

# **SUNDHED FOR LIVET**

**FOREBYGGELSE ER EN NØDVENDIG INVESTERING**

# Indhold

Forord	3
En fælles investering i et sundt og godt liv	5
STRATEGISPOR 1: Mere lighed i sundhed	13
STRATEGISPOR 2: Målrettet forebyggelse af kronisk sygdom og psykisk lidelse	18
STRATEGISPOR 3: Smart brug af fremtidens teknologier	22
STRATEGISPOR 4: Oprustning af forskning	24
24 forslag til initiativer	26
Referencer	39

'Sundhed for livet – forebyggelse er en nødvendig investering' er en del af serien af udspil, som har afsæt i Danske Regioners vision for sundhedsvæsenet 'Sundhed for alle – vision for et bæredygtigt sundhedsvæsen'

## Casesamling

På [regioner.dk](http://regioner.dk) kan du se eksempler på arbejdet med forebyggelse i regionerne.

# Forord

Vi lever i en tid, hvor vi søger nye svar på kendte udfordringer. Vi bliver heldigvis ældre, men det betyder også, at vi får mere brug for vores sundhedsvæsen. Samtidig bliver der færre i den arbejdsdygtige alder, og det betyder, at vi kommer til at mangle arbejdskraft til at løse opgaverne. På samme tid vil udviklingen af nye behandlingsformer og højere forventninger fra borgerne være med til at løfte kvaliteten i sundhedsvæsenet, men vil også udgøre en yderligere økonomisk udfordring.

Vi ved kort sagt, at de økonomiske ressourcer også i årene fremover vil være knappe. Derfor skal vi finde nye veje til at få endnu mere ud af pengene.

Regionernes svar er, at vi fremadrettet ikke har råd til primært at fokusere på sygdom og behandle, når behovet opstår. Ligeså vigtigt er det at sørge for, at borgere er raske og har en god livskvalitet. For rigtig mange sygdomme kan forebygges, og det skal vi have langt mere fokus på.

Forebyggelsesarbejdet er allerede godt i gang. Det skal fortsat udvikles og udbredes inden for de enkelte parters ansvarsområder og ekspertiser. Men skal vi lykkes med et gennemgribende løft af folkesundheden, så afhænger det af, om vi i fællesskab formår at koordinere og prioritere de indsatser, som effektivt fremmer sundheden for alle. Når vi skal sikre, at vi er på rette vej, skal vi derfor kunne svare på, om vi lykkes og måle på, om vi formår at løfte folkesundheden. Og vi skal alle kunne stå på mål for indsatsen og vores medansvar.

Regionerne opfordrer til, at forebyggelse prioriteres i en samlet og slagkraftig indsats. Derfor præsenteres med dette udspil et katalog af initiativer, der kan være med til at løfte folkesundheden i samlet flok. Udspillet er en invitation til dialog, og vi ser frem til en debat om en meget nødvendig indsats.

Lad os sammen så frøet til det træ, der skulle være plantet for mange år siden. Forebyggelse er en langtidsinvestering, og den vil komme både den enkelte og samfundet til gavn. Lad os komme i gang med at skabe sundhed for livet!

Bent Hansen og Jens Stenbæk





# En fælles investering i et sundt og godt liv

Forebyggelse skal frem på den politiske dagsorden, og danskerne skal have flere sunde og gode leveår. Det er både en nødvendig investering i fremtidens velfærd, og det er helt nødvendigt for at kunne håndtere de mange borgere, der i fremtiden får behov for behandling af en eller flere sygdomme.

Stat, regioner og kommuner har i foråret 2016 forpligtet hinanden på at skabe flere sunde leveår. Det lykkes kun, hvis vi som samfund investerer i de indsatser, der giver mest sundhed for alle.

Selvom der ikke kan sættes lighedstegn mellem det gode liv og det sunde liv, så er et godt helbred en forudsætning for, at vi kan trives og udfolde vores fulde potentiale. Med dette udspil opfordrer Danske Regioner til, at parter i og uden for sundhedsvæsenet sammen løfter ansvaret for folkesundheden. Der skal stilles særligt skarpt på indsatsen for børn og unge, da vaner og livsstil grundlægges tidligt – i nogle tilfælde allerede i fostertilværelsen. Men en samlet og slagkraftig indsats fletter ind i alle livs-faser. Vi skal derfor sikre bedre rammer for - og ruste den enkelte - til at tage vare på egen sundhed igennem hele livet.

At forbedre folkesundheden forudsætter, at alle relevante vedkender sig et ansvar og påtager sig sin del af opgaverne i en samlet og koordineret indsats. Med det udgangspunkt skal der etableres et langt stærkere samarbejde på tværs af folketing, myndigheder, sektorer, velfærdsområder, frivillige organisationer, forskningsmiljøer, erhvervsliv og med tæt involvering af den enkelte og familien. Der er solid dokumentation for, at forebyggelse virker, hvis forebyggelsen sker på flere niveauer. Hele paletten af værktøjer skal derfor i brug – lige fra lovgivning og kampagner til målrettede forebyggelsestilbud. Danske Regioner opfordrer derfor til, at parter i og uden for sundhedsvæsenet prioriterer og tager ansvar for forebyggelse af de store folkesygdomme med fokus på de risikofaktorer, der har størst betydning for udvikling af sygdom.

Gevinsterne ved en koordineret og gensidig forpligtende indsats kan betale sig. Det vil både skabe flere sunde og gode leveår for den enkelte, bidrage til en sund samfundsøkonomi og ikke mindst mindske den sociale ulighed i sundhed, som er steget i Danmark gennem de seneste 30 år.

## FAKTA - Roller i forebyggelsesindsatsen

Der skelnes i sundhedsloven mellem patientrettet og borgerrettet forebyggelse. Den patientrettede forebyggelse er en delt opgave mellem kommuner og regioner. Regionerne er ansvarlige for at tilbyde patientrettet forebyggelse på hospitalerne og i praksissektoren samt at rådgive kommuner om deres forebyggende indsats.

Kommunerne er ansvarlige for den borgerrettede forebyggelse og for at skabe rammer, der giver borgere mulighed for en sund levevis og for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud.<sup>1</sup>

Sundhedsstyrelsen varetager den generelle sundhedsfaglige vejledning af regioner og kommuner om udførelse af opgaver efter sundhedsloven. Sundhedsstyrelsen formidler viden til befolkningen og myndigheder og er med til at fremme indsatser, der kan støtte sunde valg.

I en sammenhængende indsats spiller langt flere end sundhedsvæsenets parter en afgørende rolle for folkesundheden. De enkelte parters medansvar skal tydeliggøres i en fælles national handleplan.

## Dyrt og dårligt helbred

Næsten en tredjedel af den voksne danske befolkning har i dag én eller flere kroniske sygdomme, og der er udsigt til, at endnu flere danskere i fremtiden vil leve mange år med sygdom og med gener som følge af sygdom.

Smerter i bevægeapparatet og psykiske lidelser som depression og angst er den hyppigste årsag til, at danskere forlader arbejdsmarkedet. Kræft og hjertekarsygdom er skyld i flest dødsfald. Det er ulykkeligt for de borgere, der er syge, og som ikke kan leve det liv, de ønsker. Samtidig presser det vores sundhedsvæsen og samfundsøkonomien.

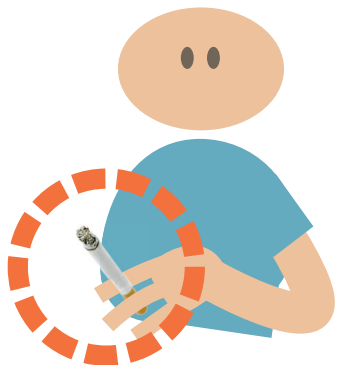
Rygning, højt alkoholforbrug, usund mad, manglende motion og dårlig mental sundhed hænger tæt sammen med risikoen for de mest udbredte folkesygdomme og tidlig død. Rygning er den enkeltstående risikofaktor, som koster flest liv og medfører mest sygdom. Samtidig er rygning den risikofaktor, der er forbundet med størst social ulighed i sundhed.

En koordineret indsats med fokus på den enkeltes mulighed for at leve sundere vil ikke alene bringe menneskelige gevinster, men også udløse milliardbesparelser for samfundet. Det vil betyde, at færre end forventet får behov for pleje og behandling eller træder ud af arbejdsmarkedet på grund af sygdom.

## DE SAMFUNDS-ØKONOMISKE KONSEKVENSER AF CENTRALE RISIKOFAKTORER

Der er dokumenteret sammenhæng mellem rygning, ensomhed mv i forhold til ekstra omkostninger til behandling, pleje og tabt arbejdsfortjeneste.

Figuren tydeliggør, at et liv uden røg, ensomhed mv vil medføre store årlige samfundsøkonomiske besparelser.



### RYGNING

EKSTRA ÅRLIG OMKOSTNING TIL BEHANDLING OG PLEJE

**10 MIA KR**

EKSTRA ÅRLIG OMKOSTNING TIL TABT PRODUKTION

**29 MIA KR**



### ENSOMHED

EKSTRA ÅRLIG OMKOSTNING TIL BEHANDLING OG PLEJE

**2,2 MIA KR**

EKSTRA ÅRLIG OMKOSTNING TIL TABT PRODUKTION

**7 MIA KR**

EKSTRA ÅRLIG OMKOSTNING TIL BEHANDLING OG PLEJE

**7,1 MIA KR**

EKSTRA ÅRLIG OMKOSTNING TIL TABT PRODUKTION

**22 MIA KR**



EKSTRA ÅRLIG OMKOSTNING TIL BEHANDLING OG PLEJE

**1,8 MIA KR**

EKSTRA ÅRLIG OMKOSTNING TIL TABT PRODUKTION

**7,8 MIA KR**



### FYSISK INAKTIVITET

EKSTRA ÅRLIG OMKOSTNING TIL BEHANDLING OG PLEJE

**5,3 MIA KR**

EKSTRA ÅRLIG OMKOSTNING TIL TABT PRODUKTION

**11 MIA KR**



EKSTRA ÅRLIG OMKOSTNING TIL BEHANDLING OG PLEJE

**380 MIO KR**

EKSTRA ÅRLIG OMKOSTNING TIL TABT PRODUKTION

**7,7 MIA KR**

# Sundhed for livet

Danske Regioner inviterer til at se på de velkendte udfordringer med nye øjne. Af-sættet for et forpligtende samarbejde er et mål om at skabe mest mulig sundhed for befolkningen og samtidig sikre mindst mulig ulighed i fordelingen af sundhed.

Hvis vi for alvor skal fremme folkesundheden, skal vi blive bedre til at håndtere forhold, som er med til at gøre os syge, eller som forværrer vores sygdom. Sociale problemer kan gøre, at man fx ikke har overskud til at stoppe med at ryge, selv om man har lyst. Det er også dokumenteret, at et manglende socialt netværk og ensomhed kan medvirke til, at den enkelte blive mere udsat for at udvikle sygdom. Pointen er, at vejen til at opnå sundhed ikke er ens for alle, men er afhængig af den enkelte borgers behov og vilkår.

For sundhedsvæsenets parter betyder det, at vi skal se på borgeren som helhed - og ikke blot fokusere på behandling af sygdom. Sundhed er nemlig langt mere end fraværet af sygdom - at være sund og rask handler om at have det godt både fysisk, psykisk og socialt.

Vi skal agere langt mere proaktivt og i højere grad tage ansvar for, at raske borgere forbliver raske, at patienter ikke får flere sygdomme, og at deres sygdom ikke forværres. I en slagkraftig forebyggende indsats skal ressourcerne prioriteres derhen, hvor det samlet set kan give den største værdi for borgerne og for samfundet. Tidlige indsatser i almen praksis kan forhindre både udvikling af sygdom og indlæggelser. Og en større integration mellem sundhedsvæsenet og øvrige velfærdsområder samt partnerskaber med frivillige organisationer, arbejdspladser m fl. kan forhindre udvikling af sygdom.

En vigtig forudsætning for en gennemgribende effekt af forebyggelsesindsatsen er, at rammer i det nære miljø gør det nemmere at træffe sunde valg og understøtter en sund livsstil. Det kan være fysiske udfoldelsesmuligheder i det nære miljø, røgfrie miljøer og let adgang til sunde fødevarer. Den såkaldte strukturelle forebyggelse er en grundsten i en koordineret indsats.

De regionale sundhedsprofiler, der fortæller om folkesundheden bredt og i grupper af befolkningen, er et vigtigt planlægningsværktøj i forebyggelsesindsatsen. Kommunerne anvender allerede profilerne i dag til at tilrettelægge forebyggelse, men sundhedsprofilerne kan komme mere i spil lokalt og på tværs af landet. Det er eksempelvis muligt at få indblik i danskernes sundhed på tværs af kommuner og i lokalområder. Det kan give anledning til en koordineret indsats med fokus på udvalgte befolkningsgrupper.

Regionerne vil i en samlet indsats arbejde på at blive mere udadvendte og stille data, forskning, specialiseret ekspertise og sparring til rådighed for samarbejdsparter. Det kan fx være til jobcentre, daginstitutioner, skoler og frivillige sociale foreninger. Men det kan også være at medvirke til informationsindsatser med fokus på korrekt information og oplysning om sundhed.



# Danske Regioner inviterer til samarbejde

Danske Regioner inviterer til dialog og handling. Med udspillet præsenteres et katalog af initiativer, der kan være med til at løfte folkesundheden i samlet flok. Udspillet giver konkrete bud på, hvordan vi kan få flere sunde og gode leveår. Der præsenteres fire strategispor og 24 konkrete forslag til initiativer, der bevæger sig på både nationalt og regionalt niveau.

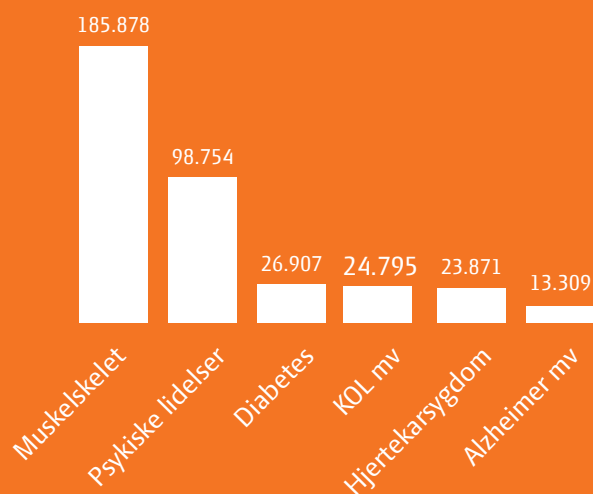
Kataloget er langt fra en facitliste - men et afsæt for fælles prioritering i en koordineret indsats. I den fælles indsats skal alle gode kompetencer i spil på tværs af ansvarsområder og ekspertise. I den forbindelse har staten som myndighed et særligt ansvar for at understøtte en samlet og koordineret indsats.

Det er værd at huske, at vi i Danmark har historiske succeser med forebyggelse bag os - vi har rent drikkevand, god hygiejne, og vi har reduceret trafikdrab betragteligt for at nævne nogle af de forebyggende indsatser, der har haft stor betydning for danskernes liv. Det er på tide, at samme vedholdende systematik og slagkraft slår igennem inden for sygdomsforebyggelse.

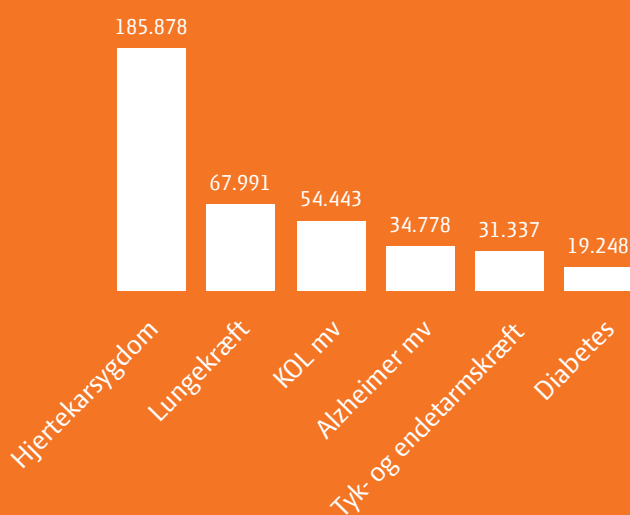
De regionale borgertopmøder har allerede vist, at danskerne mener, at forebyggelse af sygdom er en nødvendig prioritering. Dertil viser undersøgelser, at danskerne generelt bakker op om forebyggelsestiltag på flere niveauer.

Med det udgangspunkt er det på tide, at alle relevante parter tager opgaven på sig.

### Tabte gode leveår på grund af tid levet med sygdom



### Tabte leveår på grund af tidlig død



### Tab af gode leveår på grund af nedsat funktion, lidelse eller tidlig død



Tabellerne viser, hvor meget forskellige sygdomme sammenlagt belaster folkesundheden i løbet af et år. Det vil sige, at vi samlet i befolkningen i løbet af bare ét år mister knap 186.000 gode leveår pga. nedsat funktion i dagligdagen som følge af muskelskeletlidelser. Hertil mister vi hvert år 185.000 leveår pga. tidlig død i forbindelse med hjertekarsygdomme.

Kilde: Global Health Data, 2015, Institute of Health Metrics and Evaluation.



Sundt liv



## Politiske målsætninger for fremtidens forebyggelse – hvor skal vi hen?

### Vi skal være flere om koordineret forebyggelse

Ansvar for folkesundheden er fælles. Vi skal sætte alle gode kompetencer i spil gennem forpligtende samarbejder på tværs af flere parter, på flere niveauer og med fokus på alle faser i borgerens liv. Der skal være fælles mål for indsatsen med fokus på at skabe de bedste rammer for et sundt og godt liv for alle.

### Vi skal målrette forebyggelse

Viden om danskernes sundhed skal danne grundlag for målrettet forebyggelse. Vi skal blive bedre til at sætte tidligt ind over for borgere, der er i risiko for at udvikle eller forværre sygdom med udgangspunkt i den enkeltes ressourcer og livsvil-

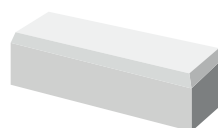
kår, og vi skal følge indsatserne tæt for at vurdere effekten. Borgere skal selv være en del af løsningen med udgangspunkt i den enkeltes evne til at tage vare på egen sundhed, med involvering af relevant teknologi og i samarbejde med parter i og uden for sundhedsvæsenet.

### Vi skal prioritere de indsatser, der har effekt

Vi skal prioritere de indsatser, der giver mest effekt og investere i dem. Vi skal samtidig skabe rum for, at nye innovative metoder kan afprøves. Det forudsætter, at nye tiltag følges tæt på tværs af parter og evalueres gennem forskning. Der skal både fokus på sundhedseffekter for den enkelte, og på hvad der skaber mest sundhed for pengene. Det kræver også praktisk viden om effektiv organisering og implementering af forebyggelsestiltag.



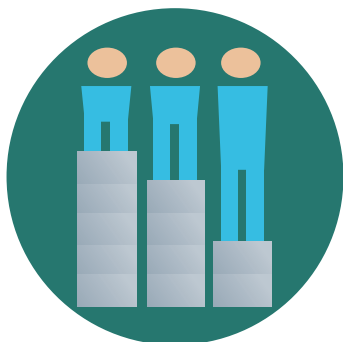
Sygdom eller nedsat funktion



Tidlig død

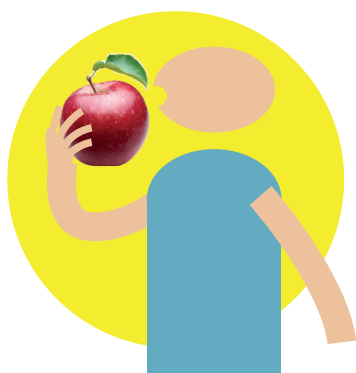
Forventet levetid

# Fire strategispør



## 1: Mere lighed i sundhed

Alle skal have lige muligheder for at leve et sundt og godt liv. Der skal fokus på de tidlige leveår og på at skabe rammer, der motiverer til et sundt liv.



## 2: Måltrettet forebyggelse af kronisk sygdom og psykisk lidelse

Forpligtende samarbejder skal være rammen for en systematisk indsats, tidlig opsporing og opretholdelse af sunde vaner.



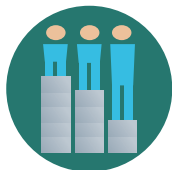
## 3: Smart brug af ny teknologi

Fremtidens muligheder for forebyggelse tæt på borgernes hverdag gennem smart brug af teknologi skal undersøges.



## 4. Oprustning af forskning

Viden om hvad der virker er centralt for en effektiv forebyggelsesindsats.



## STRATEGISPOR 1

# Mere lighed i sundhed

Regionerne ønsker at tage et større medansvar for at skabe mere lighed i sundhed ved at stille forskning, data og rådgivning til rådighed for samarbejdsparter. Regionerne arbejder også for, at både hospitaler og praktiserende læger bliver bedre til at tage afsæt i den enkelte borgers ressourcer og livsvilkår, så der er større mulighed for et lige udbytte af forebyggelsesindsatsen. Men for at skabe mere lighed i sundhed, skal vi først og fremmest have fokus på rammer og tiltag, der fremmer sundheden for alle.

Mere lighed i sundhed betyder, at alle skal have lige mulighed for at leve et sundt og godt liv. Sådan er det langt fra i dag. En stor gruppe af danskere har ikke fået gavn af den fremgang i sundhed, som samfundet har oplevet som helhed siden midten af 1980'erne. Der betyder, at der er borgere, som ikke har samme muligheder som andre for at udfylde deres livspotentiale.

Borgere, som har en kort uddannelse eller står uden for arbejdsmarkedet, er i større risiko for sygdom og tidlig død. Social ulighed i sundhed kommer til udtryk på to forskellige måder: Som en gradvis ulighed i den brede befolkning – kaldet den sociale gradient i sundhed. Det betyder, at udsathed for sundhedsrisici og sygdom i befolkningen stiger gradvis i takt med, at den sociale position falder. Det viser sig ved, at jo kortere uddannelse og indkomstniveau den enkelte har, jo større risiko er der for en dårlig sundhedstilstand. Herudover kommer uligheden til udtryk ved, at der er en stor kløft i sundhedstilstanden mellem de særligt sårbare borgere og den øvrige befolkning.

For at skabe mere lighed i sundhed skal vi skabe sunde rammer for alle og styrke en tidlig indsats for alle børn og unge uanset livsvilkår. Indsatser, som udelukkende er målrettet særligt sårbare borgere som sårbare gravide, hjemløse og stofmisbrugere, fjerner ikke den sociale ulighed i sundhed i befolkningen som helhed, men er vigtige i et menneskeligt perspektiv.

Ulighed i sundhed er ikke kun uretfærdigt over for den enkelte borger. Den er også dyr for samfundet. Fx kunne op mod 90 procent af udgifterne til førtidspension undgås, hvis alle borgere i alderen 30-64 år havde samme sundhedstilstand som borgere med en lang eller mellemlang uddannelse.

Risikoen for kronisk sygdom er større for børn af forældre med en lav uddannelse, lav indkomst eller uden beskæftigelse.<sup>2</sup>

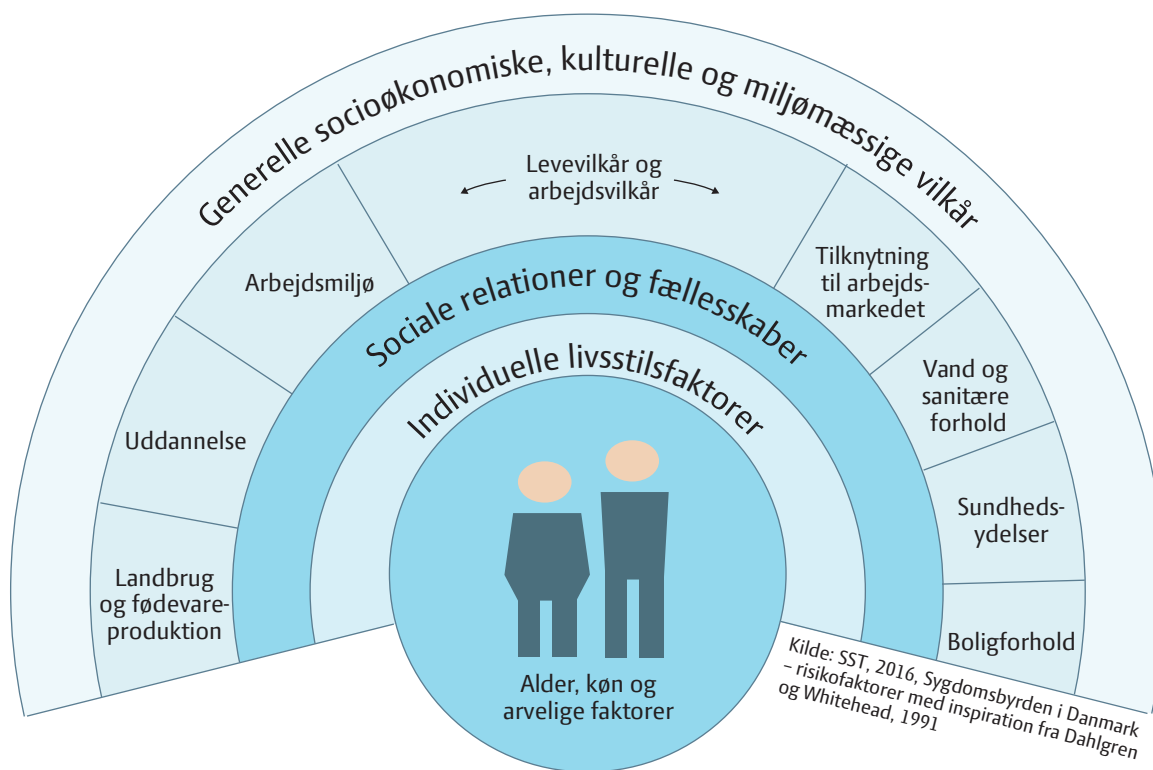
60-70 procent af den sociale ulighed i dødelighed kan henføres til rygning og alkohol.<sup>3</sup>

Borgere med lav indkomst lever næsten ti år kortere end borgere med en høj indkomst.<sup>4</sup>

## Sunde valg skal være nemme valg

Der er god evidens for, at sunde rammer betyder, at børn, unge, voksne og ældre er mere tilbøjelige til at træffe sunde valg. Det er en af de lavthængende frugter, der kan skabe mere lighed i sundhed. Sunde rammer kan fx skabes via lovgivning om røgfrie miljøer, men også ved at give mulighed for et sundt og aktivt liv. Derfor har tilgængelighed til cykelstier, legepladser, sportspladser, natur i både by og land og adgang til sunde madvarer stor betydning. I den sammenhæng kan såkaldte nudging-metoder, som betyder, at man gør sunde valg til lette valg, medvirke til, at flere lever sundt. Nudging kan gøre det nemmere at vælge trappen frem for elevatoren på arbejdspladsen, eller gøre det nemmere at vælge grøntsagerne frem for slik på supermarkedernes hylder.

At indføre rygeforbud og skabe rammer for en aktiv livsstil er blandt de mest effektive tiltag til at nedbringe social ulighed i sundhed. Mange strukturelle tiltag er ofte omkostningseffektive og giver samtidig en stor gevinst for den enkeltes sundhed og den samlede samfundsøkonomi.



## MODEL OVER FAKTORER AF BETYDNING FOR SUNDHED

## En tidlig indsats for alle børn løfter folkesundheden

Den enkeltes mulighed for at leve mange sunde og gode leveår grundlægges fra barnsben og skal fastholdes gennem hele livet. Forskning viser, at et løft af de forebyggende indsatser rettet mod alle børn vil være med til at skabe mere lighed i sundhed i befolkningen som helhed. Det kan fx være indsatser for alle børn i sundhedsplejen eller børnetandplejen. Det kan også være indsatser i daginstitutioner og grundskolen, hvor fokus kan være at styrke den enkeltes handlekompetence og evne til at indgå i relationer. Disse indsatser har god effekt, og effekten er generelt størst for de børn, som har det svageste udgangspunkt.

## Forebyggelse gennem hele livet

En koordineret indsats for forebyggelse rækker videre end de tidlige leveår. Forebyggelse skal tænkes ind i de daglige sammenhænge, hvor vi bor, arbejder og lever hele livet igennem og med fokus på at minimere udsættelsen for risikofaktorer. Eksempler kan være lokalsamfund, uddannelsesinstitutioner, arbejdspladser, supermarkeder, hospitaler, hjem, sportsklubber og netværk. Fx er arbejdspladsen et oplagt sted at styrke forebyggelsen af muskelskeletlidelser. Sådanne oplagte og afgrænsede steder at forebygge bliver også kaldt forebyggelsesarenaer. I en national handleplan bør der udvælges centrale arenaer for forebyggelse.

### Vores sunde hverdag

I projekt 'Vores sunde hverdag' er formålet at udvikle og afprøve en dynamisk model for det kommunale arbejde med sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. Et mål er at øge den sociale lighed i sundhed. De kommende sundhedsprofiler om borgernes sundhed og trivsel danner udgangspunkt for at identificere udfordringer, behov og styrker i de enkelte kommuner. Baseret på denne viden samt kommunens og borgernes ønsker og prioriteringer udvikles, implementeres og evalueres specifikke indsatser, herunder strukturelle indsatser, sociale indsatser, informationsindsatser og indsatser målrettet specifikke grupper af borgere.

Indsatser baseret på strukturelle ændringer i samfundet er kerneelementet i projektet, da de understøtter det sunde valg for alle borgere. Projektet involverer flere samarbejdspartnere både nationalt og lokalt, og borgerne inddrages fra projektets start. Samarbejdsparter i projektet er supermarkeder, frivillige sociale foreninger, skoler, daginstitutioner, patientforeninger m.fl.

Projektet er et samarbejde mellem Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Steno Center for Sundhedsfremmeforskning, Aalborg Universitet, Københavns Universitet, to regioner og fire projektkommuner. Projektet forløber over fire år med start i 2017.

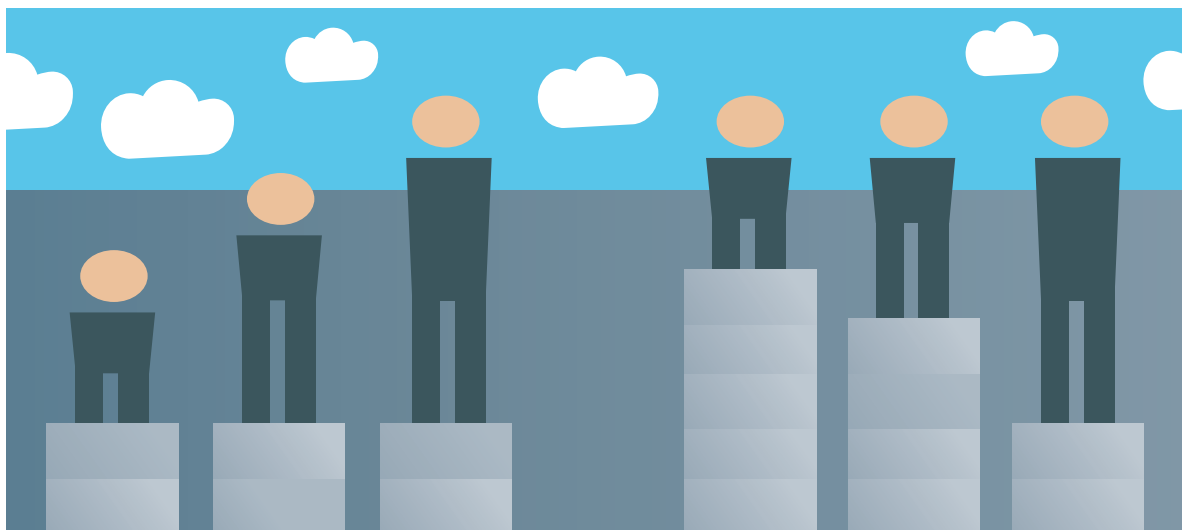
## Sundhedsvæsenets rolle i en fælles indsats for mere lighed i sundhed

Kommuner, regioner og praktiserende læger arbejder i dag, i regi af sundhedsaftalerne, på at reducere den sociale ulighed i sundhed med fokus på forebyggelse. Masser af projekter er igangsat, og dem, der viser positiv effekt, skal udbredes. Der er stigende fokus på at tilbyde forskellige indsatser for at opnå lige muligheder for sundhed.

Lande som USA, Skotland og Spanien arbejder med modeller for, hvordan indsatser kan tilrettelægges, så sundhedsvæsenet kan sætte mere proaktivt ind. Det gøres ved at se på hele befolkningen eller en defineret gruppe, deres levevis og deres forskellige levevilkår og derefter målrette indsatsen. Vi kan ikke overføre disse modeller direkte til det danske sundhedsvæsen. Men tankegangen er også relevant i en dansk kontekst. En proaktiv tilgang giver mulighed for at anvende ressourcerne der, hvor det er til størst gavn for både den enkelte borger og kan betale sig for samfundet. Det betyder kort sagt, at der skal være forskellige typer af indsatser, som matcher forskellige borgeres behov og ressourcer.

Som led i en proaktiv indsats skal sundhedsindsatsen flettes sammen med andre velfærdsområder for at opnå en mere helhedsorienteret tilgang til sundhed. Mange praktiserende læger oplever fx patienter, der kommer til konsultation gentagne gange, uden at lægerne medicinsk kan gøre noget for patienterne. Det er ofte patienter, der har sociale eller mentale udfordringer, som er ensomme eller udsatte. I dag mangler de praktiserende læger mulighed for at kunne tilbyde disse patienter alternativer til medicinsk behandling. Der er behov for at integrere og udbygge sociale indsatser i behandlingen af denne patientgruppe generelt. Det kan være med til at højne livskvaliteten, skabe bedre sundhedsvaner og forebygge dyre indlæggelser.

De sociale indsatser kan både være drevet af kommunen, af regionen, af patienterne selv eller af frivillige organisationer og patientforeninger. Frivillige organisationer og patientforeninger tilbyder allerede i dag sociale tilbud. Der mangler dog indblik hos de sundhedsfaglige over det væld af tilbud, der allerede findes, ligesom partnerskaber mellem myndigheder og organisationer kan udbygges.



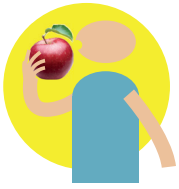


## Sundhedsprofilen – en kilde til viden om danskerne

Hvert fjerde år udarbejder regionerne sundhedsprofiler, som er en af de vigtigste kilder til viden om danskernes sundhed. De regionale sundhedsprofiler kortlægger danskernes sundhedstilstand og -adfærd samt danskernes egne vurderinger af deres helbred. Data stammer fra spørgeskemaer udfyldt af et stort repræsentativt udsnit af befolkningen.

Sundhedsprofilen er med til at belyse sundhedsmæssige problematikker og grupper i særlig risiko

for at udvikle sygdom og dårligt helbred. Data bruges i planlægningen og tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets indsatser. Sundhedsprofilen gør det muligt at sætte særligt ind over for grupper, der af forskellige årsager er i risiko for at blive syge eller oplever forværring af sygdom. Det skal vi udnytte i højere grad end i dag. Her skal være fokus på at tilrettelægge indsatsen, så den matcher behov og ressourcer hos specifikke befolkningsgrupper.



## STRATEGISPOR 2

# Målrettet forebyggelse af kronisk sygdom og psykisk lidelse

**Regionerne vil bidrage til, at Sundhedsprofilen inddrages systematisk i det lokale samarbejde om målrettet forebyggelse af kroniske sygdomme og psykiske lidelser. Data om befolkningsgruppers sundhedstilstand og sundhedsadfærd skal bruges i tilrettelæggelsen af forebyggelse med henblik på at skabe mest mulig sundhed.**

Målrettet forebyggelse til specifikke grupper af borgere er relevant i en koordineret forebyggelsesindsats både før og efter, at sygdom opstår. Ud over fokus på de tidlige leveår foreslår regionerne, at der i en samlet og proaktiv indsats skal fokus på grupper i befolkningen, som er i risiko for at udvikle eller forværre sygdom. Det gælder unge og voksne, der ryger og drikker over genstandsgrænserne, unge der mistrives og borgere med psykiske lidelser, som er i risiko for at udvikle somatiske sygdomme som hjertekarsygdomme og diabetes. Det skal løbende sikres, at målrettede indsatser monitoreres på tværs af alle parter og evalueres med fokus på effekt.

### **En fælles og målrettet forebyggelsesindsats**

Hospitaler og praktiserende læger kan i en tidlig og systematisk indsats forebygge udvikling og forværring af sygdomme. Over halvdelen af den danske befolkning er årligt i kontakt med hospitalerne, og over 90 procent af danskerne er i kontakt med almen praksis. Både sociale faktorer som ensomhed og risikofaktorer som rygning, fysisk inaktivitet, usund kost og alkohol skal tænkes ind i en systematisk forebyggelsesindsats gennem patientkontakter, når det er relevant. Undersøgelser viser, at danskerne er indstillet på at drøfte sundhed generelt, også selvom det ikke har en direkte relation til patientkontakten.

Behandlere skal i højere grad spørge til borgernes livssituation, så det sikres, at borgere ikke sendes tilbage til omgivelser, som er med til at gøre dem syge. Sådanne samtaler kan føre forskellige tilbud med sig i kommunerne - både om mad og måltider, tobak, alkohol, fysisk aktivitet og mental sundhed. For at sikre sammenhæng og bedre kvalitet i indsatsen er det vigtigt, at alle relevante borgere kan blive tilbudt forebyggelse af en kendt kvalitet uanset bopæl.

### Partnerskaber med effekt for folkesundheden

Der er stort potentiale i at integrere flere parter i en systematisk og målrettet forebyggelsesindsats. Idrætsforeninger og frivillige sociale foreninger kan både bidrage med tilbud tæt på borgeren, der har en social karakter, som eksempelvis sociale netværk, lokale motionstilbud o.l. Et stærkere samarbejde kan understøtte, at det er nemmere at opretholde sunde vaner efter en indlæggelse på et hospital og herved undgå forværring af sygdom. Sådanne partnerskaber kan også have en positiv effekt på den mentale sundhed ved at styrke sociale netværk i lokalområdet.

#### FC prostata

I et samarbejde mellem et hospital, Universitetshospitalernes Center for Sundhedsfaglig Forskning og Dansk Boldspil Union er der igangsat et projekt, som undersøger om deltagelse i klubfodbold kan øge livskvaliteten hos mænd med prostatakræft. Projektet undersøger også, hvordan klubfodbold kan påvirke fastholdelse af fysisk aktivitet, muskelstyrke, knogler og fedtvæv. Forskning viser, at regelmæssig fysisk aktivitet

kan have en positiv effekt hos mænd med prostatakræft i forhold til at undgå forværring af sygdommen.

Fodboldtræningen udbydes i lokale fodboldklubber rundt omkring i Danmark og foregår på lukkede hold forbeholdt mænd med prostatakræft. Træningen er tilrettelagt, så den matcher målgruppens behov.

Andre parter der med fordel kan spille en større rolle i forhold til målrettet forebyggelse er apotekerne. De ser hvert år 94 procent af danskerne. Apotekerne kan derfor oplagt bidrage til systematisk og tidlig opsporing af sygdom hos borgere, der søger råd og vejledning, og som måske ikke er i kontakt med sundhedsvæsenet eller kommunernes forebyggelsestilbud. En opgave kan være at oplyse om tilbud fra kommunen og sociale foreninger. Partnerskaberne bør altid tage udgangspunkt i viden om den lokale sundhedstilstand, så indsatserne kan målrettes behovet.

## ANALYSE AF FOREBYGGELSESPOTENTIALALET VED PATIENTKONTAKTER

De mange daglige patientkontakter på både hospitaler og hos praktiserende læger udgør et centralt potentiale for at løfte forebyggelsesindsatsen ved systematisk at tilbyde rygestop og alkoholrådgivning. En målrettet indsats vil øge den sociale lighed i sundhed.

### RYGNING

Næsten hvert fjerde dødsfald kan relateres til rygning. Knap 18,2 procent af patienter med indlæggelser og 16,9 procent af patienter med kontakt til deres praktiserende læge ryger dagligt.

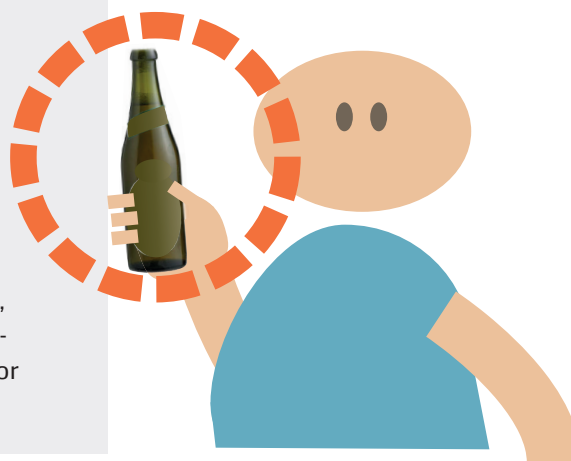
Blandt patienter med en heldøgnsindlæggelse er andelen, der ryger dagligt, størst blandt borgere, der har grundskole som højeste fuldførte uddannelsesniveau (26,6 procent).



### ALKOHOL

Omkring hvert tyvende dødsfald kan relateres til et for højt alkoholforbrug. 8,6 procent af borgere med hospitalskontakt og 8,5 procent blandt patienter med kontakt til almen praksis overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for ugentligt indtag af alkohol.

Blandt borgere der er indlagt et døgn eller mere ses flest, der overskrider højrisikogrænsen for alkoholindtag i gruppen af førtidspensionister (11,9 procent) og andre uden for arbejdsmarkedet (10,1 procent)



Kilde: Pedersen CG, Davidsen M, Johansen NB, Christensen AI, Tolstrup JS. Forebyggelsespotentiale Ved Patientkontakter. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2017.

### Regional ekspertise i en tidlig indsats

Regionerne har en ekspertise og viden, som kan komme flere samarbejdspartner til gavn i en tidlig indsats uden for almen praksis samt psykiatriens og hospitalernes mure. Konkret står vi over for en udfordring i dag, hvor flere og flere unge mistrives. De unge, der mistrives, er en målgruppe, som bør få opmærksomhed i en tidlig indsats og tilbydes relevant støtte. Regionerne kan i samarbejde med både skoler, ungdomsuddannelser og frivillige organisationer samle op på de unge, der ikke trives, så de tilbydes relevant støtte, der bringer dem godt videre i livet.

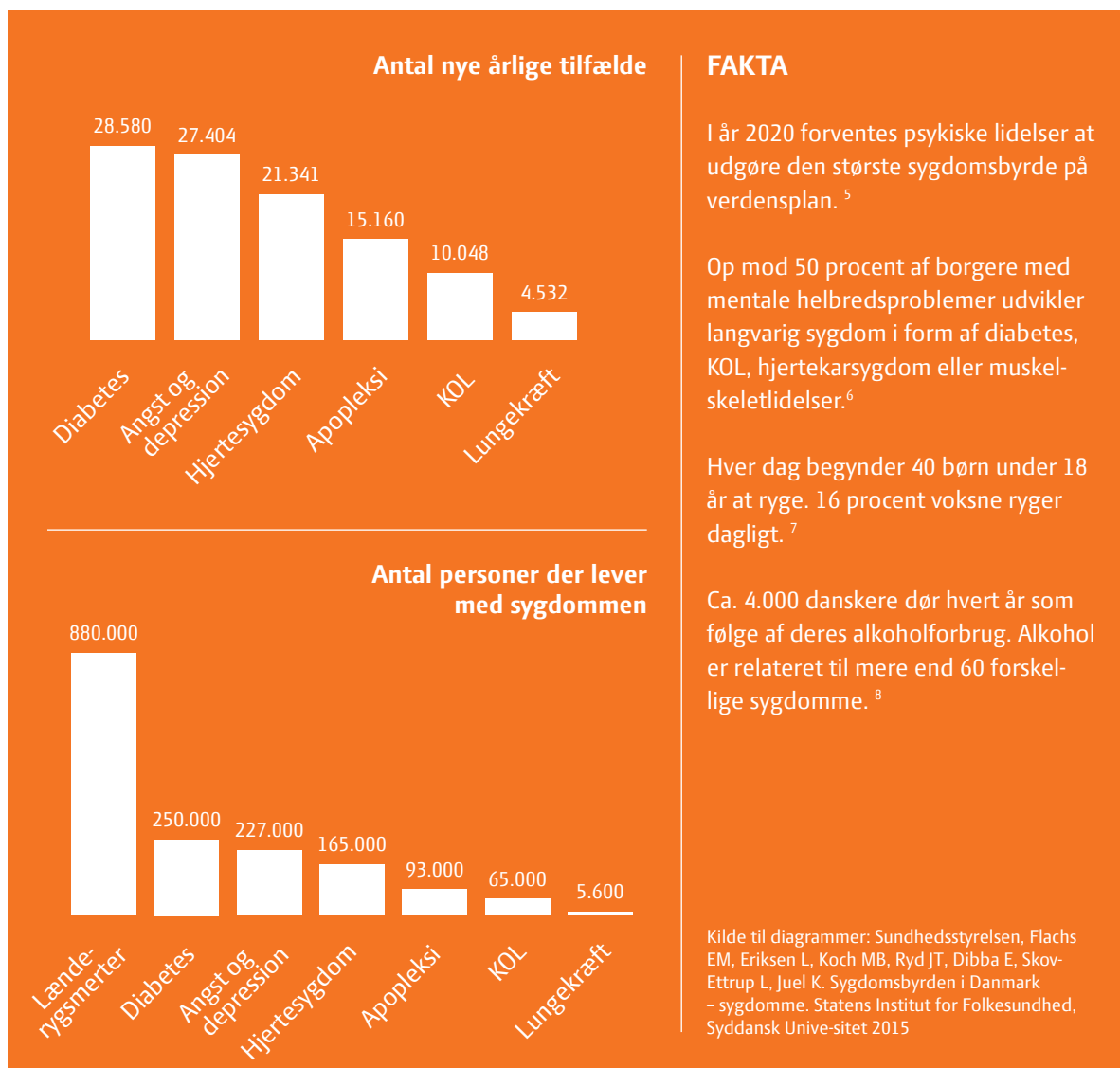
### Opmærksomhed på mental sundhedsfremme

I de kommende år skal vi arbejde meget mere målrettet på at fremme mental sundhed. Mental sundhed har afgørende betydning for vores sundhed og livskvalitet og dermed for vores evne til at bidrage positivt til samfundet.

Dårlig mental sundhed er en forholdsvis ny risikofaktor blandt de kendte faktorer som kost, rygning, alkohol og motion. Der er behov for tæt involvering af forskningsmiljøer for at anlægge et bredere perspektiv på den stigende udfordring med dårlig mental sundhed. Det skal undersøges nærmere, hvad der skaber dårlig mental sundhed – og særligt hvad der skaber god mental sundhed. I dag ved vi, at forhold som manglende omsorg, dårlig trivsel og læring i dagtilbud og skoler, arbejdsløshed og uafsluttet skolegang er udslagsgivende for en dårlig mental sundhed. På samme tid er det dokumenteret, at netop disse forhold har sammenhæng til social ulighed i sundhed.

## Målrettet forebyggelse bør ikke stå alene

En koordineret forebyggelsesindsats på flere niveauer vil have størst effekt på folkesundheden. Målrettet forebyggelse bør derfor ikke stå alene. Når omgivelserne opmuntrer til sunde valg, så er der større sandsynlighed for, at øvrige indsatser får effekt, og at sunde vaner opretholdes.





## STRATEGISPOR 3

# Smart brug af fremtidens teknologier

### Regionerne vil undersøge mulighederne for at anvende fremtidens teknologier til forebyggelse.

De teknologiske muligheder for at skabe nær og målrettet forebyggelse er i rivende udvikling. I dag er mulighederne langt fra i brug. Mange telemedicinske løsninger er velafprøvet og effektive i forhold til at undgå forværring af sygdom og udgør på samme tid et borgernært tilbud. Men mulighederne er flere, og det skal undersøges, hvilke teknologiske muligheder der i fremtiden kan være med til at skabe sundhed gennem hele livet. Her er et mål, at teknologien er tilpasset den enkeltes helbred og livssituation.

Udviklingen af apps og andre løsninger til bl.a. mobiltelefoner og tablets har særligt taget fart. Det kan være noget så konkret som et webinar eller forum for særlige målgrupper, eller det kan være såkaldte wearables. Sidstnævnte er elektroniske apparater, vi kan bære på – eller i – kroppen, og som fx kan give personlige målinger af blodtryk, puls, søvn eller bevægelse. Det er borgerens egne målinger, der potentielt kan anvendes i dialog med sundhedspersonalet. Potentielt kan den type af teknologi forebygge og hindre forværring af sygdom hos den enkelte og samtidig frigive ressourcer til borgere med behov for personlig og kontinuerlig kontakt.

Teknologiske muligheder kan også være gentests, der kan give sundhedspersonalet viden om borgere og patienters risiko for at udvikle sygdomme.

### Udvikle og afprøve med fokus på effekt, sikkerhed og kvalitet

Fremtidens teknologiske muligheder har potentiale for at nå forskellige målgrupper på tværs af befolkningen. Men der mangler viden om, hvad der virker. Det gælder fx viden om, hvilke borgere der har gavn af forskellig teknologi, uden at det er med til at skabe social ulighed i sundhed. Derfor skal udviklingsarbejdet følges tæt af forskning. Der findes et meget stort udbud af sundhedsapps, som potentielt kan anvendes i forhold til forebyggelse. Men det kan være vanskeligt for den enkelte borger eller kliniker at vurdere kvaliteten og sikkerheden i de enkelte apps. Derfor er der behov for et kvalificeret overblik til både borgere og klinikere over brugbare apps.

Med nye teknologiske muligheder følger også et etisk ansvar for at vurdere konsekvenserne af ny teknologi for den enkelte og for samfundet.

## Online alkoholbehandling

Internetbaseret alkoholbehandling, der kan tilgås via computer, smartphones eller tablets, vinder internationalt frem som alternativ eller supplement til de traditionelle behandlingsformer, hvor fysisk fremmøde er påkrævet. I Danmark er anvendelsen af it udbredt, hvilket udgør et solidt grundlag for brug af ny teknologi i folkesundhedsinterventioner på alkoholområdet. Kun en mindre del af dem, der har et sundhedsskadeligt forbrug af alkohol, er i kontakt med et behandlingssted. Årsagerne hertil er blandt andet tabuisering og stigma i forbindelse med at søge hjælp for alkoholmisbrug, geografisk afstand og manglende viden om tilbud.

Projekt 'lidtformeget.dk' skal undersøge om samtaleterapi, der leveres online fremfor ved fy-

sisk fremmøde på fx et alkoholambulatorium, kan få borgere med et sundhedsskadeligt alkoholforbrug til:

1. at indlede et alkoholbehandlingsforløb,
2. at deltage i mindst tre samtaler med en alkoholbehandler og
3. at reducere deres alkoholforbrug til under Sundhedsstyrelsens genstandsgrenser for højrisikoforbrug.

Projektet starter op i foråret 2017 og er et samarbejde mellem Statens Institut for Folkesundhed, det kommune Center for Socialt Udsatte og fonden Novavi.



## STRATEGISPOR 4

# Oprustning af forskning

**Regionerne vil bidrage til, at en koordineret forebyggelsesindsats går hånd i hånd med den nyeste viden om, hvad der virker. Hvor der ikke er viden om effekt, skal indsatser følges, monitoreres og evalueres. Her spiller både nationale og regionale forskningsmiljøer en helt central rolle, og brobygning mellem forskning og praksis er essentiel.**

Der er i dag god evidens for, at det vil styrke folkesundheden betragteligt, hvis det blev nemmere at undgå alkohol og tobak, og hvis det blev nemmere at dyrke motion og spise sundt. Særligt lovgivning, regulering, indretning af byrum, tilgængelighed af sunde madvarer og fysisk udfoldelse er dokumenterede håndtag at skrue på, når målet er at øge hele befolkningens sundhed.

Der er stadig meget, vi ikke ved om effektiv forebyggelse, som kan komme den samlede indsats til gavn. Det gælder fx:

- Effektive metoder til organisering og implementering
- Effektive forebyggelsesmetoder målrettet befolkningsgrupper og konkrete arenaer
- Viden om at fremme mental sundhed
- Forebyggelsespotentialer ved personlig medicin.

Det er nødvendigt, at den nyeste viden om effekt har en direkte konsekvens for, hvad der prioriteres og iværksættes fremadrettet. I den forbindelse ønsker regionerne at bidrage til at samle evidens om forebyggelse og sammenstille eksisterende viden.

## Organisering og implementering

En slagkraftig forebyggelsesindsats hænger tæt sammen med, hvordan forebyggelsesindsatser bedst organiseres på tværs af relevante parter, og hvordan de implementeres. Det er der begrænset viden om, og det bør undersøges.

## Målgrupper og arenaer

Der skal fortsat forskes i, hvilke forebyggelsesmetoder der virker bedst for hvem og i hvilke arenaer. I forskningen skal fokus være på udbredelsespotentialer af konkrete indsatser.



## Mental sundhed

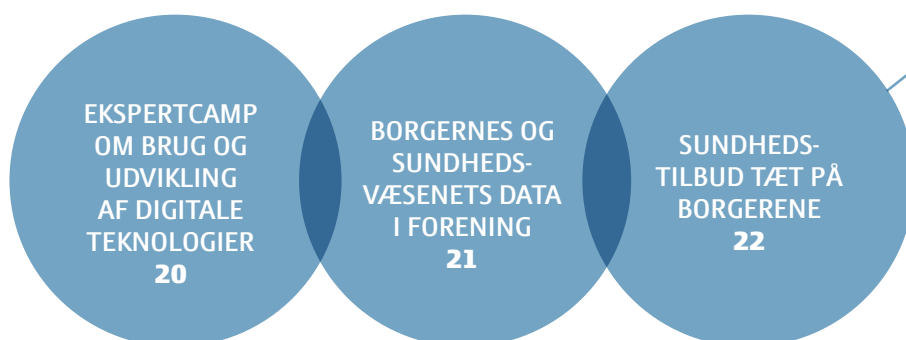
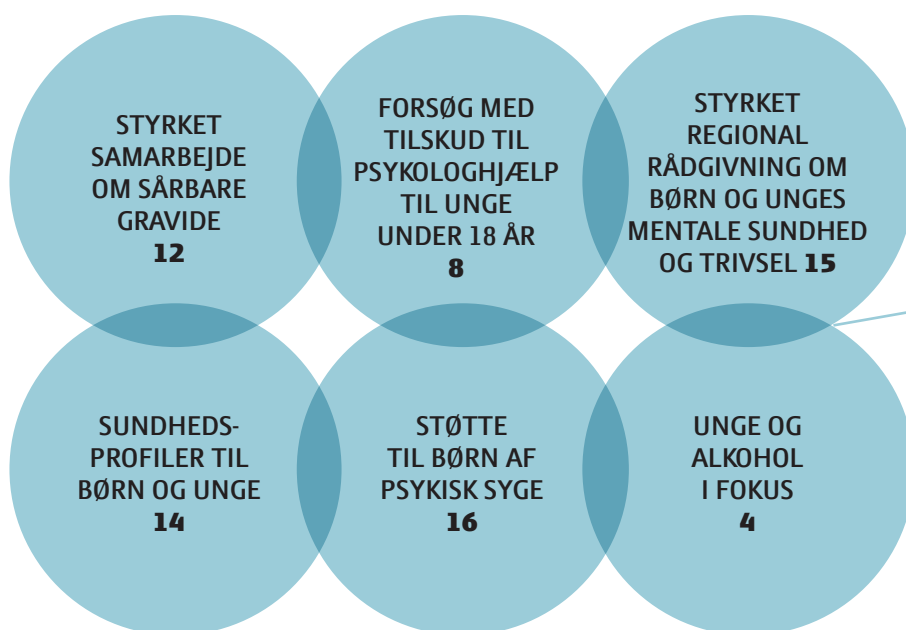
I de senere år er der kommet mere fokus på, at man ikke kommer sygdomsbyrden med psykiske lidelser til livs alene ved forebyggelse og behandling. Der er behov for at lave mental sundhedsfremmende indsatser på befolkningsniveau og forske i, hvad der har effekt. Vi skal have mere viden om, hvilke rammer der holder os mentalt sunde, ligesom vi i dag har viden om, hvilke rammer, der medvirker til fysisk sundhed.

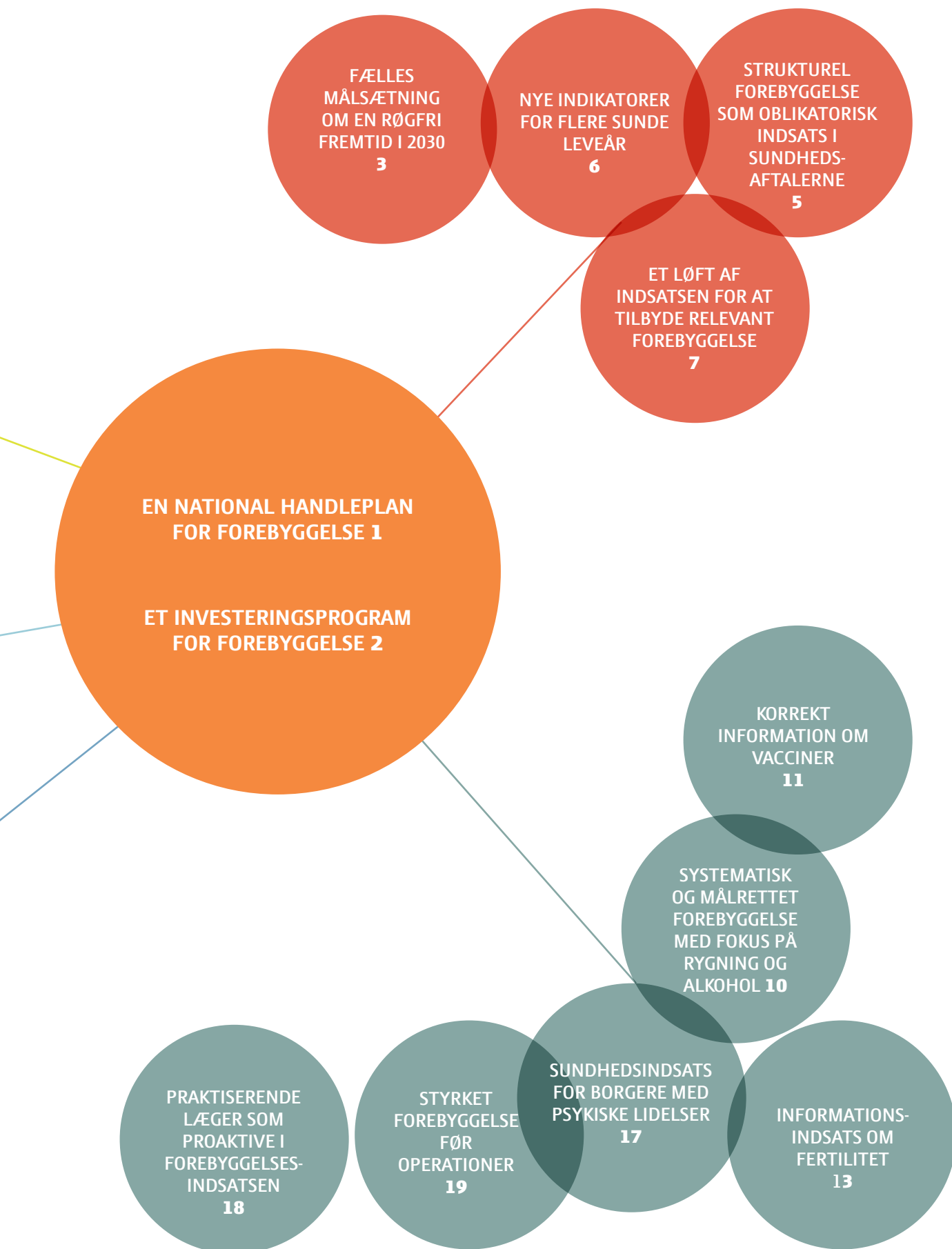
## Personlig medicin og forebyggelsespotentialer

Et særligt felt inden for forskning, som kan medvirke til målrettet forebyggelse, går under betegnelsen *personlig medicin*. Personlig medicin er et udviklingsområde og er primært relevant i behandling, men rummer forebyggelsespotentialer. Med personlig medicin kan sundhedspersonale og forskere ud fra viden om personers gener finde ud af, hvorvidt de er disponeret for en bestemt sygdom. Personlig medicin anvendes allerede i dag i forebyggelsesøjemed, bl.a. inden for hjertekarsygdomme og kræft, men rummer flere muligheder og kan fx bidrage med viden om, hvordan sygdomme udvikler sig forskelligt i kvinder og mænd. Det etiske aspekt skal hele tiden overvejes, så borgere ikke sygeliggøres.

# 24 forslag til initiativer

Nedenfor ses 24 forslag til en samlet og slagkraftig forebyggelsesindsats. På de følgende sider er de enkelte forslag beskrevet.





# Forslag til nationale initiativer

## 1. En national handleplan for forebyggelse

Danske Regioner vil opfordre til, at der udarbejdes en national handleplan for forebyggelse. Handleplanen skal udarbejdes med bidrag fra relevante parter i og uden for sundhedsvæsenet. Afsættet skal være, at forebyggelse er en fælles investering, og at flere parter har et ansvar for at løfte opgaven.

Formålet for handleplanen skal være at skabe flere sunde og gode leveår for befolkningen og sikre mindst mulig ulighed i sundhed. Der skal fokus på at fremme mental sundhed og at hindre udvikling og forværring af de store folkesygdomme.

Handleplanen skal forholde sig til tre niveauer. Det første og grundlæggende niveau er de strukturelle rammer for sundhed, herunder fx lovgivningen, de fysiske muligheder for bevægelse i nærmiljøet og politikker for sund bevægelse på arbejdspladser. Det andet niveau handler om, hvordan der kommunikeres og oplyses om sundhed bredt i samfundet og til specifikke målgrupper. Det handler primært om at undgå misinformation og 'alternative fakta' om sundhed men også om at øge borgernes viden om et sundt liv. Det tredje niveau handler om at målrette forebyggelsestilbud til specifikke grupper af borgere.

En forebyggelsesindsats, som er bygget op omkring alle tre niveauer med involvering af flere parter, vil medvirke til, at det sunde valg bliver et lettere valg for borgeren. Som eksempel kan nævnes, hvordan alle tre niveauer i den mangeårige forebyggende indsats i forhold til tobak har haft betydning for effekten på folkesundheden i Danmark. Indsatsen har både inkluderet en rygelov, forbud mod tobaksreklamer, målrettet kommunikation om skadevirkninger af rygning og udrulning af rygestoptilbud.

Med afsæt i en national handleplan kan den lokale indsats tilrettelægges, så lokale mål og indsatser matcher lokalbefolkningens sundhedstilstand.



Kilde: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

## 2. Et samlet investeringsprogram for forebyggelse

Danske Regioner vil opfordre til at samle statslige puljer til forebyggelsesprojekter under et samlet investeringsprogram for forebyggelse.

For at skærpe fokus i indsatsen er det nødvendigt at se på, hvordan regioner, kommuner m.fl. kan søge midler til større prioriterede indsatser, der går på tværs af sektorer og samarbejdsparter.

Investeringsprogrammet skal sammensættes efter en model, som understøtter afprøvningsprojekter med krav om monitorering og effektmåling. Det kan fx være tværsektorielle forebyggelsesprojekter, hvor der ikke er sammenfald mellem den part, der skal anvende flere ressourcer og den sektor, der høster gevinsten af indsatsen. Investeringsprogrammet skal således understøtte incitamentet i, at forebyggelse er en fælles investering.

Linjerne i investeringsprogrammet skal følge prioriteringen i en fælles handleplan.

Et samlet investeringsprogram vil bidrage med viden om, hvad der virker og bedre mulighed for at følge op på denne viden. Vi skal væk fra de mange skub-i-gang-projekter, og hen til en strategisk satsning i forebyggelsesindsatsen.

### 3. Fælles målsætning om en røgfri fremtid i 2030

**Danske Regioner støtter målet om en røgfri fremtid. Målet for Røgfri Fremtid er, at i 2030 er der ingen børn, der ryger, og færre end 5% voksne ryger. Målet tager afsæt i et partnerskabsprojekt initieret af Kræftens Bekæmpelse og Trygfonden.**

Rygning er den risikofaktor, der har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark og er årsag til mest ulighed i sundhed. Rygning er en af de vigtigste årsager til hjertekarsygdomme, kræft samt lunge- og luftvejssygdomme. Rygning kan desuden resultere i, at eksisterende sygdomme eller tilstande forværres. I Danmark dør cirka 13.600 hvert år på grund af rygning. Igennem de sidste mange år er der taget talrige skridt til at begrænse brugen af tobak i Danmark – og med god virkning over en lang periode. Siden 1950'erne er andelen af daglige rygere faldet med 42 procent. Men i de seneste år er udviklingen gået i stå, og antallet af daglige rygere i Danmark er stadig højere end i de øvrige nordiske lande.

Der er behov for, at vi igen sætter styrket fokus på indsatsen. Det vil Danske Regioner gøre ved at indgå i partnerskabet om en røgfri fremtid med fokus på at skabe mere lighed i sundhed. Det betyder, at Danske Regioner i tæt samarbejde med andre parter i de kommende år vil bidrage til, at målet nås.

### 4. Unge og alkohol skal i fokus

**Danske Regioner anbefaler, at aldersgrænsen for salg af al slags alkohol til unge hæves fra 16 til 18 år.**

**Danske Regioner vil invitere til dialog med uddannelsesinstitutioner om en mere offensiv politik for alkoholindtag med fokus på at begrænse indtaget af alkohol for unge.**

Ud over rygning er alkohol en af de forebyggelige enkeltfaktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden

i Danmark. Et stort alkoholforbrug øger risikoen for afhængighed og en lang række lidelser, som for eksempel kræftsygdomme, mavetarmsygdomme, lungesygdomme, leverlidelser og muskelskeletlidelser. Alkoholmisbrug og -afhængighed kan også have en lang række psykiske og sociale konsekvenser. Alkohol er – sammen med rygning – primær årsag til, at danskere med en kort uddannelse dør tidligere end den øvrige befolkning.

Da sunde vaner grundlægges i både barn- og ungdommen, bør det tages langt mere alvorligt, at danske unge drikker mere end vores skandinaviske naboer. I en samlet indsats skal derfor primært fokus på unges alkoholforbrug.

De unges alkoholkultur er en afspejling af de normer, regler og rammer, som de møder. Ved at ændre på mulighederne for at indtage alkohol på uddannelsesinstitutioner og ved at hæve aldersgrænsen for salg af alkohol kan de unges alkoholvaner påvirkes.

Et område, der bør indgå i overvejelserne for en effektiv indsats, er indførelsen af en mindstepris pr. genstand alkohol. Forsøg fra Canada viser, at indførelsen af mindstepriser forebygger dødsfald og hospitalsindlæggelser. En mindstepris vil påvirke prisen på de billigste produkter, som hovedsageligt forbruges af de helt unge og af mennesker med alkoholproblemer.

#### Effekt af en koordineret indsats i Island

I Island har en effektiv indsats gennem flere år haft en gennemgribende effekt på unges alkohol- og rygevaner samt forbrug af euforiserende stoffer.

I dag topper Island den europæiske tabel for de sundeste teenagere. Andelen af 15- og 16-årige, der har været beruset inden for den sidste måned er styrt-dykket fra 42 procent i 1998 til 5 procent i 2016. Andelen af daglige rygere blandt unge er faldet fra 23 procent til blot 3 procent.

Gennem fokus på forbud af salg af alkohol og tobak, kombineret med forbud for reklamer for både alkohol og tobak og tilbud til unge for alternative udfoldelsesmuligheder har islændingene haft succes med forebyggelse.

## 5. Strukturel forebyggelse som obligatorisk indsats i sundhedsaftalerne

**Danske Regioner anbefaler, at kommende sundhedsaftaler indeholder indsatser for strukturel forebyggelse.**

Regioner, kommuner og almen praksis udarbejder hvert fjerde år politiske sundhedsaftaler, som formaliserer samarbejdet på tværs af sektorerne. Sundhedsaftalerne skal bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatserne i de patientforløb, der går på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis. Sundhedsaftalerne er funderet i en politisk ramme, der udskriver retningen for det tværsektorielle samarbejde. Men når det gælder forebyggelsesindsatsen, kan aftalerne være mere ambitiøse.

I dag er der krav til, at sundhedsaftalerne indeholder fire indsatsområder, som er forebyggelse, behandling og pleje, genoptræning og rehabilitering samt sundheds-it og digitale arbejdsgange. For at opnå en større effekt af indsatsen om forebyggelse bør det være obligatorisk, at indsatsen også indeholder strukturel forebyggelse. I dag er der primært fokus på tidlig opsporing og differentierede indsatser. Dele af den strukturelle forebyggelse kan med fordel bæres frem af systematiske nudgingmetoder, der understøtter, at sunde valg bliver lette valg.

### Sund By Netværket

I dag er der god viden og erfaringsudveksling om forebyggelse og sundhedsfremme i de lokale miljøer igennem Sund By Netværket, som er en del af WHO's Healthy Cities Network i Europa. Netværket understøtter det danske folkesundhedsarbejde ved at skabe synergi i samarbejdet mellem kommuner, regioner, nationale parter og WHO.

Regionerne stiller sig til rådighed for netværket med afsæt i de regionale forskningsmiljøer og rådgiver generelt kommunerne om effektiv forebyggelse, der skaber sundhed for livet.

## 6. Nye indikatorer for flere sunde leveår

**Danske Regioner anbefaler, at der udvikles nye indikatorer for flere sunde leveår.**

Regeringen, Danske Regioner og KL indgik i foråret 2016 en aftale om otte nationale mål for det danske sundhedsvæsen. Et af målene er, at parterne har forpligtet hinanden på at skabe flere sunde leveår. I dag ser vi på middellevetid og andelen af ikke-rygere, når vi skal vurdere, om vi når målet. Indikatorerne er centrale pejlemærker for, om vi når målet, og de har betydning for, hvordan vi styrer efter målet, og hvordan de enkelte parters medansvar besluttes. Der er behov for supplerende indikatorer, som viser et mere reelt billede af, hvorvidt den enkelte borger opnår flere sunde og gode leveår. Denne viden får vi ikke ved at måle på øget middellevetid. For vi kan godt leve flere år uden at have en høj livskvalitet, fx hvis vi lever med sygdom og nedsat funktion i dagligdagen.

Danske Regioner inviterer derfor til en dialog om supplerende indikatorer for, hvorvidt den enkelte borger lever flere sunde og gode leveår.

Fra 2013 har regionerne i sundhedsprofilerne målt på "gode leveår", blandt andet ved at inkludere borgernes vurderinger af eget helbred. Det er en god indikator for, om borgerne har en god livskvalitet og kan leve flere år uden begrænsninger i aktivitet. Denne indikator er et bud på, hvordan vi fremover kan måle på flere sunde leveår.

## 7. Et løft af samarbejdet for at tilbyde relevant forebyggelse

**Danske Regioner anbefaler, at hospitaler, praktiserende læger og kommuner samarbejder om, at alle relevante borgere kan blive henvist til et forebyggelsestilbud med en kendt kvalitet - uanset bopæl.**

Med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker i kommunerne er der skabt mange gode tilbud til borgere, såvel raske som syge. Alle forebyggelsespakker er udarbejdet på baggrund af den aktuelt bedste viden med formål om at skabe en systematisk og effektiv forebyggelsesindsats. Samarbejdet mellem de praktiserende læger, sygehusene og kommunerne medvirker til, at borgere systematisk tilbydes den rette forebyggelse.

Det er i dag ikke et krav, at forebyggelsespakkerne skal implementeres i kommunerne, og det er således frivilligt, hvorvidt kommunerne implementerer anbefalingerne. I 2016 er det blevet muligt at henvise borgere med kronisk sygdom til en afklarende samtale i kommunen, hvor behovet for forebyggelse afklares, og hvor et individuelt forløb sammensættes med afsæt i borgernes behov. Samtidigt er der stadig behov for at henvise borgere, der ikke er kronisk syge, direkte til relevante tilbud, fx rygestop.

Et effektivt samarbejde til gavn for borgeren forudsætter, at de rette patienter henvises, og at kommunerne arbejder hen mod at følge anbefalingerne i forebyggelsespakkerne. Det indebærer, at tilbuddene har en kendt kvalitet, at de er tilgængelige i nærområdet og inden for et rimeligt tidsinterval. I forbindelse med rygestopkurser er det fx påvist, at succesen med rygestop afhænger af, at borgeren tilbydes rygestop senest fjorten dage efter henvisning.

Lokale aftaler om systematisk henvisning og tilgængelighed af tilbud med en kendt kvalitet bør tage afsæt i viden om den lokale befolknings sundhedstilstand.

## 8. Forsøg med tilskud til psykologhjælp til unge under 18 år

**Danske Regioner anbefaler at lave et forsøg, hvor unge under 18 år med depression og angst kan få tilskud til psykologhjælp.**

Et nyt Ph.d. studie om tilskud til psykologhjælp og unges brug af psykiatrien er undervejs med nye resultater. Studiet viser foreløbigt, at tilskud til psykologhjælp til unge over 18 år har en positiv effekt på de unges trivsel. Konkret er antallet af indlæggelser i psykiatrien reduceret med knap 9 procent på grund af tilskudsordningen. Tallene viser samtidig, at for hver krone brugt på tilskud til psykologhjælp, spares der i gennemsnit 3,5 kroner i psykiatrien.

Siden 2008 har unge over 18 år fået tilskud til psykologhjælp, hvis de har tegn på mild til moderat depression eller angst. Kommunale tilbud er ofte afgrænsede til skolerelaterede problemer eller socialt belastede forhold i familien. Der er derfor et væsentlig gab i behandlingstilbuddene til unge under 18 år.

Det nye studie fokuserer på unge, som er lige over 18 år. Det må derfor forventes, at unge lige under 18 år kan have samme gavn af ordningen. Studiet er interessant, fordi det bringer ny viden med sig om sammenhængen mellem tilskud til psykologhjælp og unges brug af psykiatrien, som ikke tidligere har været belyst.

En udvidet ordning har derfor potentiale for at styrke den tidlige indsats for unge, der er i risiko for at blive patienter i psykiatrien. I første omgang bør den nye viden give anledning til at undersøge effekten af en tilsvarende ordning for unge under 18 år. Det bør gøres i et forsøg, som evalueres med fokus på effekt. Herefter kan det vurderes, hvorvidt ordningen skal udbredes.

Sundhedsstyrelsen har tidligere undersøgt mulighederne for en udvidet ordning til særlige målgrupper. Konklusionerne herfra skal medtages i forsøget. Derfor skal der fokus på målgruppeafgrænsning, og på om det er de rette unge, der henvises fra almen praksis. Der skal også fokus på, at psykologer, der indgår i ordningen, har de nødvendige kompetencer til at behandle unge under 18 år.

## Regionale bidrag til en fælles indsats

### 9. Et sektorfrit forebyggelseslaboratorium

**Regionerne vil tage initiativ til, at der oprettes et sektorfrit forebyggelseslaboratorium i et afgrænset lokalområde.**

Regionerne inviterer kommuner og praksissektor samt relevante parter til at deltage i et sektorfrit forebyggelseslaboratorium. Samarbejdsparter kan fx være idrætsforeninger, supermarkeder, apoteker, universiteter og patientforeninger. Laboratoriet skal med tæt involvering af forskningsmiljøer afprøve både nye innovative og vidensbaserede metoder med mål om mest mulig sundhed for alle, klog brug af teknologiske muligheder og forbedret samarbejde om målrettede forebyggelsesindsatser.

De regionale sundhedsprofiler om den lokale befolknings sundhedstilstand skal danne grundlag for en prioritering af indsatserne i forebyggelseslaboratoriet. Metoder kan afprøves i arenaer som daginstitutioner, skoler, uddannelsesinstitutioner, arbejdspladser m.v.

Nye samarbejdsformer skal afprøves med formål om at skabe en større sammenhæng og kvalitet i forebyggelsesindsatsen.

### Supercykelstier gør det sunde valg nemmere

Supercykelstier er et godt eksempel på en investering i danskernes sundhed med fokus på at fremme fysisk aktivitet. Målet er, at flere cykler fremfor at tage bilen. Supercykelstier er et samarbejde mellem region og kommuner. Ambitionen med Supercykelstierne er at skabe bedre forhold for cyklister, og give et reelt alternativ til bilen – også på ture over fem kilometer.

Der er anlagt tre supercykelstier i hovedstadsregionen. I 2017 bliver fem nye supercykelstier indviet. Tilsammen vil de udgøre et sammenhængende net.

## 10. Systematisk og målrettet forebyggelse med fokus på rygning og alkohol

### Regionerne vil udbrede effektive metoder til at tilbyde rygestop og rådgivning ved et skadeligt alkoholforbrug til alle relevante patienter.

Det er veldokumenteret, at rygestopkurser i grupper eller som individuelle tilbud øger andelen, der stopper med at ryge. Herudover er rygestopindsatser omkostningseffektive.

Regionerne vil ved hjælp af en enkelt metode sikre, at flere relevante patienter tilbydes rygestop. Metoden 'Very brief advice' er afprøvet og har vist gode resultater for succes med rygestop. Med metoden sikres rygerens accept af, at vedkommende efter besøg hos praktiserende læge eller efter udskrivelse fra et hospital bliver ringet op af en rygestoprådgiver fra kommunen. Det forudsætter, at der er en aftale med kommunen om samarbejdet. Der er gode erfaringer med det forpligtende samarbejde om rygestop, som kan udbredes nationalt.

Ligesom for rygning vil regionerne spørge patienter til deres alkoholforbrug, når det er relevant i forhold til den konkrete kliniske situation. På denne baggrund skal patienterne tilbydes relevant hjælp i kommunen. Både information om ryge- og alkoholstatus skal noteres i epikrisen til den praktiserende læge, så der bliver en systematisk overlevering.

Generelt vil regionerne tage ansvar for, at samtale om livsstil og helbred bredt indpasses i patientforløbet, så det giver mening for patienten og i den konkrete kliniske situation. Sundhedsprofessionelle kan fx bidrage til at informere borgere om, at en aktiv livsstil med fysisk aktivitet ikke blot forebygger livsstilssygdomme som diabetes og hjertekarsygdomme, men også forebygger smerter og funktionsnedsættelse i bevægeapparatet.

### En effektiv indsats for rygestop

En region har igangsat et 3-årigt projekt på tværs af hospital, almen praksis og kommuner, som har til formål at reducere tobaksrygning.

Projektet går ud på systematisk at tilbyde alle rygere i kontakt med almen praksis og hospitalet at blive henvist til hjælp til rygestop i kommunen. Patienten tilbydes henvisning ved hjælp af metoden 'Very Brief Advice' (VBA). Metoden er pilotafprøvet og under udvurdering på både et hospital og en psykiatrisk enhed.

Når kommunen modtager en elektronisk henvisning, kontaktes borgeren inden for en uge og tilbydes en samtale, hvor motivation, rygevaner m.v. afklares. På baggrund heraf tilbydes et individuelt tilpasset rygestopforløb.

Projektet monitoreres tæt bl.a. via den nationale kvalitets- og forskningsdatabase. De foreløbige resultater viser stor effekt. Halvdelen af deltagerne er røgfrie efter et halvt år. Heraf har 86 procent en kort uddannelse, og indsatsen medvirker derfor til at skabe mere lighed i sundhed.



## 11. Korrekt information om vacciner

### Regionerne vil deltage i arbejdet for, at flere bliver vaccineret i børnevaccinationsprogrammet.

Indførelsen af vacciner har været en revolution inden for forebyggelse. I dag tager vi næsten for givet, at vi ikke bliver alvorligt syge af sygdomme, der potentielt kunne være en trussel for folkesundheden. Set i det lys er det bekymrende, at tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet er faldende.

Vaccination er en af de mest effektive forebyggelsesmetoder. Det skyldes, at virkningen af vacciner er langvarig, forebygger både infektion og sygdom hos den enkelte borger og nedsætter smittespredning i samfundet.

Flokimmunitet opstår, når 95 procent af befolkningen er vaccineret. I 2014 fik kun 88 procent af småbørn den første dose af MFR-vaccinen, der beskytter mod røde hunde, mæslinger og fåresyge. Selvom der i nogle tilfælde kan være tale om underrapportering, er tallet stadig ikke godt nok.

HPV-vaccinen er også en vaccine i det danske børnevaccinationsprogram, og Sundhedsstyrelsen anbefaler vaccinen til piger, der er fyldt 12 år. Vaccinationen beskytter mod en kræftsygdom, som ca. 100 danske kvinder dør af hvert år: Livmoderhalskræft. Derfor er det bekymrende, at tilslutningen til vaccinen er dalende. Aktuelt er kun omkring 28 procent af den årgang af piger, der blev 12 år i 2016, vaccineret med den første dosis af HPV-vaccine. Tidligere er mere end 90 procent af pigerne i en årgang blevet vaccineret.

Regionerne vil understøtte Sundhedsstyrelsens informationsindsats for korrekt information om vacciner og målrettede informationsindsatsen til de forældre, der står for at skulle træffe valget om vaccination. Fokus vil være på at formidle korrekt information om vacciners sikkerhed og effekt.

## 12. Styrket samarbejde om sårbare gravide

### Regionerne vil styrke samarbejdet mellem kommuner, regioner og frivillige foreninger om forebyggende indsatser for sårbare gravide og deres familier. De gode erfaringer med målrettede tilbud til sårbare gravide skal udbredes.

Allerede under graviditeten kan vi forudse risiko for sygdom og dårligere levevilkår for de ufødte børn. En effektiv indsats for at mindske den sociale ulighed i sundhed

hos gravide og børn består i at sikre, at alle kvinder når af svangreomsorgens tilbud. Derfor skal alle gravide systematisk spørges ind til deres sundhedstilstand, og der skal være god tilgængelighed til tilbud om rygestop, ernæringsvejledning, motionsvejledning og alkoholfvænning til gravide. Samtidig skal der være særlige tilbud til sårbare gravide med sociale og psykiske udfordringer. Det kan være hospitalet, der starter en indsats op, som kommunens sundhedscenter følger op med et tilbud til hele familien, og hvor frivillige organisationer eventuelt inddrages.

Indsatser overfor sårbare gravide skal involvere hele familien gennem en afdækning af både den gravide og den gravide partners ressourcer og behov. En tidlig indsats kan styrke den nye families robusthed, så barnets trivsel og udvikling sikres, og forældrene bliver mere trygge i den nye rolle. Der afprøves aktuelt indsatser i de aktuelle sundhedsaftaler, og de positive resultater herfra skal i dialog med samarbejdsparter implementeres bredt.

## 13. Informationsindsats om fertilitet

### Regionerne vil sprede viden om mulighederne for at forebygge fertilitetsproblemer.

Mange problemer med fertilitet kan rent faktisk forebygges, og det bør unge have meget mere viden om. I dag er der langt mere tilgængelig viden om behandling af problemet frem for viden om forebyggelse af problemet.

Vidensråd for Forebyggelse har for nylig lavet en gennemgang af den nyeste viden på området, som kan være udgangspunktet for en informationsindsats. Særligt vægt, fysisk aktivitet, alkoholindtag, rygning, brug af cannabis og anabole steroider samt seksuelt overførte infektioner påvirker vores muligheder for at blive forældre. Også dem, der lider af en reproduktiv sygdom, kan i nogle tilfælde øge chancerne for graviditet, hvis de ændrer livsstil.

Hver tiende kvinde i Danmark er enten ufrivilligt barnløs eller får aldrig det antal børn, hun ønsker, på grund af sin egen eller partnerens nedsatte frugtbarhed. Omfanget af ufrivillig barnløshed hos mænd er ukendt, men 20-21 % får aldrig børn. Det er ulykkeligt for de par, der brændende ønsker sig børn, at det ikke lykkes. Herudover koster det lave børnetal og den efterspurgte fertilitetsbehandling samfundet dyrt.

Én af vejene til at øge fertiliteten er at forebygge via kampanjer og informationsindsatser målrettet unge. Sundhedsprofessionelle kan sammen med andre relevante

parter oplagt spille en større rolle i informationsindsatsen. Samtidig vil et større fokus på at fremme en sund livsstil generelt have en positiv effekt på mulighederne for at få børn.

#### 14. Sundhedsprofiler for børn og unge

**Regionerne vil i 2018 i en region lancere en børnesundhedsprofil. Hvis regioner og kommuner vurderer, at børnesundhedsprofilen er et værdifuldt redskab, så skal profilen udbredes til øvrige regioner.**

I dag omfatter sundhedsprofilerne borgere fra 16 år. Kommunerne bruger sundhedsprofilerne til at planlægge tilbud, aktiviteter og politikker, der kan virke trivsels- og sundhedsfremmende.

For at planlægge forebyggelse målrettet børn og unge er der behov for mere fælles og koordineret viden om børn, og unges sundhed og trivsel. Hvis sundhedsprofilen for voksne udvides til at inkludere børn vil det give mulighed for at følge udviklingen i børns sundhedstilstand over tid, understøtte tidlig opsporing og danne baggrund for prioritering og planlægning både nationalt og lokalt.

I dag er der flere forskellige og vigtige kilder til viden om børn og unges trivsel. Der er skolebørnsundersøgelsen, som leverer det danske bidrag til international viden om 11-, 13- og 15-åriges sundhed. Herudover findes Databasen Børns Sundhed, som er et redskab til monitorering af børns sundhed med fokus på børns første leveår og med baggrund i data fra sundhedsplejersker, data fra grundskolens første skoleår og også snart fra de sidste skoleår. Her indgår aktuelt en tredjedel af alle kommuner. En tredje kilde til viden er Den Nationale Børnedatabase, som bidrager med viden om amning, spædbørns udsættelse for røg samt højde og vægt frem til de første skoleår. Skolesundhed.dk er en fjerde kilde til viden og er et redskab til at vurdere sundhed og trivsel blandt børn og unge i alderen 2-25 år, dvs. førskole, grundskole og unge i og uden for uddannelse. I dag anvender mere end halvdelen af landets kommuner platformen som monitorerings- og dialogværktøj.

I 2018 lanceres børnesundhedsprofilen som et forsøg i en region. I et samarbejde med kommunerne og udvalgte datakilder afprøves det, om sundhedsprofiler for børn og unge kan styrke den lokale forankring af viden om børn og unges sundhed.

#### 15. Styrket regional rådgivning om børn og unges mentale sundhed og trivsel

**Regionerne vil i samarbejde med frivillige sociale foreninger afklare behovet for et tættere samarbejde om unge, der mistrives.**

**Regionerne vil i samarbejde med kommunerne afklare behovet for et styrket samarbejde mellem den regionale behandlingspsykiatri og de kommunale PPR-psykologer.**

Næsten 20 procent af børn og unge har alvorlige tegn på psykisk mistrivsel. Mistrivsel kan i perioder være en naturlig del af det at være ung, have baggrund i familiære forhold eller have andre årsager. Kort sagt er mistrivsel langt fra det samme som at være syg. Alligevel bør vi se med alvor på den høje andel af unge, der ikke trives. Mistrivsel kan - uanset årsag - have alvorlige konsekvenser for børn og unges indlæring, gennemførelse af uddannelser og senere for deres chancer for at indgå på arbejdsmarkedet. Herudover er der dokumenteret en sammenhæng mellem mistrivsel og risikoen for at udvikle psykisk sygdom. Dertil er det ikke mindre væsentligt, at psykiske lidelser oftest debutterer i ungdomsårene.

I psykiatrien oplever medarbejdere henvendelser fra unge, som har det rigtig skidt, men hvor problemerne ikke har en karakter eller en tyngde, så de hører hjemme i psykiatrien. Et tættere samarbejde med frivillige sociale foreninger kan skabe en bedre sammenhæng i indsatsen, fordi medarbejdere i psykiatrien kan henvise unge til et passende, lokalt tilbud. Omvendt kan medarbejdere i den frivillige indsats inddrage regional ekspertise, når der er tvivl om, hvorvidt der skal bygges bro til udredning i psykiatrien.

Med regional ekspertise tidligere i det kommunale forløb kan regionerne rådgive om, hvilken støtte den enkelte har brug for, og hvis der er behov, kan barnet eller den unge behandles tidligt ved symptomer.

## Mind My Mind

Et nyt projekt tilbyder børn og unge, med symptomer på angst, depression og adfærdsvanskeligheder et individuelt forløb med hjælp fra psykologer. Projektet er finansieret af TrygFonden og drevet af Psykiatrifonden i samarbejde med to regioner og fire kommuner.

Målet med projektet er at sikre, at flere børn og unge får tidlig og effektiv hjælp samt at forebygge udvikling af psykisk sygdom. Mind My Mind kan opfattes som et indskudt led mellem den generelle forebyggende indsats i kommunerne og den specialiserede behandlingsindsats i regionerne. Mind My Mind vil styrke primærsektorens mulighed for at varetage en "stepped care" tilgang, hvor også tunge problemer så vidt muligt løses tæt på barnets og familiernes hverdag. Mere specialiseret behandling skal først iværksættes, hvis der ikke opnås tilfredsstillende resultater på det første niveau.

Mind My Mind projektet indeholder blandt andet supervision af kommunale psykologer ved regionale supervisorer.

I 2020 er der resultater fra projektet. Herefter skal det vurderes, hvorvidt initiativet skal udbredes.

## 16. Støtte til børn af psykisk syge

### Regionerne vil hjælpe børn og unge til at håndtere livet som pårørende til en psykisk syg forælder.

Omkring 80.000 børn og unge i Danmark vokser op i familier med psykisk sygdom. Der er påvist sammenhæng mellem forældres behandling i psykiatrien og en øget sårbarhed hos deres børn og unge. Derfor skal der rettes et særligt forebyggelsesblik på børn af psykisk syge.

Vi ved, at børn som pårørende til psykisk syge forældre er i en rolle, hvor relationen til den syge kan være belastet, og at situationen kan være omgivet af tabu. Det kan føre til dårlig mental sundhed for barnet gennem opvæksten.

En systematisk indsats for at opspore børn og unge med en mor eller far med psykisk sygdom, og tilbyde dem relevant støtte, kan hjælpe til, at færre mistrives eller selv

bliver syge. Derfor vil regionerne i en tidlig systematisk indsats tilbyde støtte til børn af psykisk syge, enten i egne tilbud eller hos samarbejdspartner.

## 17. Sundhedsindsats for borgere med psykiske lidelser

### Regionerne vil i dialog med relevante parter løfte sundhedsindsatsen for borgere med psykiske lidelser. Indsatsen skal både have fokus på sunde omgivelser og på vejledning om et sundt liv.

Borgere med psykiske lidelser dør 15-20 år tidligere end gennemsnitsdanskere. I ca. 60 procent af tilfældene kan overdødeligheden tilskrives somatiske sygdomme - især hjertekarsygdomme, blodpropper i hjernen og hjerneblødning. En del af forklaringen er mere usund mad, højere rygefrekvens og mindre fysisk aktivitet end resten af befolkningen. Samtidig kan sygdom og medicin i sig selv være en del af årsagen, ligesom kontakten til sundhedsvesnet også kan være udfordret. Borgere med psykiske lidelser har ofte en kompleks situation, hvor helbred og livsstil tilsidesættes, fordi borgeren oplever det uoverskueligt at ændre ved egen hånd. Sundhedsprofilen viser samtidig, at borgere med psykiske lidelser er mere motiverede for at leve sundt sammenlignet med den øvrige befolkning.

Forskning peger på, at denne gruppe af borgere støttes bedst til sunde valg med let adgang til sund mad og fysiske omgivelser, som inviterer til fysiske aktiviteter understøttet af personalet. At skabe sunde rammer indebærer, at psykiatriske organisationer har politikker for sundhed. Konkret kan det fx være bevægelsesvenlige inde- og udemiljøer i og omkring et socialpsykiatrisk tilbud, som begrænser rygning og skaber mulighed for fysisk udfoldelse såvel som personale til at understøtte anvendelsen af rammerne. Fælles somatisk og psykiatrisk akutmodtagelse kan bidrage til, at både den fysiske og psykiske sundhed tilgodes under indlæggelse.

Herudover kræver et samlet løft af indsatsen, at den ambulante behandling understøtter samarbejdet med kommunerne om livsstilsrådgivning og sunde rammer.

At løfte den samlede indsats kræver et tæt samarbejde mellem behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien, borgers egen læge, den kommunale sundhedssektor, private parter og borgeren selv.

## 18. Praktiserende læger som proaktive i forebyggelsesindsatsen

**Regionerne vil tage initiativ til dialog med de praktiserende læger om, hvordan de bedst muligt kan arbejde proaktivt med data for at sikre et bedre overblik over egen population og forebyggelsespotentiale.**

Praktiserende læger har en helt central rolle i forhold til at sikre en tidlig indsats. En proaktiv rolle for almen praksis vil være udgangspunktet for en systematisk tilgang til at målrette forebyggelsestilbud til den del af befolkningen, som har størst behov. For at kunne udfylde rollen er det vigtigt, at den praktiserende læge hurtigt kan danne sig et overblik over patientsammensætningen tilknyttet sin praksis.

Et eksempel kan være, at den praktiserende læge systematisk indkalder sårbare patienter, der ikke møder op til planlagte kontroller, herunder kronikerkontroller og børneundersøgelser. En proaktiv indsats kræver adgang til data om patienten, hvilket regionerne så vidt muligt vil understøtte almen praksis med.

Praktiserende læger har et kendskab til patienten, der gør, at det er mere oplagt at tale om patientens livssituation end på hospitalet. I almen praksis kan der være fordele ved at inddrage praksispersonalet i dialogen med borgeren, fx med henblik på at informere om et forebyggelsestilbud eller et socialt tilbud.

### Tjek ind – proaktiv almen praksis

Forskningsprojektet "Tjek ind" bidrager med ny viden om forebyggelsestiltag i almen praksis. Derudover afprøves en hypotese om, at man ved hjælp af en proaktiv indsats i almen praksis kan nå personer, som ikke almindeligvis har lægekontakt. Metoden testes i forhold til at være en mulig fremgangsmåde til opsporing, identifikation og fastholdelse af personer med risiko for kronisk sygdom. I projektet er fokus på den sociale ulighed i sundhed. Projektet bliver udført som et randomiseret kontrolleret forsøg blandt personer i alderen 45-64 år, der er bosat i København, og hvis almen praktiserende læge deltager i projektet.

Projektet er forankret i Center for Interventionsforskning under Statens Institut for Folkesundhed.

## 19. Styrket forebyggelse før operationer

**Regionerne vil styrke den såkaldte præhabindsats. Det handler om at tilrettelægge relevant forebyggelse forud for operationer.**

Med afsæt i internationale erfaringer vil regionerne udarbejde en businesscase, der skal kortlægge potentialet for de menneskelige og samfundsøkonomiske gevinster ved styrket forebyggelse i forbindelse med operationer. Det involverer en vurdering af, hvad der er den mest hensigtsmæssige organisering af samarbejdet.

Det har en betydning for den enkeltes sundhed og funktionsniveau, hvilken fysisk stand kroppen er i før en operation i forhold til resultatet af operationen. Det er dokumenteret, at livsstilsfaktorer som rygning og et overforbrug af alkohol kan medføre komplikationer efter operationer.

Konsekvensen kan være infektioner, langsom sårheling, længere indlæggelsestid og øget risiko for efterfølgende indlæggelser og operationer. Studier viser fx, at et rygestop 6-8 uger før en operation kan reducere risikoen for operative komplikationer med 65 procent. Herudover kan en endnu tidligere indsats et halvt år før operation med fokus på livsstilsfaktorer bredt medvirke til, at operationer ikke bliver relevante. Det kan eksempelvis være knæ- eller hofteoperationer.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger på området, men organiseringen, som skal sikre et godt og rettidigt samarbejde om indsatsen, kan styrkes. Det vil med stor sandsynlighed forbedre effekten af indsatsen med fokus på tidlig indsats, systematik og opfølgning.

## 20. Ekspertcamp om brug og udvikling af digitale teknologier

**Regionerne vil samle eksperter som it-udviklere, sundhedsprofessionelle, forskere m.fl. til et eksperimentelt samarbejde om brug og udvikling af digitale teknologier med henblik på målrettet forebyggelse.**

Digitale teknologier omfatter bl.a. applikationer til smartphones (apps), webprogrammer, SMS, sociale medier, online fora og læringsspil. Digitale teknologier kan både have fokus på at fremme sundhed – både mentalt og fysisk – samt forebygge forværring af sygdom.

Med en ekspertcamp om udvikling og brug af apps kan startskuddet lyde til at undersøge mulighederne for smart brug af teknologi i forebyggelsesindsatser. Der er unikke muligheder i at lade forskningsmiljøer, industrien, sundhedssektoren m.fl. arbejde sammen om at finde nye løsninger.

Regionerne vil med afsæt i campen etablere en pulje på fem millioner kroner til udvikling af digitale teknologier. Alle nye teknologier skal testes i tæt samarbejde med forskningsmiljøer for at vurdere, hvorvidt de har effekt og i forhold til hvilke målgrupper. I denne sammenhæng vil regionerne være med til at sikre, at sikkerhed og kvalitet af data går hånd i hånd med udviklingen af nye løsninger. Regionerne vil blandt andet se på, hvordan sundhedsapps løbende kan kvalitetssikres til brug.

### Det digitale sundhedscenter

Det Digitale Sundhedscenter er en nytænkning af de kommunale sundhedscentres tilrettelæggelse af tilbud. Bag visionen står et partnerskab bestående af en region, tre kommuner, Diabetesforeningen og Hjertereforeningen. Målet er at udvikle og integrere digitale løsninger i sundhedscentrenes tilbud. En systematisk anvendelse af digitale løsninger skal føre til øget tilgængelighed og fleksibilitet i tilbud, fastholdelse af livsstilsændringer gennem større motivation hos borgerne samt ressourceoptimering bl.a. ved at sundhedsprofessionelle håndterer borgere på tværs af kommunegrænser.

Parterne vil ligeledes udvikle et tilbud om Digital Patientuddannelse. Formålet er, at borgere med kronisk sygdom opnår og fastholder et godt liv med en stor grad af mental sundhed.

Eksisterende hjemmesider, webinarer, individuelle onlinesamtaler og e-læringstilbud vil være udgangspunktet for Digital Patientuddannelse.

Partnerskabet ønsker løbende at afdække, hvilke nye teknologiske løsninger der kan have potentiale og hvilke behov, der ikke bliver løftet af eksisterende løsninger.

## 21. Borgernes og sundhedsvæsenets data i forening

**Regionerne vil lave en kortlægning af danske og udenlandske erfaringer med at anvende borgernes egne indsamlede og selvrapporterede data i kombination med sundhedsvæsenets data.**

Brug af borgernes og sundhedsvæsenets data i forening kan potentielt gøre den enkelte borger – i samarbejde med sundhedspersoner – i stand til bedre at varetage eget helbred. Borgernes indsamling af data kan ske på eget initiativ eller som led i behandling og opfølgning.

Selvrapporterede data fra patienter vinder i stigende grad frem i forhold til behandling. De bruges fx som redskab til at inddrage patienterne. Et eksempel på data, som bliver rapporteret af borgerne selv, er de såkaldte patientrapporterede oplysninger, som er ved at blive udbredt på landsplan. De patientrapporterede oplysninger er målrettet behandling, men har et forebyggelsespotentiale, som bør undersøges nærmere.

Konkret kan selvrapporteret data give viden om, hvorvidt borgere viser tidlige tegn på forværring af en tilstand. Heri er et stort potentiale i forhold til at reagere over for befolkningsgrupper, der er i høj risiko for at udvikle sygdom. Selvrapporterede data kan også opbevares af borgeren selv og anvendes som led i en individuel tilrettelagt plan for at opnå bedre sundhed.

## 22. Sundhedstilbud tæt på borgerne

**Regionerne vil afprøve digitale forebyggelsestilbud tilpasset forskellige målgrupper. Den første indsats vil være at tilbyde borgere med angst og let til moderat depression internetpsykiatri.**

Internetpsykiatri er et online-program, der skal hjælpe borgere med angst og let til moderat depression. Normalt henvises borgere med psykiske symptomer eller problemer til udredning og behandling på hospital, hos praktiserende speciallæge, i almen praksis eller ved psykolog via tilskud. Imidlertid kan teknologiske muligheder medvirke til, at borgere – efter en faglig vurdering af om de er egnede – i stedet kan modtage behandling via internettet.

Indsatsen skal bidrage til, at patientgrupper, der i dag ikke modtager behandling bliver behandlet. En årsag til, at nogle patienter ikke modtager behandling, kan være, at behandlingen kræver fysisk fremmøde. Internetpsykiatri kan forebygge udvikling af symptomer samt mulig forværring af sygdommen. Indsatsen vil blive fulgt med henblik på at vurdere effekten.

## 23. Pulje til forskning

**Regionerne vil fra 2018 afsætte 10 millioner kroner årligt til en pulje, som regionerne kan ansøge til forskning i forebyggelse.**

Forskning, der finansieres fra puljen, vil berøre et til flere af følgende prioriterede områder. Forskningen kan oplagt involvere flere samarbejdsparter og forskningsmiljøer.

- Studier der samler evidens om forebyggelse og sammenstiller eksisterende viden.
- Effektive metoder til organisering og implementering.
- Effektive forebyggelsesmetoder målrettet befolkningsgrupper og konkrete arenaer.
- Viden om at fremme mental sundhed.
- Forebyggelsespotentialer ved personlig medicin.

## 24. Årlig vidensdag om forebyggelse

**Danske Regioner vil tage initiativ til at afholde en vidensdag om forebyggelse i 2018.**

Regionerne foreslår, at dagen bliver et årligt tilbagevendende arrangement. Det første år vil Danske Regioner stå for afholdelsen. Herefter foreslås det, at ansvaret går på skift mellem stat, kommuner og regioner.

Formålet med dagen er at samle nøglepersoner inden for forebyggelse og sundhedsfremme og sætte fokus på den nyeste viden om indsatser, der har effekt og skaber sundhed for livet.

## Referencer til faktabokse

1. Sundheds- og ældreministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven. 2010; 2016 (913): Afsnit 1, Kaptitel 1. [www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=152710](http://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=152710).
2. Balling H, Blands J, Poulsen A, Primdahl R. *Sociale Forholds Betydning for Håndtering Af Børn Med Kronisk Sygdom*; 2012.
3. Juel K, Koch MB. *Social Ulighed i Dødeligheden i Danmark Gennem 25 År*; 2013. [www.si-folkesundhed.dk/upload/social\\_ulighed\\_i\\_dødelighed\\_i\\_danmark\\_gennem\\_25\\_år.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/social_ulighed_i_dødelighed_i_danmark_gennem_25_år.pdf).
4. Grønbæk M. *Social ulighed i sundhed – Fra vugge til grav* i Ploug N. Social arv og social ulighed. Hans Reitzels forlag. 2. Udgave: 2017.
5. Koushede V. For mental sundhed – et nyt perspektiv. København: Statens Institut for Folkesundhed 2015.
6. Størup M, Hjalsted B, Falk J, Finke K, Sandø N. *Forebyggelsespakke - Mental Sundhed*. Sundhedsstyrelsen; 2012.
7. Faktaark, Kræftens Bekæmpelse, Røgfri Fremtid.
8. Eliassen M, Becker U, Grønbæk M, Juel K, Tolstrup JS. Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Denmark: an analysis of which intake levels contribute most to alcohol's harmful and beneficial effects. *Eur J Epidemiol* 2014 Jan; 29(1):15-26.

## Øvrige referencer

Addiction research report, The relationship between minimum alcohol prices, outlet densities and alcohol-attributable deaths in British Columbia, 2002–09; 2013.

Christensen A L, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen P V, Juel K. *Danskernes Sundhed – Den nationale Sundhedsprofil 2013*. Sundhedsstyrelsen; 2014.

Danmarks Apotekerforening. *Lægemedler i Danmark 2015. Lægemedelforbrug og Apoteksdrift I Danmark*; 2015.

Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C. *Børn og unges mentale helbred*. Vidensråd for Forebyggelse.; 2014.

Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. *Ulighed i Sundhed - Årsager og indsatser*. Sundhedsstyrelsen; 2011.

Eliassen M, Skov-Ettrup L, Christiansen AH, Pedersen MG, Mikkelsen SS, Grønbæk M, Flensborg-Madsen T, Becher U. *Alkohol, rygning og postoperative komplikationer*. Sundhedsstyrelsen: 2012.

Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, Sørensen J, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*; 2016

Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Ettrup L, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. *Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme*. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.

Forebyggelseskommissionen. *Vi kan leve længere og sundere*; 2009.

Grønbæk M. *Social ulighed i sundhed – Fra vugge til grav* i Ploug N. Social arv og social ulighed. Hans Reitzels forlag. 2. Udgave: 2017.

Hvass LR, Manghezi A, Folker AP, Sandø N. *Social ulighed i sundhed – Hvad kan kommunen gøre?* Sundhedsstyrelsen; 2012.

Højgaard B, Olsen KR, Pisinger C, Tønnesen H, Gyrd-Hansen D. *The potential of smoking cessation programmes and a smoking ban in public places: Comparing gain in life expectancy and cost effectiveness*. *Scand J Public Health*; 2011.

Jørgensen T, Capewell S, Prescott E, Allender S, Sans S, Zdrojewski T, De Bacquer D, de Sutter J, Franco OH, Løgstrup S, Volpe S,

Malyutina S, Marques-Vidal P, Reiner Z, Tell GS, Verschuren M, Vannuzo D. Populationlevel changes to promote cardiovascular health. *European Journal of Preventive Cardiology* 2013;409-421.

Koushede, V. For mental sundhed – et nyt perspektiv. København: Statens Institut for Folkesundhed 2015.

Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. Syddansk Universitet, Statens Institut for Folkesundhed; 2007.

Læssø A, Fisker L, Jensen AK, Kendal SC, Frydkjær T. *Forebyggelse - ifølge danskerne*. Mandag Morgen & Trygfonden; 2012.

Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. *Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications of total hip replacement*. *Chinese J Evidence-Based Med*; 2014.

Nordentoft M, Lange P, Moltke A, Krogh J. *Psykisk sygdom og ændringer i livsstil*. Vidensråd for Forebyggelse; 2015.

Knudsen L.B, Juul A, Gyrd-Hansen D, Nyboe Andersen A, Schmidt L, Svarre Nielsen H, Kold Jensen T, Birch Petersen K. *Forebyggelse af nedsat frugtbarhed*. Vidensråd for Forebyggelse; 2016.

Pedersen CG, Davidsen M, Johansen NB, Christensen AI, Tolstrup JS. *Forebyggelsespotentiale ved patientkontakter*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2017.

Rasmussen M, Pedersen TP, Due P. *Skolebørnsundersøgelsen 2014*. Statens Institut for Folkesundhed; 2015.

Serena BL. *Metodepapir; Tilskud til psykologhjælp og unges brug af psykiatrien*. Foreløbige resultater, Københavns Universitet; 2016.

Størup M, Hjalsted B, Falk J, Finke K, Sandø N. *Forebyggelsespakke - Mental sundhed*. Sundhedsstyrelsen; 2012.

Sundhedsstyrelsen, Børnevaccinationsprogrammet Årsrapport 2015; 2016.

Sundhedsstyrelsen, Struktur på sundheden - inspiration til sundhedsindsatser til borgere med psykiske lidelser; 2014.

Sundhedsdatastyrelsen. *Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2015*. Sundhedsanalyser, Lægemedelstatistik og Sundhedsdataprogram; 2016.

Sundheds- og ældreministeriet. *Patienternes Kræftplan - Kræftplan IV*; 2016.

Teknologirådet for Danske Regioner. *De fem borgertopmøder*; 2011.

## Links

Dansk Sygeplejeråd, Udskrivelse af patienter med skadeligt forbrug af alkohol – en randomiseret undersøgelse, [dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2010-15/udskrivelse-af-patienter-med-skadeligt-forbrug-af-alkohol-en](http://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2010-15/udskrivelse-af-patienter-med-skadeligt-forbrug-af-alkohol-en)

Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington. *Global Health Data Exchange, Discover the World's Health Data*. <http://ghdx.healthdata.org>

Psykiatrifonden. *Når børn og unge er pårørende* [www.psykiatrifonden.dk/boern-unge/til-foraeldre/naar-boern-og-unge-er-paarørende.aspx](http://www.psykiatrifonden.dk/boern-unge/til-foraeldre/naar-boern-og-unge-er-paarørende.aspx)

Psykiatrifonden. *Psykisk Sundhed i Danmark*, [www.psykiatrifonden.dk/viden/fakta.aspx](http://www.psykiatrifonden.dk/viden/fakta.aspx)

Statens Serum Institut. *Det danske børnevaccinationsprogram*; 2016. [www.ssi.dk/vaccination/boernevaccination.aspx](http://www.ssi.dk/vaccination/boernevaccination.aspx)

Sundhedsstyrelsen. *Faldet i rygning i Danmark er gået i stå* [www.sst.dk/da/nyheder/2016/faldet-i-rygning-i-danmark-er-gaaet-i-staa](http://www.sst.dk/da/nyheder/2016/faldet-i-rygning-i-danmark-er-gaaet-i-staa)

Sundhedsstyrelsen. *Kronisk Sygdom*. [www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom](http://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom)

