



Medlemmerne af Folketingets Sundhedsudvalg

### KL's udspil vedr. forebyggelse

Den 28. april 2009

KL har den 28. april offentliggjort et udspil om forebyggelse: "Bedre forebyggelse i kommunerne".

Jnr 09.06.00 P22  
Sagsid 000201246

De centrale budskaber i udspillet er:

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

- **Kommunens kontakt med borgerne** skal udnyttes i forebyggelsesindsatsen. Med kommunerne i en central rolle i forebyggelsesindsatsen kan arbejdet for en bedre folkesundhed gives et løft, hvis staten vil. Kommunerne er fx i tæt kontakt med børnene i skoler, idrætsforeninger mv.
- Der skal formuleres **nationale mål for folkesundheden**, der forpligter. Målene bør omfatte en reduktion af de væsentligste risikofaktorer, bekæmpe ulighed i sundhed og sikre omsorgen for borgere med kroniske lidelser.
- Der skal afsættes **økonomiske midler**, så det bliver realistisk at forfølge de forpligtende mål. Kommunerne skal have penge "ad fordøren".
- Kommunernes **økonomiske incitament**er til forebyggelse og sundhedsfremme skal styrkes i forbindelse med den kommunale medfinansiering af de regionale sundhedsudgifter. Det skal kunne betale sig at forebygge lokalt.
- Der skal laves en **national forskningsplan**, der sikrer viden om, hvilken forebyggelse, der virker lokalt.

Tlf 3370 3370  
Fax 3370 3371

[www.kl.dk](http://www.kl.dk)

1/2

./.. Udspillet er vedlagt.

Med venlig hilsen

A blue ink signature of Erik Fabrin, written in a cursive style.

Erik Fabrin

A blue ink signature of Peter Gorm Hansen, written in a cursive style.

Peter Gorm Hansen



## Mere forebyggelse i kommunerne!

Antallet af borgere med kroniske lidelser stiger. Vore børn bliver tykkere og tykkere, rygning og for meget alkohol gør os syge og er skyld i tidlige dødsfald og tabte gode leveår. Det er nogle af de væsentligste sundhedsudfordringer, vi står overfor. Vi kan vende denne udvikling, hvis vi vil det. Mange sygdomme kan forebygges og livsstil kan ændres. Til gengæld kan vi ikke behandle os ud af de helbredsmæssige skavanker, som vores livsstil fører med sig. Derfor bør forebyggelse prioriteres højt i de kommende år.

Det var glædeligt, at regeringen nedsatte Forebyggelseskommissionen, fordi den signalerede, at regeringen ønskede at sætte fokus på forebyggelse og ikke kun behandling. Det ret snævre kommissorium for kommissionsarbejdet, med fokus på evidensbaserede indsatser samt flere og bedre leveår som målestok, afslørede imidlertid en iøjnefaldende mangel på forskning og dermed viden om, hvad der virker på forebyggelsesområdet. Derfor er der brug for, at vi også tør igangsætte indsatser, som forskerne endnu ikke har målt og vejet, når vi blot sørger for systematisk at opsamle den viden og erfaring, som følger af tiltagene.

KL er enig i, at staten skal sætte de overordnede rammer for en bedre folkesundhed. Det er klart, at staten, gennem fx afgifter på tobak eller ny lovgivning om rygning kan begrænse forbruget, men det er vigtigt med et samspil med kommunale indsatser. Det er i kommunerne, at vi møder borgeren i hverdagen, og hvor vi kan have en dialog om ændrede vaner og sund livsstil. Derfor skal der større fokus på den kommunale indsats i den handlingsplan, regeringen har sagt, at den nu vil lave for forebyggelsen. Nogle af de målgrupper, som kommunerne især kan gøre en forskel for, er børnene, socialt udsatte og kronisk syge.

KL vil med dette udspil give nogle bud på, hvad der skal med i en kommende handlingsplan. Det gælder både de overordnede mål for indsatsen og forslag til indsatsområder. Samtidig indeholder pjecen eksempler på tiltag, som kommunerne allerede har sat i værk.

De centrale budskaber er:

- **Kommunens kontakt med borgerne** skal udnyttes i forebyggelsesindsatsen. Med kommunerne i en central rolle i forebyggelsesindsatsen kan arbejdet for en bedre folkesundhed gives et løft, hvis staten vil. Kommunerne er fx i tæt kontakt med børnene i skoler, idrætsforeninger mv.
- Der skal formuleres **nationale mål** for folkesundheden, der forpligter. Målene bør omfatte en reduktion af de væsentligste risikofaktorer, bekæmpe ulighed i sundhed og sikre omsorgen for borgere med kroniske lidelser.
- Der skal **afsættes økonomiske midler**, så en opfølgning på de forpligtende mål er mulig. Kommunerne skal have penge "ad fordøren".

- Kommunernes **økonomiske incitament**er til forebyggelse og sundhedsfremme skal styrkes i forbindelse med den kommunale medfinansiering af de regionale sundhedsudgifter. Det skal kunne betale sig at forebygge lokalt.
- Der skal laves en **national forskningsplan**, der sikrer viden om, hvilken forebyggelse, der virker lokalt.

Erik Fabrin

Peter Gorm Hansen

## Bedre folkesundhed – sats på kommunerne!

Danskerne lever kortere end de fleste andre i Europa, og sammenlignet med svenskerne, er forskellen hele tre år. Grundene kender vi alle alt for godt – det er rygning, alkohol, usund kost og for lidt motion, der er skyld i den kortere levealder. Og det er ikke bare en kort levealder, der er konsekvensen. Det er også tab af livskvalitet.

Flere og flere danskere lever ikke kun kortere, men må også kæmpe med kroniske sygdomme, der forringer deres livskvalitet og begrænser deres udfoldelsesmuligheder i mange år. Det går med andre ord jævnt ned ad bakke for de, som lever usundt. Og desværre kan vi konstatere et øget antal borgere med kroniske lidelser som fx type 2-diabetes, hjerte-karsygdomme, KOL og kræft.

Forebyggelseskommissionen har siden starten af 2008 barslet med sine anbefalinger til regeringen. Som opfølgning på betænkningen, skal der udarbejdes en national handleplan, der definerer sigtelinjerne for arbejdet for en bedre folkesundhed. Der er brug for en klar vision i handlingsplanen og forpligtende mål for indsatsen. Vi kan ikke ændre afgørende på udviklingen i danskernes sundhed med bløde hensigtserklæringer. Vi har brug for håndfaste mål, der følges op af målrettede indsatser og de nødvendige ressourcer.

Kommunerne har en central rolle at spille i forebyggelsen. Kommunen kan fx påvirke børn og unges motionsvaner i institutioner og i skolerne, og kan gennem den fysiske planlægning sikre, at vi alle får bevæget os. Kommunen kan skabe miljøer, der fremmer de sunde valg i mange sammenhænge. Det gælder bl.a. de store kommunale arbejdspladser. Og ikke mindst er kommunerne ofte i kontakt med de svageste i vores samfund, som ofte er dem, der lever mest usundt. Derfor bør en kommende handlingsplan give bud på, hvad kommunerne skal prioritere i de kommende år inden for den brede, borgerrettede forebyggelse.

### **Rygestopkurser i socialpsykiatrien**

*Hvor:* Tønder Kommune.

*Formål:* At mindske antallet af rygere i socialpsykiatrien.

*Kommunens indsats:* Kommunen tilbyder brugere i socialpsykiatrien rygestopkurser på lige fod med andre rygere i kommunen. Kurset tager udgangspunkt i Kræftens Bekæmpelses rygestopkursuskoncept, men er tilpasset målgruppen.

*Økonomi:* Budgettet er på 19.000 kr. pr. kursus. Der deltager 10 brugere i hvert kursus. Hertil kommer udgifter på ca. 1.000 kr. pr. deltager til nikotinsubstitution m.v.

*Hvorfor er det en god indsats:*

- Indsatsen er videreudviklet i forhold til et allerede afprøvet og anerkendt koncept.
- At brugere i socialpsykiatrien tilbydes samme muligheder som andre borgere.
- At mindske risikoen for passiv rygning for medarbejderne.

Kommunerne har også mange muligheder for at støtte borgerne i at leve et godt liv på trods af kroniske sygdomme. Rygestop, motion og kostvejledning er for mange sygdomme vigtige elementer, hvis sygdomsudviklingen skal holdes i ave. Samtidig er indsatsen afhængig af et godt og effektivt samarbejde mellem kommunerne, de praktiserende læger og sygehusene.

Derfor forventer KL, at handlingsplanen omfatter omsorgen for det stigende antal borgere med kroniske sygdomme, også fordi kommunerne kan bidrage til at øge disse menneskers livskvalitet til gavn for dem selv, deres pårørende og det øvrige samfund. Særligt kan kommunerne i samarbejde med de praktiserende læger bidrage til, at borgere med kroniske sygdomme forbliver uden for sygehusene. Men det kræver flere ressourcer til forebyggelse at sikre den rette omsorg for det stadig stigende antal borgere med kroniske sygdomme.

## De sundhedsmæssige udfordringer<sup>1</sup>

### *For meget røg!*

Selvom antallet af dagligrygere er faldet i de senere år, er der stadig mange rygere i Danmark sammenlignet med de øvrige OECD-lande. Og selvom antallet af rygere er faldet, så er salget af tobak ikke faldet tilsvarende. Det tyder på, at der er mange storrygere, som har svært ved at holde op med at ryge.

#### *Konsekvenserne af rygning – hvert år*

- 14.000 dødsfald – det er ca. 25% af alle dødsfald
- 17% af alle indlæggelser skyldes rygning
- 8% af besøgene hos de praktiserende læger skyldes rygning
- 2,8 mio. ekstra fraværdsdage fra arbejde
- 5.000 nye førtidspensionister

### *For meget alkohol!*

Siden begyndelsen af 1960'erne er danskernes alkoholforbrug mere end fordoblet. Vores alkoholforbrug ligger klart i den høje ende sammenlignet med de øvrige OECD-lande. Og danske unge drikker tidligt og drikker sig oftere mere fulde end de fleste andre europæiske unge. Samlet set drikker 500.000 danskere for meget, og ca. 160.000 er alkoholafhængige. Alkoholforbruget har store sociale og menneskelige konsekvenser – også for de pårørende.

#### *Konsekvenserne af for meget alkohol – hvert år:*

- 3.000 danskere dør – det er 5% af alle dødsfald
- 28.000 indlæggelser, 10.000 skadestuebesøg og 72.000 ambulante besøg
- 150.000 ekstra besøg hos de praktiserende læger
- 325.000 ekstra fraværdsdage fra arbejde
- 500 nye førtidspensionister

<sup>1</sup>Afsnittet er baseret på SIFs rapport: *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*, Statens Institut for Folkesundhed 2006

### *For meget fedt og sukker!*

Danskerne spiser for fedt og for sødt, og især børn får for meget sukker. Antallet af overvægtige børn er tredoblet over de sidste 50 år.

#### *Konsekvenserne af usund kost – hvert år:*

- 2% af alle dødsfald
- 55.000 indlæggelser
- 1,1 mio. kontakter til praktiserende læger
- 1,8 mio. ekstra fraværsdage fra arbejde
- 11.000 nye førtidspensionister

### *For lidt motion!*

Flere danskere har fået stillesiddende arbejde, så vi generelt bevæger os for lidt. Mange er gode til at motionere i fritiden i stedet, men der er stor forskel på de forskellige samfundsgrupper.

#### *Konsekvenserne af fysisk inaktivitet – hvert år:*

- 7-8% af alle dødsfald
- 100.000 indlæggelser
- 2,6 mio. kontakter til praktiserende læger
- 3,1 mio. ekstra fraværsdage fra arbejde
- 5.000 nye førtidspensionister

Det er tydeligt, at danskernes usunde livsstil har store konsekvenser. Der er i dag ca. 1½ mio. mennesker med en kronisk sygdom i Danmark, som overvejende skyldes rygning, alkohol, fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssig kost. Disse sygdomme er så udbredte, at de kaldes folkesygdomme<sup>2</sup>. Det er ikke længere de smitsomme sygdomme, som slår folk ihjel. Fra 1987 og frem til 2005 steg andelen af personer med kronisk sygdom fra godt 33% til knap 40% af befolkningen<sup>3</sup>. Af de 1½ mio. danskere, som lider af kronisk sygdom, er en halv million meget hæmmede af sygdommen og har ofte flere diagnoser. WHO vurderer, at mindst 35% af alle mænd over 60 år lider af mere end én kronisk sygdom, og antallet af kroniske sygdomme stiger med alderen<sup>4</sup>.

Heldigvis kan folkesygdommene i vid udstrækning forebygges. Og når diagnosen er stillet, kan sygdommen ”forhales”, så man som kronisk syg kan bevare sin funktionsevne længere, end man kunne tidligere.

Det er sundt fornuft, og kommunerne har en stor rolle at spille – både i den borgerrettede forebyggelse og i indsatsen over for de kronisk syge. Det er først og fremmest i borgerens hverdag og nærmiljø, at sundhed og livskvalitet skal skabes. Men det kræver en omfattende og målrettet indsats.

---

<sup>2</sup> De 8 folkesygdomme er: Type 2-diabetes, hjerte-karsygdom, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), forebyggelige kræftsygdomme, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, knogleskørhed og psykiske lidelser.

<sup>3</sup> Statens Institut for folkesundhed, 2006

<sup>4</sup> “Gaining Health – The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases”, WHO 2006

## Forpligtende nationale mål

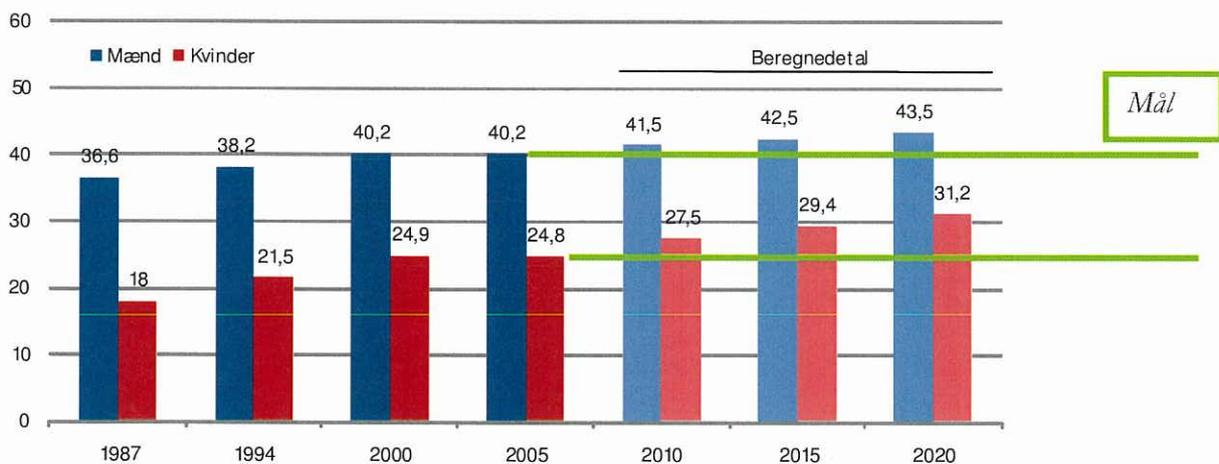
Tilbage i 2002 opstillede regeringen en række nationale mål i folkesundhedsprogrammet ”Sund hele livet”. Målene handlede om at forøge middellevetiden markant, at øge antallet af år med god livskvalitet og reducere den sociale ulighed i sundhed. De sundhedsmæssige udfordringer i Danmark har desværre ikke ændret sig meget siden da<sup>5</sup>. Derfor må vi erkende, at tiden er løbet fra bløde hensigtserklæringer. I stedet er tiden inde til at blive langt mere ambitiøs på folkesundhedens vegne. Vi kan ikke forsvare andet – hverken menneskeligt eller samfundsøkonomisk. Derfor er der behov for at opstille målbare, nationale mål i den kommende handlingsplan for folkesundheden. Målbare, nationale mål vil betyde, at vi forholder os til, hvor vi vil hen. Når målene først er fastsat, vil det skabe et fælles fokus for alle aktører på forebyggelsesområdet. Der er behov for, at alle arbejder i samme retning, hvis udviklingen skal vendes.

Som udgangspunkt foreslår KL, at der opstilles mål for KRAM-faktorerne, social ulighed og indsatsen for kronisk syge. I forhold til KRAM-faktorerne foreslår KL, at der tages udgangspunkt i følgende mål:

### Kost

I figur 1 ses udviklingen for moderat overvægtige. Der ses en jævnt, svag stigning for både mænd og kvinder. Niveaulet for mænd er væsentligt højere end for kvinder.

Figur 1. Udviklingen i hyppigheden af moderat overvægtige 1987-2005 og fremskrevet til 2020. Aldersstandardiseret. I procent

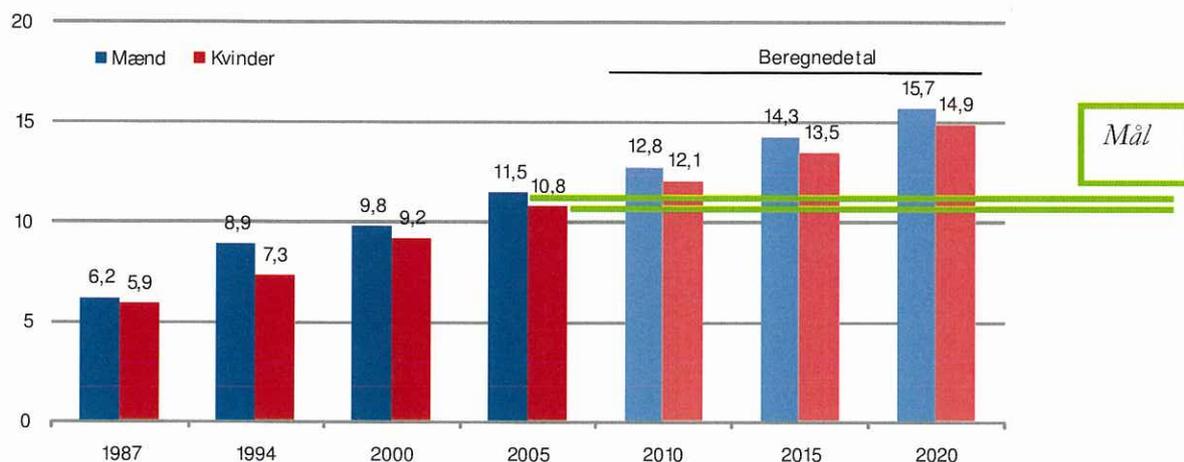


*Mål:* At fastholde andelen af moderat overvægtige på 2005-niveau i 2020.

<sup>5</sup> Fremskrivningen af risikofaktorerne i Danmark er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed for KL. De angivne mål er fastsat af KL. Fremskrivningerne kan forfines ved at fokusere på specifikke aldersgrupper. En nedbrydning på aldersgrupper vil give grundlag for udarbejdelse af mere specifikke mål end de foreslåede.

Fremskrivningen af antal borgere med svær overvægt (figur 2) viser, at der er tale om en jævnt svag stigning, hvor hyppigheden er højere hos mænd end hos kvinder.

Figur 2. Udviklingen i hyppigheden af svært overvægtige 1987-2005 og fremskrevet til 2020. Aldersstandardiseret. I procent

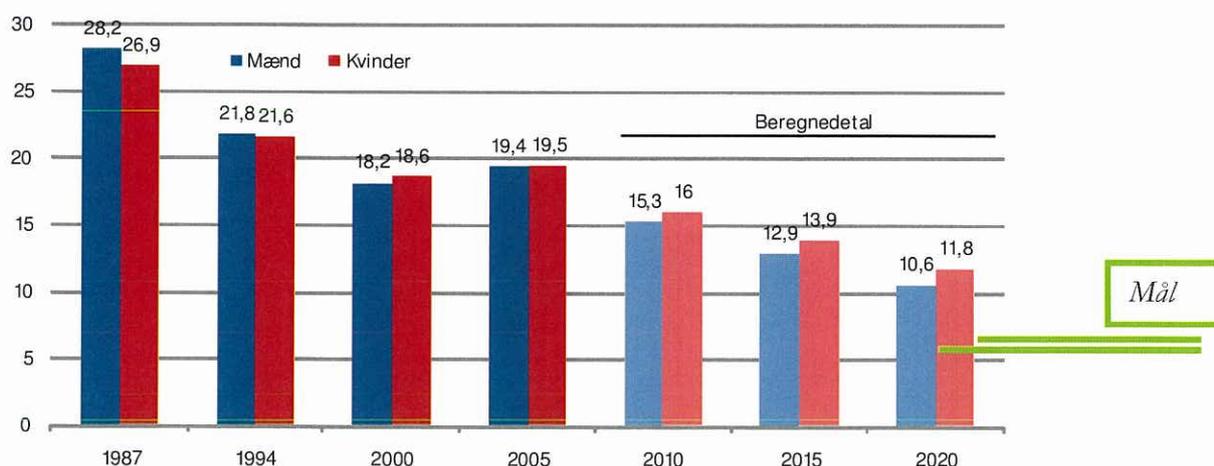


Mål: At fastholde andelen af svært overvægtige på 2005-niveau i 2020.

### Tobak

Hyppigheden af smårygere falder kraftigt for både mænd og kvinder og er i 2020 beregnet til at være mindre end halvdelen af den observerede hyppighed i 1987 (figur 3). Hyppigheden er nogenlunde ensartet for mænd og kvinder.

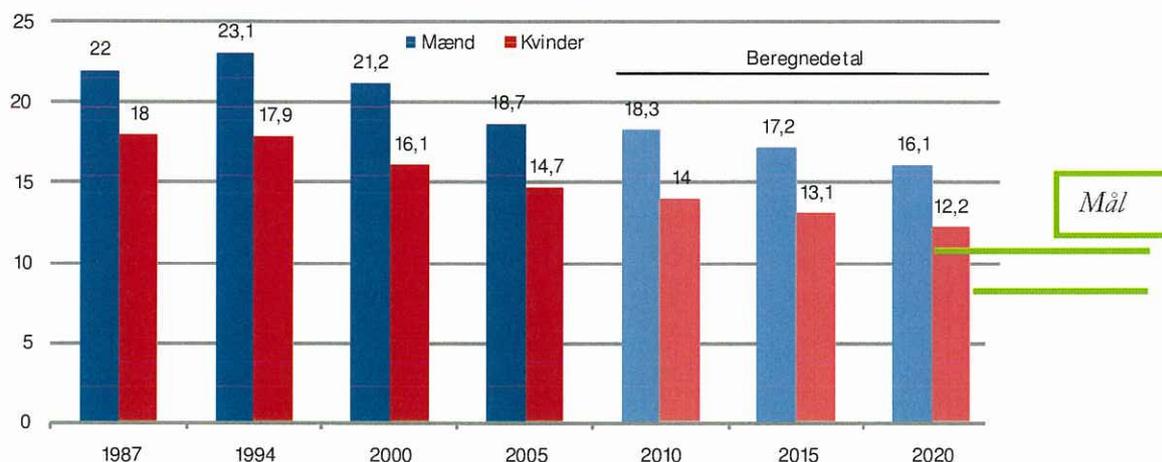
Figur 3. Udviklingen i hyppigheden af smårygere 1987-2005 og fremskrevet til 2020. Aldersstandardiseret. I procent



Mål: At andelen af smårygere i 2020 for mænd er 6% og for kvinder 7%.

Hyppigheden af storrygere er svagt faldende for både mænd og kvinder (figur 4). Hyppigheden blandt mænd er i alle årene 4-5% point højere end blandt kvinderne.

Figur 4. Udviklingen i hyppigheden af storrygere 1987-2005 og fremskrevet til 2020. Aldersstandardiseret. I procent

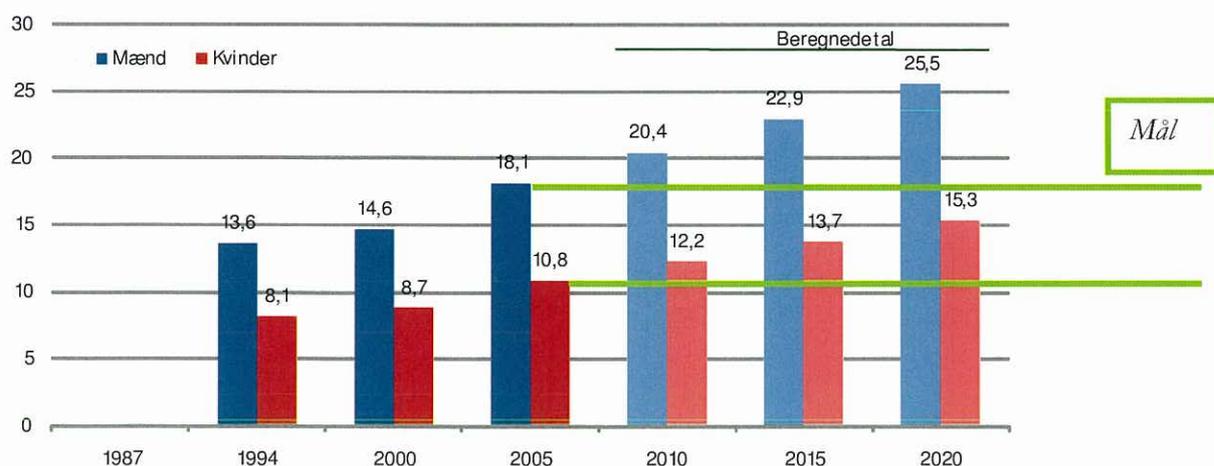


Mål: At andelen af storrygere i 2020 for mænd er 11% og for kvinder 8%.

## Alkohol

Der er over tid en jævnt stigende andel, der drikker over genstandsgrænserne, både blandt mænd og kvinder, men andelen, der overstiger genstandsgrænserne, er væsentlig højere hos mænd end hos kvinder (figur 5).

Figur 5. Udviklingen i hyppigheden af personer, der drikker over genstandsgrænserne 1987-2005 og fremskrevet til 2020. Aldersstandardiseret. I procent

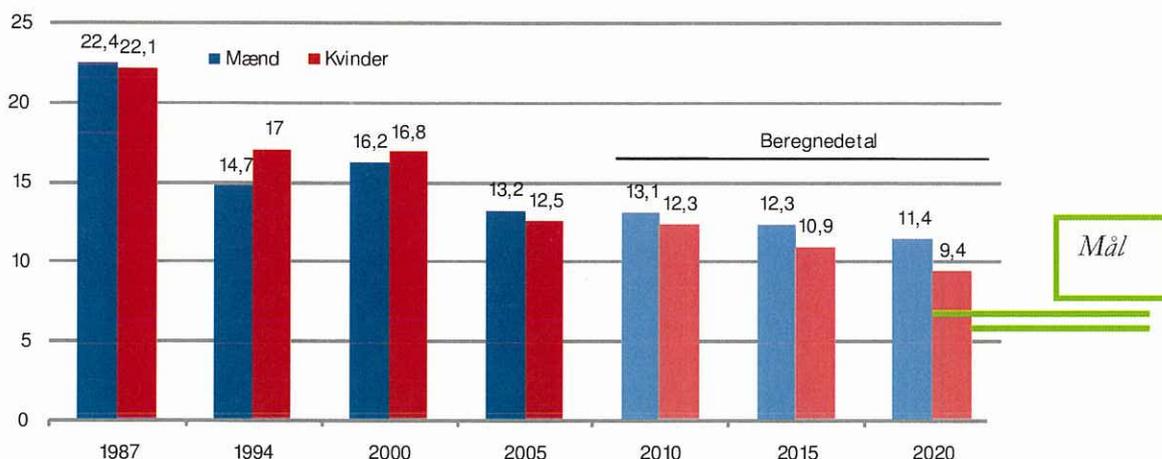


Mål: At fastholde andelen af personer, der drikker over Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse på 2005-niveau i 2020. Desuden bør der formuleres målsætning om at nedbringe alkoholforbruget blandt unge, der har en kedelig nordisk rekord.

## Fysisk aktivitet

Der bliver færre stillesiddende med årene, og mænd og kvinder har næsten samme niveau (figur 6).

Figur 6. Udviklingen i hyppigheden af personer med stillesiddende fysisk aktivitet 1987-2005 og fremskrevet til 2020. Aldersstandardiseret. I procent



*Mål:* Andelen af fysisk inaktive er i år 2020 7% for mænd og 6% for kvinder

Opfyldelsen af målene vil kræve en stor og fælles indsats af både staten, regionerne og kommunerne. Det er klart, at muligheden for at nå målene afhænger af, at forebyggelsesindsatserne er effektive og at der afsættes de nødvendige ressourcer. Kommunernes særlige rolle på forebyggelsesområdet skal derfor udnyttes og prioriteres i arbejdet med at nå målene. Kommunernes arbejde bør endvidere kombineres med statslige tiltag som afgifter, lovgivning og oplysning.

I arbejdet med målene bør der sættes særligt fokus på den sociale ulighed i fordelingen af risikofaktorerne. Fx er der langt flere storrygere blandt lavt uddannede end blandt danskere med en længerevarende uddannelse. Det samme gør sig gældende i forhold til overvægt og fysisk inaktivitet. Det betyder, at lavere uddannede er langt mere udsatte for at blive syge. Det er derfor væsentligt, at en national handlingsplan forholder sig til, hvordan social ulighed mindskes i relation til usunde kostvaner, rygning, for meget alkohol og fysisk inaktivitet.

## Hvordan når vi målene?

KL ønsker en dialog med regeringen om, hvilke indsatser, kommunerne skal satse på i de kommende år, og som mest effektivt understøtter målet om en bedre sundhedstilstand.

### *Statslig regulering og kommunale indsatser skal virke sammen*

Vi ved, at regulering på statsligt niveau kan have en meget stor effekt på befolkningens adfærd og ikke mindst de unges valg. Derfor er det et redskab, som det er helt nødvendigt at bringe i anvendelse. KL støtter derfor, at der i forlængelse af Forebyggelseskommissionens betænkning bliver set på, om afgifter kan forhøjes, og om fx rygelovgivningen skal strammes.

En bedre statslig regulering vil kunne understøtte det kommunale arbejde med forebyggelse. Kommunerne kan tilbyde rygestopkurser, men det er ”op ad bakke”, hvis prisen for tobak er for lav. Og kommunerne kan arbejde med alkoholpolitik i skolerne, men logikken halter, når 16-årige kan købe alkohol – i modsætning til de øvrige nordiske lande og en række af de europæiske lande, som vi normalt sammenligner os med.

Derfor er det vigtigt, at der for alle mål både bliver set på, om der er brug for nye statslige tiltag i form af afgifter og regler, og hvilke kommunale indsatser, kommunerne i fællesskab bør tilbyde. De to ting skal spille tæt sammen.

I dag er der meget stor forskel på, hvilke indsatser, kommunerne prioriterer inden for de begrænsede midler, der er afsat til forebyggende indsatser. Men kommunerne har allerede fokus på KRAM-faktorerne. KL foreslår, at der for alle KRAM-faktorer aftales kommunale indsatser, som alle kommuner bør løfte, og at der afsættes den nødvendige finansiering.

Nogle eksempler på indsatser, som kommunerne vil kunne løfte, er:

- *Kost* – kommunerne skal tilbyde kostvejledning til overvægtige og udvalgte kronikergrupper. Kommunerne kan også gennem målrettede programmer hjælpe overvægtige børn og deres familier.
- *Rygning* – der er brug for flere og mere målrettede tilbud om rygestop i kommunerne, hvis de statslige rammer i form af afgifter og rygelovgivning ændres. Det vil kræve, at kapaciteten udvides.
- *Motion* – Forebyggelseskommissionen har foreslået, at kommunerne skal sikre, at børnene i daginstitutioner og folkeskoler er fysisk aktive mindst 1 time om dagen – det vil bl.a. kræve nye midler til anlæg af idrætsfaciliteter, legepladser og sikring af skoleveje, så det bliver attraktivt at cykle og gå, og til bevægelsesfremmende aktiviteter.
- *Alkohol* – kommunerne kan sikre, at der bliver lavet alkoholpolitikker på alle kommunale arbejdspladser og institutioner og sætte fokus på unges adgang til alkohol i bevillingspolitikken.

### **Forebyggelse af overvægt blandt 3-4-årige**

*Hvor:* Faaborg-Midtfyn Kommune

*Formål:* At forebygge overvægt i børnehavealderen.

*Kommunens indsats:* Kommunen rådgiver og motiverer familierne og deres børn til at leve sundt.

*Økonomi:* Budgettet er på 270.000 kr. Ca. 580 familier indgår i målgruppen.

*Hvorfor er det en god indsats:*

- Indsatsen forebygger overvægt inden skaden er sket.
- Effekten af tilbuddet er markant. Hovedparten af deltagerne får en lavere BMI. En del får stabiliseret sit BMI.
- ”Den motiverende samtale” er udviklet som et redskab til dialogen med familierne.

### *Der skal fokus på social ulighed i sundhed*

Forebyggelseskommissionen har konstateret, at sygdom er socialt skævt fordelt i det danske samfund, og har set på, hvordan forskellige tiltag vil påvirke forskellige indkomstgrupper i samfundet. Det er nyttig viden. Det vil kommunerne gerne have mere fokus på.

Det at leve sundt er ofte ikke det, der står først på dagsordenen, hvis man fx ikke har noget arbejde, har et meget belastende arbejde eller har en hverdag med sociale eller psykiske problemer. De borgere kan kommunerne tilbyde en hjælpende hånd. Både ved at skabe de rammer, der kan være med til at skubbe sundheden i den rigtige retning for alle borgere – også de socialt dårligt stillede. Og ved at skabe tilbud, som er målrettet de borgere, som har særlige behov.

Borgere uden for arbejdsmarkedet har ofte et stort behov for en sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Fx at holde op med at ryge, spise sundere eller drikke mindre. Det kan fx være ledige, psykisk syge eller handicappede. Kommunerne kan gøre en indsats i de kommunale tilbud, som benyttes af denne målgruppe – fx aktiveringssteder og væresteder. Flere kommuner er begyndt at tænke sundhed ind i deres tilbud – fx at lade de psykisk syge lave sund mad på værestederne og at lægge motion ind i hverdagen i tilbuddene til de udviklingshæmmede. Det ønsker kommunerne mere af i årene fremover. KL foreslår derfor, at der i handlingsplanen fokuseres særligt på indsatser, der kan mindske den sociale ulighed i sundhed.

#### **Fremskudt diabetesskole for etniske grupper**

*Hvor:* Sundhedscenter Vøllmose, Odense Kommune

*Formål:* At give borgere med type 2-diabetes med arabisk, tyrkisk og somalisk baggrund og ringe egenomsorgsevne et tilbud om diabetesskole.

*Kommunens indsats:* Deltagerne modtager et undervisningsforløb om type 2-diabetes med henblik på at forbedre målgruppens egenomsorgsevne. Indsatsen foregår i lokalområdet i Vøllmose og er dermed 'fremskudt' i forhold til den ordinære diabetesskole på Odense Universitetshospital.

*Økonomi:* Budgettet er på 880.000 kr. Der forventes undervist 21 hold med 8-10 personer pr. hold. Undervisningen forløber over 10 uger efterfulgt af tilbud om deltagelse i netværksgrupper.

*Hvorfor er det en god indsats:*

- Undervisningen er tilpasset de respektive etniske grupper.
- Sygehus og kommune samarbejder om indsatsen og supplerer hinandens fagligheder.
- Deltagerne er bekendt med underviserne fra den kommunale sygepleje og Sundhedscenter Vøllmose.

### *Storre forebyggelsesindsats over for kronisk syge*

De store sundhedsmæssige udfordringer betyder, at vi er nødt til også at prioritere den patientrettede forebyggelse, som handler om at forhindre, at kronisk sygdom udvikler sig og bliver værre.

Vi kan nå rigtigt langt med sundhedsfremme og forebyggelse, så vi undgår, at så mange danskere udvikler livsstilssygdomme i fremtiden. Men situationen her og nu er, at 1½ mio. danskere er kronisk syge.

En borger med type 2-diabetes, som ikke får hjælp til egenomsorg, vil både have dårlig livskvalitet og belaste sygehuset og kommunekassen. Derfor skal forebyggelsen "gå på to ben" og både fokusere på indsatser, der forhindrer livsstilssygdommens opståen, og indsatser, der forhindrer, at sygdommene udvikler sig yderligere, bl.a. gennem rehabilitering og opfølgende indsats i hjemmesygeplejen.

Der er behov for, at der investeres tilstrækkelige ressourcer i kommunerne for, at omsorgen for kronikere kan løftes. Sygehusene er i gang med en omfattende specialisering understøttet af store investeringer, der skal sikre danskerne den bedste behandling. På tilsvarende vis bør der investeres i det kommunale sundhedsvæsen, der skal tage sig af kroniske syge borgere, der ikke længere skal modtage behandling på sygehusene. En procentdel af investeringerne i nye sygehuse bør derfor øremærkes til kommunernes omsorg for kroniske syge.

KL foreslår, at der opstilles nationale mål for indsatsen inden for den patientrettede forebyggelse for de store folkesygdomme som fx hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, KOL og kræft, og at der afsættes de nødvendige ressourcer til bl.a. diætvejledning, motionstilbud, patientuddannelse og øvrige rehabiliterende tiltag.

#### **Rehabilitering af borgere med kronisk sygdom**

*Hvor:* Sundhedscenter Østerbro, Københavns Kommune.

*Formål:* At styrke forebyggelses- og rehabiliteringsindsatsen for borgere med kronisk sygdom samt at skabe sammenhængende patientforløb mellem praktiserende læger, sygehus og kommune.

*Kommunens indsats:* Kommunen tilbyder rehabilitering og livsstilsintervention til borgere med hjertesygdom, KOL eller type 2-diabetes samt ældre med fald- og balanceproblemer. Henvisningen sker fra praktiserende læger og Bispebjerg Hospital.

*Økonomi:* Budgettet er på ca. 3,8 mio. kr. årligt. I 2008 påbegyndte lidt mere end 300 borgere et rehabiliteringsforløb.

*Hvorfor er det en god indsats:*

- Indsatsen bygger på et samarbejde mellem kommune, praktiserende læge og sygehus. Og der er opbakning fra alle sider til indsatsen.
- Evalueringer viser en stor effekt på bl.a. funktionsevnen og tilfredsheden blandt deltagerne.

## **Styrk forskning og vidensopsamling på forebyggelsesområdet**

Forebyggelseskommissionen cementerer den aktuelle viden på forebyggelsesområdet:

- Der er en stigende viden om de sundhedsmæssige konsekvenser af rygning, inaktivitet, stort alkoholforbrug og dårlige kostvaner.

- Der er begrænset viden om, hvordan man gennem konkrete indsatser kan mindske sygdomsforekomsten og fremme sundheden i befolkningen.
- Særligt er det vanskeligt at finde viden om, hvordan forskellige målgrupper motiveres og fastholdes i forhold til adfærdsændringer.

Der er behov for en overordnet, national plan for forskningen på forebyggelsesområdet, hvor der afsættes faste ressourcer, så der kan tiltrækkes forskere til området.

Eller som sundhedsministeren sagde det ved lanceringen af Forebyggelseskommissionen:

*"De fleste af os er jo klar over, at forebyggelse blandt andet handler om bedre kost, mindre rygning og alkohol og så mere motion. Men mere præcist, hvad der virker, og hvad der virker bedst, står ikke helt klart. Vi trænger altså til at få noget evidens og prioritering ind i forebyggelsesarbejdet".<sup>6</sup>*

Set ud fra kommunernes perspektiv, er der især behov for, at der forskes i følgende områder:

- Hvordan forebygger kommunerne effektivt i forhold til KRAM-faktorerne på individniveau?
- Hvordan motiveres forskellige målgrupper? Her er der især behov for at fokusere på de grupper, der særligt er i risiko for at blive syge, herunder forskning i interventioner, der er rettet mod at mindske ulighed i sundhed.
- Hvilke strukturelle indsatser – fx gennem brug af forbud og påbud – kan kommunerne med fordel iværksætte?
- Hvilke fordele og ulemper har de forskellige måder at organisere det forebyggende arbejde på?

## Forebyggelse koster

I det danske sundhedsvæsen har der hidtil været stor fokus på behandling og meget begrænset fokus på forebyggelse. Dette illustreres af, at der i 2009 bruges 16.500 kr. pr. borger på behandling i det regionale sundhedsvæsen og kun 92 kr. pr. borger til forebyggelse i kommunerne<sup>7</sup>. Eller sagt på en anden måde: Hver gang der bruges én krone på forebyggelse, bruges der 180 kr. på behandling. Det er nødvendigt, at forebyggelsen prioriteres meget højere fremover, hvis vi skal kunne imødegå udviklingen af livsstilssygdomme og behandlingen af det stigende antal borgere med kroniske sygdomme. Der er behov for, at staten i langt højere grad end hidtil tilgodeser forebyggelsesområdet og understøtter de kommunale forebyggelsesopgaver med flere ressourcer. En god forebyggelsesindsats, der virkelig batter noget, er nemlig ikke gratis.

KL mener, at finansiering af forebyggelsen i kommunerne skal gå på to ben.

*Det ene nødvendige ben* er at styrke kommunernes incitamenter til at forebygge. Det skal i højere grad kunne betale sig for den enkelte kommune at styrke forebyggelsesindsatsen, hvilket der bør tages højde for i kommunernes medfinansiering.

<sup>6</sup> Minister for Sundhed og Forebyggelse Jakob Axel Nielsen 24. januar 2008 i pressemeddelelsen ved nedsættelse af Forebyggelseskommissionen, [www.sum.dk](http://www.sum.dk).

<sup>7</sup> Kommunerne fik med sundhedsreformen i 2007 overført 200 mio. kr. fra de daværende amter til forebyggelse og sundhedsfremme. I 2009 budgetterer kommunerne med 510 mio. kr. til forebyggelse og sundhedsfremme.

*Det andet nødvendige ben* er at tilføre flere ressourcer til den kommunale forebyggelsesindsats. Der er behov for at ændre den nationale prioritering mellem behandling og forebyggelse, så en større del af den samlede ramme prioriteres til forebyggelse.

### ***Stærkere incitament til forebyggelse via medfinansiering***

Rationalet bag den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering, som blev indført med opgave- og strukturreformen, er at give kommunerne et incitament til at styrke og udbygge egne forebyggelsestilbud, med henblik på at reducere behovet for indlæggelser i sygehusvæsenet.

Medfinansieringen har da også bidraget til at skabe et stort politisk fokus på sundheds- og forebyggelsesområdet i kommunerne. Men medfinansieringen bør være stærkere, hvis der for alvor skal ske et ryk i forebyggelsesindsatsen. Problemet for kommunerne er i dag, at udgifterne til at styrke forebyggelsen og etablere nye tilbud, ofte overstiger gevinsten i form af sparede medfinansieringsudgifter.

En af vejene til at skabe større sundhed er derfor at styrke kommunernes incitament til at forebygge udviklingen af alvorlig sygdom. Det kræver ændringer af den nuværende medfinansieringsmodel. Rationalet bag den kommunale medfinansiering er det rigtige, men den konkrete indretning af medfinansieringsmodellen skal ændres.

Incitamenterne i den nuværende medfinansieringsmodel er ikke stærke nok. En forøgelse af medfinansieringen vil kunne styrke kommunernes incitament til at iværksætte nye sundhedsindsatser. Tilsvarende vil forskellige typer af differentiering af medfinansieringen kunne styrke kommunernes incitament til at øge forebyggelsesindsatsen.

### ***Flere ressourcer til forebyggelse***

Øgede incitament er ikke nok, hvis forebyggelsen skal have et løft. Der er også brug for, at der direkte afsættes ressourcer til forebyggelsen. Det er der flere grunde til.

Det ikke al forebyggelse, som kan give sig udslag i færre sygehusindlæggelser, men primært de indsatser, der falder inden for den patientrettede forebyggelse. Derfor er medfinansiering ikke nok til at skabe et løft i indsatsen.

Effekten af mange indsatser vil først vise sig på langt sigt. Det gælder fx de vigtige indsatser, som er rettet mod børn og unge. Det varer mange år, før vi som samfund høster gevinsten af denne type indsatser, og derfor kan medfinansieringen ikke stå alene.

Og så er der det tekniske problem, at hvis alle kommuner i ét år er gode til at bringe udgifterne til medfinansiering ned, vil alle kommuner få mindre i bloktilskud året efter. De sparede medfinansieringsudgifter realiseres således kun i det første år og kan ikke fremadrettet finansiere de kommunale forebyggelsesindsatser. Det taler også for at prioritere midler direkte til forebyggelsen.

Derfor er der behov for at tilføre ressourcer til de kommunale forebyggelsesopgaver ”ad fordøren”. Målet skal være, at ressourcerne til forebyggelse kommer til at udgøre 3% af de samlede sundhedsudgifter, hvilket svarer til ca. 2,7 mia. kr. årligt. Det vil sende et vigtigt signal om, at forebyggelsen reelt prioriteres, og at der er vilje til at sætte handling bag ordene.