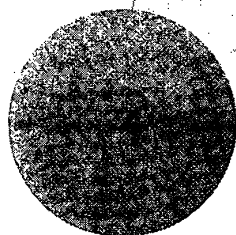


Forebyggelse er fremtiden

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



Forebyggelse er fremtiden

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

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

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

*ISBN 87-7266-295-6 Grafisk Enhed 06-24
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.*

Indhold

Forord	7
Sammenfatning og anbefalinger	9
Danmark har behov for en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse	17
Danskerne har for få leveår med optimalt helbred	17
Folkesygdommene er i vækst	18
Der er stor social ulighed i sygelighed og dødelighed	19
Ressourcerne i sundhedsvæsenet bruges ikke effektivt nok	20
Danmark mangler konkrete og målbare mål for folkesundheden	23
Kortsigtede puljer giver ikke tilstrækkelig effekt	24
Kommunalreformen forbedrer ikke automatisk folkesundheden	25
Vi investerer ikke nok i fremtidens velfærdssamfund	26
Sammenfatning: Nationale handleplaner virker!	27
Grundlaget for en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse	28
'Sund hele livet': 4 risikofaktorer og 8 folkesygdomme	28
Borgerrettet og patientrettet forebyggelse	29
Grundlag	29
Forskning, dokumentation og kvalitetsudvikling	30
Høj professionel standard	31
Nationale programmer for patientrettet forebyggelse	32
Handleplanens del 1: Borgerrettet forebyggelse 2007-2011	33
Tværgående borgerrettede indsatser	34
Kost	38
Rygning	41
Alkohol	44
Motion	47
Sammenfatning	50
Handleplanens del 2: Patientrettet forebyggelse 2007-2011	53
Tværgående patientrettede indsatser	54
Hjertesygdomme	58
Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)	60
Type 2-diabetes	63
Kræftsygdomme	65
Psykiske sygdomme	68
Muskel- og skeletsygdomme	71
Knogleskørhed	74
Overfølsomhedssygdomme	76
Sammenfatning	79
Handleplanens del 3: Nationale initiativer	81
Referencer	85

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 Hjerteplaner 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!

Jeg vil gerne takke følgende personer særligt for konstruktive bidrag til Dansk Sygeplejeråds forslag: 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), ledende 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.

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

1. Sammenfatning og anbefalinger

ANBEFALING: EN NATIONAL HANDLEPLAN FOR SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, 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.

Der er behov for en forstærket indsats, fordi Danmark har ondt i folkesundheden:

- 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.
- Der er stor social ulighed i sygelighed og dødelighed. F.eks. kan en 30-årig mandlig københavnere med lang uddannelse forvente at leve mere end 7 år længere end en jævnaldrende med kort uddannelse.

! 'Sund hele livet'

Regeringens sundhedsprogram er fra 2002 og dækker perioden frem til 2010. 'Sund hele livet' sætter bl.a. fokus på 8 folkesygdomme, nemlig hjerte-karsygdomme, KOL, type 2-diabetes, kræft, psykiske sygdomme, muskel- og skeletsygdomme, knogleskørhed og overfølsomhedssygdomme, og på risikofaktorer som bl.a. kost, rygning, alkohol og motion.

! 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.

Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse er en væsentlig del af forklaringen, at sundhedsfremme og forebyggelse prioriteres både for lavt og for usystematisk i det danske sundhedsvæsen:

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 risikofaktorer som kost, rygning, alkohol og motion, er endnu mere overladt til frivilligheden.

Konsekvensen er, at indsatsen er sparsom, kortsigtet og præget af en zigzagskurs. F.eks. prioriteres fedme blandt børn ét år, indsatsen over for KOL-patienter et andet år og faldforebyggelse hos ældre et tredje. Hvis sundhedsfremme og forebyggelse skal lykkes, er der behov for det stik modsatte: En målrettet, systematisk og langsigtet indsats baseret på videnskabeligt dokumenterede metoder.

Derfor har Danmark brug for en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse.

Den kan ses som en pendant til Hjerterplanerne og Kræftplanerne, der har vist sig effektive til at øge indsatsen målrettet på udvalgte områder i sundhedsvæsenet. Med inspiration fra Hjerter- og Kræftplanerne skal en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 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.

ANBEFALING:

INVESTERING I FOLKESUNDHEDEN

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at der investeres flere ressourcer i at forbedre folkesundheden. Først og fremmest for at sikre flere gode leveår til alle, men også for at fremtidssikre sundhedsvæsenet og velfærdssamfundet.

Der er både behov for øget borgerrettet forebyggelse og øget patientrettet forebyggelse: Borgerrettet forebyggelse har et langsigtet perspektiv, og effekterne viser sig typisk først efter nogle år. Patientrettet forebyggelse har 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.

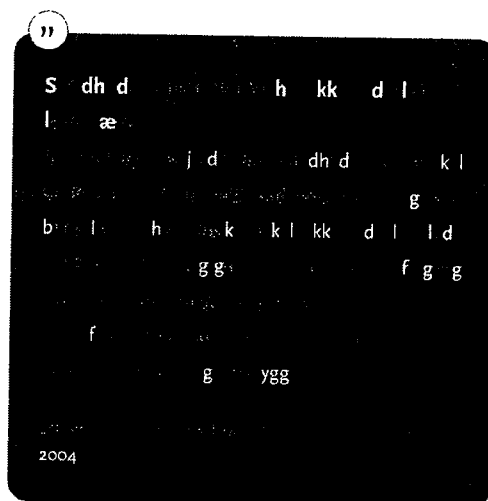
Oversigt over samlet investering i en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse

	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.

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%.



Investeringen skal ses i lyset af, at de samlede 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 skal også ses i lyset af de meget store udgifter, der er forbundet med folkesygdommene. F.eks. beløber de direkte omkostninger til sygepleje og behandling af hjertesygdomme sig til ca. 4 mia. kroner om året, og for type 2-diabetes er beløbet ca. 6-8 mia. kr. om året. Hertil skal lægges omkostninger til hjemmesygepleje og -hjælp, bl.a. på grund af følgesygdomme, og omkostninger i forbindelse med sygemeldinger, førtidspension og tidlig død. Alene for muskel- og skeletsygdomme skønnes de samlede omkostninger at udgøre 34 mia. kr. om året.

Endelig skal investeringen i sundhedsfremme og forebyggelse 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').

De ca. 200 mio. kr., som kommunalreformen flytter fra amterne til kommunerne på forebyggelsesområdet, og de ca. 800 mio. kr., der flyttes på genoptræningsområdet, vedrører udelukkende eksisterende opgaver og dækker derfor ikke den nødvendige oprustning.

ANBEFALING: BORGERRETTET FOREBYGGELSE 2007–2011

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 borgere, 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.

Dansk Sygeplejeråd anbefaler derfor, at kommunerne forpligtes til at iværksætte en målrettet indsats over for 4 risikofaktorer, der indgår i 'Sund hele livet', nemlig kost, rygning, alkohol og motion – også kaldet KRAM. Disse 4 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.

Dansk Sygeplejeråd skønner, at den borgerrettede forebyggelse, der er nødvendig, kræver en investering på ca. 880 mio. kr. om året - i alt ca. 4,4 mia. kr. i perioden 2007–2011.

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

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at de centrale sundhedsmyndigheder på nationalt plan fastsætter 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.

Videre anbefaler Dansk Sygeplejeråd – på baggrund af sundhedsfaglig dokumentation fra bl.a. Sundhedsstyrelsen – at en kommune med 50.000 indbyggere opruster på den borgerrettede forebyggelse på tre fronter:

- 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. årligt. 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. årligt. 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 kommunen årligt opruster med ca. 1½ mio. kr. årligt. Ressourcerne skal dække:

- Målrettede oplysningskampagner og udviklingsprojekter, f.eks. udvikling af motionstilbud til motionssvage 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 de 4 risikofaktorer. 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 og kompetenceudvikling).

Synergieffekter

Adfærdsændringer i forhold til f.eks. kost, rygning, alkohol og motion kræver et bevidst og frit valg af den enkelte person samt en høj grad af motivation for ændringen. Motivationen for en adfærdsændring kommer, når man bliver klar over sit eget forhold til sundhed, foretager en vurdering heraf og tager konsekvensen af det. Lykkes det at ændre og fastholde den nye sundhedsadfærd, ses ofte en positiv synergieffekt på de andre risikofaktorer, da personen kan anvende sin strategi for adfærdsændringer på andre områder. Omvendt har personer med en usund livsstil ofte flere risikofaktorer f.eks. overvægt og fysisk inaktivitet. Derfor skal indsatsen over for de 4 KRAM-risikofaktorer ses i snæver sammenhæng, fordi en række elementer og metoder går på tværs.

Selv om kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, spiller regionerne, almen praksis og de centrale sundhedsmyndigheder også en rolle. Derfor anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at:

4) Regionerne, almen praksis og de centrale sundhedsmyndigheder opruster 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).

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, 21. december 2005

Herudover anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at der gennemføres en række tværgående borgerrettede indsatser, bl.a. kommunale sundhedspolitikker med konkrete og målbare mål, sundhedsprofiler, en organisation, der kan føre den borgerrettede forebyggelse ud i livet (herunder sikre tæt sammenhæng til sygehuse og almen praksis), og nationale initiativer, der fremmer borgernes sundhed.

ANBEFALING: PATIENTRETTEDE FOREBYGGELSE 2007-2011

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 rygtsygdomme)
- Ca. 3.000 borgere med knogleskørhed
- 8-10.000 borgere med overfølsomhedssygdomme (heraf ca. 3.000 med astma).

Dansk Sygeplejeråd anbefaler derfor, at kommuner, almen praksis og regioner forpligtes til at iværksætte en målrettet forebyggelsesindsats over for de 8 folkesygdomme, der indgår i 'Sund hele livet', nemlig 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 - i alt ca. 3,5 mia. kr. i perioden 2007-2011.

Oversigt over investering i patientrettet forebyggelse

Samlet investering i patientrettet forebyggelse: I alt ca. 3,5 mia. 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

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. 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.

”

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,
24. januar 2006

- 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 gig og ca. 100 patienter med ryg sygdom.
- Ca. 100 patienter med overfølsomhedssygdomme.
- På faldforebyggelsesområdet kan 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.

!

Nationale rehabiliteringsprogrammer

Et nationalt rehabiliteringsprogram skal beskrive indholdet af indsætterne, 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.

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** (inkl. forskning, kvalitetsudvikling, dokumentation og kompetenceudvikling). Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at kapaciteten opbygges gradvist.

- 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 'traditionelle' 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. Disse spørgsmål skal håndteres i de nationale rehabiliteringsprogrammer og i sundhedsaftalerne.



Synergieffekter

Patienter har ofte en høj grad af motivation til at ændre deres sundhedsadfærd på grund af deres sygdom. Det er vigtigt, at patienten får en støttende rådgivning og vejledning, der tager udgangspunkt i patientens egne mål og strategier, hvis ændringen skal lykkes. Her ses også en synergieffekt: Når f.eks. en patient med en hjertesygdom ændrer kost- og motionsvaner, mindsker det samtidig risikoen for at udvikle type 2-diabetes, osteoporose m.m.

Herudover anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at der gennemføres en række tværgående patientrettede indsatser, bl.a. konkrete og målbare mål for den patientrettede forebyggelse og en forebyggelsesorganisation baseret på et tæt samarbejde mellem regioner, almen praksis og kommuner.

ANBEFALING: FORSKNING, DOKUMENTATION, KVALITETSUDVIKLING OG HØJ PROFESSIONEL STANDARD

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

ANBEFALING:

ØVRIGE NATIONALE INITIATIVER

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse understøttes af en række andre nationale initiativer. Det drejer sig bl.a. om:

- 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.
- Incitamenter til sunde levekår og livsstil.
- Forbud mod røg i offentlige rum og på arbejdspladser.
- 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 den udløber i 2010.
- Kommunale og regionale sundhedspolitikker og redegørelser om udviklingen i befolkningens sundhed.

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.

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 tilbundsående 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.

2. Danmark har behov for en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse

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.

Statistikkerne taler deres tydelige sprog:

- Som det eneste nordiske land har Danmark en middellevetid, som er under OECD-gennemsnittet, og vi er ikke lykkedes nær 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 schweizerne har fået 6,7 ekstra leveår.
- 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, og en 30-årig mandlig københavnere med lang uddannelse kan forvente at leve mere end 7 år længere end en jævnaldrende med kort uddannelse.

Der er også andre problemer:

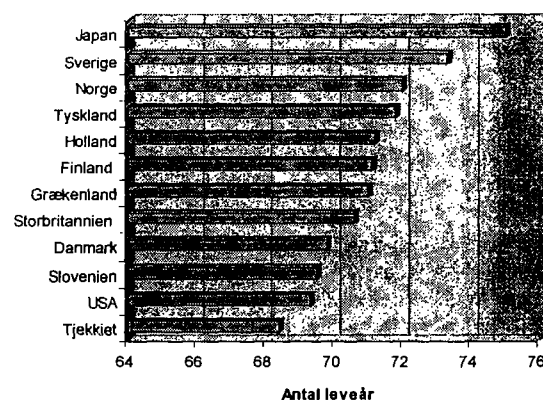
- Ressourcerne i sundhedsvæsenet bruges ikke effektivt nok.
- Danmark mangler konkrete og målbare mål for folkesundheden.
- Kortsigtede puljer giver ikke tilstrækkelig effekt.
- Kommunalreformen forbedrer ikke automatisk folkesundheden.
- Vi investerer ikke nok i fremtidens velfærdssamfund.

I det følgende uddybes begrundelserne for, hvorfor Danmark har behov for en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse.

2.1. DANSKERNE HAR FOR FÅ LEVEÅR MED OPTIMALT HELBRED

Danskerne har for få leveår med optimalt helbred. Når vi ser på de lande, vi normalt sammenligner os med, er vi ikke på omgangshøjde: En dansker kan i gennemsnit forvente at have knap 70 leveår med optimalt helbred. En nordmand kan forvente 72 år og en svensker 73 år. Danmark er på niveau med lande som Slovenien og USA (se figur 1).

FIGUR 1
Antal leveår med optimalt helbred i udvalgte lande



WHO, World Health Report 2004.

Danskernes middellevetid sakkede fra 1970'erne og frem til midten af 1990'erne længere og længere agterud i forhold til 20 lande, vi plejer at sammenligne os med. I begyndelsen af 1970'erne lå danske mænds middellevetid på en fjerdeplads blandt 20 OECD-lande. Siden midten af 1990'erne har danske mænd ligget på en 16.-plads. De danske kvinder lå på en 6. plads i første halvdel af 1970'erne og faldt ned på en 20.-plads allerede fra begyndelsen af 1990'erne.

Siden midten af 1990'erne har Danmark haft en udvikling i middellevetiden på linje med andre europæiske lande.

Tallene dækker over, at tusindvis af borgere dør alt for tidligt, og over tab af endnu flere leveår. Mange af disse dødsfald kunne formentlig være forebygget gennem en aktiv sundhedspolitik med satsning på sundhedsfremme og forebyggelse.

Den negative udvikling skal ses i lyset af, at Danmark er blevet betydeligt mere velhavende siden 1970. Men det er ikke lykkedes os at omsætte velstanden til nær så mange ekstra leveår som i andre lande (jf. figur 2). Mens danskerne har fået 3,9 år ekstra at leve i siden 1970, har f.eks. islændingene fået 6,3 ekstra leveår og schweizerne 6,7 ekstra leveår.

Man kan derfor sige, at Danmark i et internationalt perspektiv har været ineffektiv i sin evne til at omsætte landets økonomiske udvikling til en positiv sundhedsudvikling i befolkningen. Årsagerne er bl.a., at der ikke satses nok på sundhedsfremme og forebyggelse, herunder at der er mangel på en række strukturelle forebyggelsesindsatser – prispolitik, restriktioner over for bl.a. rygning og alkohol, lokale sundhedspolitikker m.v.

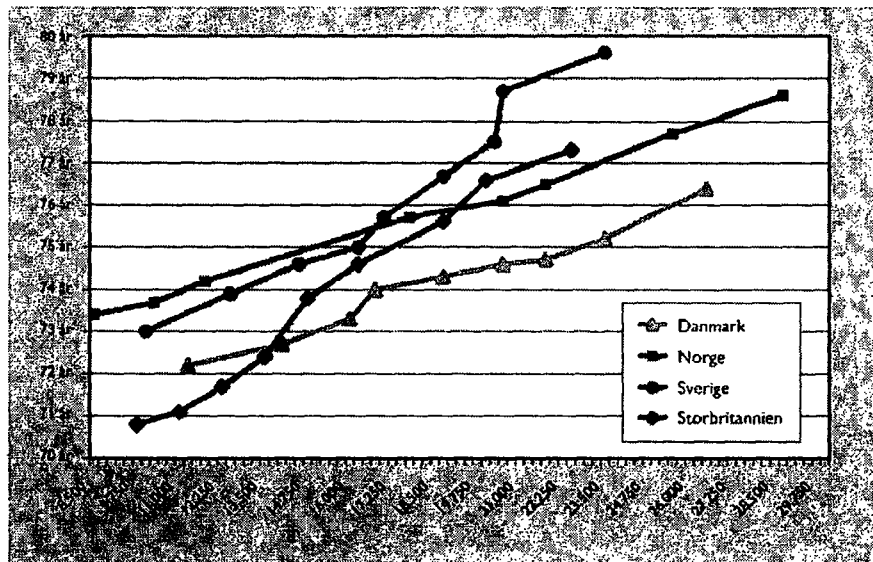
2.2. FOLKESYGDOMMENE ER I VÆKST

Cirka 1½ million danskere lever i dag med en kronisk sygdom. Antallet forventes at stige i de kommende år. Der er også mange, der lever med flere kroniske sygdomme på samme tid.

Det er der flere årsager til. F.eks. kommer der flere ældre i befolkningen, og effektive behandlingsmetoder bidrager til, at flere patienter (over)lever i mange år med sygdomme, som tidligere var forbundet med høj dødelighed, f.eks. blodprop i hjertet og forskellige kræftsygdomme.

Men der er også en stor del af udviklingen, vi kan og skal gøre noget ved. F.eks. fedmeepidemien, der har ramt Danmark:

FIGUR 2
Middellevetiden i år som funktion af velstandsøgning i købekraftsjusterede USD



Note: Hvert punkt repræsenterer et årstal med 5 års interval 1960 - 2000.
Københavns Kommune: Folkesundhedsrapport 2005

England: Middellevetiden vil falde på grund af overvægt

'Around two-thirds of the population of England are over-weight or obese. Obesity has grown by almost 400% in the last 25 years and on present trends will soon surpass smoking as the greatest cause of premature loss of life. It will entail levels of sickness that will put enormous strains on the health service. On some predictions, today's generation of children will be the first for over a century for whom life-expectancy falls.'

House of Commons, Health Committee, 2004

Fedmeepidemien har ramt Danmark

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

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

Sundhedsministeren: Massiv indsats påkrævet

"Det er nødvendigt, at alle kræfter sættes ind for at forebygge stigningen i folkesygdommene".

Sundhedsminister Lars Lokke Rasmussen, 6. december 2005

Hver anden voksne dansker vejer for meget, og tendensen er den samme blandt børn og unge. Hver tiende 9-årig har forstadier til type 2-diabetes på grund af fedme. På 25 år er antallet af overvægtige 14-16-årige tredoblet. I 1991 led ca. 5,5% af de voksne københavnere af egentlig fedme, og i dag er andelen steget til ca. 9%.

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%.

2.3. DER ER STOR SOCIAL ULIGHED I SYGELIGHED OG DØDELIGHED

Der er stor social ulighed i danskernes sygelighed og dødelighed.

Dårlige sociale og økonomiske omstændigheder påvirker sundheden gennem hele livet. Forenklet kan man sige, at jo længere nede på den sociale rangstige man befinder sig, desto større risiko har man for at udvikle sygdom og dø for tidligt i forhold til dem, der befinder sig højere oppe på rangstigen. Derfor er sundhed ikke kun den enkeltes ansvar, men i høj grad også et samfundsansvar.

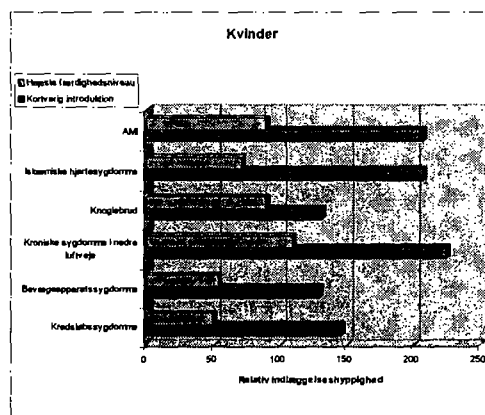
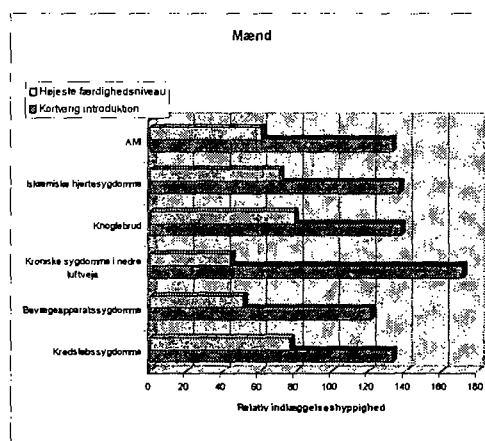
Uddannelse er en væsentlig faktor. Der er en tæt sammenhæng mellem uddannelsesniveau og sygelighed og dødelighed: F.eks. kan en 30-årig mandlig københavnere med lang uddannelse forvente at leve mere end 7 år længere end en jævnaldrende med kort uddannelse. For kvindernes vedkommende er forskellen i restlevetid 5 år. Generelt optræder bl.a. hjerte-, lunge- og gigtsygdomme særlig hyppigt i lavtuddannede befolkningsgrupper.

En anden væsentlig faktor bag den sociale ulighed i sundhed er beskæftigelse: F.eks. har halvdelen af de arbejdsløse københavnere en langvarig sygdom, mens tallet kun er 26% blandt københavnere i arbejde. Fedmeforekomsten er 50% højere blandt de arbejdsløse, de drikker mere alkohol, og de spiser mindre frugt og grønt end personer i arbejde.

Der er også andre faktorer, der spiller ind, bl.a. boligforhold og arbejdsmiljø.

De sociale forskelle i sundhed afspejler sig også i forbruget af sundhedsydelser. Figur 3 viser, at sygehusindlæggelser for en række af folkesygdommene forekommer 2-4 gange hyppigere blandt personer med kort uddannelse end hos personer med lang uddannelse.

FIGUR 3
 Relativ indlæggeshyppighed for udvalgte
 diagnoser (1994–1999) for mænd og kvinder



Note: Alle erhverv = 100.

Note: Højeste færdighedsniveau omfatter topledere og lønmodtagere i et arbejde, der forudsætter færdigheder på højeste niveau. Kortvarig instruktion omfatter lønmodtagere i ufraglærte job, typisk med status som medhjælpere.

Arbejdsmiljøinstituttet: Erhvervs- og hospitalsbehandlingsregistret.

11

Regeringen: Social lighed i sundhed er vigtigt

”Samfundet har et ansvar over for de svageste og udsatte grupper. (...) Social lighed i sundhed er en grundlæggende værdi i et velfærdssamfund – også for forebyggelsesarbejdet.”

Regeringen, september 2002

Et særligt aspekt i den sociale ulighed er etnicitet. Nogle etniske grupper har andre sundhedsproblemer end baggrundsbefolkningen: F.eks. har indvandrere fra blandt andet Tyrkiet, Pakistan og Mellemøsten forhøjet behandlingsrate for diabetes, hjerte- karsygdomme, luftvejssygdomme og muskel- og skeletsygdomme. Behandlingsraten for diabetes blandt 35-64-årige pakistanere er 8 gange større end for danskere i samme aldersgruppe. Der er flere blandt de etniske minoriteter end i baggrundsbefolkningen, der ikke dyrker motion, og som er overvægtige. Omvendt er der færre blandt de etniske minoriteter, der ryger og drikker alkohol.

På en række områder er der store forskelle mellem de forskellige etniske minoriteter.

Hvis folkesundheden skal forbedres, er der derfor brug for sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser, der er målrettet forskellige dele af befolkningen.

2.4. RESSOURCERNE I SUNDHEDSVÆSENET BRUGES IKKE EFFEKTIVT NOK

Det danske sundhedsvæsen er først og fremmest reaktivt. Det tilbyder patienterne sygepleje og behandling, når de er blevet syge.

Det er en meget vigtig del af sundhedsvæsenet – men det kan ikke stå alene.

Hvis folkesundheden skal forbedres, er det nødvendigt, at sundhedsvæsenet bliver mere proaktivt. Sundhedsvæsenet skal aktivt fremme borgerne sundhed og forebygge sygdomme, samtidig med at det yder sygepleje og behandling til dem, der allerede er blevet syge.

Hvis ikke det skift sker, vil sundhedsvæsenet blive ved med at bruge en stor del af sine ressourcer forkert. Sundhedsvæsenet kommer til at drukne i sisyfosarbejde.

Ryging er et godt eksempel:

Tablet 1 viser, hvor mange somatiske indlæggelser, ambulante behandlinger, skadestuekontakter og

lægekonsultationer samt dødsfald og førtidspensioneringer, der vil kunne undgås, hvis der ikke var nogen rygere. Det kan f.eks. ses, at der ville være ca. 214.000 færre indlæggelser blandt 35-89-årige ud af i alt 649.174 indlæggelser, og at der ville være knap 6,9 mio. færre konsultationer i almen praksis ud af i alt ca. 20,7 mio. konsultationer.

Andelen af rygere i befolkningen kan reduceres, hvis der er politisk vilje og folkelig forståelse hertil. Og en sådan reduktion vil have ganske gennemgribende betydning for sundhedsvæsenet – ikke mindst for ressourceforbruget. Det er ikke ligegyldigt for ressourceforbruget i det danske sundhedsvæsen, om 15%, 20% eller 25% af befolkningen ryger.

TABEL 1

Andelen af rygerrelaterede indlæggelser, ambulante behandlinger, lægekonsultationer, dødsfald og førtidspensionstildelinger blandt 35-89-årige danskere

Mænd og kvinder	35-89 årige i 1999	
	Alle	Aktiv rygning
Omkostningskategori og sygdomsgr.		
Hospitalsindlæggelser	649.174	213.966
Kræft	78.238	22.689
Hjerte-kar-sygdomme	127.034	34.059
Luftvejssygdomme	51.794	31.816
Øvrige sygdomme	392.108	125.302
Ambulant beh. og skadestue	3.477.791	1.183.152
Kræft	388.482	118.035
Hjerte-kar-sygdomme	329.261	96.111
Luftvejssygdomme	87.530	59.598
Øvrige sygdomme	2.672.518	909.410
Lægekonsultationer	20.653.891	6.867.401
Kræft	48.674	15.303
Hjerte-kar-sygdomme	1.372.890	374.073
Luftvejssygdomme	2.039.247	1.106.491
Øvrige sygdomme	17.193.079	5.371.533
Dødsfald	51.432	15.593
Kræft	14.485	4.044
Hjerte-kar-sygdomme	18.533	4.575
Luftvejssygdomme	4.749	2.848
Øvrige sygdomme	13.685	4.127
Antal førtidspensionstildelinger	10.770	3.515
Kræft	1.097	389
Hjerte-kar-sygdomme	1.200	388
Luftvejssygdomme	395	265
Øvrige sygdomme	8.078	2.513

Kilde: Baseret på Rasmussen m.fl. (1).

DSI Institut for Sundhedsvæsen (2004): Livstidsomkostninger for rygere og aldrig-rygere. Årlige omkostninger ved passiv rygning.



Tidlig opsporing kan betale sig

Diabetesforeningen har beregnet besparelsespotentialt ved tidlig opsporing:

- Tidlig opsporing af fodsår kan reducere store amputationer med 40%. Det skønnes, at der allerede efter det første år vil være et nettooverskud på cirka 220 mio. kr. i form af færre udgifter til amputationer og efterfølgende sociale udgifter.
- Regelmæssige øjenundersøgelser af alle diabetikere forventes at kunne reducere ny-blindhed med 50%. Der vil kunne spares 70 mio. kr. om året, hvis der gennemføres regelmæssige øjenundersøgelser af alle diabetikere. De samlede kommunale udgifter til pension, sociale støt-teforanstaltninger, rehabilitering mv. skønnes at være 600.000 kr. det første år og herefter 400.000 kr. årligt pr. person.



England: Mere sundhedsfremme og forebyggelse gør sundhedsvæsenet billigere

Det engelske finansministerium har beregnet, at en satsning på sundhedsfremme og forebyggelse på en gang kan øge levetiden og sundheden i befolkningen og samtidig bevirke, at sundhedsvæsenet bliver relativt billigere – målt i forhold til en situation, hvor man ikke satser på en aktiv forebyggelses- og sundhedsfremmepolitik.

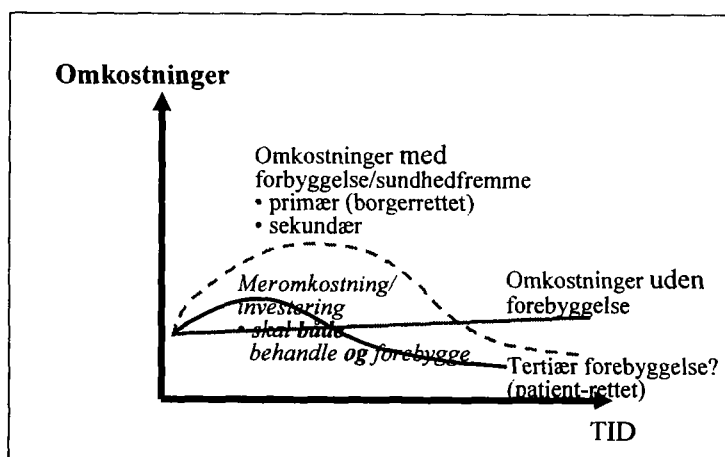
Med en proaktiv sundhedspolitik, hvor der er stærkere vægt på sundhedsfremme og forebyggelse end i dag, kan presset på sundheds- og socialvæsenet efter meget at dømme mindskes. Det er særdeles omkostningskrævende, hvis sundhedsvæsenet udelukkende satser på at behandle kroniske sygdomme, men ikke forebygger dem eller medvirker til at udskyde deres debut.

På en række områder er sundhedsfremme og forebyggelse endda billigere end først at behandle, når problemet er opstået. Et eksempel kan illustrere:

En mandlig ryger koster samfundet ca. 500.000 kr. i direkte og indirekte udgifter, fra han er 35 til 89 år. En tilsvarende ikke-ryger koster ca. 300.000 kr.¹⁵ Til sammenligning koster et rygestoptilbud i gennemsnit ca. 1.000 kr.¹⁶ Sundhedsøkonomiske evalueringer viser, at en satsning på rygestoptilbud er særdeles omkostningseffektiv.

Det er vigtigt at understrege, at der indledningsvis kræves betydelige investeringer, før en virkning kan forventes, og at tidsperspektivet for den borgerrettede og patientrettede forebyggelse vil være forskelligt (jf. figur 4).

FIGUR 4
Investeringer i forebyggelse giver et afkast



Kjeld Møller Pedersen.

”

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 – Roll's 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, 12. januar 2006

2.5. DANMARK MANGLER KONKRETE OG MÅLBARE MÅL FOR FOLKESUNDHEDEN

I det danske sundhedsvæsen er sundhedsfremme og forebyggelse langt hen ad vejen en opgave, der er baseret på frivillighed.

Kun på enkelte områder er der lovgivet eller fastsat forpligtende, nationale programmer el.lign. fra de centrale sundhedsmyndigheder. Det gælder f.eks. sundhedsplejen og tandplejen.

Men på det brede felt er det helt op til den enkelte kommune eller region at bestemme, hvilke initiativer man vil iværksætte, og hvilke mål for folkesundheden, der skal forfølges.

Ryging er et godt eksempel. Sundhedsprogrammet 'Sund hele livet' fastslår, at "Antallet af rygere skal reduceres markant". Men hvad det betyder præcist, og hvad kommuner og regioner skal gøre for at nå målet, er ikke klart.

Andre lande har sat helt konkrete mål. F.eks. Storbritannien. Her har sundhedsmyndighederne 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%.

Sådanne mål har den store fordel, at det er muligt at evaluere, om man har nået dem – og hvis ikke, hvilke initiativer der skal iværksættes.

Mange steder i sundhedsvæsenet opstiller vi mål. F.eks. for den maksimale ventetid. Men kun i begrænset omfang, når det gælder sundhedsfremme og forebyggelse.

Problemet er, at når der ikke er konkrete og målbare mål, er hverken kommuner eller regioner forpligtet til en bestemt sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats. Dermed risikerer det at blive skubbet længere ned på dagsordenen.

Der er også risiko for, at kommunerne prioriterer en forebyggelsesindsats de steder, hvor de på kort sigt sparer en sygehusindlæggelse, mens det lange, seje træk i den borgerrettede forebyggelse nedprioriteres.

Derfor er der behov for nationalt fastsatte mål for sundhedsfremme og forebyggelse.



Gode forebyggelsesprojekter lukkes, når puljen er tømt

Der er mange eksempler på, at puljer fører til fagligt gode og relevante projekter. Men når puljen er tømt, lukkes projektet ofte. Et udvalg af de mange eksempler er "Projekt for familier med overvægtige børn", der var iværksat af Rigshospitalet, Institut for Human Ernæring og Københavns Kommune, og projekt "Vi er på vej", der blev gennemført i samarbejde mellem Idrætshøjskolen i Århus og Sundhedsplejen i Århus Kommune. I begge projekter indgik elementer af kostvejledning, motion og "lave mad og spise sammen". Trods gode resultater stoppede projekterne, da puljen løb ud, idet det ikke lykkedes at skaffe almindelige kommunale driftsmidler.



Kommunerne: Små skridt på forebyggelsesområdet

"KL anbefaler en forsigtig budgetlægning for 2007 omkring forebyggelse og sundhedsfremme. Fraværet af lovbestemte opgaver på området betyder, at der er god tid til at planlægge udbygningen af kommunale sundhedstilbud – især hvis de også delvist skal finansieres gennem besparelser i den aktivitetsbestemte medfinansiering."

KL's økonomiske sekretariat, 2. februar



Professor: Behov for konkret, realistisk og målbar sundhedspolitik

"Danmark har behov for en sundhedspolitik! En langsigtet sundhedspolitik med konkrete, realistiske og især malbare sundhedsmål, f.eks. kræftoverlevelse som i Sverige om 8 år eller dødelighed som i Sverige om 20 år".

Jes Søgaard, direktør for DSI Institut for Sundhedsvæsen, 15. december 2005

2.6. KORTSIGTEDE PULJER GIVER IKKE TILSTRÆKKELIG EFFEKT

Der eksisterer en udbredt puljestyring på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet.

Der findes et væld af tidsbegrænsede puljer, der skal fremme indsatsen inden for områder, der aktuelt har særlig politisk bevågenhed. Det kan være puljer i forhold til overvægtige børn, sundhedsfremme på arbejdspladsen, rygestop, rehabiliteringsprogrammer for patienter med KOL, forebyggelse af selvmord, spiseforstyrrelser m.v.

Isoleret set understøtter de mange puljer en række gode sundhedsfremme- og forebyggelsesinitiativer.

Men puljestyringen har nogle alvorlige bivirkninger:

- Indsatsen er usystematisk. Folkesundheden bliver ikke forbedret tilstrækkeligt, hvis kommunerne sætter fokus på overvægtige børn ét år, rygning blandt teenagere det næste år og faldforebyggelse tredje år. Sundhedsfremme og forebyggelse kræver en målrettet, langsigtet og systematisk indsats for at skabe resultater – ikke "nålestik", der besluttet ved de årlige finanslovsforhandlinger.
- Indsatsen er ofte tidsbegrænset, typisk fra 1-3 år. Herefter forudsættes, at vellykkede projekter videreføres lokalt. I mange tilfælde vil de bevilgede midler stort set være spildte, fordi der ikke afsættes lokale driftsmidler til at omsætte projektet til daglig drift.
- Erfaringerne spredes sjældent. Typisk udbydes der puljemidler til at gennemføre lokale projekter af meget forskelligt indhold og form. Da der sædvanligvis ikke stilles krav om sammenlignelige målinger af effekter af projekterne, opnås ikke et grundlag for nationale anbefalinger af, hvordan indsatserne fremover bør tilrettelægges.

Denne måde at gennemføre og udvikle sundhedsfremme og forebyggelse på er for tilfældig og for lidt målrettet. Der er i stedet behov for en langsigtet national strategi.

11

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. Den stigende ældreandel og overvægtsproblemer blandt børn og unge er bare to eksempler på områder, hvor kommuner har et betydeligt potentiale for forebyggelse og sundhedsfremme, og hvor en lav prioritering kan blive meget dyr for sundhedsvæsenet."

Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen, 2. december 2004

12

En begrænset investering rækker langt

De samlede sundhedsudgifter i Danmark udgør ca. 97 mia. kr. om året. Dansk Sygeplejeråd skønner, at en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse vil koste ca. 1,6 mia. kr. om året. Der er dermed behov for 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 sundhedsfremme og forebyggelse skal bl.a. 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').

13

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

2.7. KOMMUNALREFORMEN FORBEDRER IKKE AUTOMATISK FOLKESUNDHEDEN

Kommunalreformen præciserer, at kommunerne har ansvaret for at skabe sunde rammer for borgernes liv. Det er et godt udgangspunkt for at forbedre folkesundheden.

Men reformen er omkostningsneutral. Der følger ikke flere penge med til sundhedsfremme og forebyggelse end dem, der allerede i dag er i sundhedsvæsenet.

I stedet får kommunerne overført ca. 200 mio. kr. fra de nuværende amter til sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaven. 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.

Med kommunalreformen bliver der dermed ikke oprustet økonomisk på sundhedsfremme og forebyggelse. Det er et stort problem for folkesundheden:

Først og fremmest fordi kommunerne står over for en opgave af et meget stort omfang. Alene når det gælder folkesygdommene, fastslås det i bemærkningerne til Sundhedsloven, at "I en kommune på 30.000 indbyggere vurderes der at være ca. 1.400 med type 2-diabetes, godt 1.700 med astma, ca. 1.100 med KOL og små 2.900 med ryglidelser."

Derudover skal kommunerne opbygge nye faglige miljøer på området, bidrage til at forske og frembringe evidensbaseret viden, kompetenceudvikle sine medarbejdere osv. Det er i sig selv en stor opgave, der vil lægge beslag på ressourcer.

Nogle af de redskaber, der skal til for at forbedre folkesundheden, er stort set gratis. F.eks. at stoppe salget af sukkerholdige drikke i skoler og fritidsordninger eller at indføre rygeforbud i offentlige rum og på arbejdspladser.

Men de fleste tiltag kræver ressourcer. Både de brede sundhedsfremmende tilbud og den mere målrettede forebyggelsesindsats over for kronisk syge.

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 slet ikke er tilstrækkelig.

2.8. VI INVESTERER IKKE NOK I FREMTIDENS VELFÆRDSSAMFUND

Sundhedsfremme og forebyggelse er en helt nødvendig investering i fremtidens velfærdssamfund.

Selv om sundhedsfremme og forebyggelse ikke på kort sigt nødvendigvis reducerer de samlede udgifter til sundhedsvæsenet, 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., hvoraf omkostninger til sygepleje, behandling og sygesikring udgør 8 mia. kr. Produktionstab i forbindelse med sygefravær og førtidspensionering udgør 17 mia. kr.

En anden folkesygdom er depression, der skønnes at koste op mod 10 mia. kr. årligt i direkte omkostninger til hospitalsophold, medicin mv. og indirekte omkostninger i form af sygedagpenge, pensioner og produktionstab.

Disse omkostningsskøn siger i sig selv ikke noget om, hvor meget en sundhedsfremmende og forebyggende indsats præcist vil betyde for økonomien i sundhedsvæsenet og velfærdssamfundet – bl.a. fordi det ikke er alle sundhedsproblemer, der kan forebygges effektivt, og fordi vi aldrig kan forebygge folkesygdommene totalt. Der er behov for at iværksætte en lang række sundhedsøkonomiske analyser for at få et præcist billede af det økonomiske potentiale.

Under alle omstændigheder er sundhedsfremme og 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.

Fysisk aktivitet er et godt eksempel på potentiaerne for borgernes sundhed og sundhedsvæsenets økonomi:

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 omkring 6 mia. kr., og sundhedsvæsenet vil kunne opnå en nettobesparelse på godt 2 mia. kr.

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: Sundhedsfremme og forebyggelse er noget, vi skal gøre for at få råd til velfærdssamfundet.

2.9. SAMMENFATNING: NATIONALE HANDLEPLANER VIRKER!

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 nede 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 flytter holdninger – hos politikerne, befolkningen og sundhedspersonalet.

Og det er nødvendigt, at vi skifter kurs i sundhedspolitikken:

- Sundhedspolitikken skal være proaktiv. Vi har ikke kapacitet – hverken når det gælder økonomi 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.
- De centrale sundhedsmyndigheder skal fastsætte konkrete og målbare mål for, hvilke forbedringer der skal nås i forhold til risikofaktorer og folkesygdomme, herunder for hvor meget den sociale ulighed i sundhed skal reduceres. Regioner og kommuner skal forpligtes til at omsætte dem til praksis.
- Der skal etableres en langsigtet og systematisk finansiering af sundhedsfremme og forebyggelse: Vi skal investere i befolkningens sundhed, ikke kun i at behandle sygdomme.

Fakta: Hjerterplanen brød en ond cirkel

Hjerterplanen blev iværksat i 1993, fordi Danmark gennem den foregående årrække var saktet mere og mere bagud i forhold til udviklingen i sammenlignelige lande. Sundhedsstyrelsen fastslår i en ny evaluering, at hjerterplanen brød en ond cirkel. "Hjerterplanen fra 2003 og de efterfølgende planer (...) har sikret en målrettet og effektiv udbygning," konstaterer styrelsen.

Sundhedsstyrelsen, 6. december 2005

Sundhedsministeren: Vi kan nå langt med en koncentreret, koordineret og målrettet indsats

"Jeg glæder mig meget over [Sundhedsstyrelsens statusrapport om "hjerterplanen"]. Den bekræfter den positive udvikling på hjerteområdet og hvor langt vi kan nå i sundhedsvæsenet med en koncentreret, koordineret og målrettet indsats."

Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen, 6. december 2005

Sagt med andre ord: Danmark har behov for en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse.

Nationale handleplaner er velegnede redskaber til at skabe målbare resultater i sundhedsvæsenet. Det viser bl.a. erfaringerne fra Hjerterplanen og Kræftplanen.

På tilsvarende vis er en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse en forudsætning for, at sundhedsvæsenet sætter tilstrækkeligt effektivt ind over for de risikofaktorer og folkesygdomme, der indgår i 'Sund hele livet'.

Der eksisterer meget forskningsbaseret viden om, hvad der virker inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Men det er nødvendigt at fastlægge en forpligtende ramme for, hvordan den viden systematisk skal omsættes til praksis i kommuner og regioner.

3. Grundlaget for en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse

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

Formålet er at realisere målsætningen om 'flere gode leveår for alle – i alle aldre', der er hjørneste- nen i regeringens sundhedsprogram 'Sund hele livet'.

'Sund hele livet' fastslår, at den overordnede mål- sætning skal indfries på følgende måde:

- Middellevetiden skal øges markant.
- Antallet af år med god livskvalitet skal øges.
- Den sociale ulighed i sundhed skal reduceres.

3.1. 'SUND HELE LIVET': 4 RISIKO- FAKTORER OG 8 FOLKESYGDOMME

'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 risiko- faktorer – ud af de otte, der indgår i regeringens sundhedsprogram – indgår i en national handle- plan for sundhedsfremme og forebyggelse:

- Kost
- Rygning
- Alkohol
- Motion.

Disse faktorer er sammenfattet i forkortelsen KRAM af Det Nationale Råd for Folkesundhed. Der foreligger overvældende sundhedsfaglig do- kumentation for, at de alle fire – hver især og i samspil med hinanden – har stor betydning for ud- viklingen af folkesygdommene og for den danske befolknings sundhedstilstand. En sundhedsfrem- mende og forebyggende indsats, der ikke inddra- ger disse faktorer, vil næppe forbedre folkesund- heden væsentligt.

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

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

Disse folkesygdomme er alle hyppigt forekom- mende i den danske befolkning og tegner sig for cirka 70% af tabte gode leveår på grund af syg- dom, nedsat funktionsevne og tidlig død.

De 8 folkesygdomme indgår også i Sundhedssty- relsens 'Folkesygdomsprojekt' (se kapitel 5).

Afgrænsning

Konsekvensen af at fokusere på ovennævnte risi- kofaktorer 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 ar- bejds miljø, mobning, hørnedsættelse, seksuelt overførte sygdomme eller ulykker – ikke indgår di- rekte i dette forslag til en national handleplan.

Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse bør der i so- cialpolitikken, arbejdsmarkedspolitikken, uddan- nelsespolitikken, boligpolitikken mv. iværksættes sundhedsfremmende og forebyggende indsatser på sådanne felter, idet forbedrede leve- og arbejds- vilkår i bred forstand spiller en væsentlig rolle for at fremme befolkningens sundhed og reducere den sociale ulighed i sundhed og sygdom. Det fal- der imidlertid uden for rammerne af dette forslag

til en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse.

3.2. BORGERRETET OG PATIENTRETET FOREBYGGELSE

Sundhedsstyrelsen understreger, at sundhedsfremme og forebyggelse anvendes som sideordnede, delvist overlappende begreber for at synliggøre forskellige strategier til at opnå og øge sundhed, og sundhedsfremme og forebyggelse indeholder derfor gensidigt elementer af hinanden.

Med udgangspunkt i Sundhedslovens og Sundhedsstyrelsens terminologi skelnes der i dette forslag til en national handleplan mellem borgerrettet og patientrettet forebyggelse.

Borgerrettet forebyggelse har til formål at holde raske borgere sunde og undgå, at sygdom opstår – dvs. at skabe sunde rammer for borgerne. Borgerrettet forebyggelse fokuserer på at mobilisere borgernes egne ressourcer, handlekompetencer og mestringsstrategier, og det omfatter sundhedsfremmende og forebyggende indsatser over for både enkeltpersoner og grupper i relation til bl.a. kost, rygning, alkohol og motion.

Borgerrettet forebyggelse foregår i de miljøer, hvor borgerne lever, arbejder og opholder sig (f.eks. ved hjemmebesøg) og vil typisk være indsatser i forskellige miljøer som familien, grupper i lokalsamfundet, skoler, daginstitutioner, fritidstilbud, ældreinstitutioner, arbejdspladser, foreninger mv. Det omfatter også en indsats i kommunale ordninger som sundhedsplejen, skolesundhedstjenesten, tandplejen, hjemmeplejen, sundhedscentre mv. og i almen praksis.

Patientrettet forebyggelse har til formål at hindre, at sygdom udvikler sig yderligere, at udskyde eller hindre komplikationer og tilbagefald, og at opnå den størst mulige sygdomsmestring og livskvalitet ved at lære at leve med den kroniske sygdom.

Den patientrettede forebyggelse sker over for enkeltpersoner, patientgrupper, pårørende og lokalsamfund, og den indeholder elementer af både sundhedsfremme og rehabilitering. Rehabilitering

Regeringen: Folkesygdommene koster dyrt

"Folkesygdomme (...) har store menneskelige omkostninger og samtidig koster de milliarder for det danske sundheds- og socialvæsen"

Regeringen, september 2002.

Særligt fokus på at leve med kronisk sygdom

Sundhedsstyrelsens 'Folkesygdomsprojekt' omfatter tidlig opsporing af sygdomme, effektiv behandling og rehabilitering af patienterne, så de bedst muligt kan leve med deres sygdom. Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse sætter særligt fokus på udvikling af rehabiliteringstilbud for de 8 folkesygdomme, så kronisk syge kan lære at leve med deres sygdom, fordi det er her, der er behov for en ekstraordinær indsats i de kommende fem år.

er en helhedsorienteret intervention, der f.eks. består af patientundervisning, styrkelse af egenomsorg, støtte til adfærdændringer (f.eks. via livsstilsrådgivning), genoptræning, psykosocial omsorg og efterbehandling.

Den patientrettede forebyggelse kan foregå på sygehus, i patientskoler, i ambulatorier, på sundhedscentre, i almen praksis, i hjemmesygeplejen, i borgerens eget hjem mv.

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

3.3. GRUNDLAG

Officielle udmeldinger fra Sundhedsstyrelsen m.fl.

Dette forslag til en national handleplan bygger på programmer, kliniske retningslinjer, sundhedsfag-

lige vejledninger mv. om de 4 risikofaktorer og 8 folkesygdomme, der er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen (bl.a. i forbindelse med styrelsens 'Folkesygdomsprojekt'), Det Nationale Råd for Folkesundhed, Motions- og Ernæringsrådet, en række faglige og videnskabelige selskaber m.fl., og som sundhedsfagligt har fået "det blå stempel".

Forslaget tager endvidere afsæt i indsatser, hvor den foreliggende forskning eller erfaring peger på, at der er en effekt. På en række områder foreligger der ingen videnskabelig dokumentation for mulige effekter. Her vil det være nødvendigt at igangsætte et systematisk udviklingsarbejde for at skabe den fornødne dokumentation. I dette forslag afsættes der derfor midler til et sådant arbejde, samtidig med at der fastsættes tidsfrister for, hvornår arbejdet skal være afsluttet.

Det indebærer, at forslaget ikke omfatter samtlige indsatser, der kunne tænkes iværksat over for de 4 risikofaktorer og 8 folkesygdomme. Forslaget er et 'minimumsforslag', fordi det i praksis er nødvendigt, at sundhedsvæsenet herudover (fortsat) iværksætter en række indsatser på områder, hvor der på nuværende tidspunkt ikke foreligger videnskabelig dokumentation for effekten, og fordi der i de kommende år vil være behov for at udvide indsatsen i takt med, at der skabes ny forskningsbaseret viden.

Økonomiske skøn

I de skøn for de økonomiske konsekvenser af at implementere regeringens sundhedsprogram, som dette forslag indeholder, udgør afsættet 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.

På langt de fleste områder findes der imidlertid hverken officielle synspunkter på den nødvendige kapacitet eller prisen pr. patient, ligesom der på en række områder mangler nationale programmer og tilstrækkelig videnskabelig dokumentation.

I disse tilfælde har Dansk Sygeplejeråd foretaget et skøn på baggrund af eksisterende erfaringer fra regioner og kommuner. Dette skøn er behæftet

med nogen usikkerhed. Skønnet skal gøres mere præcist i takt med, at de centrale sundhedsmyndigheder fastsætter mål for kapaciteten, udvikler nationale programmer og fastlægger prisen på tilbuddene.

Et femårigt perspektiv

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at en national handleplan anlægger et 5-årigt perspektiv. I den forbindelse skal det understreges, at Dansk Sygeplejeråd i dette forslag ikke har indregnet effekten af forebyggelsestiltagene i de skønnede udgifter i denne periode. Hertil kommer, at effekten af en række af (især de) borgerrettede forebyggelsesindsatser først vil vise sig på lidt længere sigt.

Dansk Sygeplejeråd har ikke søgt at beregne mulige besparelser i sundhedsvæsenet i forbindelse med en opprioritering af borgerrettet og patientrettet forebyggelse. På nogle områder vil der givet være besparelser, f.eks. i form af reducerede sygehusudgifterne, mens der på andre områder meget vel kan blive tale om merudgifter.

Den væsentligste grund til borgerrettet og patientrettet forebyggelse er ikke at spare penge, men at fremme borgernes sundhed og mindske sygdomsbyrden i befolkningen.

3.4. FORSKNING, DOKUMENTATION OG KVALITETSUDVIKLING

Handleplanen har som forudsætning, at der skal stilles de samme krav til patient- og borgerrettet forebyggelse med hensyn til forskning, dokumentation og kvalitetsudvikling, som stilles til sygepleje og behandling i øvrigt.

Patient- og borgerrettet forebyggelse skal derfor i videst mulig omfang:

- Udføres på et forskningsbaseret grundlag.
- Monitoreres løbende med henblik på kvalitetsudvikling i henhold til Den danske kvalitetsmodel.
- Udvikles på et videnskabeligt grundlag gennem monitorering, evalueringer og interventionsstudier.
- Udføres af et kvalificeret personale med løbende kompetenceudvikling.

Inden for en række af områderne foreligger der i dag ikke tilstrækkelig forskningsbaseret viden, hvilket bl.a. betyder, at det ikke er dokumenteret, hvilke metoder, der virker bedst. Hertil kommer, at den ny Sundhedslov stiller krav til kommuner (og regioner) om at kvalitetssikre og -udvikle de forebyggende ydelser i relation til Den Danske Kvalitetsmodel.

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at der afsættes 10% af driftsudgifterne til dels forskning, dokumentation og kvalitetsudvikling og dels kompetenceudvikling af sundhedspersonalet (jf. afsnit 3.5). Til sammenligning kan anføres, at den danske lægemiddelin-
dustri bruger 15% af den samlede omsætning til forskning og udvikling.

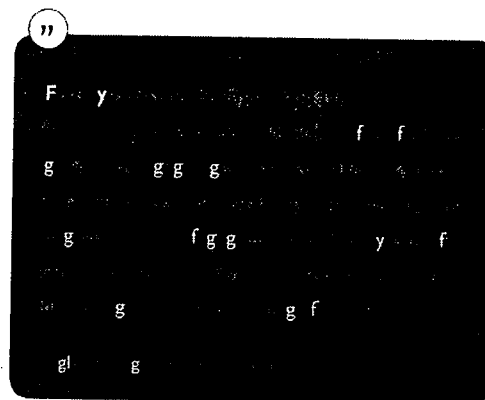
3.5. HØJ PROFESSIONEL STANDARD

Handleplanen har som forudsætning, at patient- og borgerrettet forebyggelse kræver en høj professionel standard hos det sundhedspersonale, der skal udføre opgaven.

Der kræves sikker klinisk viden om indsatser over for de enkelte folkesygdomme og risikofaktorer, sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, egenomsorg, borgerinddragelse, motiverende samtaler, sundhedspædagogik, interkulturel viden mv. Grundlæggende er det afgørende at have forståelse for, at udfordringen i forbindelse med en borgers adfærdsændringer ligger i at gennemføre og fastholde en forandring i praksis på hverdagens præmisser.

Der er i stigende grad behov for specialiserede kompetencer til at gennemføre nationale programmer mv., f.eks. rehabilitering af kræft-, hjerte- og KOL-patienter, gennemførelse af rygestopkurser, sundhedsoplysning blandt børn og unge, undervisning på astma-, lunge- og diabeteskoler mv.

Derudover er det nødvendigt, at både ledere og sundhedspersonale løbende sikrer systematisk kvalitetsudvikling, patientsikkerhed, forskning, dokumentation, faglig udvikling osv. Der er også behov for indsigt i epidemiologi, sundhedsøkonomisk tankegang mv.



På nuværende tidspunkt findes disse kompetencer og kvalifikationer hos faggrupper som bl.a. sundhedsplejersker, læger, fysio- og ergoterapeuter, sygeplejersker m.fl.

Patient- og borgerrettet forebyggelse forudsætter endvidere, at sundhedspersoner iværksætter og gennemfører tværfagligt samarbejde og arbejde i familier og lokalsamfund. Det tværfaglige samarbejde omfatter ikke kun andre faggrupper med sundhedsfaglig baggrund, men også faggrupper uden for sundhedssektoren som f.eks. lærere, socialrådgivere og pædagoger. Samarbejdet i lokalsamfund omfatter samarbejde med aktører i lokalsamfundet som f.eks. frivillige foreninger, skoler og arbejdspladser.

En national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse vil indebære, at især det kommunale sundhedsvæsen – herunder sundhedscentre – skal løse en række nye opgaver, bl.a. i et tæt samarbejde med ambulatorier, (udgående) sygehuse og almen praksis. Derfor forudsætter en national handleplan, at sundhedspersonalet løbende bliver efter-, videre- og specialuddannet.

Det kan f.eks. ske via diplomuddannelser (f.eks. sundhedsfremme og forebyggelse eller EU-uddannelsen i folkesundhed), specialuddannelser, masteruddannelser (f.eks. i public health, rehabilitering eller klinisk sygepleje), kandidatuddannelser (f.eks. i folkesundhedsvidenskab, idræt eller sygepleje) eller andre former for kompetenceudvikling.

Rehabilitering af patienter med en folkesygdom

De fleste patienter med en eller flere folkesygdomme har behov for et rehabiliteringstilbud for at leve bedre med den kroniske sygdom.

Et rehabiliteringsprogram skaber sammenhæng i patientforløbet og ensartet høj kvalitet. Indholdet af et rehabiliteringsprogram afhænger af sygdommen og den enkelte patient, men kan bl.a. omfatte individuel og gruppebaseret tilrettelæggelse af sygepleje og behandling, information til og undervisning af patienter og pårørende (f.eks. i ambulatorier eller patientskoler), fysisk træning, støtte til omlægning af livsstil (kost, rygning mv.), styrkelse af egenomsorg, genoptræning, psykosocial støtte og opfølgning.

I praksis vil der sandsynligvis blive udviklet både intensive og ekstensive tilbud, ligesom der er behov for tilbud til 'førstegang' kronisk syge og til kronisk syge, der har brug for et fornyet 'booster-tilbud'.

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at den nationale handleplan afsætter midler til at sikre en høj professionel standard i den borger- og patientrettede forebyggelse (jf. afsnit 3.4, hvor det foreslås, at der afsættes 10% af driftsudgifterne til dels forskning, dokumentation og kvalitetssikring og dels kompetenceudvikling af sundhedspersonalet).

3.6. NATIONALE PROGRAMMER FOR PATIENTRETTET FOREBYGGELSE

Det er afgørende for at opnå sammenhængende patientforløb og ensartet høj faglig kvalitet i den patientrettede forebyggelse, at indsatsen hviler på nationale programmer, der bygger på dels videnskabelig dokumentation og dels sundhedsøkonomiske analyser.

Kun inden for en enkelt folkesygdom eksisterer der i dag et egentligt nationalt rehabiliteringsprogram. Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at de centrale sundhedsmyndigheder udvikler nationale programmer inden for alle folkesygdomme. Det bør ske i et tæt samarbejde med regioner, almen praksis, kommuner, patientforeninger, faglige og videnskabelige selskaber og forskningsinstitutioner.

Arbejdet kan eventuelt forankres i den styregruppe om kronisk sygdom, som Sundhedsstyrelsen påtænker at nedsætte.

De nationale rehabiliteringsprogrammer 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. Gennem monitorering og kvalitetsudvikling skal det være muligt at følge, om den enkelte kommune og region lever op til dem – på linje med eksempelvis Det nationale Indikatorprojekt inden for sygehussektoren.

I dag eksisterer der en række rehabiliteringstilbud på landets sygehuse (og i begrænset omfang i kommunerne), som ofte er meget forskellige med hensyn til målgrupper, indhold og varighed. Det er en opgave for de centrale sundhedsmyndigheder at gennemgå dokumentationen for de forskellige tilbud og i samarbejde med sygehuse, patientforeninger, faglige og videnskabelige selskaber m.fl. at udarbejde nationale rehabiliteringsprogrammer. Det er en forudsætning for, at der kan opnås ensartet høj faglig kvalitet i stedet for en forskellig indsats i de fem regioner og 98 kommuner.

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.

Behovet for nationale programmer understreges af, at der er behov for et tæt samarbejde mellem kommuner og regioner, hvis den patientrettede forebyggelse skal være effektiv og have tilstrækkelig høj faglig kvalitet (jf. kapitel 5.1).

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at der afsættes 20 mio. kr. årligt pr. program til at udvikle nationale programmer mv., hvor disse ikke eksisterer i dag. Dette beløb er i overensstemmelse med Kræftplan 2, hvor der er afsat 20 mio. kr. årligt i en toårig periode til at udvikle og afprøve rehabiliteringsprogrammer for kræftpatienter.

4. Handleplanens del 1: Borgerrettet forebyggelse 2007-2011

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.

Borgerrettet forebyggelse retter sig mod mange forskellige målgrupper. F.eks. skal der gøres en særlig indsats for, at alle børn og unge sikres en opvækst med lige mulighed for sundhed. Der skal også gøres en særlig indsats over for socialt udsatte grupper, så de, der har de største behov, får fremmet sundheden mest muligt.

Borgerrettet forebyggelse foregår i sundhedsvæsenet – bl.a. i sundhedsplejen, hjemmesygeplejen og almen praksis – men ikke udelukkende her. Det omfatter også en meget bred vifte af indsatser på tværs af sundheds-, social-, uddannelses-, arbejdsmarkeds-, bolig-, integrations-, trafik- og miljøområdet.



Mange forskellige målgrupper

Borgerrettet forebyggelse retter sig mod mange forskellige målgrupper. F.eks. har ca. 5% af danske børn mellem 9 og 15 år allerede i denne alder flere risikofaktorer for hjerte- karsygdomme og type 2-diabetes. Det kræver en særlig indsats at sikre, at de får en opvækst med samme mulighed for sundhed som andre børn.

Udgangspunkt: 'Sund hele livet'

For at fokusere indsatsen foreslår Det Nationale Råd for Folkesundhed at prioritere indsatsen over for 4 af risikofaktorerne i 'Sund hele livet', nemlig:

- Kost
- Rygning
- Alkohol
- Motion.

– også kaldet KRAM. Det Nationale Råd for Folkesundhed fremhæver, at der foreligger overvældende sundhedsfaglig dokumentation for, at de alle fire – hver især og i samspil med hinanden – har stor betydning for befolkningens sundhed og udviklingen af folkesygdommene. F.eks. handler forebyggelse af kræft i vidt omfang om at ændre befolkningens livsstil.

Dette forslag til en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse indeholder konkrete forslag til, hvilke initiativer, der skal tages i forhold til de 4 KRAM-risikofaktorer i perioden 2007–2011, og et skøn over, hvor mange ressourcer, der skal afsættes til at omsætte forslagene til praksis.

Indledningsvis beskrives en række tværgående indsatser, der er en forudsætning for en effektiv borgerrettet forebyggelse.

4.1. TVÆRGÅENDE BORGERRETTEDE INDSATSER

Kommunerne får med kommunalreformen ansvaret for den borgerrettede forebyggelse. Hvis kommunerne skal kunne løfte opgaven, forudsætter det:

- En kommunal sundhedspolitik, der opstiller konkrete og målbare mål.
- En sundhedsprofil, der afdækker folkesundheden hvert 4. år.
- En organisation, der kan føre forebyggelsen ud i livet.
- Nationale politikker, der fremmer borgernes sundhed.
- Ressourcer til den borgerrettede forebyggelse.

En kommunal sundhedspolitik med konkrete og målbare mål

'Sund hele livet' indeholder en række bredt formulerede, ikke-quantificerbare målsætninger for, hvordan sundhedsvæsenet skal sætte ind over for KRAM-risikofaktorerne.

Hvis intentionerne skal indfries, er det nødvendigt, at de centrale sundhedsmyndigheder på nationalt plan fastsætter 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 i de nationale mål. Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at kommunerne forpligtes til at formulere sundhedspolitikker, der bl.a. fastsætter konkrete og målbare mål for, hvordan de vil forbedre borgernes sundhed (herunder reducere den sociale ulighed i sundhed) ved at sætte ind over for KRAM-risikofaktorerne.

Når det gælder den borgerrettede forebyggelse, skal sundhedspolitikken besvare spørgsmål som: Hvor meget og på hvilke områder skal borgernes sundhed være forbedret om 4 år? Hvilke af KRAM-risikofaktorerne skal vi prioritere særligt højt? Hvilke sundhedstilbud skal være tilgængelige? I hvilke miljøer skal vi skabe sunde rammer? Hvordan mindsker vi den sociale ulighed i sundhed?

Ikke-målbare målsætninger i 'Sund hele livet'

'Sund hele livet' fastslår, at 'Antallet af fysisk aktive skal øges markant.' Men det fremgår ikke, **hvor meget** antallet skal øges med, over for **hvilke** befolkningsgrupper der skal gøres en særlig indsats, **hvornår** målet skal nås, eller **hvordan** det skal nås.

Få forebyggelsen ind på alle hylder

Det Nationale Råd for Folkesundhed foreslår, at en kommune kan fremme sundheden blandt børn ved at vedtage en sundhedspolitik med følgende indhold:

- Alle børn har ret til sikre skoleveje.
- Alle børn har ret til 60 minutters motion om dagen.
- Alle børn har ret til sund mad.
- Alle børn har ret til røgfrie miljøer.

Tværgående sundhedspolitik

Ballerup Kommune har udviklet en sundhedspolitik på tværs af politiske udvalg og nævn. Politikken er forankret i Sundheds- og forebyggelsesudvalget, og udførelsen er forankret i en sundhedsafdeling. Kommunen har bl.a. satset på en times skoleidræt om dagen, skolekantiner, udvikling og forebyggelse i belastede boligområder, integration og frivilligt socialt arbejde, den sundhedsfremmende arbejdsplads, rygschooler, rygestop, ældretandpleje og ældreidræt.

Hvem skal varetage opgaverne? Hvordan samarbejder vi med regionen? Hvordan kvalitetssikrer og -udvikler vi indsatserne? Osv.

Kommunens sundhedspolitik skal derfor bl.a.:

- Sætte borgerrettet forebyggelse højt på dagsordenen i kommunens eget sundhedsvæsen, bl.a. sundhedsplejen, hjemmeplejen og sundhedscentre.

- Sikre, at den borgerrettede forebyggelse bliver integreret i alle de kommunale institutioner, hvor borgerne færdes til daglig. F.eks. ved at forpligte daginstitutioner, skoler, fritidsordninger og plejehjem til at fastlægge kost-, røg-, alkohol- og motionspolitikker og omsætte dem til praksis via konkrete handleplaner.
- Sørge for, at borgerrettet forebyggelse indtænkes i alle kommunale beslutninger – også uden for sundhedsvæsenet, dvs. på f.eks. trafik-, miljø- og boligområdet.
- Forpligte kommunen til at etablere et samarbejde med arbejdspladser, frivillige foreninger, boligområder og lokalsamfund om at skabe rammer for sunde (arbejds)liv. F.eks. kan en indsats for øget fysisk aktivitet mest effektivt gennemføres i tæt samarbejde med idrætsforeningerne, patientforeningerne, ældreorganisationer, arbejdsmarkedets parter, boligforeninger m.fl.
- Sikre, at kommunens egne arbejdspladser er sunde – f.eks. ved at tilbyde sund mad i kantinerne, skabe frugtordninger eller forbyde røg. Den kommunale arbejdsplads skal have en sikkerhedskultur, hvor fokus er på at fremme sundheden og undgå ulykker, nedslidning mv. ved bl.a. at tilpasse de fysiske rammer, anvende nødvendige hjælpemidler, mindske stress, forbedre det psykiske arbejdsmiljø mv.

En kommunal sundhedsprofil

Sundhedstilstanden hos borgerne varierer fra kommune til kommune.

Derfor anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at den kommunale sundhedspolitik bygger på sundhedsprofiler, dvs. undersøgelser af borgernes helbredsforhold, livsstil, sociale netværk, forbrug af sundhedsydelser mv. Herigennem opnås en systematisk beskrivelse af problemernes 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.

Det er et nødvendigt grundlag, når man skal prioritere indsatsen i forhold til de 4 KRAM-risikofaktorer og målrette indsatsen mod grupper af borgere med særlige behov. Uden sundhedsprofiler

”

Professor:

Sundhedsprofessionsbachelorne er vigtige

”Kommunerne skal ikke behandle, men gøre det samme, som de gør i dag – bare i meget større skala. (...) Kommunerne må ikke ansætte læger til at behandle, så derfor bliver sundheds- og sygeplejersker samt ergo- og fysioterapeuter meget vigtige i kommunerne.”

Professor Kjeld Møller Pedersen, oktober 2005

som fundament bliver kommunens indsatser på sundhedsområdet præget af tilfældighed, og det vil blive svært at måle resultater af indsatserne og målrette indsatsen.

I forhold til den patientrettede forebyggelse kan kommunen med fordel udarbejde kronikerprofiler i samarbejde med regionen.

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at sundhedsprofilen gendages hvert 4. år, så kommunen kan vurdere, om det går den rigtige vej med folkesundheden. Dataene skal indgå i en national monitorering af befolkningens sundhed, som løbende bør foretages af de centrale sundhedsmyndigheder.

En kommunal forebyggelsesorganisation

Hvis sundhedspolitikken skal føres ud i livet, forudsætter det en kommunal forebyggelsesorganisation, der har afsat i et stærkt sundhedsfagligt miljø.

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at forebyggelsesorganisationen bl.a. får ansvaret for at:

- Tilrettelægge og gennemføre konkrete forebyggelsesindsatser, bl.a. i sundhedscentre, sundhedsplejen og hjemmesygeplejen.
- Sikre, at forebyggelsesindsatsen hviler på videnskabelig dokumentation.
- Koordinere den borgerrettede forebyggelse, både internt i kommunens sundhedsvæsen, på tværs af alle kommunale forvaltningsområder (daginstitutioner, skoler, skolefritidsordninger, ældreområdet, det sociale område osv.) og eksternt i forhold til dels sygehusafdelinger, ambulatorier og almen praksis og dels arbejds-

”

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



Flere hænder øger den borgerrettede forebyggelse

- En kommune har afprøvet et ekstra livsstilsbesøg hos 3½-årige, der giver mulighed for at drøfte kost, bevægelse og livsstil med forældrene. 5% af de 3½-årige er overvægtige, men de ser typisk ikke sundhedsplejersken fra de 1-1½ år, til de begynder i skolen. På det tidspunkt har ca. 10-12% af børnene udviklet overvægt.
- 2 plejecentre i en kommune har sat øget fokus på ældres kost og har reduceret andelen af kritisk underernærede ældre fra 61% til 51% i løbet af et halvt år.
- Sundhedsstyrelsen har iværksat et forsøgsprojekt, hvor man i samarbejde med amterne har ansat 28 forebyggende medarbejdere, som skal sikre en koordineret indsats i forhold til børn af forældre med alkoholmisbrug. Det skal ske ved, at personalet i den pædagogiske sektor, den sociale sektor og alkoholbehandlingssektoren bliver uddannet til opgaven og samarbejder på tværs af sektorgrænser.

pladser, patientforeninger og andre frivillige organisationer og netværk.

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at forebyggelsesorganisationen er tværfagligt sammensat for at dække de 4 KRAM-risikofaktorer. Den kan bl.a. bemannes med sundhedsplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, læger, folkesundhedskandidater, tandplejere, sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle.

Faglig ledelse er en forudsætning for at sikre systematisk kvalitetsudvikling, patientsikkerhed, forskning, dokumentation, faglig udvikling mv.

Der er mange forskellige måder at opbygge en forebyggelsesorganisation på. Den kan f.eks. placeres i en Sundhedsafdeling, på et sundhedscenter eller eventuelt på et af de kommende forebyggelses- og rådgivningscentre, som Socialministeriet har afsat 70 mio. kr. til 10 forsøg med frem til 2009.

Nationale politikker, der fremmer borgernes sundhed

Hvis sunde leve- og arbejdsvilkår skal fremmes i hele befolkningen, er det vigtigt, at kommunernes borgerrettede forebyggelse understøttes af nationale politikker, 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.

Derfor anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at borgernes sundhed i højere grad end i dag indtænkes i bl.a. social-, uddannelses-, arbejdsmarkeds-, bolig-, integrations-, trafik- og miljøpolitikken.

Ressourcer til den borgerrettede forebyggelse

Kommunerne har i dag en række sundhedspersoner, der helt eller delvist beskæftiger sig med borgerrettet forebyggelse. F.eks. sundhedsplejerskerne, der kommer i 99% af alle hjem med en nyfødt, kommunelægerne, der bl.a. undersøger skolebørnene, og sygeplejerskerne, der forebygger og udfører tidlig opsporing i hjemmet hos et bredt udsnit af især den ældre befolkning, bl.a. i forebyggende hjemmebesøg.

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at der tilføres ressourcer til en ekstraordinær indsats over for de 4 KRAM-risikofaktorer. Det er en forudsætning for, at regeringens mål om 'flere gode leveår for alle i alle aldre' kan nås.

Med kommunalreformen får kommunerne overført ca. 200 mio. kr. fra de nuværende amter til borgerrettet forebyggelse. Men beløbet dækker opgaver, som allerede løses i dag. Derfor er det ikke tilstrækkeligt til at dække den oprustning, der

er nødvendig i forhold til de 4 KRAM-risikofaktorer:

For det første har kommunerne behov for flere **forebyggende sundhedspersoner** end i dag. Mere borgerrettet forebyggelse kræver flere hænder. Erfaringerne viser, at det gør en forskel.

Som eksempel kan nævnes, at i en kommune med ca. 50.000 indbyggere koster et ekstra sundhedsplejerskebesøg hos alle familier ca. 1 årsværk. Det skal ses i lyset af, at en kommune med 50.000 indbyggere i gennemsnit har ansat ca. 14 sundhedsplejersker, ca. 70 hjemmesygeplejersker (ekskl. ledere) og ca. 655 medarbejdere til personlig og praktisk bistand (social- og sundhedsassistenter, -hjælpere m.fl.).

Det er også nødvendigt, at der er sundhedsfaglige konsulenter med ansvar for de 4 KRAM-risikofaktorer. De sundhedsfaglige konsulenter skal bl.a.:

- Sikre, at den nyeste forskningsbaserede viden og metoder anvendes af alle forebyggende sundhedspersoner.
- Initiere, at befolkningens sundhedstilstand screenes og monitoreres, bl.a. via sundhedsprofiler.
- Understøtte, at kommunale faggrupper både inden for og uden for sundhedsvæsenet (lærere, pædagoger, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere m.fl.) indtænker borgerrettet forebyggelse i hverdagen for børn, unge og ældre.

For det andet er der behov for at opbygge **individuelle og/eller gruppebaserede rådgivningstilbud** inden for hver af de fire KRAM-risikofaktorer, f.eks. kost- eller motionsrådgivning i sundhedscentre. Erfaringerne fra kommuner og amter viser bl.a., at et rygestoptilbud koster ca. 1.000 kr. pr. deltager, og at motionsvejledning (i form af motion på recept) og kostvejledning typisk koster cirka 3.500 kr. pr. patient.

For det tredje er der behov for at gennemføre **lokale oplysningsaktiviteter og kampagner** og at iværksætte **udviklingsprojekter**. Det kan f.eks. være samarbejder med lokale gymnastik- og idrætsforeninger om at udvikle motionstilbud til

Hvad med den gratis forebyggelse?

Kommunerne kan iværksætte en række forebyggende indsatser, som er helt eller delvis "gratis". F.eks. er der i dag 45% af fritidsklubberne, der dagligt tilbyder børnene sodavand og/eller saftvand, kun 17% af skolerne og 38% af daginstitutionerne har en kostpolitik, og kun 6% af skolerne og 16% af børnehaverne har en motionspolitik. Det kan kommunerne relativt omkostningsfrit ændre på. På tilsvarende vis kan de kommunale arbejdspladser gøres røgfri. Men de "gratis" forebyggende tiltag kan ikke stå alene.

Kampagner skal have (mindst) to trin

Erfaringen viser, at landsdækkende kampagner og andre forebyggelsestiltag bør have et regionalt/lokalt niveau for at fungere effektivt. Et eksempel er forebyggelse af vuggedød: Sundhedsstyrelsen gennemførte en landsdækkende kampagne, som blev fulgt helt ind i soveværelserne af sundhedsplejerskerne. Effekten viste sig i løbet af kort tid.

motionssvage borgere eller oplysningskampagner på skoler om sundhedsfarer ved rygning og alkohol. Erfaringerne fra kommuner viser bl.a., at det koster ca. 50.000 kr. pr. år pr. aktivitet at udarbejde en ksthåndbog for skolekantine/-boder, et initiativ om, at skolebørn bevæger sig i frikvartererne, og idrætstilbud til særlige målgrupper. På den baggrund skønner Dansk Sygeplejeråd, at der årligt pr. KRAM-risikofaktor bør afsættes 250.000 kr. til lokale oplysningsaktiviteter og kampagner og til at der iværksættes udviklingsprojekter. Bl.a. på grund af fedmeepidemien er der behov for en særlig indsats i forhold til kost og motion.

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at de centrale sundhedsmyndigheder løbende reviderer dels prisen og dels omfanget af de enkelte forebyggelsestilbud i takt med, at der indhøstes praktiske erfaringer med den borgerrettede forebyggelse.

Herunder er der også behov for at gennemføre **nationale og regionale aktiviteter** (herunder i almen praksis) i forhold til de 4 KRAM-risikofaktorer, selv

om det er kommunerne, der har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse. Det drejer sig f.eks. om at skabe forskningsbaseret viden om, hvilke borgerrettede indsatser der virker, landsdækkende oplysningskampagner og uddannelsesprogrammer for sundhedspersoner. Kræftplan 2's bilag vedrørende forebyggelse skønner (bl.a. med udgangspunkt i amerikanske erfaringer), at der bør afsættes 25-75 mio. kr. til sådanne indsatser, og bl.a. på den baggrund opererer Dansk Sygeplejeråd med et skøn på 50 mio. kr.

I de følgende afsnit angives et skøn for, hvad den nødvendige oprustning på borgerrettet forebyggelse vil koste.

4.2. KOST

De nationale anbefalinger på kostområdet er bl.a., at man skal spise mindst 600 g frugt og grønt om dagen, og at maks. 30% af energiindtaget må komme fra fedt og maks. 10% fra sukker.

Fra 1995 til 2001 blev der 450.000 flere danskere, der spiste den anbefalede mængde af frugt og grønt dagligt, og mere end 700.000 flere fulgte anbefalingerne om at sammensætte kosten, så maks. 30% af energien kommer fra fedt. Landsdækkende kampagner med anbefalinger om at spise mere grønt og frugt og mindre fedt synes dermed at have haft en mærkbar effekt på danskerne kostvaner.

Men der er lang vej endnu, og i de sidste 4-5 år er den positive udvikling nærmest stagneret.

Det er kun en begrænset del af befolkningen, der følger de officielle kostråd:

- Kun 1 ud af 4 spiser 600 g frugt og grønt om dagen.
- Kun 1 ud af 10 spiser 200-300 g fisk om ugen.
- Kun 1 ud af 20 får højst 10% af energien fra sukker.
- Kun 1 ud af 3 får højst 30% af energien fra fedt.

Samtidig fortsætter flere af de negative udviklingstræk. Det gælder især indtaget af sukker, ikke mindst i forbindelse med et stigende forbrug af sodavand og sukkersødede læskedrikke (jf. figur 5).



Fakta om risikofaktoren kost

Kosten har afgørende betydning for flere af folkesygdommene:

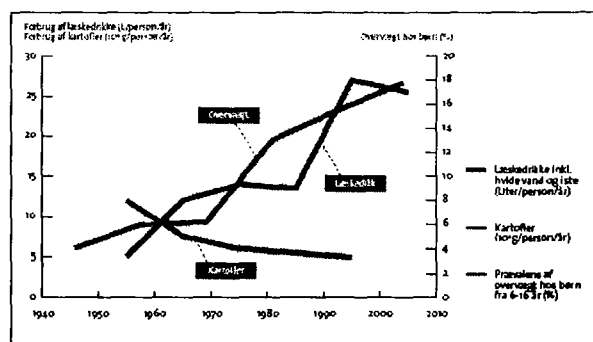
- Kostens totale fedtindhold samt fedtsammensætningen har betydning for risikoen for hjerte-karsygdomme, fedme og type 2-diabetes.
- Energiindholdet – herunder sukkerindholdet i drikkevarer – har afgørende betydning for fedme og dermed for udvikling af type 2-diabetes.
- Fuldkornsprodukter, frugt og grønt spiller en vigtig rolle i forhold til at forebygge risikoen for at udvikle kræft.
- Kalk og D-vitamin forebygger knogleskørhed.



Behov for en massiv indsats

Motions- og Ernæringsrådet konkluderer følgende om danskernes kostvaner fra 1995-2004: "Der [er] stadig behov for en massiv indsats og nytænkning for at trække folkesundheden i den rigtige retning"

FIGUR 5
Forbruget af læskedrikke og kartofler samt forekomsten af overvægt blandt børn (1947-2003)



Motions- og Ernæringsrådet. Nyhedsbrev no. 1, 2005

Resultatet af danskernes kostvaner afspejler sig bl.a. i den fedmeepidemi, vi står midt i:

- Mere end 1,3 millioner danskere er overvægtige. Af disse er omkring 400.000 svært overvægtige.
- Antallet af overvægtige er steget dramatisk gennem de sidste årtier. De sidste 50 år er forekomsten af fedme blandt unge steget 30-40 gange.

- Der er sket en tredobling af antallet af overvægtige børn i perioden 1972–1997. I dag er ca. 18% af de 6-16-årige børn overvægtige.
- Andelen af svært overvægtige og fede gravide er stigende. Landsgennemsnittet er 32%, men der er store regionale forskelle.

Social ulighed

Der er social ulighed i danskernes kostindtag:

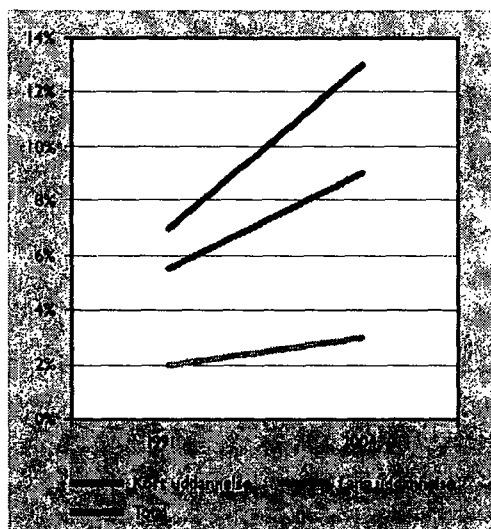
- Mænd med lang uddannelse har et gennemsnitligt dagligt indtag af frugt og grønt, som er 48 % højere end mænd med erhvervsfaglig uddannelse.
- Det daglige fedtindtag er lavere for mænd med lang uddannelse end for mænd med kort uddannelse – om end ingen af grupperne spiser i overensstemmelse med kostanbefalingerne.
- For kvinder er de sociale forskelle i kostindtaget ikke helt så store som for mændene.

De sociale forskelle med hensyn til fedme øges markant i disse år:

- Forekomsten af fedme er øget i alle socialgrupper, men særlig hurtigt i grupper med kortvarig uddannelse. Det illustrerer bl.a. figur 6.

FIGUR 6

Fedme (Body Mass Index > 30). Totalt og for personer med faglig eller kortere uddannelse og personer med lang videregående uddannelse. Andel af befolkningen over 18 år. Københavns Kommune 1991–2004



Københavns Kommune, Folkesundhedsrapport 2005

Omkostninger

Det anslås, at 2-3% af de samlede danske sundhedsudgifter går til behandling af overvægtsrelaterede sygdomme. Det svarer til mellem 2 og 3 mia. kr.

Borgerrettet forebyggelse

'Sund hele livet' fastlægger det mål, at:

- Antallet af danskere, der spiser sundt, skal øges markant.
- Sunde kostvaner skal være en naturlig del af hverdagen.

Kommunerne har hovedansvaret for den forebyggende indsats. Men hvis danskernes kostvaner skal forbedres så meget, at det får en gavnlig effekt på folkesundheden, er det nødvendigt at gennemføre en målrettet og koordineret indsats på kommunalt, nationalt og regionalt niveau.

Med afsæt i sundhedsfaglig dokumentation fra Sundhedsstyrelsen m.fl. anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at kommunerne styrker indsatsen på bl.a. følgende måde:

- Intensiveret rådgivning til børnefamilier, bl.a. om sund livsstil, om kost og motion og om forældrenes betydning som rollemodeller. Der er behov for særlige indsatser over for familier med overvægtige børn og unge og over for familier med anden etnisk baggrund end dansk. Rådgivningen vil typisk finde sted i regi af sundhedsplejen og almen praksis.
- Intensiveret kostrådgivning til ældre (både i forhold til over- og undervægt), typisk i regi af hjemmesygeplejen.
- Individuelle og gruppebaserede kostrådgivningstilbud til overvægtige eller borgere i risiko for at udvikle overvægt – typisk i sundhedscentre. Tilbuddene kan dels være åbne (f.eks. livsstilsgrupper) og dels baseret på henvisning fra sygehuse eller almen praksis.
- Undervisning i dagtilbud, skoler og uddannelsesinstitutioner om kost. Både børn og unge, forældre, lærere, pædagoger og skolesundhedstjenesten skal inddrages.

- Kostpolitikere, der omsættes til konkret handling i dagtilbud, skoler, fritidsordninger, idrætshaller mv. Kostpolitikken skal f.eks. sikre tilgængelighed af sund kost og frisk vand, begrænse udbuddet af usunde fødevarer, og sikre ordentlige kantineforhold og øvrige rammer for måltidet.
- Samarbejde om og opfordring til, at virksomhederne i kommunen vedtager en kostpolitik.
- Oplysningsaktiviteter og lokale kampagner, f.eks. samarbejde mellem patientforeninger og institutioner om sund mad og sjove bevægelseslege til børn.
- Uddannelse af sundhedspersonale og andre faggrupper om kostrådgivning.

I den nationale indsats er bl.a. følgende elementer vigtige (se også kapitel 6):

- Vedvarende nationale oplysningskampagner om sund kost.
- Uddannelsesprogrammer for sundhedspersonale og andre fagpersoner, der har med børn og unge at gøre.
- Corporate social responsibility, f.eks. udvikling af sundere fødevarer ingen markedsføring af usunde produkter målrettet børn og unge, støtte til frugt- og kantineordninger mv.
- Kostpolitikker på statslige arbejdspladser.
- Løbende udvikling af nationale forebyggelsesprogrammer og national monitorering af KRAM-risikofaktorerne.

I den regionale indsats er bl.a. følgende elementer vigtige:

- Intensiveret kostrådgivning til patienter på sygehuse og i almen praksis. Der kan med fordel iværksættes en særlig indsats over for gravide.
- Kostpolitikker for sygehuse og øvrige regionale institutioner.
- Uddannelse af sundhedspersonale om kostrådgivning.

Budget for 2007–2011

Dansk Sygeplejeråd skønner, at der på landsplan bør afsættes 200 mio. kr. årligt til de kommunale indsatser, heraf 100 mio. kr. til øget fokus på kost hos forebyggende sundhedspersoner og sundhedsfaglige konsulenter, 50 mio. kr. til individuel og gruppebaseret kostrådgivning og 50 mio. kr. til oplysningsaktiviteter, lokale kampagner, udviklingsprojekter mv.

Endvidere skønnes, at der bør afsættes 50 mio. kr. årligt til de nationale og regionale indsatser.



En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit ca. 20.000 overvægtige borgere, heraf ca. 3.800 borgere, der er svært overvægtige (Body Mass Index over 30).

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at kommunen på kostområdet:

- 1) Opruster med ca. 1 mio. kr. til øget fokus på kost. Ressourcerne skal dække:
 - Øget fokus på kost hos de forebyggende sundhedspersoner, f.eks. en styrket indsats hos familier med risiko for at overvægt eller øget fokus på kost på plejehjem og i hjemmesygeplejen.
 - Sundhedsfaglige konsulenter, der har ansvar for at udvikle rådgivningstilbud, udforme kostpolitikker, monitorere udviklingen i borgernes sundhed mv. Derudover skal de sikre, at den forebyggende indsats integreres i dagtilbud, skoler, fritidstilbud, ældreinstitutioner, på arbejdspladser, i idrætsklubber mv.
- 2) Tilbyder ca. 150 borgere et individuelt eller gruppebaseret tilbud om kostrådgivning i et sundhedscenter. Det koster ca. ½ mio. kr.
- 3) Afsætter ca. ½ mio. kr. til oplysning, undervisningsmaterialer, lokale kampagner, udviklingsprojekter mv. i skoler, daginstitutioner, idræts-

Kost (/overvægt)	2007	2008	2009	2010	2011
(mio. kr.)					
Kommunal indsats:					
Øget fokus på kost hos forebyggende sundhedspersoner og sundhedsfaglige konsulenter	100	100	100	100	100
Kostrådgivning – individuel og gruppebaseret	50	50	50	50	50
Oplysning, lokale kampagner mv.	50	50	50	50	50
National og regional indsats					
Kampagner, rådgivning mv.	50	50	50	50	50
Tværgående indsats					
Forskning, kvalitetsudvikling mv. og uddannelse	25	25	25	25	25
I alt	275	275	275	275	275

Note: Se kapitel 3 og 4.1 for forudsætninger og uddybning.

4.3 RYGNING

For 10 år siden var Danmark en af de mest rygende nationer i Europa. Siden er andelen af rygere blandt voksne danskere faldet så meget, at Danmark nu er placeret midt i feltet. I dag ryger 23% af danske kvinder. I Norge og Tyskland er andelen af kvinder, der ryger, 25% hhv. 31%, mens det i Sverige er 19% og i Finland 20% af kvinderne, der ryger.

Andelen af danske børn og unge, der ryger, er lidt lavere end gennemsnittet for de europæiske lande. For 15-årige gælder, at 16% af pigerne og 14% af drengene er dagligrygere, mens det europæiske gennemsnit for 15-årige er 17% rygere blandt pigerne og 18% blandt drengene.

Antallet af dagligrygere er faldet med cirka 1% om året i en længere årrække. I 1987 røg 44% af befolkningen. I 2004 var andelen faldet til 25%.

Meget tyder dog på, at udviklingen er stagneret: I den seneste undersøgelse fra 2005 er andelen af rygere uændret 25% af befolkningen.

Rygning er ikke kun farlig for rygere. Udsættelse for tobaksrøg indebærer en lang række helbredsrisici. F.eks. har børn, der udsættes for passiv rygning, højere risiko for infektioner, flere hospitalsindlæggelser, øget risiko for vuggedød og større risiko for at udvikle allergi, astmatisk bronkitis og astma. Hvert år dør ca. 47 danskere som følge af passiv rygnings, alene fordi de er blevet udsat for det på arbejdet.

I betragtning af, hvor meget rygning belaster folkesundheden og det danske sundhedsvæsen, er den danske indsats for at forebygge rygnings påfaldende lille set i et internationalt perspektiv:

Internationalt scorer Danmark kun 41 point ud af 100 mulige med hensyn til effektiv tobakspolitik, og Danmark rangerer som nummer 15 ud af 28 EU- og EFTA-lande. Det er især med hensyn til prispolitik, sikring af røgfri miljøer i det offentlige rum og på arbejdspladser samt allokering af midler til forebyggelse, at Danmark scorer lavt.



Fakta om risikofaktoren rygning

Rygning er ubetinget den enkeltstående risikofaktor, der har størst betydning for folkesundheden:

- Næsten hver fjerde dødsfald kan tilskrives rygning.
- Omkring 5.000 kræfttilfælde opstår hvert år som følge af rygning.
- Storrygere (15+ cigaretter om dagen) lever 9 år kortere end aldrig-rygere.
- Rygere har 2-4 gange større risiko for hjertesygdom.
- Rygere har 10-20 gange større risiko for KOL og lungekræft.
- Rygere har 3-5 gange større sandsynlighed for at forlade arbejdsmarkedet, før de fylder 60 år.
- Rygning øger risikoen for knogleskørhed.

Social ulighed

Danskerne rygevaner er kendetegnet ved store sociale forskelle:

- Der er en klar sammenhæng mellem uddannelseslængde og daglig rygning: 40% af alle med kortere uddannelse er rygere mod kun 22% af alle med længerevarende uddannelse.
- Der er klar sammenhæng mellem socioøkonomisk gruppe og andelen af storrygere: Andelen af storrygere i befolkningen er 19%. Den største andel af storrygere findes blandt førtidspensionister (33%), ikke-faglærte arbejdere (31%) og arbejdsløse (30%), mens andelen af storrygere er lavest blandt overordnede funktionærer (12%).

Motivationen for at holde op med at ryge er lige stor i alle grupper. Når det sjældnere lykkes for rygere med kort uddannelse og/eller dårlige socioøkonomiske vilkår at stoppe med at ryge, hænger det primært sammen med, at de er mere nikotinafhængige på grund af en tidlig rygedebutalder, og at de oftere lever under mere belastende livs-omstændigheder, der gør det vanskeligt at kvitte tobakken.

Omkostninger

Omkostningerne til at behandle rygerelaterede sundhedsproblemer og til tabt produktion ved sygefravær, førtidspensionering og tidlig død kan opgøres til et beløb mellem 4,1 og 7,4 mia. kr.

Hertil skal lægges kommunale udgifter til hjemmesygepleje, hjemmehjælp, hjælpemidler og plejehjem. De samlede omkostninger i forbindelse med rygning er derfor betydeligt større.

Borgerrettet forebyggelse

'Sund hele livet' fastlægger det mål, at:

- Antallet af rygere skal reduceres markant – dels gennem rygestop, dels gennem begrænsning af antal nye rygere.
- Røgfrie miljøer skal udbredes.

Hvis tobaksforebyggelsen skal være så effektiv, at den får en gavnlig effekt på folkesundheden, er det nødvendigt at gennemføre en målrettet og koordineret indsats på kommunalt, nationalt og

regionalt niveau. Det er kommunerne, der har hovedansvaret.

Med afsæt i sundhedsfaglig dokumentation fra Sundhedsstyrelsen m.fl. anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at kommunerne styrker indsatsen på bl.a. følgende måde:

- Øget rådgivning om rygestop til småbørnsfamilier.
- Øget rådgivning om rygestop i hjemmeplejen.
- Individuelle og gruppebaserede rygeafvænningsstilbud for rygere, der ønsker at stoppe, f.eks. i sundhedscentre. Der kan etableres særlige rygeafvænningsstilbud for unge og for gravide. Tilbuddene kan dels være åbne og dels kræve henvisning fra sygehuse eller almen praksis.
- Undervisning i skoler, skolefritidsordninger, idrætsklubber, foreninger osv. med henblik på at forebygge rygestart ved at oplyse om sundhedsfarer ved rygning og passiv rygning. Forældrene kan med fordel inddrages.
- Kommunal rygepolitik, der forbyder rygning i de kommunale institutioner, skoler, skolefritidsordninger, fritidsklubber, ældrecentre, plejehjem, rådhuset og øvrige kommunale arbejdspladser.
- Samarbejde om og opfordring til, at virksomhederne i kommunen forbyder rygning.
- Uddannelse af sundhedspersonale, hjemmepleje mv. om sundhedsfarer ved rygning og om rygestop.

I den nationale indsats er bl.a. følgende elementer vigtige (se også kapitel 6):

- Landsdækkende og tilbagevendende oplysningskampagner om sundhedsfarer ved rygning og fordele ved rygestop.
- Forbud mod rygning i alle offentlige rum og på arbejdspladser, herunder restauranter og værtshuse, statslige arbejdspladser mv.
- Landsdækkende telefonrådgivning for rygere, der ønsker at stoppe.
- Uddannelsesprogrammer for sundhedspersonale og fagpersoner, der har med børn og unge at gøre.
- Løbende udvikling af nationale forebyggelsesprogrammer og national monitorering af KRAM-risikofaktorerne.

I den regionale indsats er bl.a. følgende elementer vigtige:

- Systematisk tobaksforebyggelse på sygehuse, hos konsultationssygeplejersker og hos praktiserende læger.
- Forbud mod rygning på sygehuse og andre regionale institutioner.
- Uddannelse af sundhedspersonale om rådgivning af patienter, der ryger.

Budget for 2007-2011

Dansk Sygeplejeråd skønner, at der på landsplan bør afsættes 125 mio. kr. årligt til den kommunale indsats på tobaksområdet, heraf 50 mio. kr. til øget fokus på rygning og rygestop hos forebyggende sundhedspersoner og sundhedsfaglige konsulenter, 50 mio. kr. til individ- og gruppebaserede rygestoptilbud og 25 mio. kr. til oplysningsaktiviteter, lokale kampagner, udviklingsprojekter mv.

Herudover skønner Dansk Sygeplejeråd, at der bør afsættes 50 mio. kr. årligt til den nationale og regionale indsats.

En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit ca. 10.500 rygere, heraf ca. 5.700 storrygere.

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at kommunen på tobaksforebyggelsesområdet:

- 1) Opruster med ca. ½ mio. kr. til øget fokus på rygning og rygestop. Ressourcerne skal dække:
 - Øget fokus på rygning hos de forebyggende sundhedspersoner, f.eks. en styrket indsats over for børn og unge, øget fokus på rygestop i hjemmeplejen mv.
 - Sundhedsfaglige konsulenter, der har ansvaret for at udvikle rådgivningstilbud, udforme rygepolitikker, monitorere udviklingen i borgernes sundhed mv. Derudover skal de sikre, at den forebyggende indsats integreres i dagtilbud, skoler, fritidstilbud, ældreinstitutioner, på arbejdspladser, i idrætsklubber mv.
- 2) Tilbyder ca. 500 borgere et individuelt eller gruppebaseret rygestoptilbud i et sundhedscenter el.lign. Det koster ca. ½ mio. kr.
- 3) Afsætter ca. ¼ mio. kr. til oplysning, lokale kampagner, kurser for lærere og pædagoger, udviklingsprojekter mv., f.eks. om lokale muligheder for at få hjælp til rygeafvænnning.

Rygning (mio. kr.)	2007	2008	2009	2010	2011
Kommunal indsats:					
Øget fokus på rygning hos forebyggende sundhedspersoner og sundhedsfaglige konsulenter	50	50	50	50	50
Rygestopkurser	50	50	50	50	50
Oplysning, lokale kampagner mv.	25	25	25	25	25
National og regional indsats					
Kampagner, rådgivning mv.	50	50	50	50	50
Tværgående indsats					
Forskning, kvalitetsudvikling mv. og uddannelse	17,5	17,5	17,5	17,5	17,5
I alt	192,5	192,5	192,5	192,5	192,5

Note: Se kapitel 3 og 4.1 for forudsætninger og uddybning.

4.4. ALKOHOL

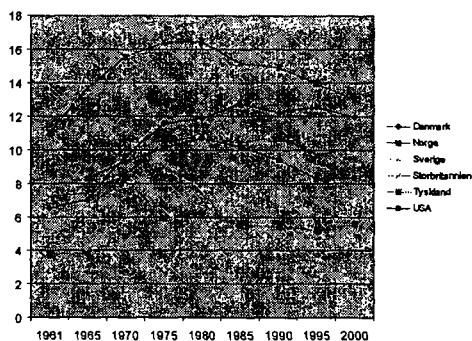
Cirka 500.000 danskere har et ugentligt alkoholforbrug, der ligger over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Cirka 200.000 er direkte afhængige af alkohol.

Danske unge adskiller sig markant fra unge i andre europæiske lande ved at debutere tidligt med at drikke og ved at have været fulde tidligt: Andelen af 15-årige danskere, der har været fulde 2 eller flere gange, er 65% blandt pigerne og 68% blandt drengene. Det europæiske gennemsnit er 31% for piger og 40% for drenge.

Halvdelen af de 15-årige drenge drikker alkohol mindst én gang ugentligt. Blandt pigerne er tallet 39%. Danske unge drikker typisk alkohol første gang, når de er 13 år. De unges alkoholforbrug har umiddelbare konsekvenser i form af bl.a. trafikulykker, slagsmål og ubeskyttet samleje, og unge, der tidligt har et stort alkoholforbrug, er også blandt dem, der har et højt alkoholforbrug som voksne.

I en række andre lande er alkoholforbruget reduceret gennem de senere år (jf. figur 7). Men ikke i Danmark. Opgøres det årlige alkoholforbrug i ren alkohol, drikker alle danskere over 14 år gennemsnitligt 11-12 liter ren alkohol om året.

FIGUR 7
Alkoholforbrug, liter pr. år pr. voksen (15+)



WHO, Global Alcohol Database, www.who.int.



Fakta om risikofaktoren alkohol

Danskernes alkoholforbrug har stor betydning for folkesundheden og for en række af folkesygdommene:

- Et højt forbrug af alkohol er forbundet med øget risiko for en lang række sygdomme, herunder hjertekar- sygdomme, leversygdomme og kræft.
- Et stort forbrug af alkohol er forbundet med øget dødelighed: Hvert år er der cirka 3.500 dødsfald forårsaget af alkohol.
- Alkohol tegner sig for 24% af trafikuheldene med dødelig udgang.
- Alkohol er forbundet med sociale problemer, ikke mindst familiære. Omkring 60.000 børn vokser op i familier med alkoholmisbrug.

Sundhedsstyrelsen har siden begyndelsen af 1990'erne arbejdet med forebyggelse af alkoholproblemer, bl.a. de årlige uge 40-kampanjer og gennem en række uddannelsesinitiativer i forhold til primær- og sekundærsektoren og det sociale område. De årlige alkoholkampanjer har bevirket, at kendskabet til genstandsgrænserne er nået meget langt ud i befolkningen.

Social ulighed

Billedet er ikke entydigt:

Når man ser på storforbrug, er andelen af personer, der i den seneste uge har overskredet genstandsgrænsen, højest blandt arbejdsløse (15%) og faglærte arbejdere (14%). I befolkningen generelt er tallet 12%.

Billedet er omvendt, når det gælder, hvor mange der har drukket én eller flere genstande den seneste hverdag: Blandt personer med højest 10 års uddannelse er tallet 33%, blandt ufaglærte arbejdere 33% og blandt arbejdsløse 31%, mens andelen er 48% blandt selvstændige erhvervsdrivende og 51% blandt overordnede funktionærer.

Omkostninger

Alkoholforbruget skønnes at koste ca. 6-10 mia. kr. om året i form af behandlingsomkostninger til følgesygdomme, udgifter i den sociale sektor og ikke mindst produktionstab i forbindelse med sygdom og tidlig død.

Borgerrettet forebyggelse

'Sund hele livet' fastlægger det mål, at:

- Antallet af storforbrugere af alkohol skal reduceres markant.
- Unges forbrug af alkohol skal nedbringes.
- Alkoholforbruget blandt børn skal fjernes.

Hvis det skal lykkes at nedbringe alkoholforbruget – herunder at udsætte alkoholdebuten blandt børn og nedsætte forbruget blandt unge – er det nødvendigt at gennemføre en målrettet og koordineret indsats på nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Hovedansvaret for den opgave ligger hos kommunerne.

Med afsæt i sundhedsfaglig dokumentation fra Sundhedsstyrelsen m.fl. anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at kommunerne styrker indsatsen på bl.a. følgende måde:

- Opsøgende og forebyggende indsats i børnefamilier, bl.a. via sundhedsplejen, socialrådgivningen og almen praksis.
- Intensiveret forebyggende indsats i hjemmesygeplejen.
- Undervisning om alkohol i skoler, fritidstilbud og institutioner for unge. Forældrene kan med fordel inddrages.
- Alkoholpolitikker for skoler og uddannelsessteder, daginstitutioner, fritidshjem og klubber, plejehjem, kommunens øvrige arbejdspladser mv.
- Samarbejde om og opfordring til, at kommunens virksomheder fastlægger alkoholpolitikker.
- Arbejdspladsindsatser, både på kommunale og private arbejdspladser, med støtte til medarbejdere med risikoforbrug.
- Uddannelse af kommunens medarbejdere på sundhedsområdet, det sociale område, børn- og ungeområdet og arbejdsmarkedsområdet om forebyggelse af alkoholproblemer.
- Uddannelse af serveringspersonale og kontrol af værtshuse, der sikrer, at der ikke serveres for mindreårige.
- Samarbejde mellem nærpolti, bevillingsmyndigheder, ungdomsuddannelser, frivillige Natteravnene mm.

I den nationale indsats er bl.a. følgende elementer vigtige (se også kapitel 6):

- Systematisk og vedvarende oplysningsindsats om alkohols skadevirkninger i forhold til befolkningen.
- Corporate social responsibility, f.eks. samarbejde mellem levnedsmiddelindustri og detailhandlen om ikke at udvikle og markedsføre alkoholprodukter målrettet børn og unge.
- Alkoholpolitikker på statslige arbejdspladser.
- Løbende udvikling af uddannelsesprogrammer for personale inden for sundheds- og socialsektoren.
- Løbende udvikling af nationale forebyggelsesprogrammer og national monitorering af KRAM-risikofaktorerne.

I den regionale indsats er bl.a. følgende elementer vigtige:

- Systematisk rådgivning af patienter med risikoforbrug i almen praksis og på sygehuse. Der bør iværksættes en særlig indsats over for gravide.
- Alkoholpolitikker på sygehuse og øvrige regionale institutioner.
- Uddannelse af sundhedspersonale i rådgivning af patienter med risikoforbrug.



En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit ca. 4.700 borgere med et alkoholforbrug, der ligger over Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Heraf er næsten 2.000 afhængige af alkohol. 5-600 af kommunens børn vokser op i en familie med alkoholproblemer.

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at kommunen på alkoholområdet:

- 1) Opruster med, hvad der svarer til ca. ½ mio. kr. til øget fokus på alkohol. Ressourcerne skal dække:
 - Øget fokus på alkohol hos de forebyggende sundhedspersoner, f.eks. øget fokus på gravides alkoholforbrug, ekstra sundhedsplejerskebesøg i familier med alkoholmisbrug, mv.
 - Sundhedsfaglige konsulenter, der har ansvaret for at udvikle rådgivningstilbud, udforme alkoholpolitikker, monitorere udviklingen i borgernes sundhed mv. Derudover skal de sikre, at den forebyggende indsats integreres i dagtilbud, skoler, fritidstilbud, ældreinstitutioner, på arbejdspladser, i idrætsklubber mv.
- 2) Afsætter ¼ mio. kr. til oplysning, lokale kampagner, udviklingsprojekter mv., f.eks. etablering af samtalegrupper for børn og unge fra alkoholfamilier, på skoler og arbejdspladser, deltagelse i Sundhedsstyrelsens uge 40-kampagner mv.

Budget for 2007-2011

Dansk Sygeplejeråd skønner, at der på landsplan bør afsættes 75 mio. kr. årligt til den kommunale forebyggende indsats på alkoholområdet, heraf 50 mio. kr. til øget fokus på alkohol hos de forebyggende sundhedspersoner og sundhedsfaglige konsulenter og 25 mio. kr. til oplysningsaktiviteter, lokale kampagner, udviklingsprojekter mv.

(Dansk Sygeplejeråd foreslår videre, at der afsættes ressourcer til en særlig indsats over for børn af forældre med misbrug og psykisk syge forældre. Se kapitel 5.6 for en uddybning.)

Herudover skønner Dansk Sygeplejeråd, at der bør afsættes 50 mio. kr. til nationale og regionale indsatser.

Alkohol (mio. kr.)	2007	2008	2009	2010	2011
Kommunal indsats:					
Øget fokus på alkohol hos forebyggende sundhedspersoner og sundhedsfaglige konsulenter	50	50	50	50	50
Oplysning, lokale kampagner mv.	25	25	25	25	25
National og regional indsats					
Kampagner, rådgivning mv.	50	50	50	50	50
Tværgående indsats					
Forskning, kvalitetsudvikling mv. og uddannelse	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5
I alt	137,5	137,5	137,5	137,5	137,5

Note: Se kapitel 3 og 4.1 for forudsætninger og uddybning.

4.5. MOTION

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at voksne er fysisk aktive 30 minutter dagligt (i mindst moderat omfang). Børn og unge anbefales 60 minutter dagligt samt mindst 2 gange intensiv fysisk aktivitet ugentligt.

Omkring 40% af den voksne befolkning er fysisk aktive mindre end 30 minutter dagligt og lever dermed ikke op til de nationale anbefalinger. Børn og unge er generelt blevet mindre fysisk aktive i dagligdagen, og i slutningen af 1990'erne var børns fysiske form ringere, end den var i 1980'erne.

Kun halvdelen af de 11-15-årige er fysisk aktive på det anbefalede niveau, og de bruger i gennemsnit 2½ time om dagen foran fjernsynet og 1 time foran pc'en. Hver femte unge når aldrig op på et moderat intensitetsniveau – hverken ved fritidsaktiviteter, transport eller skoleidræt.

Fysisk aktivitet på arbejdspladserne og i trafikken er reduceret gennem seneste årtier:

- Andelen af erhversaktive med stillesiddende arbejde er steget fra 33% i 1987 til 37% i 2000.
- Cykeltrafikken er vigende. I 1990 cyklede danskerne i gennemsnit 625 km. I 1999 var det faldet til 450 km. I samme periode er kørsel med personbil steget med 30%.

Fakta om risikofaktoren motion/fysisk aktivitet

Utilstrækkelig fysisk aktivitet i den danske befolkning har stor betydning for en række folkesygdomme og folkesundheden generelt:

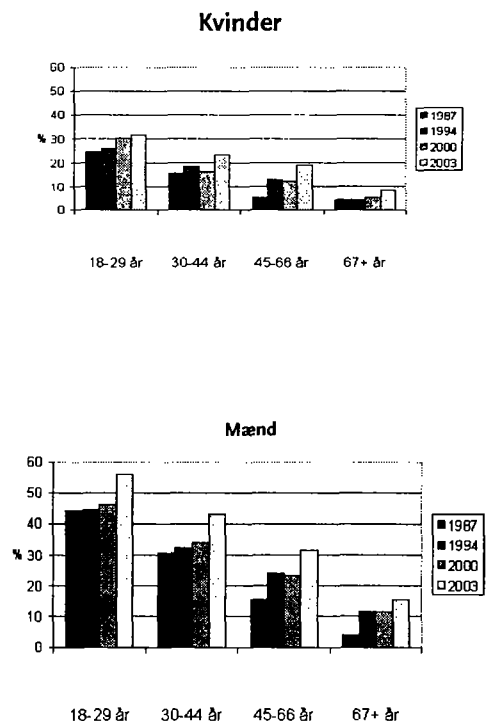
- Fysisk inaktive personer har betydelig øget risiko for at udvikle overvægt, knogleskørhed, type 2-diabetes, hjertekar-sygdomme, tyktarmskræft og brystkræft.
- Fysisk inaktive har dobbelt så stor risiko for tidlig død som fysisk aktive.
- Fysisk aktive personer har mindre risiko for at blive syge og lever længere end personer, der er inaktive.
- For syge personer kan fysisk træning i sig selv have positiv effekt på effekten af behandling og prognosen for en lang række sygdomme, herunder depression, angst og brystkræft.

Til gengæld har der i samme periode været en positiv udvikling i andelen af danskere, der dyrker fysisk aktivitet i fritiden i foreningsregi, motions- og fitnesscentre eller på egen hånd i form af jogging, stavgang mv.:

Cirka 75% af befolkningen deltager i fysisk aktivitet, og store dele af befolkningen har taget budskabet om betydningen af fysisk aktivitet til sig. Flest unge er fysisk aktive, men der er en stigning i andelen af fysisk aktive i alle aldersgrupper og i begge køn (jf. figur 8). Men i alle aldersgrupper – bortset fra unge mænd i 2003 – er det et mindretal, der er fysisk aktive i mere end 4 timer om ugen.

FIGUR 8

Andel af kvinder og mænd med moderat til hård fysisk aktivitet mere end 4 timer om ugen (1987-2003)



Statens Institut for Folkesundhed. Ugens tal for folkesundhed, uge 5, 2005



Case: Fysiske rammer har stor betydning for motion

Odense var udnævnt til Danmarks nationale cykelby 1999-2000. Indsatsen, der kostede 20 mio. kr., omfattede 48 projekter, herunder skolevejskampagner for cykling, cykler til politi og hjemmepleje, forbedrede cykelstier og cykleparkeringsanlæg osv. En evaluering viser, at det lykkedes at øge antallet af cykelture med 25.000 ture om dagen eller 35 mio. ture i alt i forsøgsperioden. Dødeligheden i forbindelse med flerpartsulykker blev reduceret med 20 %. Der blev vundet 2.131 leveår blandt borgerne i Odense, og der blev sparet 33 mio. kr. i sundhedsudgifter.

Det forebyggende arbejde skal derfor understøtte og forstærke ændringer i motionsvaner, der allerede er i gang. Samtidig skal den borgerrettede forebyggelse målrettes det store mindretal af befolkningen, der får for lidt eller slet ingen fysisk aktivitet, bl.a. ved at skabe bedre rammer for fysisk aktivitet i hverdagen (ældregymnastik, daginstitutioner, skoler, arbejdspladser osv.).

Social ulighed

Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og deltagelse i fysisk aktivitet og mellem indkomstniveau og deltagelse i motionsaktiviteter. Jo længere uddannelse og jo højere indkomst, jo flere er fysisk aktive.

Omkostninger

Hvis 10% af de fysisk inaktive danskere bliver moderat fysisk aktive, vil der kunne høstes en samfundsmæssig gevinst på ca. 6 mia. kr. (i form af øget produktionsværdi), og sundhedsvæsenet vil kunne opnå en nettobesparelse på godt 2 mia. kr.

Borgerrettet forebyggelse

'Sund hele livet' fastlægger det mål, at:

- Antallet af fysisk aktive skal øges markant.
- Fysisk aktivitet skal være en naturlig del af hverdagen.

Det har stor betydning for folkesundheden, at befolkningens fysiske aktivitet øges markant – ikke mindst i forhold til den hastigt voksende fedmeepidemi. Hvis det skal lykkes, er det nødvendigt at gennemføre en målrettet og koordineret indsats på nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Kommunerne har hovedansvaret for at skabe gode rammer for øget fysisk aktivitet i hverdagen.

Med afsæt i sundhedsfaglig dokumentation fra Sundhedsstyrelsen m.fl. anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at kommunerne styrker indsatsen på bl.a. følgende måde:

- Øget rådgivning om fysisk aktivitet i de kommunale sundhedstilbud, herunder til børn, børnefamilier og ældre.
- Individ- eller grupperettede forebyggelsestilbud om fysisk træning, f.eks. motionshold for overvægtige i sundhedscentre eller motion på recept. Der er behov for særlige indsatser i forhold til familier med anden etnisk baggrund end dansk.
- Motionspolitikker, der omsættes til konkret handling i dagtilbud, skoler, fritidstilbud mv. Bl.a. bør fysisk aktivitet integreres mere i skolers og børnehavers hverdag, de fysiske rammer (f.eks. skolegårde) skal indbyde til fysisk aktivitet, og der kan etableres tilbud om ekstra fysiske aktiviteter i forlængelse af skoledagen.
- Motionspolitikker for kommunens ældre borgere, f.eks. hurtig genoptræning, partnerskaber med frivillige organisationer om motionstilbud, tilskud til ældredræt, etablering af "det fysisk aktive plejehjem" mv.
- Partnerskaber med idræts- og gymnastikforeninger om at udvikle nye tilbud om fysisk aktivitet rettet mod inaktive og/eller overvægtige børn og unge, etniske piger m.fl. Som eksempel kan nævnes 'Gå i gang' – et samarbejdsprojekt mellem DGI, Kræftens Bekæmpelse, Gigtforeningen og Diabetesforeningen, som skal give patientforeningernes medlemmer og andre voksne med særlige behov et lokalt idrætstilbud.

- Samarbejde om og opfordre kommunens virksomheder til at vedtage motionspolitikker og skabe gode rammer for fysisk aktivitet på arbejdet.
- Øget fokus på at skabe gode rammer for fysisk aktivitet i kommunens fysiske planlægning (f.eks. idrætsanlæg, grønne områder mv.) og trafikplanlægning (cykelstier, gangstier, motionsstier osv.).
- Oplysningsaktiviteter og lokale kampagner, f.eks. motions- og tab i vægt-konkurrencer på arbejdspladserne, motionsarrangementer for ældre mv.

I den nationale indsats er bl.a. følgende elementer vigtige (se også kapitel 6):

- Systematisk og vedvarende oplysningsindsats om betydning af og muligheder for fysisk aktivitet (bl.a. i stil med Sundhedsstyrelsens kampagne om 60 minutters fysisk aktivitet om dagen).
- Trafikpolitisk fokus på at skabe så gode rammer for fysisk aktivitet som muligt.
- Motionspolitikker på statslige arbejdspladser.
- Løbende udvikling af nationale forebyggelsesprogrammer og national monitorering af KRAM-risikofaktorerne.

I den regionale indsats er bl.a. følgende elementer vigtige:

- Rådgivning af patienter på sygehuse og i almen praksis om fysisk aktivitet, f.eks. i forbindelse med livsstilssamtaler hos konsultationssygeplejersker.
- Uddannelse af sundhedspersonale om fysisk aktivitets betydning for sundheden og rådgivning af patienter.
- Implementering af fysisk aktivitet som led i sundhedsvæsenets tilbud om sygepleje og behandling.
- Etablering af "fysisk aktive sygehuse", hvor fysisk aktivitet bl.a. anvendes som led i rehabilitering af udvalgte patientgrupper, hvor der er videnskabelig evidens for, at træning har gavnlig virkning.
- Motionspolitikker for sygehuse og øvrige regionale institutioner.

Budget for 2007–2011

Der er stærk videnskabelig dokumentation for effekten af fysisk aktivitet, og derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at der satses ekstraordinært på denne KRAM-risikofaktor.

Dansk Sygeplejeråd skønner, at der bør afsættes 200 mio. kr. årligt til at fremme fysisk aktivitet i kommunerne, heraf 100 mio. kr. til øget fokus på motion hos de forebyggende sundhedspersoner og sundhedsfaglige konsulenter, 50 mio. kr. til gruppebaseret motionsvejledning målrettet motionssvage grupper (f.eks. motion på recept) og 50 mio. kr. til kommunale oplysningsaktiviteter, udviklingsprojekter mv.



En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit knap 17.000 voksne, der ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive. Kommunen har ca. 20.000 overvægtige borgere.

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at kommunen på motionsområdet:

- 1) Opruster med ca. 1 mio. kr. til øget fokus på fysisk aktivitet. Ressourcerne skal dække:
 - Øget fokus på fysisk aktivitet hos de forebyggende sundhedspersoner, f.eks. etablering af "fysisk aktive plejehjem", styrket indsats i motionssvage familier mv.
 - Sundhedsfaglige konsulenter, der har ansvaret for at udvikle rådgivningstilbud, udforme motionspolitikker, monitorere udviklingen i borgernes sundhed mv. Derudover skal de sikre, at den forebyggende indsats integreres i dagtilbud, skoler, fritidstilbud, ældreinstitutioner, på arbejdspladser mv.
- 2) Tilbyder ca. 150 borgere et gruppebaseret motionstilbud, f.eks. i et sundhedscenter. Det svarer til, at der startes et hold på 10-15 borgere op hver måned. Tilbuddet målrettes de motionssvage grupper, herunder overvægtige. Det koster ca. ½ mio. kr.
- 3) Afsætter ca. 1 mio. kr. til oplysning, lokale kampagner, udviklingsprojekter mv., f.eks. partnerskaber med idræts- og gymnastikforeninger om at udvikle nye motionstilbud til f.eks. overvægtige børn eller motionssvage grupper.

Herudover skønner Dansk Sygeplejeråd, at der bør afsættes 50 mio. kr. årligt til den nationale og regionale indsats.

Motion (mio. kr.)	2007	2008	2009	2010	2011
Kommunal indsats:					
Øget fokus på motion hos forebyggende sundhedspersoner og sundhedsfaglige konsulenter	100	100	100	100	100
Motionstilbud	50	50	50	50	50
Oplysning, lokale kampagner mv.	50	50	50	50	50
National og regional indsats					
Kampagner, rådgivning mv.	50	50	50	50	50
Tværgående indsats					
Forskning, kvalitetsudvikling mv. og uddannelse	25	25	25	25	25
I alt	275	275	275	275	275

Note: Se kapitel 3 og 4.1 for forudsætninger og uddybning.

4.6. SAMMENFATNING

Investering i borgerrettet forebyggelse

En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit ca. 20.000 borgere, der er overvægtige (heraf ca. 3.800 borgere, 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) og knap 17.000 voksne, der ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive.

Dansk Sygeplejeråd anbefaler derfor, at kommunerne forpligtes til at iværksætte en målrettet indsats over for 4 risikofaktorer, der indgår i 'Sund hele livet', nemlig kost, rygning, alkohol og motion – også kaldet KRAM. Disse 4 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.

Dansk Sygeplejeråd skønner, at den borgerrettede forebyggelse, der er nødvendig, kræver en investering på **ca. 880 mio. kr. om året** – heraf ca. 660 mio. kr. i kommunerne og ca. 220 mio. kr. i almen praksis, regioner og centrale sundhedsmyndigheder.

Det svarer til en investering på **i alt ca. 4,4 mia. kr. i perioden 2007–2011.**

Indsatsen i kommunerne

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at de centrale sundhedsmyndigheder på nationalt plan fastsætter 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 – un-

der hensyntagen til særlige, lokale sundhedsproblemer – tage afsæt heri.

Videre anbefaler Dansk Sygeplejeråd – på baggrund af sundhedsfaglig dokumentation fra bl.a. Sundhedsstyrelsen – at en kommune med 50.000 indbyggere opruster på den borgerrettede forebyggelse på tre fronter:

For det første skal kommunen sætte øget fokus på kost, rygning, alkohol og motion i hjemmeplejen, sundhedsplejen, dagtilbud, skoler, arbejdspladser 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.

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.

For det tredje skal kommunen gennemføre lokale oplysningskampagner og udviklingsprojekter.

Konkret foreslår Dansk Sygeplejeråd, at kommunen årligt opruster med ca. 1½ mio. kr. Ressourcerne skal dække:

- Målrettede oplysningskampagner og udviklingsprojekter, f.eks. udvikling af motionstilbud til motionssvage grupper (overvægtige børn, indvandrerpigier, 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 og kompetenceudvikling).

Indsatsen i almen praksis, regioner og hos de centrale sundhedsmyndigheder

Selv om kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, spiller regionerne, almen praksis og de centrale sundhedsmyndigheder også en rolle. Derfor anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at regionerne, almen praksis og de centrale sundhedsmyndigheder opruster på den borgerrettede forebyggelse ved bl.a. at:

- 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).

Tværgående borgerrettede indsatser

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at der gennemføres en række tværgående borgerrettede indsatser, bl.a. kommunale sundhedspolitikker med konkrete og målbare mål, sundhedsprofiler, en organisation, der kan føre den borgerrettede forebyggelse ud i livet (herunder sikre tæt sammenhæng til sygehuse og almen praksis), og nationale initiativer, der fremmer borgernes sundhed.

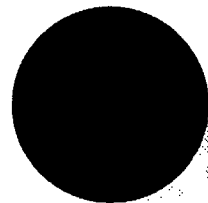


Det er ikke nok at flytte penge fra amterne til kommunerne

Det er nødvendigt at tilføre ressourcer til oprustningen over for de 4 KRAM-risikofaktorer, hvis regeringens mål om 'Flere gode leve år for alle -- i alle aldre' skal kunne realiseres. 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.

OVERSIGT

Borgerrettet forebyggelse (mio. kr.)	2007	2008	2009	2010	2011
Kommunal indsats:					
Kost: Øget fokus på kost hos forebyggende sundhedspersoner og sundhedsfaglige konsulenter, kostrådgivning samt oplysning, lokale kampagner mv.	200	200	200	200	200
Rygning: Øget fokus på rygning hos forebyggende sundhedspersoner og sundhedsfaglige konsulenter, rygestoptilbud samt oplysning, lokale kampagner mv.	125	125	125	125	125
Alkohol: Øget fokus på alkohol hos forebyggende sundhedspersoner og sundhedsfaglige konsulenter samt oplysning, lokale kampagner mv.	75	75	75	75	75
Motion: Øget fokus på fysisk aktivitet hos forebyggende sundhedspersoner og sundhedsfaglige konsulenter, motionstilbud samt oplysning, lokale kampagner mv.	200	200	200	200	200
National og regional indsats					
Intensiveret og systematisk rådgivning, nationale forebyggelsesprogrammer, kampagner, national monitorering mv.	200	200	200	200	200
Tværgående indsats					
Forskning, kvalitetsudvikling mv. og uddannelse	80	80	80	80	80
I alt	880	880	880	880	880



5. Handleplanens del 2: Patientrettet forebyggelse 2007-2011

Patientrettet forebyggelse har til formål at hindre, at sygdom udvikler sig yderligere, at udskyde eller forhindre komplikationer og tilbagefald, og 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 vigtig led i den patientrettede forebyggelse er den kontinuerte indsats over for patienterne, idet mange kronisk syge har behov for en forebyggelsesindsats med varierende mellemrum.

Den patientrettede forebyggelse omfatter i vidt omfang rehabiliteringstilbud, der bl.a. består af patientundervisning, styrkelse af egenomsorg, støtte til adfærdændringer (f.eks. via livsstilsrådgivning), genoptræning, psykosocial omsorg og efterbehandling. Derfor er der i mange tilfælde behov for en koordineret indsats fra sygehuse (bl.a. ambulatorier), almen praksis og kommuner.



Sundhedsstyrelsens 'Folkesygdomsprojekt'

Sundhedsstyrelsen igangsatte i 2003 et folkesygdomsprojekt med det formål at udvikle og styrke den systematiske forebyggelse af de 8 folkesygdomme og at medvirke til, at forebyggelse systematisk integreres i sundhedsvæsenets behandlingsindsats. Som delmål har folkesundhedsprojektet bl.a. at udarbejde idekataloger med forslag til konkrete forebyggelsesindsatser i sundhedsvæsenets regi. Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at folkesygdomsprojektet udvides til at omfatte egentlige nationale programmer for de 8 folkesygdomme, og at en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse afsætter ressourcer til at gennemføre dem.

Udgangspunkt: 'Sund hele livet'

Regeringens sundhedsprogram 'Sund hele livet' udpeger 8 folkesygdomme, hvor sundhedsvæsenet skal iværksætte patientrettet forebyggelse, nemlig:

- Hjertesygdomme
- KOL
- Type 2-diabetes
- Kræft
- Psykiske sygdomme
- Muskel- og skeletsygdomme
- Knogleskørhed
- Overfølsomhedssygdomme.

Dette forslag til en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse indeholder konkrete forslag til, hvilke initiativer, der skal tages i forhold til de 8 folkesygdomme i perioden 2007–2011, og et skøn over, hvor mange ressourcer der skal afsættes, for at forslagene kan omsættes i praksis.

Indledningsvis beskrives en række tværgående indsatser, der er en forudsætning for en effektiv patientrettet forebyggelse.



The Chronic Care Model

Sundhedsstyrelsen er i sit arbejde med kronisk syge inspireret af The Chronic Care Model, der er udviklet af en forskergruppe ved McColl Institute i Seattle, USA. Modellen har fundet anvendelse som grundlag for analyse, planlægning og implementering af en optimeret indsats for kroniske sygdomme i en række lande med forskelligt sundhedsvæsen, herunder England, Holland, Canada og Australien.

5.1. TVERGÅENDE PATIENTRETTEDE INDSATSER

Regionerne (herunder sygehuse og almen praksis) og kommunerne har i fællesskab ansvaret for den patientrettede forebyggelse. For at skabe sammenhæng i patientforløbene er det afgørende, at sundhedsaftalerne sætter fokus på den konkrete arbejdsdeling inden for hver af de 8 folkesygdomme.

Følgende forudsætninger skal være til stede, for at opgaven kan løses:

- Konkrete og målbare mål for den patientrettede forebyggelse.
- En forebyggelsesorganisation baseret på et tæt samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis.
- Et generelt patientuddannelsesprogram: Lær at leve med kronisk sygdom.
- Ressourcer til den patientrettede forebyggelse.

Konkrete og målbare mål for den patientrettede forebyggelse

'Sund hele livet' indeholder en række bredt formulerede, ikke-quantificerbare målsætninger for, hvordan sundhedsvæsenet skal sætte ind over for 8 folkesygdomme.

1 Ikke-målbare målsætninger i 'Sund hele livet'
'Sund hele livet' fastslår, at 'Antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom skal nedbringes.' Men det fremgår ikke, hvor meget antallet skal nedbringes, over for hvilke befolkningsgrupper, der skal gøres en særlig indsats, hvornår antallet skal være nedbragt, eller hvordan det skal ske.

Hvis intentionerne bag 'Sund hele livet' skal realiseres, er det nødvendigt, at regioner og kommuner i fællesskab formulerer 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.

Udgangspunktet er nationale mål, som de centrale sundhedsmyndigheder skal fastsætte.

Konkrete og målbare mål for hver af de 8 folkesygdomme er en forudsætning for, at sundhedsaftalerne mellem region og kommuner – der bl.a. skal omfatte patientrettet forebyggelse – bliver tilstrækkeligt forpligtende og præcise.

Afsættet er den enkelte regions og kommunes sundhedspolitik og sundhedsprofil (jf. kapitel 4.1 for en uddybning). Kommuner og regioner kan med fordel udarbejde en kronikerprofil for de 8 folkesygdomme.

Patientrettet forebyggelse består i vid udstrækning af rehabiliteringsforløb til den enkelte patient og grupper af patienter (se kapitel 3.6). Derfor skal regioner og kommuner bl.a. sætte mål for, hvor mange kronisk syge, der skal tilbydes et sådant forløb.

Indholdet af rehabiliteringstilbuddene afhænger af sygdommen og den enkelte patient, men kan bl.a. omfatte individuel og gruppebaseret tilrettelæggelse af sygepleje og behandling, information til og undervisning af patienter og pårørende (f.eks. i ambulatorier eller patientskoler), fysisk træning, støtte til omlægning af livsstil (kost, rygning mv.), psykosocial støtte og opfølgning.

Tilbuddene er rettet både mod patienter, der har eller har haft symptomer på deres sygdom, og patienter, der endnu ikke har symptomer, f.eks. patienter med knogleskørhed og patienter med hyperkolesterolemie uden blodprop i hjertet. Tilbuddene skal endvidere rettes både mod patienter, der er nydiagnosticerede, og patienter, der har haft sygdom igennem længere tid, og som har behov for fornyet rehabiliteringstilbud i forbindelse med en

forværring af tilstanden eller en "booster" for at fastholde nødvendige ændringer i livsstil.

Det skal videre bemærkes, at der for en række af folkesygdommene formentlig i praksis vil blive udviklet både intensive og ekstensive rehabiliteringsprogrammer (jf. senere i dette kapitel).

En forebyggelsesorganisation baseret på et tæt samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis

For mange patienter kræver den patientrettede forebyggelse en indsats både på sygehuse, ambulatorier, hjemmesygepleje, sundhedscentre og i almen praksis. For at skabe sammenhæng i de kroniske patienters forløb er det derfor nødvendigt, at region, almen praksis og kommune samarbejder tæt om den patientrettede forebyggelse og etablerer en forebyggelsesorganisation, der går på tværs af sektorgrænser.

Det gælder for det første i den konkrete udførelse af de patientrettede indsatser:

Den enkelte patient skal have sammenhæng i sit forløb gennem sundhedsvæsenet. Derfor skal sygehuse, hjemmesygepleje, sundhedscentre, almen praksis mv. formalisere samarbejdet omkring den patientrettede forebyggelse, f.eks. via forløbskoordinatorer el.lign.

En væsentlig del af tilbuddene til kronisk syge vil være kommunale og blive placeret på kommunale sundhedscentre. Det betyder, at rehabiliteringen kan foregå i borgernes nærmiljø, hvilket nedsætter transportomkostningerne, og at der kan etableres et samarbejde med lokale patientforeninger, idrætsforeninger, arbejdspladser m.v., som kan styrke patienternes aktive egenomsorg og muligheder for hensigtsmæssig sundhedsadfærd.

For det andet er et tæt samarbejde mellem region, almen praksis og kommune nødvendigt, fordi der er – og skal være – et tæt samspil mellem borgerrettet og patientrettet forebyggelse:

F.eks. spiller faktorer som fysisk inaktivitet, rygning og belastende arbejdsmiljø (herunder dårligt

psykisk arbejdsmiljø, stress, tunge løft og ensidigt gentaget arbejde) en rolle for, om en borger kommer til at lide af en eller flere af folkesygdommene. Tilsvarende har en borgerrettet forebyggelsesindsats på en række af KRAM-risikofaktorerne en dokumenteret effekt, når det drejer sig om at hindre eller forsinke udviklingen af en række af folkesygdommene.

For det tredje er et tæt samspil mellem region, almen praksis og kommune nødvendigt for at sikre den nødvendige udvikling af den patientrettede indsats:

I dag spiller amterne en vigtig rolle i udviklingen på forebyggelsesområdet. Bl.a. de faglige miljøer på sygehuse, amtssundhedsplejerskerne og amternes forebyggelseskonsulenter og -afdelinger er med til at opbygge faglig ekspertise, forske og udvikle forskningsbaseret viden, sprede ny viden til kommunerne osv. Også efter kommunalreformen er der behov for, at regionerne sætter sig i spidsen for udviklingen og spreder sin ekspertise til kommunerne.

Sundhedsaftalerne bør fastlægge den konkrete arbejdsdeling mellem region, almen praksis og kommune for hver af folkesygdommene og for de patientrettede forebyggelsesindsatser.

(Se kapitel 4.1 for en uddybning af de krav, der er til forebyggelsesorganisationen.)

Et generelt patientuddannelsesprogram:
Lær at leve med kronisk sygdom

Den enkelte patients viden om bl.a. symptomer, faktorer, der påvirker sygdomsudviklingen, og hensigtsmæssig adfærd, er en forudsætning for en hensigtsmæssig egenomsorg og for evnen til at fastholde den nødvendige sygepleje og behandling.

Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen, at den enkeltes muligheder for at leve med sin sygdom understøttes af sundhedsvæsenet gennem et systematisk patientuddannelses- og rehabiliteringstilbud.

Disse tilbud skal både omhandle de generelle problemer, der er forbundet med at have en kronisk sygdom, og de sygdomsspecifikke forhold vedrørende den konkrete sygdom. Muligheder for selvmonitorering af sygdomsforløb og behandlingseffekt skal udnyttes og understøttes med ny teknologi.

På baggrund af erfaringer fra Stanford University, USA, har Sundhedsstyrelsen afprøvet et uddannelsesprogram for patienter med kronisk sygdom, hvor patienter underviser medpatienter efter et nøje fastlagt program. Udgangspunktet for programmet er:

- Patienter med kronisk sygdom har ofte mere end en sygdom, og der er brug for en opfølgning, der tager højde herfor.
- Patienter med kronisk sygdom har fælles bekymringer og problemer, og de skal ikke bare håndtere selve sygdommene, men også de konsekvenser, som sygdommene har for deres liv.

Formålet med programmet er at give patienter med kronisk sygdom redskaber til bedre at kunne mestre problemer i hverdagen og derigennem øge deres livskvalitet.

Programmet består af 6 moduler a 2½ time, i alt 15 timer, og Sundhedsstyrelsen har gennemført en

vellykket praktisk afprøvning af uddannelsesprogrammet i Ribe og Københavns Amt. Erfaringerne fra projektet antyder, at det er et godt supplement til patientskoler, hvor også de pårørende inddrages.

I en kommune med 50.000 borgere vil der være mindst 15.000 med kronisk sygdom. Det vides ikke præcist, hvor mange af dem, der vil have behov for at deltage i uddannelsesprogrammet, og hvor mange af dem, der vil tage imod et tilbud.

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at der gradvist opbygges en kapacitet på 300 pladser årligt i hver kommune, så programmet kan tilbydes til en række forskellige patientgrupper.

Det skønnes, at et kursusforløb i gennemsnit koster ca. 1.000 kr. Udgifterne dækker administration, uddannelse af undervisere og instruktører mv.

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at der i 2007–2009 gradvist opbygges en kapacitet, så der er i 2007 er 10.000 kursusforløb på landsplan, 20.000 i 2008 og 30.000 i 2009. Det indebærer, at der bør afsættes 10 mio. kr. i 2007, 20 mio. kr. i 2008 og herefter 30 mio. kr. årligt fra 2009.

Lær at leve med kronisk sygdom (mio. kr.)	2007	2008	2009	2010	2011
Drift af patientuddannelsesprogrammet	10	20	30	30	30
Forskning mv. og uddannelse	1	2	3	3	3
I alt	11	22	33	33	33

Patientrettet forebyggelse: Tilbuddene er for uensartede

En undersøgelse af Netværket af Forebyggende Sygehuse viser, at mere end 1.100 forskellige forebyggelsesaktiviteter allerede i dag er igangsat på landets sygehuse. Kortlægningen viser imidlertid også, at tilbuddene er for uensartede og bl.a. karakteriseret ved:

- Ulige adgang til forebyggelse med uensartede tilbud og programmer for patienterne.
- Flot tværfaglig deltagelse, men ringe tværsektorielt samarbejde.
- Begrænset evaluering af indsatsen.
- Mangelfuldt økonomisk overblik med hensyn til ressourceforbrug og gevinster.
- Sparsom uddannelse i forebyggelse.
- Begrænset politisk og ledelsesmæssig opbakning.

Kortlægningen viser, at der er behov for en overordnet og koordineret funktion til støtte for udvikling, implementering, fastholdelse, uddannelse og dokumentation samt monitorering af forebyggelsesindsatsen på sygehuse.

Ressourcer til den patientrettede forebyggelse

Regioner og kommuner beskæftiger sig allerede i dag med patientrettet forebyggelse. F.eks. anslås det, at mere end 1.100 forskellige forebyggelsesaktiviteter er igangsat på landets sygehuse.

Men kun for hjertesygdomme foreligger der et nationalt rehabiliteringsprogram. For de andre folkesygdomme eksisterer der i varierende grad kliniske retningslinjer, vejledninger, medicinske teknologivurderinger mv., men der mangler egentlig nationale rehabiliteringsprogrammer.

Derfor er sundhedsvæsenets indsats af varierende omfang, systematik og kvalitet, og der gennemføres i dag ikke tilstrækkelig rehabilitering i forbindelse med alle 8 folkesygdomme. F.eks. viser en ny undersøgelse, at kun meget få af de indlagte KOL-patienter får udarbejdet en genoptræningsplan.

Med kommunalreformen får kommunerne overført ca. 800 mio. kr. fra de nuværende amter til

genoptræning. Dette beløb skal dække den genoptræning, der hidtil er udført på sygehuse, og som nu flyttes til kommunerne – typisk genoptræning af geriatriske patienter, patienter med apopleksi eller ortopædkirurgiske patienter.

Det er urealistisk, at den patientrettede forebyggelse, der er behov for i forhold til de 8 folkesygdomme, kan gennemføres ved at flytte ressourcer, men uden at tilføre ekstra ressourcer. Der er behov for at tilføre flere ressourcer til den patientrettede forebyggelse, hvis intentionerne bag 'Sund hele livet' skal indfries.

Ressourcerne skal først og fremmest anvendes til at tilbyde flere patienter end i dag et rehabiliteringsprogram. Derudover skal en mindre del af ressourcerne anvendes til at udvikle nationale, forskningsbaserede rehabiliteringsprogrammer for alle 8 folkesygdomme (jf. kapitel 3).

Der foreligger kun få økonomiske analyser af omkostningerne ved rehabiliteringsprogrammer. Omkostningerne afhænger bl.a. af tilbuddets omfang, hvilke faggrupper der er involveret, holdstørrelser og kapacitetsudnyttelse af det enkelte rehabiliteringstilbud.

I de skøn, Dansk Sygeplejeråd baserer dette forslag på, tages afsæt i beregninger fra Hjerterehabileringsklinikken på Bispebjerg Hospital, der anslår, at et rehabiliteringstilbud, som er baseret på og lever op til et nationalt program, i gennemsnit koster 7.500 kr. pr. patient. Heri er indeholdt de direkte udgifter til selve programmets gennemførelse og de indirekte udgifter til lokaler, transport mv.

På baggrund af erfaringerne med bl.a. KOL- og type 2-diabetesrehabilitering skønner Dansk Sygeplejeråd, at det samme vil gøre sig gældende inden for de andre folkesygdomme, bl.a. fordi der for en række af folkesygdommene formentlig i praksis vil blive udviklet både intensive og ekstensive rehabiliteringsprogrammer og tilbud til både nydiagnosticerede og kronisk syge, der har behov for et opfølgende 'booster-tilbud'.

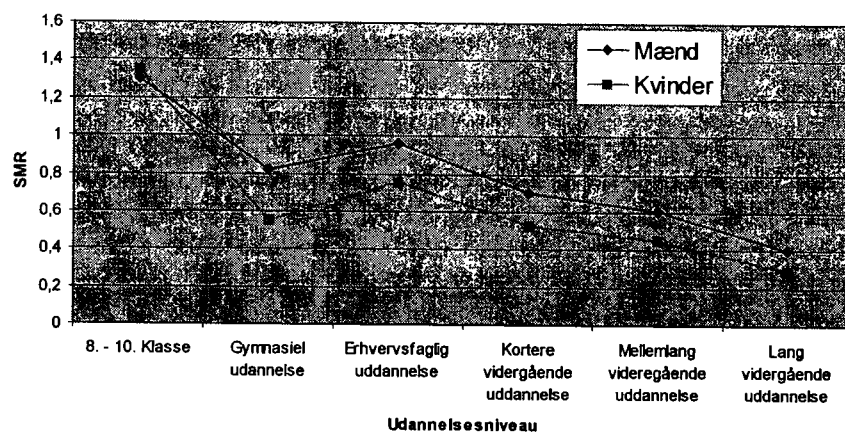
Der foreligger ikke systematiske undersøgelser af, hvor mange patienter der bør have et rehabiliteringstilbud, og hvor mange der forventes at tage imod tilbuddet. I de skøn, Dansk Sygeplejeråd baserer dette forslag på, tages afsæt i udmeldinger fra de centrale sundhedsmyndigheder, Netværket af Forebyggende Sygehuse, faglige og videnskabelige selskaber mv.

Der vil altid være et vist element af usikkerhed i anvendelsen af sådanne skøn. Dansk Sygeplejeråd opfordrer de centrale sundhedsmyndigheder til løbende at justere dels prisen og dels omfanget af de enkelte rehabiliteringstilbud i takt med, at der indhøstes ny forskningsbaseret viden og praktiske erfaringer med den patientrettede forebyggelse. I de følgende afsnit angives et skøn for, hvad det vil koste at sikre up to date, dækkende rehabiliteringstilbud til de tusindvis af patienter, der har eller får en eller flere af folkesygdommene. Afsættet er regeringens sundhedsprogram 'Sund hele livet'.

5.2. HJERTESYGDOMME

Knap 200.000 danskere lever i dag med en hjertesygdom, og der er cirka 13.000 årlige dødsfald som følge af sygdommen. Siden 1985 har der været et fald i dødeligheden af hjertesygdom for både mænd og kvinder, bl.a. på grund af sundere livsstil i befolkningen og bedre sygepleje- og behandlingsmetoder.

FIGUR 10
Dødelighedsrate for iskæmisk hjertesygdom (personer 30-64 år fordelt efter uddannelse, 1996 - 1999)



Note: SMR: Standardiseret mortalitetsratio.

Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed. Hjertestatistik 2004.



Fakta om hjertesygdomme

- Hjertesygdomme er en fællesbetegnelse for en række sygdomme, der rammer hjerte og blodkar.
- Sygdommene skyldes hovedsageligt åreforsnævring, der opstår på grund af aflejring af fedtstoffer i blodårenes vægge med åreforkalkning til følge.
- Blandt de hyppigste hjertesygdomme er blodprop i hjertet, forsnavringer af hjertets kranspulsårer, hjertesvigt, forhøjet blodtryk og forstyrrelser i hjerterytmen.

Hvert år indlægges omkring 57.000 personer med en hjertesygdom, heraf omkring halvdelen i forbindelse med iskæmisk hjertesygdom. Tallet har været let stigende siden 1990 som følge af et øget antal ældre og forbedrede sygepleje- og behandlingstilbud.

Social ulighed

Hjertesygdomme er socialt ulige fordelt i befolkningen. Der er en klar sammenhæng mellem uddannelse og dødelighed i forbindelse med iskæmisk hjertesygdom (jf. figur 10).

En række faggrupper har markant højere dødelighed end gennemsnittet. For mænd gælder det rengøring og renovation, transport og anlæg, manuelt arbejde inden for bygge-/anlægsbranchen og transport. For kvinderne er dødeligheden som følge af hjertesygdomme markant højere inden for følgende fag: Rengøring og renovation, service og omsorg.

Indvandrere har en højere behandlingsrate for hjertesygdomme. Årsagen formodes at være livsstilefaktorer og øget forekomst af diabetes.

Omkostninger

Hjerte- karsygdomme tegner sig for ca. 17% af det samlede sengedagsforbrug. Der er cirka 2,7 millioner årlige lægekonsultationer i almen praksis vedrørende hjertesygdomme.

Omkostninger til sygepleje og behandling i forbindelse med hjertesygdomme beløber sig til ca. 3 mia. kr. om året.

Hertil skal lægges omkostninger til hjemmesygepleje og -hjælp, bl.a. på grund af følgesygdomme, og omkostninger i forbindelse med sygemeldinger, førtidspension og tidlig død.

Patientrettet forebyggelse

'Sund hele livet' fastlægger det mål, at:

- Antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom skal nedbringes.
- Sygdomsudvikling blandt personer med høj risiko skal forebygges, bl.a. ved hjerterehabilitering for patienter med hjerte- karsygdom.

Der er dokumentation for, at hjerterehabilitering forebygger nye sygdomsepisoder og nedsætter dødeligheden på grund af hjertesygdom, og Sundhedsstyrelsen har udsendt et nationalt program for hjerterehabilitering.

Hjerterehabilitering tilrettelægges i overensstemmelse med den enkelte patients behov og ressourcer. Et rehabiliteringstilbud omfatter individuel tilrettelæggelse af sygepleje og behandling, patientinformation og undervisning, fysisk træning, støtte til rygestop, støtte til kostomlægning,

Case: Måltrettet rehabilitering for kroniske hjertesvigtpatienter

Københavns første sundhedscenter på Østerbro yder måltrettet rehabilitering over for bl.a. patienter, der lider af hjertesvigt. Sygeplejersker, fysioterapeuter, rygestopinstruktører og kliniske diætister sørger i samarbejde for at koordinere målrettede tilbud til patienterne. Vurderingen er, at sundhedscenterets indsats er med til at nedbringe antallet af genindlæggelser blandt sundhedscenterets patienter med 15-20%

En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit ca. 2.000 borgere med hjertesygdomme. Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at der årligt gennemføres rehabiliteringstilbud til ca. 100 patienter med hjertesygdomme.

psykosocial støtte, optimering af medikamentel behandling og risikofaktorkontrol, opfølgning og vedligeholdelse.

Samarbejdet mellem regioner og kommuner spiller en afgørende rolle i hjerterehabilitering, idet der kræves en indsats over for patienter og pårørende både på sygehuse, i almen praksis, i hjemmesygeplejen og i sundhedscentre i samarbejde med udgående funktioner fra hjerteafdelingerne. Det tværsektorielle samarbejde er også vigtigt, fordi en indsats over for KRAM-risikofaktorerne kost, rygning og motion har stor betydning.

Herudover spiller de centrale sundhedsmyndigheder en rolle i forhold til bl.a. etablering af uddannelsesprogrammer i hjerterehabilitering for sundhedspersonale og forskning.

Sundhedsøkonomiske beregninger viser, at hjerterehabilitering er omkostningseffektivt.

Budget for 2007-2011

Sundhedsstyrelsen skønner, at cirka 10.000 patienter årligt har behov for rehabilitering. (Hjerteforeningen skønner behovet til 15-20.000 patienter.) For tiden modtager omkring 4-6.000

hjerterpatienter forskellige former for hjerterehabilitering, men disse tilbud er af meget forskelligt omfang og indhold, og de færreste tilbud lever op til det nationale program. Der er derfor brug for at udvikle de fleste tilbud.

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at der fra 2007 afsættes midler til landsdækkende implementering af Sundhedsstyrelsens hjerterehabiliteringsprogram. Det indebærer, at kommuner, almen praksis og regioner forpligtes til at opbygge en landsdækkende kapacitet på ca. 5.000 pladser i 2007, ca. 7.000 i 2008 og ca. 10.000 pladser fra 2009 og frem.

Hjertesygdom	2007	2008	2009	2010	2011
(mio. kr.)					
Hjerterehabilitering	37,5	50	75	75	75
Forskning, kvalitetsudvikling mv. og uddannelse	3,75	5	7,5	7,5	7,5
I alt	41,25	55	82,5	82,5	82,5

Note: Skønnet tager afsæt i beregninger fra Hjerterehabiliteringsklinikken på Bispebjerg Hospital, der anslår, at et rehabiliteringstilbud, som er baseret på og lever op til et nationalt program, i gennemsnit koster 7.500 kr. pr. patient. Heri er indeholdt de direkte udgifter til selve programmets gennemførelse og de indirekte udgifter til lokaler, transport mv. Se kapitel 3 og 5.1 for forudsætninger og uddybning.

Note: Det er ikke muligt at opgøre præcist, hvor stor del af forslaget der er omfattet af eksisterende tilbud i sundhedsvæsenet. Dansk Sygeplejeråd skønner, at kun en begrænset del af disse lever op til anbefalingerne i det nationale program for hjerterehabilitering.

Herudover kan der med fordel iværksættes patientrettet forebyggelse på en række andre områder, f.eks. apopleksi. Det ligger uden for rammerne af 'Sund hele livet' og dermed dette forslag til en national handleplan.

5.3. KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYGDOM (KOL)

I Danmark findes der cirka 200.000 KOL-patienter. Hvert år dør 3.500 danskere af KOL, og yderligere 2.200 dør af lidelser, hvor KOL er en medvirkende årsag.

Antallet af dødsfald som følge af KOL steg med 50% fra 1985-2002. I 1999 var KOL den fjerde hyppigste dødsårsag i Danmark.

Dødeligheden for KOL er højere i Danmark end i andre europæiske lande, og danske kvinder har på verdensplan den højeste dødelighed som følge af KOL (jf. figur 11). Da antallet af storrygere (mere end 15 cigaretter dagligt) er steget i de sidste 30-40 år, kan vi i de kommende år forvente en fortsat stigning i antallet af KOL-tilfælde.

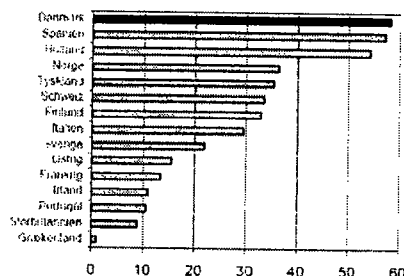
Fakta om KOL

KOL er en kronisk betændelsestilstand i luftvejene, der medfører hævede og irriterede luftveje, øget slimdannelse og ødelagte lungesække.

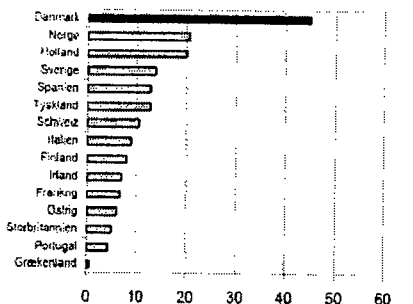
- KOL udvikler sig over en årrække og er sjældent før 50-årsalderen.
- I senere stadier af sygdommen opstår komplikationer som infektioner, underernæring, hjertesvigt, tab af muskelmasse samt psykiske lidelser som angst og depression. Det sidste stadium er en meget pinefuld død som følge af den langsomme kvælning.
- 85-90% af alle KOL-tilfælde skyldes rygning, og 15-25% af alle rygere vil udvikle KOL.

FIGUR 11
Dødeligheden af KOL og astma, 1999. Aldersstandardiserede rater pr. 100.000

Mænd



Kvinder



Juel og Døssing: 'KOL i Danmark. Sygdommen, der hver dag koster 10 danskere livet'. Statens Institut for Folkesundhed, 2003

Omkring 15.000 danskere lider af KOL i en sådan grad, at de er betydeligt handicappede i hverdagen.

Social ulighed

Der er tre gange så høj indlæggelsehyppighed for KOL blandt personer i den laveste socioøkonomiske gruppe i forhold til personer i den højeste socioøkonomiske gruppe.

Der er en klar sammenhæng mellem lav socioøkonomisk gruppe og andelen af storrygere: Der er en høj andel af storrygere blandt arbejdsløse, ikke-faglærte arbejdere og førtidspensionister sammenlignet med andre beskæftigelsesgrupper.

Behandlingsraten for luftsvejssygdomme – f.eks. KOL – er højere for indvandrere.

Omkostninger

Der er 23.000 sygehusindlæggelser om året som følge af KOL, hvilket udgør ca. 20% af indlæggelserne på medicinske afdelinger. Antallet af indlæggelser har været stærkt stigende i de sidste 25 år. KOL-patienterne har ofte mange sengedage, og næsten en fjerdedel genindlægges inden for 30 dage.

KOL koster årligt 3,2-3,8 mia. kr. i direkte sygehusudgifter til sygepleje, behandling mv. Hertil kom-

mer udgifter til hjemmesygepleje og hjemmehjælp og til sociale udgifter.

Patientrettet forebyggelse

'Sund hele livet' fastlægger det mål, at:

- Væksten i antallet af personer, der udvikler KOL skal nedbringes.
- Komplikationer og sygdomsudvikling blandt patienter med KOL skal forebygges, bl.a. ved rygestopaktiviteter.

Der er dokumentation for, at KOL-patienter, der gennemfører et rehabiliteringsforløb, får forhøjet funktionsniveau og bedre livskvalitet. Undersøgelser tyder på, at rehabilitering efterfølgende kan mindske antallet af sygehusindlæggelser og behovet for intensiv behandling.

Sundhedsstyrelsen forventes i 2006 at udsende et nationalt program for KOL-rehabilitering og for tidlig opsporing af KOL-patienter, så KOL-rehabilitering fremover kommer til at indgå som en fast del af sundhedsvæsenets forebyggende tilbud til KOL-patienter i Danmark.

Erfaringerne og den foreliggende forskning peger på, at det nationale program for KOL-rehabilitering bl.a. vil omfatte, at alle patienter med forstadier til KOL bør tilbydes støtte til rygestop i form af rygestopkursus, og at alle patienter, der

får stillet diagnosen KOL, bør have et tilbud om et rehabiliteringsforløb, der omfatter rygeafvænning, undervisning i KOL og copingstrategier, ernæringsterapi, medicinsk behandling, fysisk træning, lungefysioterapi, psykoterapi og psykosocial støtte og ergoterapeutisk vejledning.

Effektiv KOL-rehabilitering forudsætter, at kommuner, almen praksis og regioner arbejder tæt sammen, så der skabes sammenhæng i den patientrettede forebyggelse. F.eks. er det vigtigt, at sygehuse, ambulatorier, sundhedscentre, hjemmesygepleje og almen praksis koordinerer den enkelte patients forløb tæt, og at både hjemmesygeplejen og almen praksis foretager tidlig opsporing af KOL hos deres patienter. Det forudsætter bl.a. fælles undervisning for sundhedspersonale på tværs af sektorer.

Det er også vigtigt, at der iværksættes en målrettet indsats over for KRAM-risikofaktorer som rygning og fysisk inaktivitet.

Case: Kommunal indsats for KOL-patienter

Fysisk træning og undervisning om, hvordan man skal håndtere sin sygdom, forebygger indlæggelser af KOL-patienter i Gladsaxe Kommune. Patienterne får det bedre, de danner sociale netværk og kan lave øvelser på omsorgscentret, de ikke tør lave i eget hjem. En sygeplejerske underviser patienterne i, hvordan de skal håndtere og tage deres medicin, en ergoterapeut vejleder patienterne i øvelserne, en praktiserende læge underviser i sygdommen, og en diætist vejleder om kosten.

Herudover spiller de centrale sundhedsmyndigheder en rolle i forhold til bl.a. etablering af uddannelsesprogrammer for sundhedspersonale og forskning.

Budget for 2007–2011

Sundhedsministeriet har i de senere år bevilget omkring 60 mio. kr. til forsøg med KOL-rehabiliteringstilbud på sygehuse og i kommuner, men der er behov for at sikre varig finansiering af KOL-rehabilitering.

Aktuelt skønnes det, at ca. 1.200 patienter om året modtager et KOL-rehabiliteringstilbud, men tilbuddene må på landsplan formodes kun i begrænset omfang at leve op til det kommende nationale program.

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at kapaciteten over de næste 5 år udbygges til 10.000 patienter årligt. Det landsdækkende rehabiliteringstilbud til KOL-patienter skal tage afsæt i Sundhedsstyrelsens kommende program herfor, og kommuner, almen praksis og regioner skal forpligtes til at implementere det.

En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit ca. 2.000 borgere med KOL. Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at der årligt gennemføres rehabiliteringstilbud til ca. 100 KOL-patienter.

KOL (mio. kr.)	2007	2008	2009	2010	2011
KOL-rehabilitering	37,5	50	7,5	7,5	7,5
Forskning, kvalitetsudvikling mv. og uddannelse	3,75	5	7,5	7,5	7,5
I alt	41,25	55	82,5	82,5	82,5

Note: Det skønnes (bl.a. på baggrund af erfaringer fra Ribe Amt), at den samlede pris på et KOL-rehabiliteringsforløb i omfang og indhold kan sidestilles med et hjerterehabiliteringsforløb. Der foreligger også beregninger for KOL-rehabiliteringsforløb, der viser en lavere pris. Dette hænger blandt andet sammen med, at der kan være væsentlige forskelle i holdstørrelser, omfang og indhold af det enkelte program, hvilket har stor betydning for prisen, ligesom der er forskelle på, i hvilket omfang omkostninger til transport, lokaler og administrative omkostninger indregnes. Når det nationale program foreligger, kan de centrale sundhedsmyndigheder angive et mere præcist kapacitets- og udgiftsskøn. Se kapitel 3 og 5.1 for forudsætninger og uddybning.

Note: Det er ikke muligt at opgøre præcist, hvor stor del af forslaget der er omfattet af eksisterende tilbud i sundhedsvæsenet. Dansk Sygeplejeråd skønner, at kun en begrænset del af disse lever op til anbefalingerne i det kommende nationale program for KOL-rehabilitering.

5.4. TYPE 2-DIABETES

I Danmark er der mellem 200.000 og 300.000 patienter med type 2-diabetes. Heraf har kun halvdelen fået stillet diagnosen. Sygdommen udvikles langsomt, og der kan gå en årrække uden mærkbare symptomer. Derfor diagnosticeres sygdommen ofte tilfældigt.

Hvert år får 10-20.000 danskere stillet diagnosen type-2-diabetes. Forekomsten er kraftig stigende i befolkningen og forekommer i stadig yngre aldersgrupper.

Den aldersstandardiserede dødelighed er steget fra 16 pr. 100.000 i 1985 til 26 pr. 100.000 i 2001.

De alvorlige senkomplikationer som f.eks. amputationer, apopleksi og blindhed forringer den enkeltes livskvalitet og koster sundheds- og socialvæsenet mange ressourcer.

Omkostninger

De årlige udgifter til sygepleje og behandling af diabetespatienter beløber sig til 6-8 mia. kr. Heraf bruges ca. 10% til medicin og ca. 10% til kontrol-/rutinebesøg, mens de resterende 80% af udgifterne går til sygepleje og behandling i forbindelse med senkomplikationer.

Hertil skal lægges udgifter til hjemmesygepleje, hjemmehjælp mv. og til sygedagpenge, førtidspensionering mv.

Social ulighed

Der er klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og forekomsten af type 2-diabetes: Forekomsten er ca. dobbelt så stor blandt lavtuddannede som blandt højtuddannede.

Behandlingsraten for type 2-diabetes er 3-8 gange højere blandt indvandrere.

Fakta om type 2-diabetes

- Type 2-diabetes er en kronisk stofskiftesygdom, som er kendetegnet ved et forhøjet blodsukker og forstyrrelser i kroppens omsætning af kulhydrater, proteiner og fedt.
- Med sygdommen øges risikoen for at udvikle en række alvorlige senkomplikationer, bl.a. åreforkalkning i hjertet, hjernen og benene og forandringer i øjne, nyrer og nervebaner.
- Diabetespatienter har betydelig overdødelighed i forhold til ikke-diabetikere.

Patientrettet forebyggelse

'Sund hele livet' fastlægger det mål, at:

- Væksten i antallet af personer med type 2-diabetes skal nedbringes.
- Komplikationer hos patienter med aldersdiabetes skal forebygges, bl.a. ved egenomsorgsinitiativer.

Der eksisterer ikke et egentligt nationalt rehabiliteringsprogram for type 2-diabetes (om end Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en Medicinsk Teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling, og Sundhedsministeriet har udsendt en handlingsplan om diabetes). Derfor er et vigtigt element i den patientrettede forebyggelse at udvikle et nationalt rehabiliteringsprogram.

I 2003 bevilgede Sundhedsministeriet 70 mio. kr. til bl.a. en række lokale forsøg med diabeteskoler, lokale forebyggelsesprojekter m.v. Der råder på nuværende tidspunkt usikkerhed om, hvilke elementer, der bør indgå i den patientinvolverende undervisning, og om selve omfanget af undervisningen.

Erfaringerne og den foreliggende forskning tyder på, at et nationalt rehabiliteringsprogram bl.a. skal sigte mod at styrke patientens handlekompetence og motivation for egenomsorg i forhold til

sygdommen med henblik på at forebygge senkomplikationer (bl.a. blindhed, amputationer og dialysekrævende nyresygdom) og øge patienternes livskvalitet. Undervisningen skal først og fremmest understøtte nødvendige livsstilsændringer hos patienterne (bl.a. i forhold til kost og fysisk træning) og øge patienternes viden om sygdommen, sygepleje og behandling og indtagelse af medicin.

Effektiv patientrettet forebyggelse kræver, at regioner, almen praksis og kommuner arbejder tæt sammen om diabetesrehabiliteringen, bl.a. i forhold til diabeteskolerne og i forhold til vejledning mv. i hjemmesygeplejen, på sygehuse, i almen praksis mv.

Det er også vigtigt, at der sker en tidlig opsporing af patienterne og at der iværksættes en målrettet indsats over for KRAM-risikofaktorerne.

De centrale sundhedsmyndigheder spiller bl.a. en rolle i forbindelse med forskning og uddannelsesprogrammer.

Budget for 2007–2011

Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt et nationalt program for rehabiliteringstilbud til patienter med type 2-diabetes. Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at der i 2007–2008 udarbejdes et nationalt program, som forpligter regioner og kommuner.

Det nationale program skal implementeres i perioden fra 2009–2011 og videre frem. Dansk Sygeplejeråd foreslår, at kommuner, almen praksis og regioner forpligtes til at opbygge en kapacitet på 5.000 pladser i 2009, 7.000 pladser i 2010 og 10.000 pladser fra 2011.

Case: Livsstil og egenomsorg på skoleskemaet

Diabetikere kan lære egenomsorg og at tage ansvar overfor sig selv og egen sygdom på diabeteskoler. På skoler i blandt andet Roskilde, Brædstrup, Ringkøbing og Odense bliver diabetikere undervist i at måle blodglykose, madlavning og får hjælp til at sammensætte et målrettet motionsprogram. Diabetikerne får viden om sammenhængen mellem sygdom, levevis og behandling, så de får bedre kontrol over deres diabetes og får en øget livskvalitet.

En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit ca. 2-3.000 borgere med type 2-diabetes. Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at der årligt gennemføres rehabiliteringstilbud til ca. 100 diabetespatienter.

Type 2-diabetes (mio. kr.)	2007	2008	2009	2010	2011
Diabetesrehabilitering	20	20	37,5	50	75
Forskning, kvalitetsudvikling mv. og uddannelse			3,75	5	7,5
I alt	20	20	41,25	55	82,5

Note: Det skønnes, at prisen på et type 2-diabetesrehabiliteringsforløb i omfang og indhold kan sidestilles med et hjerterehabiliteringsforløb. Når det nationale program foreligger, kan de centrale sundhedsmyndigheder angive et mere præcist kapacitets- og udgiftsskøn. Se kapitel 3 og 5.1 for forudsætninger og uddybning.

Note: Det er ikke muligt at opgøre præcist, hvor stor del af forslaget, der er omfattet af eksisterende tilbud i sundhedsvæsenet. Dansk Sygeplejeråd skønner, at kun en begrænset del af disse lever op til anbefalingerne i et kommende nationalt program for diabetesrehabilitering.

5.5. KRÆFTSYGDOMME

Cirka 230.000 borgere i Danmark lever med en kræftsygdom.

Antallet af nye kræfttilfælde er steget gennem de sidste mange år, og det forventes at stige fra i dag ca. 34.000 årlige tilfælde til ca. 43.000 årlige tilfælde omkring 2020, bl.a. fordi andelen af ældre i befolkningen øges.

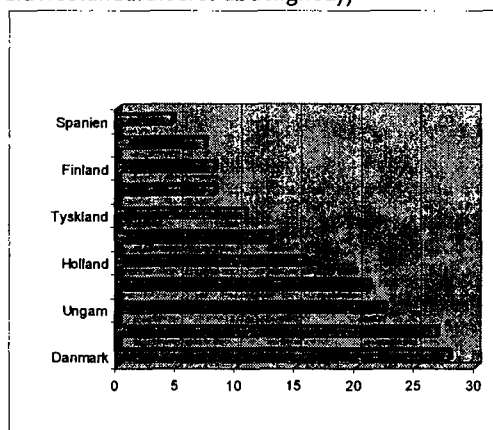
Hver 3. dansker får stillet en kræftdiagnose i løbet af livet.

Antallet af kræfttilfælde i Danmark er langt større end i vores nabolande. Det gælder specielt lungekræft (jf. figur 12).

Hvert år dør ca. 15.000 borgere i Danmark af kræft.

Mange kræftpatienter har alvorlige senfølger af sygdommen og behandlingen, bl.a. i form af træthed, vægttab, smerter, reduceret funktionsevne, nedsat livsmot og depressive symptomer.

FIGUR 12
Lungekræft hos kvinder
(antal tilfælde pr. 100.000, aldersstandardiseret dødelighed)



Kilde: WHO, IARC cancerdatabase



Fakta om kræft

- Kræft dækker over en lang række af sygdomme, der er kendetegnet ved ukontrolleret celledeling i forskellige organer.
- For kvinder er de hyppigste former brystkræft, ikke-melanom hudkræft, endetarmskræft og tyktarmskræft.
- For mænd er de hyppigste kræftformer hudkræft, prostatakræft og lungekræft.

Social ulighed

Kræftsygdommene rammer forskelligt i befolkningen:

Lungekræft og livmoderhalskræft optræder hyppigere hos personer med kortvarig uddannelse end hos personer med langvarig uddannelse. Det omvendte gør sig gældende for brystkræft og prostatakræft.

Blandt indvandrere er behandlingsraten for kræftsygdomme lavere.

Omkostninger

Det er vanskeligt at angive et skøn over, hvor store økonomiske omkostninger der er forbundet med kræftsygdomme.

I almen praksis er der cirka 550.000 årlige konsultationer vedrørende kræft, enten på grund af angst for at have kræft eller i forbindelse med diagnose og behandling.

Patientrettet forebyggelse

'Sund hele livet' fastlægger det mål, at:

- Antallet af kræfttilfælde skal nedbringes ved reduktion af befolkningens udsættelse for risikofaktorer, der vides at være forbundet med udvikling af kræftsygdom.

Kræftplan 2 skønner, at cirka 70% af nydiagnosticerede kræftpatienter har behov for et rehabiliteringstilbud. Men der foreligger ikke et nationalt program for rehabilitering af kræftpatienter, og sundhedsvæsenets rehabiliteringstilbud til kræftpatienter er i dag af et meget beskedent omfang – i det omfang de overhovedet er til stede.



Case: Forløbskoordination for kræftpatienter

På Frederiksberg Sundhedscenter har man gjort koordinationen til et særligt indsatsområde og ansat fire sundhedskoordinationer. De sørger bl.a. for at hjælpe kræftpatienter gennem systemet, så de får den nødvendige sammenhæng og koordination i de forskellige behandlinger, genoptrænings- og sygepleje- og omsorgstilbud.



Case: Rehabilitering af kræftpatienter

Dallund er det første rehabiliteringscenter i Danmark, hvor færdigbehandlede kræftpatienter bliver tilbudt et aktivt kursusforløb af 6 dages varighed. Målet med opholdet er at give kursisterne ny energi og nye mål gennem viden om deres sygdom, fysisk aktivitet, tid til samvær og erfaringsudveksling, sunde måltider samt udarbejdelse af egen handleplan.

Erfaringerne og den foreliggende forskning tyder på, at et kommende nationalt rehabiliteringsprogram bør sætte fokus på at imødegå patienternes senkomplikationer som f.eks. smerter, reduceret funktionsevne og depressive symptomer. Det kan ske gennem et rehabiliteringstilbud, hvor patienter bl.a. får viden om sygdommen, deltager i sundhedsfremmende aktiviteter som rygestop, fysisk aktivitet og ernæringsrigtig kost, lærer copingstrategier og egenomsorg, modtager genoptræning, og hvor patienterne lærer at være opmærksomme på symptomer og forstå egne psykiske reaktioner mv.

Rehabilitering af kræftpatienter har på det mere overordnede plan en række fællestræk med den rehabiliteringsindsats, der tilbydes patienter med andre folkesygdomme. Der gør sig dog også en række mere specifikke forhold gældende for kræftpatienterne. Der er ofte tale om meget langvarige og meget indgribende forløb med mangeartede og ofte kroniske senfølger, og der kan være stor usikkerhed om resultatet med deraf følgende angst for recidiv som følge.

Samarbejde mellem sundhedsvæsenets forskellige grene er helt afgørende for en effektiv kræftrehabilitering. Kræftpatienter har ofte lange og komplicerede forløb, og det har stor betydning for rehabiliteringen, at der er sammenhæng i patientforløbet. Derfor skal der etableres et tæt samarbejde mellem sygehus, almen praksis, hjemmesygepleje og sundhedscentre – f.eks. i form af en forløbskoordinator.

Der skal også etableres fælles undervisning om kræftrehabilitering for hjemmesygeplejersker, konsultationssygeplejersker, praktiserende læger mv. De centrale sundhedsmyndigheder spiller en vigtig rolle i forbindelse med bl.a. uddannelsesprogrammer og forskning.

Et tæt samarbejde mellem regioner og kommuner er også nødvendigt, fordi en indsats over for KRAM-risikofaktorerne har betydning for forebyggelsen af kræft. Man regner med, at ca. 35% af samtlige kræfttilfælde kan forebygges. Tobaksrygning, alkohol, overvægt, fysisk inaktivitet, stråling og infektioner er de risikofaktorer, der tegner sig de største forebyggelsespotentialer.

Budget for 2007–2011

Der foreligger ikke et nationalt program for rehabilitering af kræftpatienter. Som led i Kræftplan 2 er der afsat 40 mio. kr. til en toårig udviklingsperiode af rehabiliteringstilbud (2006–2007). Dansk Sygeplejeråd foreslår, at den toårige udviklingsperiode udvides med endnu et år, så der med udgangen af 2008 kan foreligge et nationalt program for kræftrehabilitering, som forpligter regioner, almen praksis og kommuner.

Dansk Sygeplejeråd foreslår videre, at det nationale program implementeres i 2009–2011. Kapaciteten opbygges gradvist med 8.000 pladser i 2009, 16.000 pladser i 2010 og 24.000 pladser i 2011.

Kræft (mio. kr.)	2007	2008	2009	2010	2011
Kræftrehabilitering	20	20	60	120	180
Forskning, kvalitetsudvikling mv. og uddannelse			6	12	18
I alt	20	20	66	132	198

Note: Det skønnes, at den gennemsnitlige pris på et kræftrehabiliteringsforløb i omfang og indhold kan sidestilles med et hjerterehabiliteringsforløb. Når det nationale program foreligger, kan de centrale sundhedsmyndigheder angive et mere præcist kapacitets- og udgiftsskøn. Se kapitel 3 og 5.1 for forudsætninger og uddybning.

Note: Det er ikke muligt at opgøre præcist, hvor stor del af forslaget der er omfattet af eksisterende tilbud i sundhedsvæsenet. Dansk Sygeplejeråd skønner, at kun en begrænset del af disse lever op til anbefalingerne i et kommende nationalt program for kræftrehabilitering.

Note: Kræftplan 2 afsætter 20 mio. kr. til udvikling af et kræftrehabiliteringsprogram i (2006 og) 2007.



En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit ca. 2.300 borgere med kræft. Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at der årligt gennemføres rehabiliteringstilbud til ca. 240 kræftpatienter.

På grundlag af Kræftplan 2 skønnes det, at cirka 24.000 kræftpatienter vil have behov for et rehabiliteringstilbud, heraf ca. halvdelen for et intensivt tilbud.

Fakta om psykiske sygdomme

Psykiske sygdomme er en sammensat gruppe af sygdomme, der omfatter organiske psykiske lidelser (demens, hjerneskade mv.), psykiske lidelser på baggrund af misbrug (inkl. afhængighed i sig selv), lidelser med psykotiske symptomer (f.eks. skizofreni), affektive sindslidelser (f.eks. depression), nervøse og stressrelaterede tilstande, personlighedsforstyrrelser og andre adfærdsændringer (inkl. f.eks. spiseforstyrrelser).

5.6. PSYKISKE SYGDOMME

Ca. 200.000 danskere lider af depression, 200.000 af angst, og 200.000 har et alkoholmisbrug. Herudover er 40.000 ramt af svære psykoser og 50.000 af demens. Hver anden dansk familie kommer i kontakt med sundhedsvæsenet i forbindelse med psykiske sygdomme.

Målt i tabte gode leveår er depression den alvorligste sygdom i Danmark. Cirka 3% af alle voksne lider af depression på et givet tidspunkt, og 5% vil udvikle depression inden for en 12-måneders periode.

I forbindelse med de fleste alvorlige kropslige sygdomme udvikles depression hos mindst 25%, som ofte ikke diagnosticeres.

Angst, for eksempel i form af panikangst, socialangst og posttraumatisk stresssyndrom (PTSD) er lige så belastende som depression. Medarbejdere med angst har for eksempel 6 gange så meget sygefravær som medarbejdere uden angst.

I 2003 var cirka 336.000 personer i behandling med antidepressiva i Danmark, ligeligt fordelt på mennesker med depression og angst.

Social ulighed

Selvrapporterede nervøse lidelser forekommer 2½-3 gange hyppigere hos personer med kort uddannelse end hos personer med lang uddannelse. Aktivitetsbegrænsninger i det daglige på grund af følelsesmæssige problemer optræder dobbelt så hyppigt blandt lavtuddannede som blandt højtuddannede.

Dårlige sociale kår er ikke direkte årsag til skizofreni, men kan indebære forsinket kontakt til behandling og dermed have betydning for prognosen.

Omkostninger

De samlede omkostninger i forbindelse med psykiske sygdomme er ca. 29 mia. kr.

Tallet dækker dels over direkte sundhedsmkostninger til f.eks. hospitalsindlæggelser, distriktspsykiatri, gerontopsykiatri og medicin, og over udgifter forbundet med plejehjem og hjælpemidler. Dels dækker tallet over indirekte omkostninger (f.eks. nedsat arbejdsevne, fravær samt tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet), som udgør ca. 22 mia. kr.

Det skønnes, at de samlede udgifter til depression ligger mellem 5,5 mia. kr. og 9,5 mia. kr. Omkostninger i forbindelse med angsttilstande vurderes at udgøre mindst 5 mia. kr. om året.

Patientrettet og borgerrettet forebyggelse

'Sund hele livet' fastlægger det mål, at:

- Andelen i befolkningen med psykiske sygdomme skal nedbringes.
- Der skal ske en særlig indsats over for børn i familier med psykisk syge eller misbrugende forældre.

Psykiske sygdomme forårsages af multifactorielle og komplekse forløb, og det er ikke muligt at pege på effektive, velafgrænsede patientrettede forebyggelsestiltag som inden for andre folkesygdomme. Risikofaktorerne varierer fra sygdom til sygdom. Arvelig disposition er en vigtig faktor i kombination med faktorer som dårlige opvækstvilkår, fysiske og psykiske traumer, livskriser, stress og misbrug. Alkohol kan fremkalde depression og angst, og meget tyder på, at mangel på motion hos prædisponerede kan fremkalde depression. Rygning øger forekomsten af depressive symptomer hos unge, der debuterer tidligt med at ryge.

Blandt de vigtigste bidrag til forebyggelse af psykiske sygdomme og deres konsekvenser er derfor:

- Omfattende socialpolitiske, økonomiske og arbejdsmarkedspolitiske indsatser, der generelt understøtter livsbetingelserne for psykisk sårbare individer gennem uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og økonomisk tryghed.
- Forskning, der kan bringe os nærmere en forståelse for de ætiologiske forhold.

Et særligt problem i forbindelse med forebyggelse af psykiske sygdomme er, at befolkningens kendskab fortsat er sparsomt og undertiden præget af manglende accept, tabubelagte forestillinger og mytedannelser. Det er i sig selv en risikofaktor for forværring af de psykisk syges tilstand, fordi de syge isolerer sig og unddrages behandling med den konsekvens, at de udsættes for unødigt lidelse, misbrug, tab af arbejdsevne og i værste fald selvmord.

En generel oplysningsindsats om psykisk sygdom i befolkningen er derfor en vigtig forudsætning for rehabilitering i forbindelse med psykisk sygdom. I forbindelse med forebyggelse af depression og angst vil en oplysningsindsats mod stress være af central betydning. Erfaringerne fra Landsindsatsen mod depression, som i de senere år er gennemført af PsykiatriFonden i samarbejde med amterne, peger klart i denne retning.

Et vigtigt element i den patientrettede forebyggelse er, at der udvikles nationale programmer – bl.a. for depression og angst.

Rehabiliteringsprogrammerne vil være forskellige afhængig af den enkelte psykiske sygdom, de retter sig mod. Men meget tyder på, at programmerne generelt vil omfatte elementer som psykoedukation (uddannelse af patienten og dennes pårørende i symptomer ved og forløb og behandling af sygdommen, herunder virkninger og bivirkninger af medicin), psykoedukativ familieintervention, mestringsstrategier (der sætter fokus på den enkeltes ressourcer), social færdighedstræning, kognitiv adfærdsterapi, etablering og opretholdelse af netværk samt sundhedsfremmetilbud vedrørende kost, rygning, alkohol og motion m.v.

Case: Baggrundsteamet i Ålborg

Et tværfagligt team med base på misbrugsinstitutionen Foldbjergcenteret i Ålborg tilbyder gravide misbrugere at holde sig fri af stoffer og alkohol og komme i gang med et nyt liv efter fødslen. Børnene følges af sundhedsplejersker i et halvt til et helt år efter fødslen. Det tværfaglige team består blandt andet af sundhedsplejersker, sygeplejersker, læger og en misbrugsbehandler.

Der er behov for en særlig indsats over for børn af psykisk syge forældre og forældre med misbrug. Børnene er i dobbelt risiko for at udvikle psykisk sygdom ved dels at have forhøjet risiko for arvelig disposition for psykisk sygdom, dels ved ofte at være udsat for omsorgssvigt. Det nationale program skal bl.a. sikre, at der systematisk tages hånd om børnene, når der konstateres psykisk sygdom eller misbrug hos børnenes forældre, og at der koordineres lokalt mellem bl.a. kommune (socialforvaltning, skole mv.) og almen praksis (jf. også kapitel 4.4).

Effektiv patientrettet forebyggelse kræver et tæt samarbejde på tværs af sektorgrænser. F.eks. skal der i sundhedsplejen, dagtilbud, skoler, almen praksis, socialforvaltninger, hjemmesygeplejen mv. ske en tidlig opsporing og etableres en forebyggende indsats. I denne forbindelse er kendskab til tidlige symptomer på psykisk sygdom i befolkningen og blandt fagpersoner i disse miljøer vigtigt. Fra de centrale sundhedsmyndigheder er der behov for en indsats i forhold til kampagner, uddannelse af sundhedspersonale, forskning mv.

På det socialpsykiatriske område medfører kommunalreformen, at behovet for samarbejde mellem kommuner og regioner forstærkes kraftigt, ligesom behovet for at opbygge specialiserede faglige kompetencer i kommunerne øges markant.

Budget for 2007–2011

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at de centrale sundhedsmyndigheder udarbejder et nationalt program for rehabilitering af patienter med depression, som er den psykiske sygdom, der fratager befolkningen flest gode leveår. Kommuner, almen praksis og regioner skal forpligtes til at gennemføre programmet gradvist fra 2009. Dansk Sygeplejeråd skønner, at der gradvist bør opbygges en kapacitet på 5.000 pladser i 2009 til 10.000 pladser i 2011.

Dansk Sygeplejeråd foreslår videre, at der på grund af problemets omfang udvikles et nationalt rehabiliteringsprogram for patienter med angst. Kommuner, almen praksis og regioner skal forpligtes til at gennemføre programmet gradvist fra 2009. Dansk Sygeplejeråd skønner, at der gradvist bør opbygges en kapacitet på 5.000 pladser i 2009 til 10.000 pladser i 2011.

Derudover anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at de centrale sundhedsmyndigheder lægger en langsigtet strategi for udviklingen af nationale programmer for øvrige psykiske sygdomme, da feltet er meget stort. Et vigtigt område at tage fat på er demens (hvor Socialministeriet i dag har afsat en række puljer, f.eks. til informations- og oplysningsaktiviteter om demens og til dag- og aktiverings tilbud til yngre demente). Dansk Sygeplejeråd skønner, at der bør afsættes 20 mio. kr. om året i 2007–2011 til dette udviklingsarbejde.

Når programmerne er udviklet, skal de løbende implementeres. På grund af en række ukendte fak-



En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit ca. 2.000 borgere med depression, ca. 2.000 med angst og ca. 2.000 med alkoholmisbrug. Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at der årligt gennemføres rehabiliteringstilbud til ca. 100 patienter med depression og ca. 100 patienter med angst. Derudover bør der iværksættes en indsats over for børn af psykisk syge forældre og forældre med misbrug.

torer angiver Dansk Sygeplejeråd ikke et skøn over driftsudgifterne.

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at de centrale sundhedsmyndigheder udarbejder et nationalt program for børn af psykisk syge forældre og forældre med misbrug (jf. kapitel 4.1 for en nærmere beskrivelse af et forsøgsprojekt, Sundhedsstyrelsen har sat i gang.) Dansk Sygeplejeråd skønner, at der i 2007–2008 bør afsættes 20 mio. kr. årligt til at udvikle det nationale program, og at der fra 2009 afsættes 50 mio. kr. årligt til implementeringen, bl.a. i form af forebyggende sundhedspersoner i kommunerne, som har indsigt i både børneområdet, det psykiatriske område og misbrugsområdet.

Endelig foreslår Dansk Sygeplejeråd, at der afsættes 50 mio. kr. årligt til dels en oplysningsindsats, der har til formål at øge kendskabet til psykisk sygdom i befolkningen og fremme tidlig opsporing af psykiske sygdomme og dels uddannelse om psykiske sygdomme i de kommunale sundheds-, social- og arbejdsmarkedsforvaltninger og det regionale sundhedsvæsen.

Psykiske sygdomme (mio. kr.)	2007	2008	2009	2010	2011
Rehabiliteringsprogram for depression	20	20	37,5	50	75
Rehabiliteringsprogram for angst	20	20	37,5	50	75
Rehabiliteringsprogrammer for andre psykiske sygdomme, herunder demens	20	20	20	20	20
Børn af forældre med misbrug og psykisk syge forældre	20	20	50	50	50
Generel oplysnings- og uddannelsesindsats	50	50	50	50	50
Forskning, kvalitetsudvikling mv. og uddannelse	5	5	17,5	20	25
I alt	135	135	212,5	240	295

Note: Det skønnes, at den gennemsnitlige pris på et rehabiliteringstilbud til psykisk syge i omfang og indhold kan sidestilles med rehabilitering af andre kroniske sygdomme. Når det nationale program foreligger, kan de centrale sundhedsmyndigheder angive et mere præcist kapacitets- og udgiftsskøn. Se kapitel 3 og 5.1 for forudsætninger og uddybning.

Note: Det er ikke muligt at opgøre præcist, hvor stor del af forslaget der er omfattet af eksisterende tilbud i sundhedsvæsenet. Dansk Sygeplejeråd skønner, at kun en begrænset del af disse lever op til anbefalingerne i kommende nationale programmer for rehabilitering af psykiske sygdomme.

Herudover kan der med fordel iværksættes primær forebyggelse af psykiske sygdomme på en lang række andre områder. F.eks. har faggrupper, der i deres arbejde udsættes for langvarige stressbelastninger, særlig risiko for at udvikle depression og angst. Indsatser på arbejdspladserne for at forebygge stress og skabe et bedre psykisk arbejdsmiljø – ikke mindst inden for sundheds- og socialektoren – vil kunne forebygge mange tilfælde af depression og angst. Det ligger uden for rammerne af dette forslag til en national handplan.

5.7. MUSKEL- OG SKELETSYGDOMME
700.000 danskere lever med en gigtsygdom. Alle patienter er plaget af smerter – en stor del kroniske smerter. En person på 16 år kan i gennemsnit forvente at miste 10 gode leveår som følge af besvær i bevægeapparatet.

Forekomsten af muskel- og skeletsygdomme er vokset gennem de sidste 20 år. Fra 1987 til 2000 steg den andel af befolkningen, der har langvarige muskel- og skeletsygdomme, fra 13% til 16%. I samme periode kunne der ses stigninger i forekomst af smerter og ubehag i nakke, skulder, ryg, lænd, arme, ben, knæ, hofter og led blandt mænd og kvinder i alle aldersgrupper.

Den største gruppe af muskel- og skeletsygdomme er "ondt i ryggen".

Muskel- og skeletsygdomme er kun i meget begrænset omfang forbundet med øget risiko for død. Da sygdommene ofte er langvarige og smertefulde, er de derimod forbundet med store tab i livskvalitet, og de er den hyppigste årsag til aktivitetsbegrænsninger i hverdagen.

Social ulighed

Der er en klar sammenhæng mellem uddannelseslængde og forekomst af muskel- og skeletsygdomme: Forekomsten er ca. dobbelt så stor blandt personer med kort uddannelse som blandt personer med lang uddannelse.

Behandlingsraten for muskel- og skeletsygdomme er højere for indvandrere.

Omkostninger

De samlede samfundsøkonomiske omkostninger til muskel- og skeletsygdomme estimeres til at udgøre ca. 34 mia. kr. om året. Heraf udgør omkostninger i sygehusvæsenet og sygesikringen ca. 8 mia. kr. Produktionstab i forbindelse med sygefravær og førtidspensionering er beregnet til ca. 17 mia. kr. Muskel- og skeletsygdomme er dermed en af de mest omkostningstunge folkesygdomme.

Cirka halvdelen af alle langtidssygemeldinger kan henføres til muskel- og skeletsygdomme. Sygdomsgruppen er årsag til cirka 20% af de helbredsbedingede førtidspensioneringer.

Fakta om muskel- og skeletsygdomme

- Muskel- og skeletsygdomme omfatter sygdomme og symptomkomplekser i knogler, muskler og bindevæv.
- Blandt de mest almindelige muskel- og skeletsygdomme er ondt i ryggen, nakkehold, slidgigt, piskesmæld og leddegigt.

Patientrettet forebyggelse

'Sund hele livet' fastlægger det mål, at:

- Antallet af nye tilfælde af muskel- og skeletsygdomme skal nedbringes.
- Udstødelse af arbejdsmarkedet på grund af muskel- og skeletsygdomme skal forebygges.

Patientrettet forebyggelse af muskel- og skeletsygdomme er et stort udviklingsområde for det danske sundhedsvæsen. Der foreligger ingen nationale programmer for rehabilitering af patienter med muskel- og skeletsygdomme, og sundhedsvæsenets indsats er i dag spredt og præget af uensartethed.

Et mindre antal amter og kommuner har etableret rygskoler, hvis tilbud er sammensat på forskellig vis og rettet mod forskellige patientgrupper. Ifølge en Medicinsk Teknologivurdering fra Sundhedsstyrelsen findes der ikke nogen entydig viden om, hvordan et effektivt patientrettet forebyggelsestilbud skal opbygges.

Erfaringen og de foreliggende forskningsresultater tyder på, at et nationalt rehabiliteringsprogram bl.a. bør omfatte, at fysisk inaktive gigtpatienter tilbydes motionstilbud (f.eks. i sundhedscentre eller på recept) og kostrådgivning, og at der inden for gigtområdet bør sættes på patientuddannelsesprogrammer. Sundhedsstyrelsen har afprøvet patientuddannelsesprogrammet "Lær at leve med kronisk sygdom" i forhold til gigtpatienter med positivt resultat og anbefaler, at det tilbydes denne gruppe patienter.

Patienter med muskel- og skeletsygdomme har behov for en koordineret indsats fra det regionale og kommunale sundhedsvæsen, hvis rehabiliteringen skal være effektiv. F.eks. involverer patientuddannelsesprogrammer både de reumatologiske afdelinger, ambulante behandling, sundhedscentre, almen praksis og hjemmesygeplejen.

På tilsvarende vis er en indsats over for KRAM-risikofaktorer som fysisk inaktivitet og overvægt væsentlige elementer i forebyggelse af muskel- og skeletsygdomme.

Budget for 2007–2011

Der eksisterer ikke nationale rehabiliteringsprogrammer for patienter med muskel- og skeletsygdomme, og Dansk Sygeplejeråd foreslår derfor, at der udvikles nationale programmer for de to største sygdomsgrupper, nemlig ryglidelser og gigtsygdomme, som forpligter regioner og kommuner.



En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit ca. 8.000 borgere med en langvarig muskel- og skeletsygdom (bl.a. gigt og rygsygdomme). Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at der årligt gennemføres rehabiliteringstilbud til ca. 100 gigtpatienter og ca. 100 rygpatienter.

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at der afsættes 20 mio. kr. årligt i 2007–2008 til at udvikle nationale programmer for patientrettet forebyggelse for rygpatienter og gigtpatienter.

Fra 2009 skal det nationale program implementeres. Det indebærer, at der afsættes de nødvendige ressourcer, og at kommuner, almen praksis og regioner forpligtes til at gennemføre en patientrettet indsats.

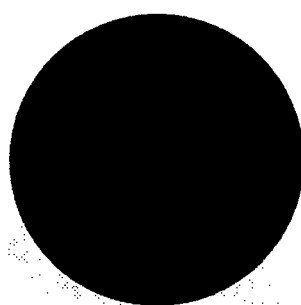
Dansk Sygeplejeråd skønner, at der gradvist bør opbygges en kapacitet på 5.000 pladser i 2009 til 10.000 pladser i 2011.

Muskel- og skelet sygdomme (mio. kr.)	2007	2008	2009	2010	2011
Rehabilitering af rygpatienter	20	20	37,5	50	75
Rehabilitering af gigtpatienter	20	20	37,5	50	75
Forskning, kvalitetsudvikling mv. og uddannelse			7,5	10	15
I alt	40	40	82,5	110	165

Note: Det skønnes, at den gennemsnitlige pris på et rehabiliteringstilbud til patienter med muskel- og skeletsygdom i omfang og indhold kan sidestilles med rehabilitering af andre kronisk syge. Når det nationale program foreligger, kan de centrale sundhedsmyndigheder angive et mere præcist kapacitets- og udgiftsskøn. Se kapitel 3 og 5.1 for forudsætninger og uddybning.

Note: Det er ikke muligt at opgøre præcist, hvor stor del af forslaget der er omfattet af eksisterende tilbud i sundhedsvæsenet. Dansk Sygeplejeråd skønner, at kun en begrænset del af disse lever op til anbefalingerne i kommende nationale programmer for rehabilitering af muskel- og skeletsygdomme.

Belastende arbejdsmiljø er en væsentlig risikofaktor for muskel- og skeletsygdomme, og det forebyggende arbejdsmiljøarbejde på arbejdspladser med en særlig indsats mod tunge løft og ensidigt gentaget arbejde er et afgørende led i den primære forebyggelse af muskel- og skeletsygdomme. Det ligger uden for rammerne af dette forslag til en national handleplan.



5.8. KNOGLESKØRHED

I Danmark findes ingen præcis opgørelse over, hvor mange der har knogleskørhed, men på basis af udenlandske undersøgelser skønnes det, at det drejer sig om ca. 300.000 borgere. Sygdommen rammer primært kvinder over 50 år, hvis risiko for et brud i forbindelse med knogleskørhed senere i livet ligger på 30-40%.



Fakta om knogleskørhed

- Knogleskørhed er kendetegnet ved, at knoglemasse og knoglestyrke gradvis reduceres i en sådan grad, at selve mindre belastninger kan medføre knoglebrud – typisk i form af håndledsnære frakturer, hoftefrakturer og rygsammenfald.
- Særligt kvinder rammes efter overgangsalderen.
- Knogleskørhed giver ikke i sig selv symptomer, men knoglebruddene medfører smerter, deformiteter og nedsat funktionsevne og dermed øget afhængighed af andres hjælp.



Case: Systematisk forebyggelse af fald

Hver tredje ældre over 65 kan forvente at falde mindst én gang om året. Københavns Kommunes hjemmepleje forebygger faldulykker systematisk. Derfor har man blandt andet udviklet tilbud om gymnastik af høj, faglig kvalitet i borgerens eget hjem. Det er veldokumenteret, at målrettet træning øger den ældres funktionsevne. Sammen med en øget opmærksomhed rettet mod osteoporose, har indsatsen betydet, at Københavns Kommune har vendt udviklingen i antallet faldulykker.

Fra 1995 til 2000 blev antallet af udskrivninger af 65+-årige med lårbenhalsbrud reduceret med 25%. Samtidig blev incidensen pr. 100.000 65+-årige reduceret med 10%. På landsplan var tallet blot 3%.

Forekomsten af brud, som skyldes knogleskørhed, er stigende, og siden 1990 er antallet af skadestue-kontakter på grund af fald blandt ældre over 65 år øget.

Omkring hver tredje kvinde og hver tiende mand vil få et knoglebrud i løbet af deres liv. Underarmsbrud optræder især fra 55-årsalderen, rygsammenfald fra 65-årsalderen og hoftenære brud især fra 75-årsalderen. Der er årligt omkring 10.000 lårbenhalsbrud og ca. 7.500 underarmsbrud.

Hoftebrud alene medfører en overdødelighed på omkring 15-20% inden for de første 6 måneder.

Kvindelige rygere øger deres livstidsrisiko for hoftebrud frem til 85-årsalderen med 50% i forhold til aldrig-rygere/tidligere rygere. Holder en kvindelig ryger op med at ryge, er hendes risiko på linje med aldrig-rygere efter ca. fem år.

Social ulighed

Det er vanskeligt at angive, i hvilket omfang der eksisterer social ulighed i forekomsten af knogleskørhed og faldulykker.

Omkostninger

De årlige sygehusudgifter i forbindelse med knogleskørhed er ca. 1 mia. kr. Hertil kommer store udgifter til hjemmesygepleje, hjemmehjælp mv.

Alene hoftebrud medfører årligt ca. 300.000 hospitalssengedage og er dermed den lidelse, der er forbundet med det største forbrug af hospitals-sengedage. De samlede årlige omkostninger ved hoftebrud vurderes til ca. 2 mia. kr.

Patientrettet forebyggelse

'Sund hele livet' fastlægger det mål, at:

- Væksten i antallet af personer med knogleskørhed skal nedbringes.
- Sygdomsudviklingen blandt risikopersoner skal forebygges, bl.a. ved fald- og brudforebyggende foranstaltninger.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et forslag til retningslinjer for, hvordan sygehusene kan forebygge faldulykker, og styrelsen anbefaler, at kommunerne i de forebyggende hjemmebesøg bør sætte systematisk fokus på forebyggelse af fald.

Men patienter med knogleskørhed bliver i dag ikke tilbudt systematisk patientrettet forebyggelse, og

selv om nogle kommuner arbejder systematisk med at forebygge fald, foreligger der ikke et nationalt faldforebyggelsesprogram, som forpligter regioner og kommuner til en forebyggende indsats.

Erfaringerne peger i retning af, at et nationalt faldforebyggelsesprogram bl.a. bør sætte fokus på tidlig opsporing (primært i hjemmesygeplejen og i almen praksis), systematisk udredning (med fokus på bl.a. medicin, væske, blodprocent mv.), livsstilsrådgivning (om bl.a. kost, alkohol og motion) og forebyggelse i hjemmet (høftebeskyttere, dårligt lys, løse tæpper mv.) samt genoptræning. For at forhindre, at knogleskørhed overhovedet opstår, er det vigtigt at opbygge en høj knoglemasse i de unge år, bl.a. gennem fysisk aktivitet, indtage calcium og D-vitamin, moderat solesposition, undgå at ryge og undgå et stort alkoholforbrug.

En væsentlig del af faldforebyggelsen foregår i kommunerne, men hvis patienter med knogleskørhed skal undgå, at sygdommen udvikler sig yderligere, kræver det et tæt samarbejde mellem kommuner og regioner – bl.a. om tidlig opsporing, faldforebyggelse, genoptræning, medicinsk behandling og en indsats over for de fire KRAM-risikofaktorer.

Der er også behov for at etablere et samarbejde med patientforeninger og ældreorganisationer om forebyggelse, bl.a. i form af lokale oplysningskampagner og patientuddannelsesaktiviteter. Erfaringerne viser, at en sundhedsfaglig konsulent med særligt fokus på faldforebyggelse kan medvirke til at indarbejde faldforebyggelse i hjemmesygeplejen, aktivitets- og dagcentre, plejehjem, forebyggende hjemmebesøg og sygehuse.

Budget for 2007–2011

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at der udarbejdes et nationalt program for faldforebyggelse, der fastsætter konkrete, målbare mål, som forpligter kommuner, almen praksis og regioner. Det skønnes, at der bør afsættes 20 mio. kr. hertil i årene 2007 og 2008.



En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit ca. 3.000 borgere med knogleskørhed. Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at både kommuner og regioner opruster i forhold til øget faldforebyggelse i hjemmesygeplejen og på sygehuse.

Dansk Sygeplejeråd skønner, at der bør afsættes 100 mio. kr. årligt til faldforebyggende arbejde i kommuner og regioner. Beløbet indebærer, at en kommune med 50.000 indbyggere kan opruste med ca. ½ mio. kr. og en region med ca. ½ mio. kr., der dels dækker øget faldforebyggelse i hjemmesygeplejen og på sygehuse og dels sundhedsfaglige konsulenter, der har ansvaret for at udvikle faldforebyggelsen, udforme forebyggelsespolitikker, koordinere på tværs af sektorer, monitorere udviklingen mv.

Beløbet indebærer også, at en kommune med 50.000 indbyggere har ca. ½ mio. kr. til bl.a. styrket træningsindsats for beboere på plejehjem, vedligeholdende træning af borgere med permanent nedsat funktionsevne og systematisk forebyggelsesindsatser over for borgere, der tidligere er faldet, samt til lokale oplysnings- og uddannelsesaktiviteter (f.eks. om kost eller 'sanering' af hjemmene for risikofaktorer), bl.a. i samarbejde med patientforeninger og ældreorganisationer.

Knogleskørhed (mio. kr.)	2007	2008	2009	2010	2011
Faldforebyggelse	20	20	100	100	100
Forskning, kvalitetsudvikling mv. og uddannelse			10	10	10
I alt	20	20	110	110	110

Note: Når det nationale program foreligger, kan de centrale sundhedsmyndigheder angive et mere præcist kapacitets- og udgiftsskøn. Se kapitel 3 og 5.1 for forudsætninger og uddybning.

Note: Det er ikke muligt at opgøre præcist, hvor stor del af forslaget der er omfattet af eksisterende tilbud i sundhedsvæsenet. Dansk Sygeplejeråd skønner, at kun en begrænset del af disse lever op til anbefalingerne i et kommende nationalt program for rehabilitering af patienter med knogleskørhed.



Fakta om overfølsomhedssygdomme

- Overfølsomhedssygdomme er et samlebegreb for en række sygdomme, som er karakteriseret ved en øget tilbøjelighed til at reagere på påvirkninger, der ikke i sig selv nødvendigvis er skadelige eller medfører symptomer eller funktionsforstyrrelser hos flertallet af befolkningen.
- Overfølsomhedsreaktioner kan opstå flere steder i kroppen – typisk i luftveje, i huden eller i mave-tarmkanalen.
- Blandt de hyppigst forekommende overfølsomhedssygdomme er astma, astmatisk bronchitis, høfeber, dyrehårs-, skimmelsvampe- og husstøvmideallergier, fødevareallergi, nældefeber, håndeksem og børneeksem.
- Allergiske lungelidelser er kroniske og medfører forringet livskvalitet.

5.9. OVERFØLSOMHEDSSYGDOMME

Forekomsten af overfølsomhedssygdomme har været stigende i hele den vestlige verden fra 1% af befolkningen i 1950 til 20% i dag – dog med store nationale variationer.

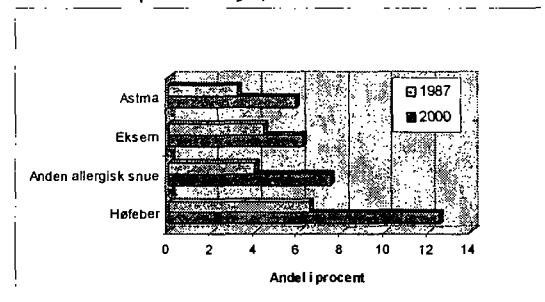
I den danske befolkning er astma, høfeber, kontakteksem og atopisk eksem i stigning. Fra 1987 til 2000 er andelen af danskere, der angiver at have en overfølsomhedssygdom, fordoblet (se figur 13).

Baggrunden for disse stigninger er ikke afdækket, men forklaringen må søges i ændringer i miljøet. Man taler ofte om "den vestlige livsstil", hvor man opholder sig længere tid indendørs, hvor der er større ophobning af allergifremkaldende stoffer inden døre, og hvor der muligvis også er negative påvirkninger fra luft- og partikelforurening.

15-20% af befolkningen har kontaktallergi over for kemiske stoffer. Børneeksem optræder hos 15-20% af børn, hvilket er en firedobling i forhold til 1960'erne.

Det skønnes, at ca. 300.000 danskere lider af astma, hvoraf de 80.000 er børn under 16 år. Astma regnes for at være den almindeligst forekommende kroniske sygdom blandt børn og unge med en diagnosticeret forekomst på cirka 4% blandt skolebørn.

FIGUR 13
Overfølsomhedssygdomme.
Forekomst i procent 1987–2000



Statens Institut for Folkesundhed. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 – og udviklingen siden 1987, 2002.

Social ulighed

Overfølsomhedssygdommene er fordelt forskelligt i de sociale lag:

Astma forekommer hyppigst blandt personer med mindre end 10 års skole- og erhvervsuddannelse. Høfeber og anden allergisk snue forekommer derimod hyppigere blandt personer med langvarig uddannelse.

Ornkostninger

Overfølsomhed og allergiske sygdomme kan have omfattende sociale konsekvenser, fordi der ofte er tale om sygdomsforløb med langvarig sygemelding, behov for erhvervsskifte og revalidering. Alene udgifterne til kontakteksemer skønnes at udgøre 800 mio. kr. årligt.

Udgifterne til astmamedicin blandt voksne udgjorde i 2000 755 mio. kroner.

I almen praksis er der årligt cirka 280.000 konsultationer om overfølsomhedssygdomme.

Patientrettet forebyggelse

'Sund hele livet' fastlægger det mål, at:

- Væksten i antallet af personer med overfølsomhedssygdomme skal nedbringes.
- Sygdomsudvikling og komplikationer skal forebygges, bl.a. ved egenomsorgsinitiativer.

Der er videnskabelig dokumentation for, at astmaskoler kan bidrage til at bedre patienternes sygdomsforløb og til at reducere forbruget af sundhedstilbud. Der er også sundhedsøkonomiske analyser, der peger på, at patientuddannelse er omkostningseffektiv.

Imidlertid foreligger der på indeværende tidspunkt ikke nationale programmer for patientrettet forebyggelse af overfølsomhedssygdomme, og patienter med overfølsomhedssygdomme modtager ikke systematisk et rehabiliteringstilbud i det danske sundhedsvæsen.

Den foreliggende viden om effekten af patientuddannelsesprogrammer for astmapatienter (f.eks. i astmaskoler) viser, at programmerne med fordel kan indeholde følgende elementer: Fakta om astma og om sygepleje og behandling, måling af lungefunktion ved hjælp af peak flow målinger, undervisning i selvstyring af astmabehandling, anvendelse af dagbøger samt udarbejdelse af skriftlig handlingsplan ved forværring af sygdommen, så patienten kan handle hensigtsmæssigt ved de første tegn på forværring.

Effektive rehabiliteringsprogrammer til patienter med overfølsomhedssygdomme forudsætter, at der etableres et tæt samarbejde mellem det regionale og det kommunale sundhedsvæsen, bl.a. om astmaskoler og uddannelse af sundhedspersonalet. F.eks. spiller både specialister på sygehuset, udgående sygeplejersker (f.eks. til astmabørn), sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker og personalet i almen praksis en rolle i indsatsen over for (passiv) rygning, fødevarer og indeklima, der er nogle af de faktorer, der kan fremkalde overfølsomhedsreaktioner.

Case: Astmaskolen

På astmaskoler lærer astmapatienter at leve bedre med deres sygdom. Et eksempel er astmaskolen i Nordjyllands Amt, der er målrettet børn mellem 6 og 16 år. Børnene skal være i astmamedicinbehandling og skal henvises via egen læge/speciallæge eller børneallergiambulatorium. På astmaskolen lærer børnene om deres sygdom og astmamedicin, så de og deres forældre bliver bedre til at klare sygdommen i hverdagen. Børnene lærer, hvordan de bedre kan være med til leg, motion og andre fysiske aktiviteter. Børnene er sammen med andre børn og unge på deres egen alder, som også har astma, og børnene bliver bedre til at tolke, hvordan de skal reagere på de forskellige signaler.

Budget for 2007–2011

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at der i 2007–2008 afsætter 20 mio. kr. til at udvikle et nationalt program for rehabilitering af patienter med overfølsomhed, særligt med fokus på patientskoler og uddannelsesprogrammer for borgere med overfølsomhedssygdomme, herunder astma og håndeksem.

En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit ca. 8-10.000 borgere med overfølsomhedssygdomme (heraf ca. 3.000 med astma). Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at der årligt gennemføres rehabiliteringstilbud til ca. 100 patienter med overfølsomhed.

Fra 2009 skal kommuner, almen praksis og regioner forpligtes til at implementere det nationale program på landsplan. Dansk Sygeplejeråd skønner, at der gradvist bør opbygges en kapacitet på 5.000 pladser i 2009 til 10.000 pladser i 2011.

Overfølsomhed (mio. kr.)	2007	2008	2009	2010	2011
Rehabilitering af patienter med overfølsomhedssygdomme	20	20	37,5	50	75
Forskning, kvalitetsudvikling mv. og uddannelse			3,75	5	7,5
I alt	20	20	41,25	55	82,5

Note: Det skønnes, at den gennemsnitlige pris på et rehabiliteringstilbud til patienter med overfølsomhedssygdomme i omfang og indhold kan sidestilles med rehabilitering af andre kronisk syge. Der vil imidlertid være stor variation i omkostningerne i forhold til de enkelte uddannelsesprogrammer. Patientuddannelse i forhold til håndeksem vil være kort og betydelig mindre omkostningskrævende end f.eks. uddannelsesprogrammer for patienter med astma. Når det nationale program foreligger, kan de centrale sundhedsmyndigheder angive et mere præcist kapacitets- og udgiftsskøn. Se kapitel 3 og 5.1 for forudsætninger og uddybning.

Note: Det er ikke muligt at opgøre præcist, hvor stor del af forslaget der er omfattet af eksisterende tilbud i sundhedsvæsenet. Dansk Sygeplejeråd skønner, at kun en begrænset del af disse lever op til anbefalingerne i et kommende nationalt program for rehabilitering af patienter med overfølsomhedssygdomme.

Primærforebyggelse af overfølsomhedssygdomme kan ske gennem en bred indsats med henblik på at reducere udsættelse for påvirkninger, der kan fremkalde overfølsomhedsreaktioner inden for områder som forbrugerprodukter, arbejdsmiljø, indeklima, fødevarer og udendørs luftforurening. Det ligger uden for rammerne af dette forslag til en national handleplan.

5.10. SAMMENFATNING

Investering i patientrettet forebyggelse

En kommune med 50.000 indbyggere har i gennemsnit ca. 2.000 borgere med hjertesygdomme, ca. 2.000 borgere med KOL, ca. 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 (især med gigt og rygsygdomme), ca. 3.000 borgere med knogleskørhed og ca. 8-10.000 borgere med overfølsomhedssygdomme (heraf ca. 3.000 med astma).

Dansk Sygeplejeråd anbefaler derfor, at kommuner, almen praksis og regioner forpligtes til at iværksætte en målrettet forebyggelsesindsats over for de 8 folkesygdomme, der indgår i 'Sund hele livet', nemlig 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 - i alt ca. 3,5 mia. kr. i perioden 2007-2011.**

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at der sker en gradvis opbygning af kapaciteten.

Indsatsen i kommuner, almen praksis, regioner og hos de centrale sundhedsmyndigheder

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.



Det er ikke nok at flytte penge fra amterne til kommunerne

Det er nødvendigt at tilføre ressourcer til oprustningen over for de 8 folkesygdomme, hvis regeringens mål om 'Flere gode leve år for alle - i alle aldre' skal kunne realiseres. 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.

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. 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:

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 rygsygdomme.
- På faldforebyggelsesområdet kan en kommune og en region opruste med ca. 1 mio. kr. til øget faldforebyggelse i hjemmesygeplejen og på sygehusene.
- Ca. 100 patienter med overfølsomme sygdomme.

For det andet skal de centrale sundhedsmyndigheder udarbejde nationale, forskningsbaserede rehabiliteringsprogrammer for hver af de 8 fol-

kesygdomme, 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**, (inkl. forskning, kvalitetsudvikling, dokumentation og kompetenceudvikling).

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**.

Sammenhæng i og samarbejde om den patientrettede forebyggelse

Effektiv patientrettet forebyggelse kræver, at der etableres et tæt samarbejde mellem de 'traditionelle' 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. Disse spørgsmål håndteres i de nationale rehabiliteringsprogrammer og i sundhedsaftalerne.

Tværgående patientrettede indsatser

Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at der gennemføres en række tværgående patientrettede indsatser, bl.a. konkrete og målbare mål for den patientrettede forebyggelse og en forebyggelsesorganisation baseret på et tæt samarbejde mellem regioner, almen praksis og kommuner.

OVERSIGT

Patientrettet forebyggelse (mio. kr.)	2007	2008	2009	2010	2011
Hjerterehabilitering	37,5	50	75	75	75
KOL-rehabilitering	37,5	50	75	75	75
Diabetesrehabilitering	20	20	37,5	50	75
Kræftrehabilitering	20	20	60	120	180
Rehabilitering af patienter med psykisk sygdom, bl.a. depression og angst	130	130	195	220	270
Rehabilitering af ryg- og gigtpatienter	40	40	75	100	150
Faldforebyggelse	20	20	100	100	100
Rehabilitering af patienter med overfølsomhedssygdomme	20	20	37,5	50	75
Lær at leve med kronisk sygdom	10	20	30	30	30
Forskning, kvalitetsudvikling mv. og uddannelse	13,5	17	66,5	80	101
I alt	348,5	407	793	955	1.214

6. Handleplanens del 3: Nationale initiativer

Kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, og regioner og kommuner har i fællesskab ansvaret for den patientrettede forebyggelse.

Det er vigtigt, at ansvaret er placeret hos de dele af sundhedsvæsenet, der befinder sig tæt på borgernes og patienternes hverdag. Men det er også vigtigt, at Folketing, regering og de centrale myndigheder understøtter forebyggelsesinitiativerne.

Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse understøttes af andre nationale initiativer, bl.a. i form af regulering.

Nedenfor følger en række eksempler på sådanne initiativer.

Vurdering af lovforslags sundhedsmæssige konsekvenser

I dag skal det angives, hvilke administrative og økonomiske konsekvenser lovforslag har. Det vil understøtte befolkningens sundhed, hvis det også skal angives, hvilke sundhedsmæssige – herunder sundhedsøkonomiske – konsekvenser lovforslag har.

Det vil medvirke til at sikre, at sundhedsfremme og forebyggelse indtænkes i politikker på samtlige ressortområder – bl.a. i trafikpolitikken (prioritering af cykel-, gang- og motionsstier mv.), socialpolitikken (forebyggelse af ensomhed, et rummeligt arbejdsmarked mv.), boligpolitikken (sundt indeklima mv.), beskæftigelsespolitikken (sikring af et godt fysisk og psykisk arbejdsmiljø, reduktion af stress mv.), miljøpolitikken (reduktion af skadelige stoffer mv.), uddannelsespolitikken (brud med den sociale arv mv.) osv.

Case: Sundhedsvurderinger i en kommune

Ny Esbjerg Kommune deltager i samarbejde med Syddansk Universitet i et EU-projekt om sundhedskonsekvensvurderinger (Health Impact Assessment), dvs. vurderinger af de fremtidige direkte eller indirekte sundhedsmæssige effekter på befolkningen af en strategi, politikforslag, et program eller et projekt. Formålet er at træffe beslutninger, som ikke har uønskede konsekvenser på folkesundheden, samt at få mest mulig sundhed for pengene. En af styrkerne ved sundhedskonsekvensvurderingen er, at sundhedsspørgsmål bliver inddraget på områder, hvor det ikke normalt er tilfældet.

Vurdering af kommunale og regionale beslutningers sundhedsmæssige konsekvenser

Kommuner og regioner bør have pligt til at undersøge de sundhedsmæssige konsekvenser af samtlige beslutninger, der træffes i kommunalbestyrelser og regionsråd (inkl. udvalg). Det vil bl.a. sikre, at borgerrettet forebyggelse i forhold til KRAM-risikofaktorerne indtænkes i den fysiske planlægning, trafikplanlægningen, boligpolitikken, skole- og institutionspolitikken mv.

Ny finansieringsmodel 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. Grundlaget for forslaget er, at "Den foreslåede finansiering skal ses som en investering i sundhed, som kan bidrage til at nå regeringens mål om at halvere sygefraværet frem 2008".

Fordelen ved denne finansieringsmodel er, at den giver et økonomisk incitament til at gennemføre forebyggende foranstaltninger med henblik på at klare reduktionen i bevillingerne.

Tankegangen svarer dermed til den "grønthøster", der ligger bag de årlige reduktioner i en lang række konti på det danske statsbudget som følge af en forventet produktivitetstigning, og hvor reduktionen motiverer til stadig rationalisering af arbejds-gange, indførelse af ny teknologi m.v.

Der bør ses nærmere på muligheden for en tilsvarende model for Danmark.

DRG-takster for forebyggelse

Der bør etableres og indføres DRG-takster for forebyggelse, så disse aktiviteter økonomisk set kommer til at indgå på lige fod med øvrige aktiviteter i sundhedsvæsenet.

Forebyggende aktiviteter kan klassificeres og kodes. F.eks. er det muligt at registrere forebyggende samtaler og interventioner i DRG-systemet. Udfordringen består i, at forebyggende aktiviteter ikke alene skal synliggøres gennem registrering, men også honoreres. På grund af DRG-systemets opbygning er dette kun muligt for ambulante patientforløb. Dansk Sygeplejeråd anbefaler derfor, at DRG-systemet justeres til også at kunne honorere forebyggende aktiviteter i stationære patientforløb.

I takt med at takstsystemet udbredes til det kommunale sundhedsvæsen, skal det overvejes, om og hvordan DRG-taksterne kan udbredes hertil. For at undgå skævvridning af sundhedsvæsenets aktiviteter er det afgørende, at sundhedsaftalerne nøje fastlægger, hvilke forebyggende indsatser regionen, almen praksis hhv. kommunen skal stå for.

Konkrete og målbare mål for folkesundheden:
Fra 'kan' til 'skal'

Sundhedsministeren bør fastsætte konkrete og målbare mål for, hvilke forbedringer der skal nås i forhold til KRAM-risikofaktorer og folkesygdomme.

Storbritannien: Konkrete mål for rygning

I Storbritannien har sundhedsmyndighederne 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%.

Det er en forudsætning for, at de borger- og patientrettede indsatsers effekt kan vurderes.

På tilsvarende vis bør fastsættes konkrete og målbare mål for reduktionen af den sociale ulighed i sundhed og sygdom.

Hvis det skal lykkes at iværksætte en effektiv forebyggelsesindsats, skal kommuner og regioner forpligtes til at følge de nationalt fastsatte mål.

Med Sundhedsloven har kommunerne f.eks. fået ansvar for den borgerrettede forebyggelse. Men loven stiller ingen krav til hverken indholdet eller omfanget af kommunernes indsats. Det samme gælder for den patientrettede forebyggelse, som kommunerne skal udføre i samarbejde med regionerne.

Derfor er det nødvendigt at ændre Sundhedslovens 'kan'-bestemmelser til 'skal'-bestemmelser. Hvis ikke, vil den borgerrettede og patientrettede forebyggelse vil få et meget varierende indhold fra kommune til kommune. Nogle steder vil børn blive undervist grundigt om farer ved rygning. Andre steder vil der ikke være undervisning. Nogle kommuner vil tilbyde rehabilitering til lungepatienter. Andre kommuner vil satse på diabetesskoler.

Manglen på fælles prioritering af indsatserne svækker den samlede forebyggelsesindsats og vanskeliggør en systematisk udvikling af tilbuddene.

National analyse af befolkningens sundhed og velfærdssamfundets udfordringer

Den engelske finansminister bad i 2002 en ekspertgruppe om at udarbejde en tilbundsgående analyse af de udfordringer, den engelske sundhedsvæsen står over for i de kommende 20 år. I spidsen stod Derek Wanless, en direktør, der i en længere årrække har arbejdet inden for den finansielle sektor.

De såkaldte Wanless-rapporter – 'Securing our Future Health: Taking a Long-Term View' og 'Securing Good Health for the Whole Population' – dokumenterer f.eks., at hvis midlertidigheden 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. Rapporterne viser også, at en satsning på sundhedsfremme og forebyggelse kan bidrage til et bedre og relativt billigere sundhedsvæsen på sigt.

Der bør udarbejdes tilsvarende analyser i Danmark – ikke mindst for at skabe et kvalificeret grundlag for de forestående velfærdsreformer og til brug for den opdatering af 'Sund hele livet', der må forventes at finde sted, inden det udløber i 2010. Velfærdskommissionen har fastslået, at den ikke har haft "tid og ressourcer til en nærmere analyse" af potentialerne ved sundhedsfremme og forebyggelse.

Moms- og afgiftsstruktur, der understøtter befolkningens sundhed

Moms- og afgiftsstrukturen bør understøtte befolkningens sundhed. Det kan f.eks. overvejes at differentiere momsen, så den begunstiger fødevarer med lavt fedtindhold, grøntsager og frugt, og fordyrer f.eks. sukkerholdige læskedrikke og mælkfedtstoffer. Det kan også overvejes at ændre afgifterne på tobak, spiritus, vin og øl, så de ikke modvirker øvrige sundhedsfremmende og forebyggende tiltag.

Ændret tilgængelighed af usunde produkter

Det kan overvejes at ændre tilgængeligheden af produkter, der har en negativ betydning for befolkningens sundhed. F.eks. kan der fastsættes en 18-årsgrænse for mindstealder for køb af alkohol

Tobaksafgifter modvirker forebyggelsen

Målt i 2003-priser kostede en pakke cigaretter i midten af 1960'erne knap 50 kr. I 2004 var prisen faldet til knap 29 kr. Prisfaldet skyldes for størstedels vedkommende et fald i tobaksafgifterne. Hvis prisen sættes op til 50 kr., forventes det, at cigaretforbruget blandt unge under 20 år vil falde med 67%. Et tilsvarende fald forventes blandt lavindkomstgrupper og borgere uden eller med kort uddannelse. I disse grupper er rygning særlig udbredt.

Røgfrit netværk vil indføre røgfrie miljøer

16 sundhedsorganisationer har dannet et netværk, som samarbejder om at få indført indendørs rygeforbud på arbejdspladser og i det offentlige rum. Udgangspunktet for netværkets arbejde er, at den eneste løsning, som kan forhindre passiv rygnings skadelige virkninger, er et rygeforbud på alle indendørs arbejdspladser. Netværket hedder "Nej til passiv rygning". Organisationerne, som deltager i netværket, tæller blandt andet Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Lungeforening, Astma-Allergi Forbundet og Dansk Sygeplejeråd.

og tobak. Der kan vedtages forbud mod markedsføring af alkohol og usunde fødevarer, der er målrettet børn og unge. Og der kan indgås samarbejder med detailhandlen og fødevarerindustrien om mærkning af sunde hhv. usunde fødevarer.

Forbud mod røg i offentlige rum og på arbejdspladser

Der bør vedtages et forbud mod røg i offentlige rum og på arbejdspladser.

Danmark har tilsluttet sig WHO's konvention om tobak, som forpligter det enkelte land til at beskytte befolkningen mod passiv rygning, men Danmark ligger i bund blandt de europæiske lande, når det gælder rygeforbud på offentlige steder og arbejdspladser.

Irland, Italien og Norge har allerede indført rygeforbud i forskelligt omfang, og flere lande er på vej.

Kommunale og regionale sundhedspolitikker
Kommuner og regioner bør have pligt til at vedtage sundhedspolitikker. I dag er der ikke noget krav i Sundhedsloven. Det fastslås blot i bemærkningerne, at "Kommunernes meget brede opgaveportefølje giver dem et godt udgangspunkt for at prioritere tværgående og overordnet på forebyggelsesområdet. Dette kan fx ske gennem udformning af sundhedspolitikker."

Jf. afsnit 4.1 for en nærmere beskrivelse af indholdet i sundhedspolitikker.

Redegørelser om udviklingen i befolkningens sundhed

Kommuner og regioner bør have pligt til at afgive en redegørelse om udviklingen i befolkningens sundhed én gang i valgperioden. I dag har kommunerne f.eks. pligt til at udarbejde en servicestrategi, der vurderer, hvordan kvaliteten og effektiviteten i den kommunale opgavevaretagelse kan udvikles

Sundhedsministeren bør have pligt til at afgive en årlig redegørelse til Folketingets om udviklingen i befolkningens sundhed.

Incitamenter til sunde levekår og livsstil

Der bør på en række forskellige felter etableres økonomiske incitamenter til sunde levekår og livsstil. F.eks. øremærkede tilskud til dagtilbud og skoler, der gør en særlig indsats på kost-, ryg-, alkohol- og motionsområdet eller certificering af offentlige institutioner, der sætter særlig fokus på at fremme sundheden.

Initiativer som Sundhedstegnet (et redskab til en sundere hverdag i daginstitutioner, dagplejen, skoler, skolefritidsordninger, fritidshjem og idrætslivet for børn og unge; udarbejdet af Astma-Allergi-Forbundet, Diabetesforeningen, Gigtforeningen, Hjerterforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet) og Børneboxen (en aktivitetskasse til landets

børnehaver, der indeholder legetøj, materialer og instruktion til temalege, som på en sjov måde lærer børnene gode vaner ved at få dem til at spise sundt og være fysisk aktive; bag Børneboxen står Fødevarestyrelsen, Fødevareindustrien, FDB, Suhr's, EFKOS, Danske Slagterier og Danmarks Fødevareforskning) peger i den retning – dog uden økonomiske incitamenter.

Referencer

GENERELT

- Christensen K, Bjørk C, Vinter-Larsen M, Løkkegaard E, Grønbæk M. Otte folkesygdomme. Statens Institut for Folkesundhed, 2005.
- Danielsen, Krogerus-Therman, Sivertsen og Sourtzi. Nursing and public health in Europe – a continuous education programme. *International Nursing Review*, 2005.
- Dansk Selskab for Folkesundhed. Nyhedsbrev, 2005. www.danskselskabforfolkesundhed.dk
- DSI Institut for Sundhedsvæsen. Sundheds- og plejeudgifter til ældre: Scenarier for fremtiden, 2005.
- Great Britain Department of Health. Saving lives: Our Healthier Nation, 1999.
- Hansen DG, Rasmussen NK, Munck A. Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver vurderet i forbindelse med en auditregistrering. Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, Syddansk Universitet og Statens Institut for Folkesundhed. 2005.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedssektoren i tal, september 2005, 2005.
- Københavns Kommune. Folkesundhedsrapport 2005, 2005.
- Københavns Kommune. Københavnernes sundhed 2005, 2005.
- Livsmedelverket, Statens folkhälsoinstitut. Kostnadsberäkningar och finansieringsförslag för underlag till handlingsplane för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet. 30 september 2005.
- Mandag Morgen. Genoptræning – fra problem til princip. Marts 2004.
- Mandag Morgen. Sundhedsvæsenet: Kommunalreform løser ikke det største problem. 29. marts 2004.
- Netværket af forebyggende sygehuse, Interessegruppen for DRG og forebyggelse. Afsluttende rapport, september 2004.
- Regeringen. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002–10, 2002.
- Statens Institut for Folkesundhed. Dødeligheden i Danmark gennem 100 år, 2004.
- Statens Institut for Folkesundhed. Sundhed og sygelig i Danmark 2000 - og udviklingen siden 1987, 2002.
- Sundhedsloven. Lov nr 546 af 24. juni 2005.
- Sundhedsstyrelsen. Borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme - relation til kost og fysisk aktivitet, Sundhedsstyrelsen 2004
- Sundhedsstyrelsen. Egenomsorg – en litteraturbaseret udredning af begrebet, Sundhedsstyrelsen 2005
- Sundhedsstyrelsen. Folkesygdomme og forebyggelse. Idekatalog til arbejdet i almen praksis, 2005.
- Sundhedsstyrelsen, Center for forebyggelse. Forebyggelse i almen praksis. Projektbeskrivelse, 2004.
- Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse, sundhedsfremme, rehabilitering i kommunalt regi - fremtidigt samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og kommunerne, Sundhedsstyrelsen 2005
- Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb, 2005.
- Sundhedsstyrelsen. Metodekataloget. Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk
- Sundhedsstyrelsen. OECD: Lav dansk middellevetid og lav vækst i danske medicinudgifter. 2006
- Sundhedsstyrelsen. Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse, Sundhedsstyrelsen 2005
- Sundhedsstyrelsen. Sundhed i pædagogisk praksis. Inspiration til sundhedsfremme blandt børn og unge, 2006.
- Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens folkesygdomsprojekt. Sammenfatning, 2004.
- Sundhedsstyrelsen. Viden og evidens i forebyggelsen, Sundhedsstyrelsen 2004
- Wanless D. Securing Future Health: Taking a Long-Term View. London: HM Treasury, 2002.
- WHO. De hårde kendsgerninger. Sociale forhold af betydning for sundheden. Anden udgave. Sund By netværket, 2004.

BORGERRETET FOREBYGGELSE

- Sundhedsstyrelsen. 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 1997 - 2003, 2005.
- Sundhedsstyrelsen. Indvandrerers sundhed og sygelighed - opgørelse af behandlingsrater (2002), 2005.
- WHO Europe. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen, 2004.

KOST

- Danmarks fødevarer- og veterinærforskning. Udviklingen i danskernes kost 1985 – 2001. Med fokus på sukker og alkohol samt motivation og barrierer for en sund livsstil, 2004.
- Dansk selskab for Adipositasforskning. Fedme i Danmark. En rapport fra Dansk 'Task force on obesity' under Dansk Selskab for Adipositasforskning, 2001.
- Ernæringsrådet. Befolkningens fødevarerforbrug i 2004 – sammenlignet med 1995, 1998 og 2001, 2005.
- Ernæringsrådet. Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats. Ernæringsrådet, 2003.
- Ernæringsrådet og Danmarks Fødevarerforskning. Kostrådene 2005, 2005.
- Ministeriet for Familie og Forbrugeranliggender. 50 forslag til initiativer og partnerskaber, der vil forebygge overvægt i Danmark. Tanker fra familie- og Forbrugsministerens Tænk tank for partnerskaber om sund mad og motion. 2005
- Motions- og Ernæringsrådet. Nyhedsbrev no. 1, 2005
- Pedersen, KM, Worre-Jensen, AL. Adipositas og sundhedsøkonomi. Ugeskrift for Læger 2006; 168: 196-7.
- Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt. Forslag til løsninger og perspektiver. Kort version, 2003.

RYGNING

- Astma-Allergi Forbundet, Danmarks Apotekerforening, Danmarks Lungeforening, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandlægeforening, Danske Fysioterapeuter, Den Alm. Danske Jordmoderforening, Den Alm. Danske Lægeforening, Diabetesforeningen, Folkesundhed København, Foreningen for formidlere af viden om husholdning, ernæring og sundhed, Hjerteforeningen, Kost & Ernæringsforbundet, Kræftens Bekæmpelse, Røgfrit Miljø. Passiv rygning. Hvidbog. Dansk Sygeplejeråd, 2005.
- DSI Institut for Sundhedsvæsen. Livstidssundhedsomkostninger for rygere og aldrig-rygere. Årlige omkostninger ved passiv rygning, 2004.
- DSI Institut for Sundhedsvæsen. Månedens tal fra direktøren, november 2005. Nyhedsbrev. DSI's hjemmeside www.dsi.dk
- Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P. Medicinsk sociologi. Munksgaard, 2002
- Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. British Medical Journal 2004; 328:9747-49
- Sundhedsstyrelsen, Rygning og helbreds konsekvenser, Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk
- Sundhedsstyrelsen. Statistik 2003: Alkohol, narkotika og tobak, 2004.
- Sundhedsstyrelsen. Udviklingen i danskernes rygevaner, Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

ALKOHOL

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen. Den offentlige indsats på alkoholområdet, 2002.
- Sundhedsministeriet. De samfundsøkonomiske konsekvenser af alkoholforbrug, 1999.
- Sundhedsstyrelsen. Alkoholpolitiske handleplaner – en håndbog for kommuner, 2002.
- Sundhedsstyrelsen. Børn, unge og alkohol 1997 – 2002. Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

- Sundhedsstyrelsen. Fakta om alkohol. Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.
- Sundhedsstyrelsen Forebyggelse i festmiljøer – om alkohol og stoffer. 2005.
- Sundhedsstyrelsen. Genstandsgrænser for voksne, 2005.
- Sundhedsstyrelsens uge 40 kampagner.

MOTION

- Det nationale råd for Folkesundhed. Kommunens handlingsplan for fysisk aktivitet. Et oplæg til inspiration ved Det Nationale Råd for Folkesundhed, 2005.
- Forum for Motion. Motion og Sundhed, 2005.
- Fødevarerdirektoratet. Kost og fysisk aktivitet - fælles aktører i sygdomsforebyggelsen. Rapport nr. 3, 2003.
- Kommunernes Landsforening, Amtsrådsforeningen og Trafikministeriet. På cykel i det 21. århundrede, 1999.
- Netværket af forebyggende sygehuse i Danmark. Det fysisk aktive sygehus. Definition og strategi for implementering. 2004.
- Sundhedsstyrelsen. Befolkningens motivation og barrierer for fysisk aktivitet, 2003.
- Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling, 2003.
- Sørensen J, Horsted C, Andersen LB. Modellering af potentielle sundhedøkonomiske konsekvenser ved øget fysisk aktivitet i den voksne befolkning. Syddansk Universitet. CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering. Odense, 2005.

PATIENTRETTET FOREBYGGELSE

- Netværk af forebyggende sygehuse og Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse. Forebyggelse på danske sygehuse. En kortlægning, 2001.
- Statens Institut for Folkesundhed. Sundhedsforhold blandt etniske minoriteter – en litteraturgennemgang, 2005.
- Sundhedsstyrelsen. Indvandreres sundhed og sygelighed -opgørelse af behandlingsrater (2002), 2005.
- Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb, 2005

HJERTESYGDOMME

- Hjertereforeningen og Statens Institut for Folkesundhed. Hjertestatistik 2004, 2004.
- Hjerterehabiliteringen, Bispebjerg Hospital og Statens Institut for Folkesundhed. Hjerterehabilitering. Rationale, arbejdsmetode og erfaringer fra Bispebjerg Hospital, 2003.
- Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Hjertereforeningen i samarbejde med Dansk Cardiologisk selskab. Hjerterehabilitering på danske sygehuse, 2004.
- Sekretariat for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, Sundhedsstyrelsen, Hjertereforeningen og Dansk Cardiologisk selskab. Konferencerapport. Hjerterehabilitering i Danmark, 2004.
- Sundhedsstyrelsen. Diagnostik og behandling af iskæmisk hjertesygdom i Danmark, 2005.
- Sundhedsstyrelsen. Forløbsbeskrivelse for iskæmisk hjertesygdom. Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk
- Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Hjertesygdom. Fakta og forebyggelse, 2005.
- Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse og Enhed for Planlægning. Vejledning om hjerterehabilitering på sygehuse, 2004.

KOL

- DSI Institut for Sundhedsvæsen. Omkostninger ved behandling af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), 2004.
- Juel K og Døssing M. KOL i Danmark. Sygdommen der hver dag koster 10 danskere livet. Statens Institut for Folkesundhed, 2003.
- Prescott E, Lange P, Vestbo J and Copenhagen City Heart Study Group. Socioeconomic status, lung function and admission to hospital for COPD: results from the Copenhagen City Heart Study. *Eur Respir J* 1999; 13: 1109-1114, 1999.
- Sekretariat for Netværket af forebyggende sygehuse i Danmark. Rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. Fakta, definition og anbefalinger. København: Sekretariat for Netværket af forebyggende sygehuse i Danmark, 2004.
- Sundhedsstyrelsen. KOL. Forløbsbeskrivelse. Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk
- Sundhedsstyrelse.n. Projektbeskrivelse. Indførelse af systematisk tilbud om tidlig opsporing af rehabilitering af Kronisk Obstruktiv Lungelidelse (KOL), 2004.
- Sundhedsstyrelsen. Udkast til "Anbefalinger til tidlig opsporing, opfølgning og rehabilitering af KOL". Sundhedsstyrelsen, 2005.
- Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. KOL. Fakta og forebyggelse, 2005.
- Sundhedsstyrelsen, Center for forebyggelse. Kommissorium for Sundhedsstyrelsens KOL-arbejdsgruppe, 2004.

TYPE 2-DIABETES

- Diabetesforeningen. Nytænkning i sundhedsvæsenet. Måltrettet omlægning af diabetesbehandlingen betyder færre komplikationer, lavere behandlingsudgifter, færre sociale ydelser, 2003.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Handlingsplan om diabetes. 2003.
- Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling, 2003.
- Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Type 2 diabetes. Fakta og forebyggelse, 2005.

KRÆFT

- Kræftens Bekæmpelse. Kræft rammer skæft. Kræftens Bekæmpelses hjemmeside www.cancer.dk
- Kræftens Bekæmpelse. Din kommune og kræft - et oplæg til samarbejde mellem kommunen og Kræftens Bekæmpelse, 2005.
- Sundhedsstyrelsen. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Cancerregisteret 2001-2002 (foreløbig opgørelse). 2004:3, 2004.
- Sundhedsstyrelsen. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Cancerregisteret 2003 (foreløbig opgørelse). 2005: 9, 2005.
- Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Kræft. Fakta og forebyggelse, 2005.
- Sundhedsstyrelsen, Enhed for Planlægning. Kræftplan II. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet, 2005.

PSYKISKE SYGDOMME

- Psykiatrifonden. Psykiske sygdomme. Psykiatrifondens hjemmeside www.psykiatrifonden.dk
- Sundhedsstyrelsen. Behandling af depressionssygdomme. Kommentering af: Behandling af depressionssygdomme. En systematisk litteraturoversigt. Volym 1-3. Statens beredning for medicinsk utvärdering, 2005.
- Sundhedsstyrelsen. Patientforløbsbeskrivelse for psykiske lidelser, 2005.
- Sundhedsstyrelsen. Patientuddannelsesprogrammet. Lær at leve med kronisk sygdom. Rapport om pilotafprøvning, 2005.

- Sundhedsstyrelsen. Projektbeskrivelse. Fysisk aktivitet i sygehusvæsenet – modelindsats på psykiatriske afdelinger.
- Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for skizofreni, 2004.
- Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Depression. Fakta og forebyggelse, 2005.

MUSKEL- OG SKELETSYGDOMME

- DSI Institut for Sundhedsvæsen. De samfundsøkonomiske konsekvenser ved behandling af slidgigt i Danmark, 2003.
- Gigtforeningen: Reumatologisk handlingsplan 2005/2006, 2005.
- Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. Ondt i ryggen. Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv, 1999.
- Sundhedsstyrelsen. Projektbeskrivelse. Muskel- og skeletlidelser, 2004.
- Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Slidgigt. Fakta og forebyggelse, 2005.

KNOGLESKØRHED

- Osteoporoseforeningen. Knogleskørhed - den oversete epidemi, 2001.
- Osteoporoseforeningen. Osteoporose. Osteoporoseforeningens hjemmeside www.osteoporose-f.dk.
- Sundhedsstyrelsen. Forløbsbeskrivelse for osteoporose. Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk
- Sundhedsstyrelsen. Osteoporose. Forebyggelse, diagnostik og behandling, 2000.
- Sundhedsstyrelsen. Projektbeskrivelse. Indsats vedrørende faldforebyggelse og forebyggelse af knoglebrud blandt ældre, 2004.
- Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Knogleskørhed. Fakta og forebyggelse, 2005.
- Sørensen J. Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering. Syddansk Universitet Aktiv-passiv-analyse for muskel-skeletssygdomme: En sammenlignende analyse af sundhedsvæsenets ressourceforbrug til behandling af forskellige muskel/skeletssygdomme i forhold til omkostninger ved passiv forsørgelse og samfundsmæssigt produktionstab. Oktober, 2005.

OVERFØLSOMHEDSSYGDOMME

- Sundhedsstyrelsen. National strategi for tidlig opsporing og forebyggende behandling af overfølsomhedssygdomme. Projektbeskrivelse, 2004.
- Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Astma. Fakta og forebyggelse, 2005.
- Teknologirådet. Handlingsplan for forebyggelse af overfølsomhed og allergiske sygdomme i Danmark 2001 – 2005, 2000.

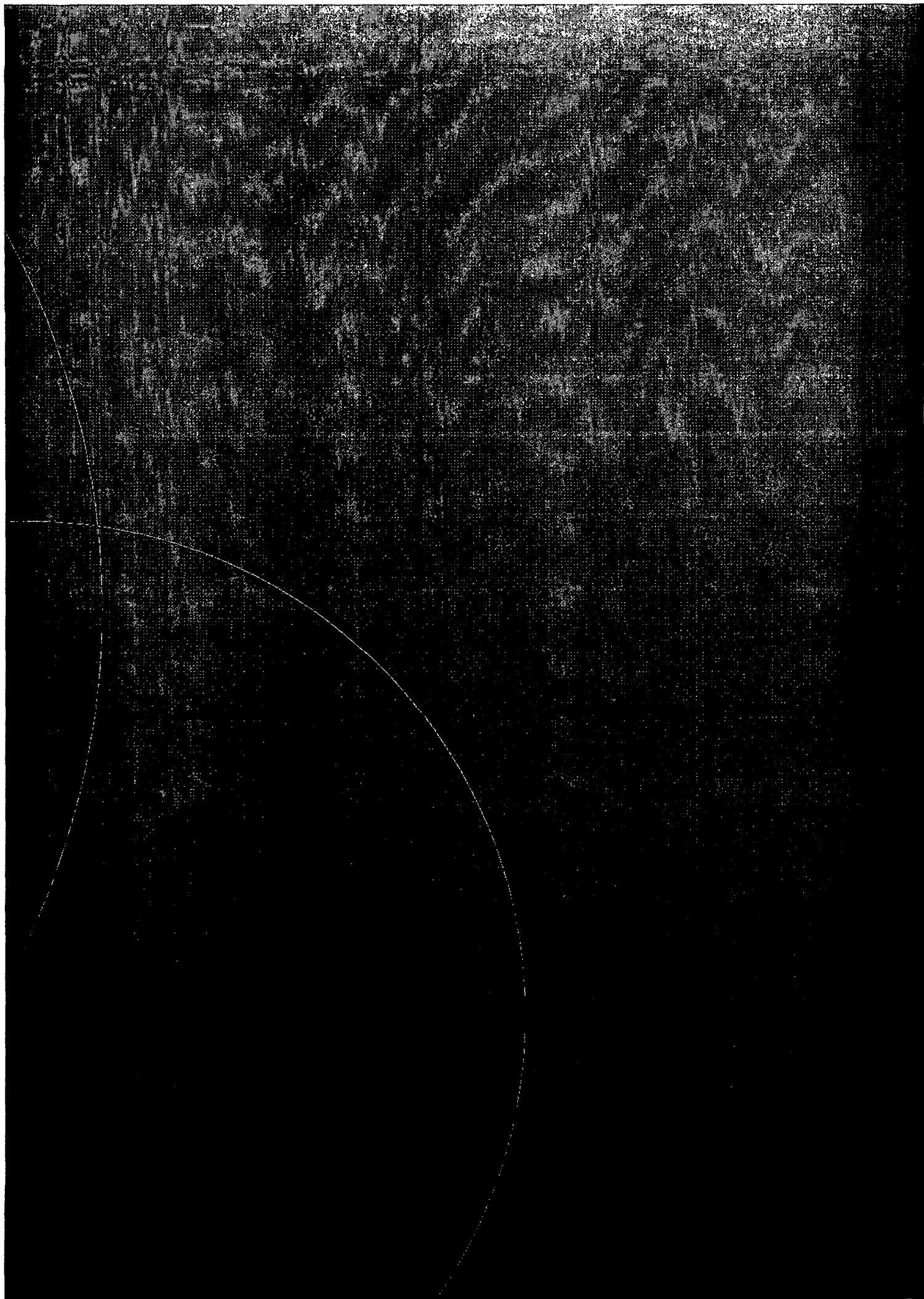
LÆR AT LEVE MED KRONISK SYGDOM

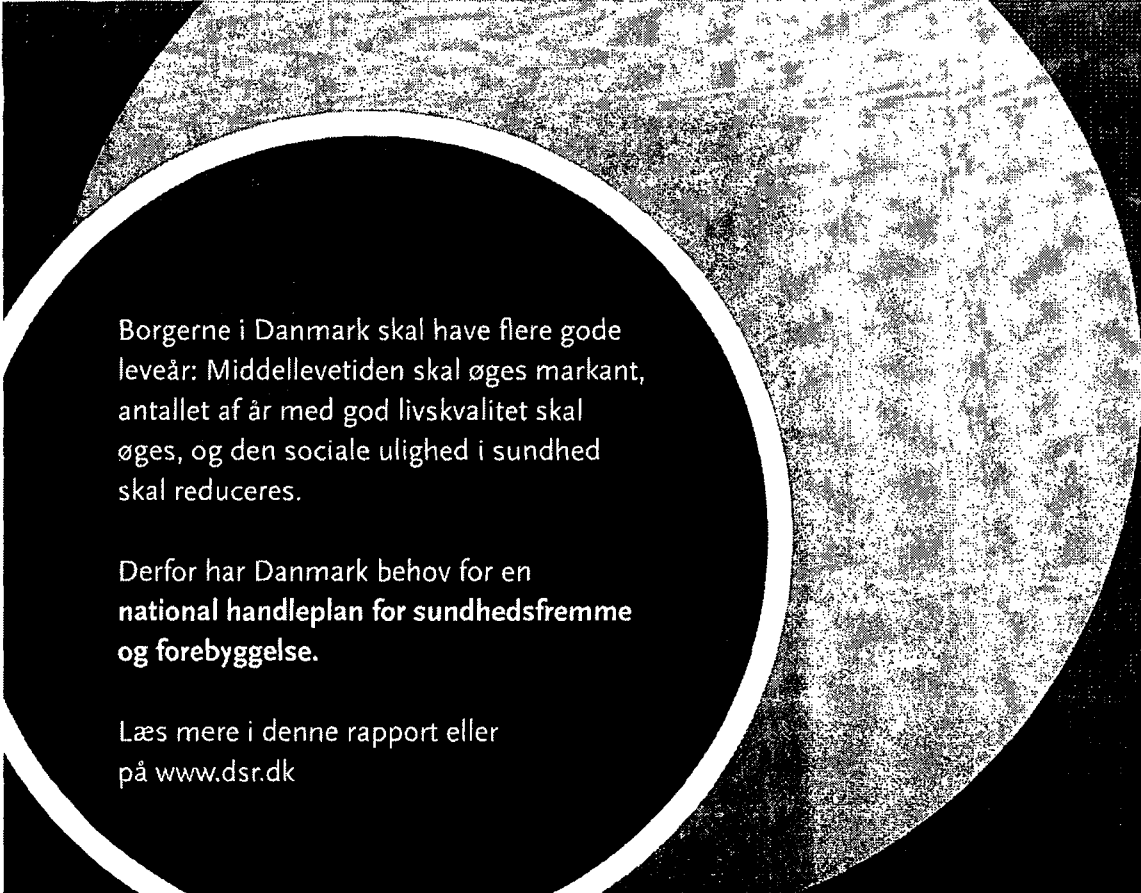
- Sundhedsstyrelsen. Evaluering af 'Lær at leve med kronisk sygdom', 2005.
- Sundhedsstyrelsen. Guide til Lær at leve med kronisk sygdom, 2005.
- Sundhedsstyrelsen. Patientuddannelsesprogrammet. Lær at leve med kronisk sygdom. Rapport om pilotafprøvning, 2005.
- Willaing I, Folmann N, Gisselbæk, AB. Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning - en litteraturregennemgang med fokus på metoder og effekter. Sundhedsstyrelsen, 2005.

KILDER TIL CITATER

- Anne Mette Fugleholm og Hanne Tønnesen, "Livsstil og forebyggelse på sygehuse", Ugeskrift for Læger, 10. marts 2003, nr. 11
- Bente Klarlund Pedersen, "Når sundheden skal frem", Det Nationale Råd for Folkesundhed, 21. december 2005
- Bjørn Richelsen. Fedmeepidemien fortsætter. Dagbladenes Bureau, 3. februar 2006

- House of Commons, Health Committee. Obesity. Third Report of Session 2003-4. 2004
- Jes Søgaard: Lav udgiftsvækst i dansk sundhedssektor sammenlignet med den øvrige vestlige verden. DSI Institut for Sundhedsvæsen
- Kjeld Møller Pedersen. Sygeplejersker skal sikre kvaliteten i kommunerne. Tidsskrift for Sygeplejersker, 21/2005.
- KL. Forebyggelse for fremtiden - budgetlægning 2007
- KL. Tid til omtanke på sundhedsområdet. Danske Kommuner, 12. januar 2006.
- KL. Danske Kommuner, 2. februar 2006
- Lars Løkke Rasmussen, "Dansk hjertebehandling er en succes", pressemeddelelse, 14. november 2005
- Lars Løkke Rasmussen, Folketingets talerstol, 24. januar 2006
- Lars Løkke Rasmussen, "Markante initiativer mod folkesygdommene", pressemeddelelse, 6. december 2005
- Lars Løkke Rasmussen og Connie Kruckow, "Dansk sundhed skal i top", Berlingske Tidende 2. december 2004
- Sundhedsstyrelsen. Diagnostik og behandling af iskæmisk hjertesygdom i Danmark. 2005
- Velfærdskommissionen. Fremtidens velfærd – vores valg. 2005.





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 rapport eller på www.dsr.dk

Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30
Postbox 1084
1008 København K
Tlf. 33 15 15 55
Fax 33 15 24 55
dsr@dsr.dk
www.dsr.dk