i befolkningens sundhed. Det er en forudsætning for, at flere borgere kan forblive raske, aktive og i arbejde i længere tid.

Vi har ikke råd til at lade være!

Med dette udspil giver Dansk Sygeplejeråd et forslag til, hvordan rammerne for en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse kan se ud. Jeg håber, at politiske beslutningstagere centralt, regionalt og lokalt, faglige eksperter og borgere, patienter og deres organisationer vil deltage i den nødvendige debat og være med til at fylde rammerne ud.



Connie Kruckow
formand for Dansk Sygeplejeråd

Danmark har brug for en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse

DANMARK HAR ONDT I FOLKESUNDHEDEN

Det danske sundhedsvæsen fungerer på mange områder godt. Men på ét område er ambitionsniveauet for lavt og resultaterne slet ikke gode nok. Det drejer sig om sundhedsfremme og forebyggelse:

Sundhedsfremme og forebyggelse prioriteres for lavt og for usystematisk i det danske sundhedsvæsen. Alt for få borgere i risikozonen tilbydes borgerrettet forebyggelse, og alt for få kronisk syge bliver tilbudt den nødvendige patientrettede forebyggelse.

Statistikkerne taler deres tydelige sprog:

- Som det eneste nordiske land har Danmark en middellevetid, som er under OECD-gennemsnittet.
- Folkesygdommene er i vækst. F.eks. er hver femte pige og hver syvende dreng i alderen 6–8 år i dag overvægtig, og forekomsten af type 2-diabetes er kraftigt stigende og ses hos stadig flere yngre personer.
- Der er stor social ulighed i sundhed og sygdom. F.eks. er forekomsten af type 2-diabetes ca. dobbelt så stor blandt lavtuddannede som blandt højtuddannede.



Fakta: For få leveår med optimalt helbred

Borgerne i Danmark har for få leveår med optimalt helbred: En dansker kan i gennemsnit forvente at have knap 70 år med optimalt helbred, mens en nordmand kan forvente 72 år og en svensker 73 år. Danmark er heller ikke lykkedes så godt som andre europæiske lande med at omsætte de sidste tre årtiers øget velstand til flere leveår. Siden 1970 har danskerne kun fået 3,9 år ekstra leveår, mens f.eks. schweizerne har fået 6,7 ekstra leveår.



Fakta: 1½ mio. har en kronisk sygdom

Ca. 1½ mio. danskere lever i dag med en kronisk sygdom, og antallet forventes at stige i de kommende år. De 8 folkesygdomme – hjertesygdomme, KOL, type 2-diabetes, kræft, psykiske sygdomme, muskel- og skeletsygdomme, knogleskørhed og overfølsomhedssygdomme – tegner sig for cirka 70% af de tabte gode leveår på grund af sygdom, nedsat funktionsevne og tidlig død.

Derfor anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at Folketinget vedtager en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 2007–2011.

Formålet er at omsætte regeringens sundhedsprogram 'Sund hele livet' til praksis. 'Sund hele livet' fastlægger det overordnede mål, at der skal sikres flere gode leveår til alle i alle aldre. Regeringen lægger op til, at det skal ske ved at:

- Øge middellevetiden markant.
- Øge antallet af år med god livskvalitet.
- Reducere den sociale ulighed i sundhed.

BRUG FOR EN PENDANT TIL KRÆFTPLANERNE OG HJERTEPLANERNE

Selv om 'Sund hele livet' udpeger de risikofaktorer og folkesygdomme, sundhedsvæsenet skal sætte ind overfor, har regeringen ikke fastsat konkrete og målbare mål for, hvor meget og hvornår folkesundheden skal forbedres. Og selv om Sundhedsstyrelsen har iværksat et 'Folkesygdomsprojekt', der bl.a. skal styrke forebyggelsen over for de 8 folkesygdomme, eksisterer der ingen samlet, national strategi, som forpligter kommuner og regioner til en systematisk indsats. Når det gælder den bredere sundhedsfremmende og forebyggende indsats over for KRAM-risikofaktorerne, er endnu mere overladt til frivilligheden.

Konsekvensen er, at indsatsen er sparsom, kortsigtet og præget af en zigzagkurs. Det understreges af, at der er en udbredt puljestyling på området.



Fakta: 50% af indlæggelserne er livsstilsrelaterede

Verdenssundhedsorganisationen WHO anslår, at det i dag er ca. 50% af alle indlæggelser, der skyldes livsstilsrelaterede sygdomme, der helt eller i et vist omfang kan forebygges. Om 15 år er tallet steget til 70%.



Fakta: Stor social ulighed i sygelighed og dødelighed

Der er stor social ulighed i danskernes sygelighed og dødelighed. Uddannelse er en væsentlig faktor. F.eks. kan en 30-årig mandlig københavner med lang uddannelse forvente at leve mere end 7 år længere end en jævnaldrende med kort uddannelse. Derfor er sundhed ikke kun den enkeltes ansvar, men i høj grad også et samfundsanliggende.



Fedmeepidemien har ramt Danmark

"Forekomsten af fedme blandt danskerne er stadig alt for høj, og desværre tyder alt på, at fedmeproblemet bliver ved med at vokse. (...) Forekomsten af fedme er dobbelt så høj i USA, men vi har samme stigningsstakst, så hvis det ikke lykkes at vende udviklingen, vil vi om 10-15 år have lige så store fedme-problemer, som USA har i dag."

Bjørn Richelsen, formand for Motions- og Ernæringsrådet, Dagbladernes Bureau, 3. februar 2006

Der findes et væld af puljer, der skal fremme forebyggelsesindsatsen inden for områder, der aktuelt har særlig politisk bevågenhed. F.eks. prioriteres fedme blandt børn ét år, indsatsen over for KOL-patienter et andet år og faldforebyggelse hos ældre et tredje.

Men hvis sundhedsfremme og forebyggelse skal lykkes, er der behov for det stik modsatte: En målrettet, systematisk og langsigtet indsats baseret på videnskabeligt dokumenterede metoder.

En national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse kan ses som en pendant til Hjerterplanerne og Kræftplanerne. Den skal bl.a. sikre, at:

- De centrale sundhedsmyndigheder fastsætter konkrete og målbare mål for, hvilke forbedringer der skal nås i forhold til risikofaktorer og folkesygdomme i 2007–2011, herunder for hvor meget den sociale ulighed i sundhed skal reduceres.
- Kommuner og regioner forpligtes til at iværksætte borgerrettet og patientrettet forebyggelse, der – under hensyn til geografiske forskelle i befolkningens sundhedsprofil – udmønter de nationale mål. De nationale sundhedsmyndigheder skal føre tilsyn med, at kommuner og regioner lever op til forpligtelserne.
- Afsættet for indsatserne er forskningsbaserede nationale programmer, der skal udarbejdes af de centrale sundhedsmyndigheder, regionerne og kommunerne i samarbejde med forskningsmiljøer mv.



Ikke-målbare målsætninger i 'Sund hele livet'

Regeringens sundhedsprogram 'Sund hele livet' fastslår f.eks., at 'Antallet af rygere skal reduceres markant.' Men det fremgår ikke, **hvor meget** antallet skal reduceres med, over for **hvilke** befolkningsgrupper der skal gøres en særlig indsats, **hvornår** målet skal nås, eller **hvordan** det skal nås.



Storbritannien: Konkrete og målbare mål for rygning

Sundhedsmyndighederne i Storbritannien har sat mål for, hvor meget rygningen skal reduceres i forskellige befolkningsgrupper frem til 2010. Målene indebærer, at:

- Andelen af børn, der ryger, skal reduceres fra 13% til 9%.
- Andelen af voksne rygere skal reduceres i alle socialklasser, samlet fra 28% til 24%.
- Andelen af gravide rygere skal reduceres fra 23% til 15%.

FREM MOD ET PROAKTIVT SUNDHEDSVÆSEN

Der er mange årsager til, at befolkningens sundhed har trangere kår i Danmark end i lande, vi normalt sammenligner os med:

F.eks. er det sundhedspolitiske fokus i altovervejende grad på (antallet af) operationer og ventelister, mens sundhedsfremme og forebyggelse først optræder længere ned på dagsordenen. Der er også en række felter, hvor den sundhedsfremmende og forebyggende indsats modvirkes af pris- og afgiftspolitikken.

Og ikke mindst er årsagen, at sundhedsfremme og forebyggelse i store træk er baseret på frivillighed. Der findes ikke nationale, forpligtende mål for kommunernes og regionernes indsats. Der er heller ikke bevilget nævneværdige økonomiske ressourcer til regeringens sundhedsprogram 'Sund hele livet', som derfor mest af alt er en række uforpligtende hensigtserklæringer.

Hvis den danske folkesundhed skal forbedres, er der behov for en større og langt mere systematisk sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats.

Det er nødvendigt, at vi skifter kurs i sundhedspolitikken.

Sundhedspolitikken skal være mere proaktiv. Vi har ikke kapacitet – hverken når det gælder økonomi

”

Sundhedsfremme og forebyggelse kræver mange ressourcer

”Sundhedsfremme og forebyggelse skal have samme status, som behandling har i dag. Når de 98 nye kommuner skal løfte disse opgaver, kommer det til at kræve mange ressourcer.”

Bente Klarlund Pedersen, formand for Det Nationale Råd for Folkesundhed, "Når sundheden skal frem", 21. december 2005

eller personale – til at behandle os ud af folkesygdommene. I stedet skal sundhedsvæsenet fremme borgernes sundhed og forebygge sygdomme langt mere systematisk end i dag.

AFSÆT: REGERINGENS SUNDHEDS- PROGRAM 'SUND HELE LIVET'

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at en national handleplan tager afsæt i regeringens sundhedsprogram 'Sund hele livet'. 'Sund hele livet' udpeger både nogle risikofaktorer og nogle folkesygdomme, hvor der er behov for en indsats, hvis folkesundheden skal forbedres.

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at følgende **4 risikofaktorer** – ud af de otte, der indgår i regeringens

sundhedsprogram – indgår i en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse:

- Kost
- Rygning
- Alkohol
- Motion.

Disse faktorer er sammenfattet i forkortelsen KRAM af Det Nationale Råd for Folkesundhed, som foreslår, at kommuner, regioner og centrale sundhedsmyndigheder prioriterer indsatsen på disse 4 risikofaktorer i de kommende år. Der foreligger overvældende sundhedsfaglig dokumentation for, at de alle fire – hver især og i samspil med hinanden – har stor betydning for udviklingen af folkesygdommene og for den danske befolknings sundhedstilstand. En sundhedsfremmende og forebyggende indsats, der ikke inddrager disse faktorer, vil næppe forbedre folkesundheden væsentligt.

Dansk Sygeplejeråd foreslår endvidere, at de **8 folkesygdomme**, der er udpeget i regeringens sundhedsprogram, indgår i en national handleplan. Det drejer sig om:

- Hjertesygdomme
- Kronisk obstruktiv lungesygdom
- Type 2-diabetes
- Kræft
- Psykiske sygdomme
- Muskel- og skeletsygdomme
- Knogleskørhed
- Overfølsomhedssygdomme.

Disse folkesygdomme er alle hyppigt forekommende i den danske befolkning og tegner sig for cirka 70% af tabte, gode leveår på grund af sygdom, nedsat funktionsevne og tidlig død. De 8 folkesygdomme indgår også i Sundhedsstyrelsens 'Folkesygdomsprojekt'.



Udgangspunkt

Afsættet for Dansk Sygeplejeråds skøn for de økonomiske konsekvenser af at implementere 'Sund hele livet', er sundhedsfaglig dokumentation fra Sundhedsstyrelsen samt sundhedsstyrelsens udmeldinger om, hvilken landsdækkende kapacitet der er behov for, og hvad prisen pr. patient er for de respektive tilbud – i det omfang sådanne udmeldinger eksisterer.



Afgrænsning

Konsekvensen af at fokusere på ovennævnte risikofaktorer og folkesygdomme fra 'Sund hele livet' er, at en række andre vigtige sundhedsmæssige og sociale problemstillinger – f.eks. forebyggelse af ensomhed, stress, dårligt fysisk og psykisk arbejdsmiljø, hørenedsættelse eller seksuelt overførte sygdomme – ikke indgår direkte i dette forslag til en national handleplan.

Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse bør der i socialpolitikken, arbejdsmarkedspolitikken, uddannelsespolitikken, boligpolitikken mv. iværksættes sundhedsfremmende og forebyggende indsatser på sådanne felter, idet forbedrede leve- og arbejdsvilkår i bred forstand spiller en væsentlig rolle for at fremme befolkningens sundhed og reducere den sociale ulighed i sundhed og sygdom. Det falder imidlertid uden for rammerne af dette forslag til en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse.

Hvad koster en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse?

FLERE GODE LEVEÅR TIL ALLE KRÆVER ØGET BORGER- OG PATIENTRETTEDE FOREBYGGELSE

Hvis regeringens mål om 'Flere gode leveår til alle' skal realiseres, er det nødvendigt at investere i befolkningens sundhed – ikke kun i at behandle sygdomme, når de først er opstået, sådan som f.eks. 'Løkkeposerne' er udtryk for.

Det er nødvendigt at investere både i øget borgerrettet forebyggelse og øget patientrettet forebyggelse: Borgerrettet forebyggelse har et langsigtet perspektiv, og effekterne viser sig typisk først efter nogle år. Derimod har patientrettet forebyggelse et kortere tidsperspektiv, og resultaterne vil i en

række tilfælde kunne registreres hurtigt, f.eks. i form af højere livskvalitet, bedre funktionsevne, reduceret medicinforbrug, færre sygehusindlæggelser el.lign.

De to typer af forebyggelse kan ikke erstatte hinanden. Der skal satses på begge dele for at indhøste både de kortsigtede og langsigtede gevinster. Den sundhedspolitiske udfordring er at finde en passende balance mellem de to typer af indsatser.

Dansk Sygeplejeråd skønner, at den øgede borgerrettede og patientrettede forebyggelse, der er behov for, vil beløbe sig til **ca. 1,6 mia. kr. om året – i alt ca. 7,9 mia. kr. i perioden 2007–2011.**

Oversigt over samlet investering i en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse

	Om året	Hele perioden 2007-2011
Samlet investering i en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse	I gennemsnit ca. 1,6 mia. kr.	I alt ca. 7,9 mia. kr.
Heraf borgerrettet forebyggelse	I gennemsnit ca. 880 mio. kr.	I alt ca. 4,4 mia. kr.
Heraf patientrettet forebyggelse	I gennemsnit ca. 700 mio. kr.	I alt ca. 3,5 mia. kr.

Beløbene er beregnet med afsæt i sundhedsfaglig dokumentation fra Sundhedsstyrelsen m.fl., og de udspecificeres i det følgende. (For en detaljeret gennemgang, se rapporten ”Forebyggelse er fremtiden – et forslag til en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 2007–2011”.)

Investeringen i en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse skal ses i lyset af, at de samlede offentlige og private sundhedsudgifter i Danmark udgør ca. 97 mia. kr. om året.

En national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse vil dermed kræve en vækst på ca. 1,6% af de samlede sundhedsudgifter. Til sammenligning var den årlige vækst i sundhedsudgifterne på 2,9% i perioden 1993–2003.

Investeringen i at forbedre sundheden skal også ses i lyset af, at der fra 2002–2006 blev anvendt ca. 5,5 mia. kr. til meraktivitet på sygehusene for at nedbringe ventetider på operationer (’Løkkeposerne’).

EN NØDVENDIG INVESTERING I FREMTIDENS VELFÆRDSSAMFUND

Borger- og patientrettet forebyggelse er en helt nødvendig investering i fremtidens velfærdssamfund.

Selv om det ikke på kort sigt nødvendigvis reducerer de samlede udgifter til sundhedsvæsenet,

”

Sundhedsministeren: Vi har ikke råd til at lade være

”[Der er] ingen vej udenom: Sundhedsvæsenet skal sætte stærkere ind med sundhedsfremme og forebyggelse. Vi har ganske enkelt ikke råd til at lade være. (...) I bund og grund handler det selvfølgelig også om prioritering: I dag bruger vi mindre end 5 pct. af sundhedsvæsenets samlede ressourcer på sundhedsfremme og forebyggelse.”

Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen, Berlingske Tidende, 2. december 2004.

!

Forskning, dokumentation, kvalitetssikring og høj professionel standard

Det er afgørende for patienter og borgere, at der stilles de samme krav til sundhedsfremme og forebyggelse med hensyn til forskning, dokumentation, kvalitetssikring og -udvikling samt høj professionel standard, som stilles til sygepleje og behandling i øvrigt. Det indebærer bl.a., at sundhedsfremme og forebyggelse udføres på et forskningsbaseret grundlag, monitoreres med henblik på kvalitetsudvikling i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel og udføres af et kvalificeret sundhedspersonale, hvis faglige niveau løbende forbedres via efter-, videre- og specialuddannelse.

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at der afsættes 10% af driftsudgifterne til forskning, dokumentation, kvalitetssikring og udvikling samt kompetenceudvikling af sundhedspersonalet.

vil en bedre folkesundhed medvirke til at reducere udgifterne til sygedagpenge, førtidspension, hjemmehjælp m.v. og produktionstab i forbindelse med fravær, førtidspension og dødsfald i erhvervsaktiv alder.

Der er tale om meget betydelige beløb.

F.eks. skønnes de samlede samfundsøkonomiske omkostninger til muskel- og skeletsygdomme at udgøre 34 mia. kr. En anden folkesygdom er depression, der skønnes at koste op mod 10 mia. kr. årligt.

Disse omkostningsskøn siger i sig selv ikke noget om, hvor meget en borger- og patientrettet forebyggelse vil betyde for samfundsøkonomien. Det er ikke alle sundhedsproblemer, der kan forebygges effektivt, og vi kan aldrig forebygge folkesygdommene totalt. Der er behov for at iværksætte omfattende sundhedsøkonomiske analyser for at få et præcist billede af det økonomiske potentiale.

Men under alle omstændigheder er borger og patientrettet forebyggelse en vigtig investering i velfærdssamfundet. Først og fremmest er det en investering i bedre livskvalitet og flere gode leveår til borgerne. Derudover er det en investering i, at flere borgere kan forblive i arbejde i længere tid.

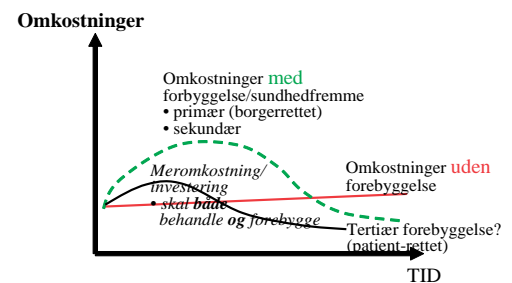
”

Velfærdskommissionen: Mere forebyggelse har potentiale til at spare det offentlige for store beløb

”Befolkningens sundhedstilstand har stor betydning for de offentlige finanser. En betydelig del af sundhedsvæsenets ressourcer anvendes til behandling af lidelse og sygdomme, der i vid udstrækning kan forebygges, for eksempel vedrørende rygning, alkohol, kost, motion, arbejdsmiljø etc. En øget forebyggende indsats i forhold til disse faktorer har således potentiale til at spare det offentlige for store beløb.”

Velfærdskommissionen, 'Fremtidens velfærd – vores valg', januar 2006

Investeringer i forebyggelse giver et afkast



Kilde: Kjeld Møller Pedersen

Derfor kan en proaktiv sundhedspolitik efter alt at dømme være med til at løse nogle af de økonomiske udfordringer, velfærdssamfundet står over for i fremtiden.

Sundhedsfremme og forebyggelse betragtes ofte som noget, vi kan gøre, hvis vi har råd til det. Men sagen forholder sig omvendt: Det er noget, vi skal gøre for at få råd til velfærdssamfundet.

KOMMUNALREFORMEN OPRUSTER IKKE NOK PÅ FOREBYGGELSEN

Kommunalreformen er et godt udgangspunkt for en øget borger- og patientrettet forebyggelse, fordi den præciserer, at kommunerne har ansvaret for at skabe sunde rammer for borgernes liv.

Men reformen lider af den meget store svaghed, at den er omkostningsneutral. Der følger ikke flere penge med til borger og patientrettet forebyggelse end dem, der allerede i dag er i sundhedsvæsenet.

I stedet får kommunerne overført ca. 200 mio. kr. fra de nuværende amter til forebyggelse. De penge skal dække opgaver, som amterne allerede løser i dag, men som flyttes til kommunerne. På genoptræningsområdet får kommunerne overført ca. 800 mio. kr.



Fakta: Fysisk aktivitet forbedrer borgernes sundhed og sundhedsvæsenets økonomi

Beregninger viser, at hvis 10% af de fysisk inaktive danskere bliver moderat fysisk aktive, vil der være en gevinst på omkring en kvart million leveår for den 30-79-årige befolkning. Yderligere vil der være en gevinst på godt 200.000 år uden sygdom.

Den samfundsmæssige produktionsværdi kan beregnes til ca. 6 mia. kr., og sundhedsvæsenet vil kunne opnå en nettobesparelse på godt 2 mia. kr.



KL: Ikke plads til de store armbevægelser

”Kommunerne har fået ansvaret for [forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet], men der er ikke krav om, at opgaven skal løses på en bestemt måde eller til et bestemt tidspunkt. (...) Hellere begynde med et relativt begrænset tilbud, som så langsomt udbygges, end at have en – måske skævt sammensat – Rolls Royce-model klar 1. januar 2007. Hertil kommer, at kommunerne ikke har fået flere penge til at løse forebyggelsesopgaven, end der hidtil har været brugt i amterne. Der er altså ikke plads til de store armbevægelser på kort sigt.”

KL's Kontor for Økonomiske Analyser og Erhverv, Danske Kommuner, januar 2006

Det er ikke realistisk, at kommunerne kan medvirke til at øge middellevetiden markant, øge antallet af år med god livskvalitet og mindske den sociale ulighed – sådan som 'Sund hele livet' slår fast – med mindre der bliver afsat flere ressourcer til området.

Problemerne med folkesundheden i Danmark viser, at den nuværende økonomiske ramme langt fra er tilstrækkelig.

Borgerrettet forebyggelse 2007–2011: Hvad skal der konkret gøres?

HVAD KOSTER MÅLRETTET BORGER- RETTET FOREBYGGELSE OVER FOR KRAM- RISIKOFAKTORERNE?

Der er massive sundhedsproblemer i befolkningen. En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit:

- Ca. 20.000 borgere, der er overvægtige (heraf ca. 3.800, der er svært overvægtige).
- Ca. 10.500 rygere (heraf ca. 5.700 storrygere).
- Ca. 4.700 borgere med et alkoholforbrug, der ligger over Sundhedsstyrelsens retningslinjer (heraf er næsten 2.000 afhængige af alkohol).
- Knap 17.000 voksne, der ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive.

Derfor anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at kommunerne forpligtes til at iværksætte en målrettet borgerrettet forebyggelse over for de 4 KRAM-risikofaktorer i 'Sund hele livet', nemlig kost, rygning, alkohol og motion.

De 4 KRAM-risikofaktorer har stor betydning for befolkningens sundhed og udviklingen af folkesygdommene. F.eks. handler forebyggelse af kræft i vidt omfang om at ændre befolkningens livsstil.

Målet med en øget borgerrettet forebyggelse er at holde raske borgere sunde og undgå, at sygdom opstår. Målet er også at reducere den sociale ulighed i sundhed.



Hvad er borgerrettet forebyggelse?

Borgerrettet forebyggelse har til formål at holde raske borgere sunde og at forebygge, at sygdom opstår. Det er gennem den borgerrettede forebyggelse, at vi opnår varige forbedringer i den enkelte borgers sundhed og dermed i den samlede folkesundhed. Borgerrettet forebyggelse handler om at skabe sunde rammer for borgernes tilværelse og at styrke borgernes sundhed via konkrete sundhedsfremmetilbud. Den enkelte borger har ansvar for sin egen sundhed og livsstil. Men som samfund har vi et fælles ansvar for at skabe de bedst mulige rammer for et sundt liv for alle: Sunde leve- og arbejdsvilkår skal fremmes i hele befolkningen. Det sunde liv skal fremmes i hverdagen. De sunde valg skal være de nemme valg.

Dansk Sygeplejeråd skønner, at den borgerrettede forebyggelse, der er nødvendig, kræver en investering på ca. 880 mio. kr. om året. Det svarer til en investering på i alt ca. 4,4 mia. kr. i perioden 2007–2011. Heraf går ca. 400 mio. kr. til forskning, kvalitetsudvikling, dokumentation, kompetenceudvikling mv.

Oversigt over investering i borgerrettet forebyggelse

Samlet investering i borgerrettet forebyggelse: i alt ca. 4,4 mia. kr. i perioden 2007–2011	I gennemsnit ca. 880 mio. kr. om året på landsplan.
Heraf kommunale indsatser, bl.a. øget fokus på KRAM, individuelle og gruppebaserede rådgivningstilbud samt lokal oplysning og udvikling	I gennemsnit ca. 660 mio. kr. om året på landsplan
Heraf indsatser i regioner, almen praksis og hos de centrale sundhedsmyndigheder	I gennemsnit ca. 220 mio. kr. om året på landsplan

HVAD SKAL KOMMUNERNE GØRE?

Kommunalreformen giver kommunerne ansvaret for den borgerrettede forebyggelse. Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at kommunerne forpligtes til at iværksætte en borgerrettet forebyggelsesindsats over for de 4 KRAM-risikofaktorer:

De centrale sundhedsmyndigheder skal på nationalt plan fastsætte konkrete og målbare mål for hvilke forbedringer, der skal nås i forhold til KRAM-risikofaktorerne i 2007–2011, herunder for hvor meget den sociale ulighed i sundhed skal reduceres. Den enkelte kommunes borgerrettede forebyggelse skal – under hensyntagen til særlige, lokale sundhedsproblemer – tage afsæt heri.

På baggrund af sundhedsfaglig dokumentation fra bl.a. Sundhedsstyrelsen anbefaler Dansk Sy-

geplejeråd, at en kommune med 50.000 indbyggere opruster på den borgerrettede forebyggelse på tre fronter (for en detaljeret gennemgang af de konkrete forslag, se rapporten "Forebyggelse er fremtiden – et forslag til en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 2007–2011"):

1) For det første skal kommunen sætte øget fokus på kost, rygning, alkohol og motion i hjemmeplejen, sundhedsplejen, dagtilbud, skoler, fritidstilbud, arbejdspladser, lokale fællesskaber osv.

Konkret foreslår Dansk Sygeplejeråd, at kommunen årligt opruster med **ca. 3 mio. kr.** Ressourcerne skal dække:

- Øget fokus på KRAM-risikofaktorerne i sundhedsplejen og hjemmeplejen. F.eks. en styrket indsats hos familier med risiko for overvægt

eller for stort alkoholforbrug, flere sundhedsplejerskebesøg i småbørnsfamilier, etablering af fysisk aktive plejehjem, flere rygestopsamtaler og øget fokus på kost og fysisk aktivitet i hjemmesygeplejen mv.

- Sundhedsfaglige konsulenter med ansvar for at udvikle rådgivningstilbud, udforme kost-, ryge-, alkohol- og motionspolitikker, monitorere udviklingen i borgernes sundhed osv. Derudover skal de sikre, at den forebyggende indsats integreres i dagtilbud, skoler, fritidstilbud, ældreinstitutioner, på arbejdspladser mv., og at der etableres et tæt samarbejde med patientforeninger, frivillige organisationer, idrætsforeninger mv.

2) For det andet skal kommunen etablere individuelle og gruppebaserede rådgivningstilbud. Konkret foreslår Dansk Sygeplejeråd, at kommunen årligt opruster med **ca. 1½ mio. kr.** Ressourcerne skal dække, at:

- Ca. 150 borgere tilbydes kostrådgivning.
- Ca. 500 borgere tilbydes rygestop.
- Ca. 150 borgere får et motionstilbud.

Tilbuddene kan f.eks. etableres i kommunens sundhedscenter.

3) For det tredje skal kommunen gennemføre lokale oplysningskampagner og udviklingsprojekter. Konkret foreslår Dansk Sygeplejeråd, at kommu-

nen årligt opruster med **ca. 1½ mio. kr.** Ressourcerne skal dække:

- Målrettede oplysningskampagner og udviklingsprojekter, f.eks. udvikling af motionstilbud til motions svage grupper (overvægtige børn, indvandrerpiger, ældre m.fl.), samarbejde med idræts- og gymnastikforeninger eller samarbejde med virksomhederne i kommunen om kost og bevægelse på arbejdspladsen.
- En tværgående indsats over for risikofaktorerne. Indsatsen over for de 4 KRAM-risikofaktorer skal ses i snæver sammenhæng, fordi en række elementer og metoder går på tværs af risikofaktorerne.

Dansk Sygeplejeråd skønner, at denne indsats på landsplan vil koste ca. **660 mio. kr. om året** (inkl. forskning, kvalitetsudvikling, dokumentation, kompetenceudvikling mm.)

HVAD SKAL REGIONERNE, ALMEN PRAKSIS OG DE CENTRALE SUNDHEDSMYNDIGHEDER GØRE?

Selv om kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, spiller regionerne, almen praksis og de centrale sundhedsmyndigheder også en rolle.

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at der oprustes på den borgerrettede forebyggelse ved bl.a. at:

- Intensivere og sætte systematisk fokus på rådgivning om KRAM-risikofaktorerne på sygehuse og i almen praksis.
- Udvikle nationale forebyggelsesprogrammer og gennemføre nationale kampagner.
- Iværksætte en national monitorering af KRAM-risikofaktorerne.

Dansk Sygeplejeråd skønner, at denne indsats på landsplan vil koste **ca. 220 mio. kr. om året** (inkl. forskning, kvalitetsudvikling, dokumentation og kompetenceudvikling).

HVILKE TVERGÅENDE BORGERRETTEDE INDSATSER ER DER BEHOV FOR?

Som forudsætning for, at (først og fremmest) kommunerne kan løfte opgaven med øget borgerrettet forebyggelse, anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at der gennemføres en række tværgående indsatser.

For det første skal kommunerne vedtage en sundhedspolitik med konkrete og målbare mål for, hvordan den vil forbedre borgernes sundhed (herunder reducere den sociale ulighed) ved at sætte ind over for KRAM-risikofaktorerne. Afsættet er de nationalt fastsatte mål.

Sundhedspolitikken skal bl.a. sikre, at borgerrettet forebyggelse:

- Sættes højt på dagsordenen i kommunens eget sundhedsvæsen (bl.a. sundhedsplejen, hjemmeplejen og sundhedscentre).

- Integreres i alle de kommunale institutioner, hvor borgerne færdes til daglig, dvs. dagtilbud, skoler, fritidsordninger, ældreinstitutioner mv., og indtænkes i alle kommunale beslutninger på trafik-, miljø-, social-, bolig-, integrationsområdet mv.
- Indtænkes i samarbejdet med arbejdspladser (inkl. kommunens egne), frivillige foreninger (bl.a. patientforeninger), boligområder og lokal-samfund.

For det andet skal kommunerne udarbejde sundhedsprofiler, der systematisk beskriver sundhedsproblemerne omfang og fordeling i kommunen – bl.a. i forhold til børn, unge, voksne og ældre og i forhold til sociale forskelle i sygelighed og risikofaktorer. Dataene skal indgå i en national monitorering af befolkningens sundhed.

For det tredje skal der etableres en kommunal forebyggelsesorganisation, der har afsæt i et stærkt sundhedsfagligt miljø. Den skal bl.a. tilrettelægge og gennemføre de konkrete forebyggelsesaktiviteter, sikre at forebyggelsesindsatsen hviler på videnskabelig dokumentation og koordinere indsatsen, både internt i kommunen (på tværs af forvaltningsområder) og eksternt i forhold til dels sygehusafdelinger, ambulatorier og almen praksis og dels arbejdspladser, patientforeninger og andre frivillige organisationer og netværk.

For det fjerde skal kommunernes borgerrettede forebyggelse understøttes af nationale politikker, der fremmer borgernes sundhed, f.eks. forbud mod røg i offentlige rum og på arbejdspladser, pris- og afgiftspolitikker, der begunstiger sunde fødevarer og produkter, ændret tilgængelighed af usunde produkter mv.

For det femte skal der tilføres flere ressourcer til den borgerrettede forebyggelse. De ca. 200 mio. kr., som kommunalreformen flytter fra amterne til kommunerne på forebyggelsesområdet, vedrører udelukkende eksisterende opgaver og dækker derfor ikke den nødvendige oprustning. (jf. ovenfor).

Patientrettet forebyggelse 2007–2011: Hvad skal der konkret gøres?

HVAD KOSTER MÅLRETTEDE PATIENTRETTEDE FOREBYGGELSE OVER FOR DE 8 FOLKESYGDOMME?

Mange borgere har en eller flere folkesygdomme. En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit:

- Ca. 2.000 borgere med hjertesygdomme.
- Ca. 2.000 borgere med KOL.
- 2-3.000 borgere med type 2-diabetes.
- Ca. 2.300 borgere med kræft.
- Ca. 2.000 borgere med depression, ca. 2.000 med angst og ca. 2.000 med alkoholmisbrug.
- Ca. 8.000 borgere med en langvarig muskel- og skeletsygdom bl.a. gigt og rygsygdomme.
- Ca. 3.000 borgere med knogleskørhed.
- 8-10.000 borgere med overfølsomhedssygdomme (heraf ca. 3.000 med astma).

Derfor anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at der iværksættes en målrettet patientrettet forebyggelse over for de 8 folkesygdomme i 'Sund hele livet' – hjertesygdomme, KOL, type 2-diabetes, kræft, psykiske sygdomme, muskel- og skeletsygdomme, knogleskørhed og overfølsomhedssygdomme.

De 8 folkesygdomme tegner sig for cirka 70% af tabte gode leveår på grund af sygdom, nedsat funktionsevne og tidlig død.

Målet med en øget patientrettet forebyggelse er at hindre, at sygdom udvikler sig yderligere, at udskyde eller forhindre komplikationer og tilbagefald, og at de kronisk syge opnår den størst mulige

sygdomsmestring og livskvalitet. Målet er også at reducere den sociale ulighed i sundhed.

Dansk Sygeplejeråd skønner, at den patientrettede forebyggelse, der er nødvendig, kræver en investering på **ca. 700 mio. kr. om året**. Det svarer til en investering på **i alt ca. 3,5 mia. kr. i perioden 2007–2011**.



Hvad er patientrettet forebyggelse?

Patientrettet forebyggelse har til formål at hindre, at sygdom udvikler sig yderligere, at udskyde eller forhindre komplikationer og tilbagefald samt at opnå den størst mulige sygdomsmestring og livskvalitet. Patientrettet forebyggelse handler om at forbedre den enkeltes livskvalitet og nedsætte afhængigheden af ydelser fra sundhedsvæsenet. Den enkelte skal have de bedste muligheder for at leve med og håndtere sin sygdom. Patientrettet forebyggelse retter sig mod mange forskellige målgrupper – f.eks. både mod patienter, der har eller haft symptomer på sygdom, og patienter uden symptomer (f.eks. mange patienter med knogleskørhed). For at reducere den sociale ulighed i sundhed og sygdom skal der sættes særligt fokus på de patienter, som er sårbare. Et vigtigt led i den patientrettede forebyggelse er den kontinuerte indsats over for patienterne, idet mange kronisk syge har behov for en forebyggelsesindsats med varierende mellemrum.

Oversigt over investering i patientrettet forebyggelse

Samlet investering i patientrettet forebyggelse: i alt ca. 3,5 mio. kr. i perioden 2007–2011	I gennemsnit ca. 700 mio. kr. om året på landsplan.
Heraf udvikling og drift af rehabiliteringstilbud til patienter med en eller flere af de 8 folkesygdomme	I gennemsnit ca. 670 mio. kr. om året på landsplan
Heraf patientuddannelsesprogrammet 'Lær at leve med kronisk sygdom'	I gennemsnit ca. 30 mio. kr. om året på landsplan

HVAD SKAL KOMMUNERNE, ALMEN PRAKSIS, REGIONERNE OG DE CENTRALE SUNDHEDSMYNDIGHEDER GØRE?

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at de centrale sundhedsmyndigheder på nationalt plan fastsætter konkrete og målbare mål for hvilke forbedringer, der skal nås i forhold til de 8 folkesygdomme i 2007–2011, herunder for hvor meget den sociale ulighed i sundhed skal reduceres.

Med afsæt heri skal kommuner, almen praksis og regioner forpligtes til at iværksætte en patientrettet forebyggelsesindsats over for de 8 folkesygdomme. Indsatsen skal afspejle de særlige sundhedsbehov og -problemer i de enkelte lokalområder.

Videre anbefaler Dansk Sygeplejeråd – på baggrund af sundhedsfaglig dokumentation fra bl.a.

”

Sundhedsministeren: Behov for en samlet indsats

”Der er behov for et generelt løft af indsatsen over for kronisk syge i det danske sundhedsvæsen. Vi skal ikke udvælge sygdomsområder. Der er behov for en samlet indsats.”

Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen, Folketingets talerstol, 24. januar 2006

Sundhedsstyrelsen – at en kommune med 50.000 indbyggere i samspil med regionen, almen praksis og de centrale sundhedsmyndigheder opruster på den patientrettede forebyggelse på følgende måde:

1) For det første skal der årligt gennemføres patientrettede rehabiliteringstilbud til:

- Ca. 100 patienter med hjertesygdomme.
- Ca. 100 patienter med KOL.
- Ca. 100 patienter med type 2-diabetes.
- Ca. 240 patienter med kræft.
- Ca. 100 patienter med depression og ca. 100 patienter med angst. Derudover iværksættes en indsats over for børn af psykisk syge forældre og forældre med misbrug svarende til ca. ½ mio. kr. pr. kommune.
- Ca. 100 patienter med gigt og ca. 100 patienter med ryg sygdomme.
- Ca. 100 patienter med overfølsomhedssygdomme.
- På faldforebyggelsesområdet skal en kommune og en region opruste med ca. 1 mio. kr. til øget faldforebyggelse i hjemmesygeplejen og på sygehusene.

2) For det andet skal de centrale sundhedsmyndigheder udarbejde nationale, forskningsbaserede rehabiliteringsprogrammer for hver af de 8 folkesygdomme, som indsatsen i kommuner og regioner skal tilrettelægges efter.

Det er i overensstemmelse med Sundhedslovens intentioner om at styrke Sundhedsstyrelsens rolle, og arbejdet kan eventuelt forankres i den styregruppe om kronisk sygdom, som Sundhedsstyrelsen påtænker at nedsætte.

I dag eksisterer der kun et nationalt rehabiliteringsprogram for én af de 8 folkesygdomme, nemlig om hjerterehabilitering.

Dansk Sygeplejeråd skønner, at udvikling og drift af rehabiliteringstilbuddene på landsplan vil koste **ca. 670 mio. kr. om året**. Dansk Sygeplejeråd anbefaler at der sker en grundig opbygning af kapaciteten.

3) For det tredje skal kommunen i samspil med regionen og almen praksis årligt tilbyde ca. 300 kronisk syge borgere patientuddannelsesprogrammet "Lær at leve med kronisk sygdom".

Dansk Sygeplejeråd skønner, at denne indsats på landsplan vil koste **ca. 30 mio. kr. om året**.

Effektiv patientrettet forebyggelse kræver, at der etableres et tæt samarbejde mellem de 'traditio-



Nationale rehabiliteringsprogrammer

Et nationalt rehabiliteringsprogram skal indeholde beskrivelser af indholdet af indsatserne, standarder for kvalitetsudvikling og kompetencekrav til det udførende personale, og regioner og kommuner skal forpligtes til at implementere dem. Nationale programmer giver kommunerne, sygehuse, almen praksis og ikke mindst patienterne tryghed og sikkerhed for, at der er høj faglig standard i tilbuddet (bl.a. fordi der bliver langt bedre muligheder for at tænke på tværs af traditionelle fagområder), ligesom alle parter får langt bedre muligheder for at overskue det samlede patientforløb fra begyndelsen. Se mere i kapitel 3.6.

nelle' led i sundhedsvæsenet (sygehusafdelinger, ambulatorier, hjemmesygepleje og almen praksis mv.) og 'nye' led som bl.a. udgående funktioner fra sygehusene og sundhedscentre. Det er en forudsætning for at sikre sammenhæng i patientforløbene og høj faglig kvalitet og patientsikkerhed i tilbuddene.

Sundhedsvæsenet befinder sig midt i en rivende udvikling med bl.a. øget specialisering, ny teknologi, nye sygepleje- og behandlingsmetoder, udgående sygehusfunktioner mv. Derfor fremsætter Dansk Sygeplejeråd ikke konkrete forslag til, hvor de enkelte elementer i en patientrettet forebyggelsesindsats (f.eks. psykosocial omsorg, fysisk træning og patientundervisning) skal gennemføres, og hvordan de skal tilrettelægges. Dette spørgsmål skal håndteres i de nationale rehabiliteringsprogrammer og i sundhedsaftalerne.

HVILKE TVÆRGÅENDE PATIENTRETTEDE INDSATSER ER DER BEHOV FOR?

Der er behov for en række tværgående indsatser, hvis den patientrettede forebyggelse skal være effektiv.

For det første indeholder 'Sund hele livet' kun en række bredt formulerede, ikke-quantificerbare målsætninger for, hvordan sundhedsvæsenet skal sætte ind over for 8 folkesygdomme. Hvis intentionerne bag 'Sund hele livet' skal realiseres, er det

derfor det nødvendigt, at de centrale sundhedsmyndigheder på landsplan fastsætter konkrete og målbare mål for, hvilke resultater der skal nås i forhold til de 8 folkesygdomme (bl.a. i forhold til at reducere den sociale ulighed), og hvilke patientrettede forebyggelsesindsatser der skal iværksættes.

Med afsæt heri skal regioner, almen praksis og kommuner i fællesskab formulere konkrete og målbare mål for lokalområderne. De er et væsentligt omdrejningspunkt for sundhedsaftalerne og drøftelserne i de nye sundhedskoordinationsudvalg.

For det andet skal der udarbejdes sundhedsprofiler for at afdække de lokale sundhedsproblemer og -behov. Der kan med fordel udarbejdes en kronikerprofil for hver af de 8 folkesygdomme.

For det tredje skal der etableres en forebyggelsesorganisation, der går på tværs af kommuner, almen praksis og regioner, idet mange patienter har brug for en indsats både på sygehusafdelinger, ambulatorier, i hjemmesygeplejen, i almen praksis og i et sundhedscenter (jf. ovenfor).

For det fjerde skal der tilføres flere ressourcer til den patientrettede forebyggelse. De ca. 800 mio. kr., som kommunalreformen flytter fra amterne til kommunerne på genoptræningsområdet, vedrører udelukkende eksisterende opgaver og dækker derfor ikke den nødvendige oprustning (jf. ovenfor).

Øvrige nationale initiativer

For at den nationale handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse bliver tilstrækkelig effektiv, anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at den understøttes af en række andre nationale initiativer.

Det drejer sig bl.a. om følgende initiativer (for en detaljeret gennemgang af de konkrete forslag, se rapporten "Forebyggelse er fremtiden – et forslag til en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 2007–2011"):

- Vurdering af lovforslags sundhedsmæssige konsekvenser og af kommunale og regionale beslutningers sundhedsmæssige konsekvenser.
- Moms- og afgiftsstruktur, der understøtter befolkningens sundhed.
- En ny finansieringsmodel til sundhedsfremme og forebyggelse.
- Ændret tilgængelighed af usunde produkter.
- DRG-takster for forebyggelse.
- Incitamentter til sunde levekår og livsstil.
- Forbud mod røg i offentlige rum.
- Konkrete og målbare mål for folkesundheden: Fra 'kan' til 'skal'.
- National analyse af befolkningens sundhed og velfærdssamfundets udfordringer, bl.a. til brug for de igangværende velfærdsdrøftelser og den opdatering af 'Sund hele livet', der må forventes at finde sted, inden det udløber i 2010.
- Kommunale og regionale sundhedspolitikker og redegørelser om udviklingen i befolkningens sundhed.



En 'grønthøstermodel' til sundhedsfremme og forebyggelse

Det svenske Livsmedelverket og Statens Folkhälsoinstitut har fremlagt et forslag til finansiering af en handleplan for gode kostvaner og øget fysisk aktivitet i 2005. Planen vil koste cirka 600 mio. SEK om året, og det foreslås, at dette beløb findes på konti på statsbudgettet, der vedrører sygedagpenge, rehabilitering og aktivering. Det drejer sig om en overførsel på 5 promille årligt af de beløb, der afsættes på disse konti. Der bør ses på muligheden for en tilsvarende model for Danmark.



Fremtidens sundhedsvæsen og velfærdssamfund

Den engelske finansminister nedsatte i 2002 en ekspertgruppe, der skulle udarbejde en tilbundsgående analyse af de udfordringer, sundhedsvæsenet står over for i de kommende årtier. De såkaldte Wanless-rapporter dokumenterer bl.a., at hvis middellevetiden i England kunne øges til det samme niveau som i Japan, vil det engelske samfunds bruttonationalprodukt stige med mellem 3 og 5 mia. £ om året. Der bør gennemføres tilsvarende nationale analyser i Danmark til brug for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen og velfærdssamfund.

Regeringens mål om flere gode leveår for alle borgere kan ikke realiseres alene af sundhedsvæsenet, men forudsætter også en bred vifte af indsatser i social-, uddannelses-, arbejdsmarkeds-, bolig-, integrations-, trafik- og miljøpolitikken – ikke mindst når det handler om at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed. Befolkningens sundhed fremmes også ved at forbedre leve- og arbejdsvilkårene i bred forstand.

Dette forslag til en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse indeholder ikke en nærmere analyse af eller et skøn over, hvilke omkostninger, der er forbundet med disse initiativer.

Borgerne i Danmark skal have flere gode leveår: Middellevetiden skal øges markant, antallet af år med god livskvalitet skal øges, og den sociale ulighed i sundhed skal reduceres.

Derfor har Danmark behov for en **national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse**.

Læs mere i denne pjece eller læs hele rapporten ”Forebyggelse er fremtiden – et forslag til en National handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 2007–2011” på www.dsr.dk.