

1999

# Regeringens folkesundheds- program 1999-2008



Et handlings-  
orienteret program  
for sundere rammer  
i hverdagen

Udgivet af

 **SUNDHEDS  
MINISTERIET**

Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008.

Udgivet i maj 1999.

1. oplag, 3.500 eksemplarer.

Udgivet af Sundhedsministeriet, Holbergsgade 6, 1057 København K., tlf. 33 92 33 60.

Layout: Andreas Christensen

Fotos: Nordfoto (forside)

Tryk: TL Offset A/S

ISBN: 87-90-22718-2

*Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008 kan købes hos boghandleren. En kortfattet pjec om folkesundhedsprogrammet kan bestilles hos Sundhedsministeriet. Folkesundhedsprogrammet og pjecen kan læses på Internettet: [www.folkesundhed.dk](http://www.folkesundhed.dk)*

# Indholdsfortegnelse

Forord .....	5
Oversigt over programmets indhold .....	7

## Del I: Programmets forudsætninger

I.1	Indledning.....	10
I.2	Programmets mål og struktur .....	12
I.2.1	De overordnede mål .....	12
I.2.2	Mål for en forstærket indsats .....	19
I.3	Programmets implementering og gennemførelse .....	27

## Del II: Den tværministerielle indsats 1999-2008

II.1	Overordnede mål .....	29
	Mål 1 - Længere liv med højere livskvalitet .....	29
	Mål 2 - Social lighed i sundhed .....	32
II.2	Risikofaktormål .....	35
	Mål 3 - Tobak .....	35
	Mål 4 - Alkohol .....	41
	Mål 5 - Kost og motion .....	47
	Mål 6 - Svær overvægt .....	54
	Mål 7 - Trafikulykker .....	57
II.3	Mål for aldersgrupper .....	62
	Mål 8 - Børn .....	62
	Mål 9 - Unge .....	69
	Mål 10 - Ældre .....	72
II.4	Mål for forebyggelsesmiljøer.....	77
	Mål 11 - Grundskolen .....	77
	Mål 12 - Arbejdspladsen .....	83
	Mål 13 - Lokalsamfundet .....	90
	Mål 14 - Sundhedsvæsenet .....	95
II.5	Strukturmaal .....	101
	Mål 15 - Samarbejde mellem stat/amt/kommune .....	101
	Mål 16 - Forskning .....	105
	Mål 17 - Uddannelse .....	107

## Del III: Overvejelser over programmets gennemførelse og virkemidler

III.1	Hvad er „folkesundhed“ .....	110
III.2.	Sundhed, kultur og sociale vaner .....	110
III.3.	Redskaber i folkesundhedsprogrammet .....	111
III.4.	Effektiv forebyggelse .....	113
III.5.	Oversigt over øvrige samfundsindsatser med betydning for folkesundheden .	118
III.6.	Programmets evaluering og monitorering .....	122

# Forord

Ved regeringsdannelsen i marts 1998 indgik det i regeringsgrundlaget, at der skulle udarbejdes "et tværgående forebyggelsesprogram til forbedring af folkesundheden".

Der var heri opstillet tre krav til programmet. Det skulle være tværgående, indeholde mål og være tiårigt.

Det tværgående er afgørende for alt forebyggende arbejde. Sygdom og sundhed skabes ikke i en særlig sektor af samfundet. Det er summen af påvirkninger, der giver udslaget. Det er for eksempel tydeligt, når det drejer sig om den sociale ulighed i sundhed.

Derfor er folkesundhedsprogrammet også blevet til i et samarbejde mellem ti ministerier.

Regeringen prioriterer med dette program indsatsen på de områder, hvor sundhedsproblemerne er væsentlige. Disse problemer løses ikke med få enkle handlinger, men kræver en række initiativer på mange niveauer – og ikke bare af det offentlige. Det kræver en bred opbakning, ikke bare nu, men i et tiårigt perspektiv.

Programmet er prioriteret og målrettet forhold, som især har betydning for den dårlige udvikling i danskernes middellevelevetid. Programmet omfatter derfor ikke hele indsatsen for folkesundheden, men skal ses i sammenhæng med en række øvrige samfundsindsatser, den generelle økonomiske velfærdsindsats, arbejdsmarkedets og den sociale sektors indsats, i indsatsen rettet mod et rent ydre miljø, sikre fødevarer, kriminalitetsforebyggelse, boligsocialt arbejde, selvmord, narkotika m.v.

Der er bred enighed om, at det er bedre at forebygge frem for passivt at lade sygdom og skader opstå.

At forebygge er imidlertid ikke bare det bedste alternativ, det er også en nødvendighed i visse afgørende tilfælde. Det er fortsat langt fra alle sygdomme og ulykkesskader, der kan helbredes. Mange årsager til sygdom kendes ikke, og en effektiv forebyggelse kan derfor først komme på tale, når forskning og udvikling af forebyggelsesmetoder tilbyder løsninger. Det gælder for eksempel for brystkræft.

Hvor årsagerne til sygdom er kendte, skal vi sætte ind med kraft i forebyggelsen. Samfundet og den enkelte i forening.

Der er et markant behov for en forstærket forebyggende indsats i Danmark. Den danske folkesundhed udvikler sig nemlig ikke tilfredsstillende. Siden 1970 er den danske middellevelevetid ikke fulgt med udviklingen i landene omkring os.

I 1970 lå danske mænd på 5. pladsen blandt de nuværende 15 EU-lande samt Norge. I 1996 var vi på 21. pladsen. Mens mænds levetid i Finland fra 1970 til 1996 er vokset med syv år, er levetiden for danske mænd kun vokset med to år.

Vores livsstil er årsagen – tobak, alkohol, ulykker samt for fed kost og ingen eller for lidt motion. Alle disse risikofaktorer kan forebygges.

Selvom livsstilen er den enkeltes valg, bør det offentlige klart og tydeligt fortælle, hvad der gør folk syge, og hvordan sygdom kan undgås. Man bør også sende nogle klare signaler om sundhedsfremme, for eksempel at der ikke ryges i skole og på sygehuse.

Der er behov for en holdningsændring til disse spørgsmål. Det kan ikke nytte noget at slå spørgsmålet om danskernes dårlige sundhedstilstand hen med morsomheder om de kedelige svenskere og amerikanernes forrykte rygeregler. Det er vel næppe indtrykket, at også sydeuropæerne lever kedeligt og asketisk. Græske mænd har en middellevelevetid, der er 3,7 år over den danske, og spanske kvinder lever næsten fire år længere end danske kvinder.

Danskernes relativt lave middellevelevetid dækker ikke over den populære forestilling, at vi sparer et par år på plejehjem. Det er nemlig *ikke* de gamle, der dør tidligere. Det skyldes i høj grad, at mange tusinde midaldrende mænd og kvinder dør før pensionsalderen. Mange dør efter svær sygdom, der alvorligt har begrænset deres og familiens livskvalitet gennem mange år.

I det næste tiår skal vi have reduceret den altfor tidlige død blandt de midaldrende. Vi skal stoppe udviklingen i de unges alkoholforbrug og have reduceret tobaksforbruget. Information i

medierne er ikke nok. Vi skal sikre børn og unge en sundere hverdag. Vi skal skabe bedre rammer for den enkeltes sundhed, dér hvor folk arbejder og bor, og sundhedsvæsenets mange og gode muligheder for at være med til at forebygge skal udvikles.

Forebyggelsen skal altså i højere grad være mere målrettet aldersgrupper og målrettet de praktiske livssituationer i befolkningen.

Sundheden er ikke ligeligt fordelt i Danmark. De dårligst uddannede og de udsatte danskere har et dårligere helbred, er mere syge og lever i kortere tid end de velstillede og bedre uddannede danskere. Det vil regeringen gøre noget ved. Det er ikke acceptabelt, at levetiden i København for mænd er fire år lavere end i det øvrige Danmark, at dødeligheden er mere end 50 procent højere blandt ufaglærte mænd end blandt funktionærer, at børn af forældre uden for arbejdsmarkedet trives væsentligt dårligere end børn af forældre i arbejde.

Det er afgørende for regeringen, at den sociale ulighed i sundhed mindskes. Her drejer det sig grundlæggende om uddannelses- og arbejdsmarkedspolitikken. Men også sundhedsvæsenet og socialvæsenet kan yde et væsentligt bidrag.

De dårligst stillede skal sikres et bedre helbred og dermed et bedre liv.

En stor del af det forebyggende arbejde udføres i amter og kommuner. Der er her gjort en stor og prisværdig indsats i udviklingen af området. Amternes og kommunernes forebyggende arbejde bliver afgørende for programmets virkeliggørelse. Derfor lægger regeringen op til et tæt samarbejde med amterne og kommunerne.

Folkesundhedsprogrammet skal medvirke til, at der tages et politisk ansvar for en effektiv prioritering og koordinering af forebyggelsesindsatsen på tværs af sektorer, administrative niveauer og kompetencer. Derfor er der lagt vægt på at udvikle samarbejdsrelationer på de områder, hvor der i dag er ansvarsmæssige gråzoner.

Også andre dele af samfundet har indflydelse på befolkningens sundhedstilstand – ikke mindst arbejdsmarkedets parter, de sygdomsbekæmpende organisationer, de frivillige foreninger samt idræts- og oplysningsorganisationer.

Regeringen lægger med dette program således op til et bredt samarbejde for at bringe den

danske folkesundhed ind i en mere positiv udvikling over de næste ti år. Det kræver en målrettet indsats i alle sektorer i samfundet. Der skal skabes sundere rammer i dagligdagen, og der skal gøres en særlig indsats for de marginaliserede, de svage og udsatte. Folkesundhedsprogrammet skal danne rammen om denne indsats.

*Carsten Koch*  
*Sundhedsminister*

# Oversigt over programmets indhold

*Der er i forbindelse med Folkesundhedsprogrammet af Sundhedsministeriet udgivet en pjece: "Sundere rammer i hverdagen", der kort resumerer programmets indhold. Pjecen kan fås ved henvendelse til Sundhedsministeriet.*

Programmet er opdelt i tre dele:

Del I: Programmets forudsætninger

Del II: Den tværministerielle indsats 1999-2008

Del III: Overvejelser over programmets gennemførelse og virkemidler.

*Del I: Programmets forudsætninger* redegør for programmets baggrund, perspektiv, fokus, mål og opfølgning.

*Indledningen* behandler baggrunden for programmet med regeringsgrundlaget fra marts 1998. Programmet skal ifølge dette

- medføre en forbedring af folkesundheden
- være tværgående
- opstille en række sundhedsmål, samt
- have en ti-årig gennemførelsesperiode.

Programmet er tilrettelagt med den praktiske forebyggelse for øje. Årsagerne (tobak, alkohol m.v.) til de store folkesygdomme kræft, hjertekarsygdomme m.v., er i fokus for programmet, fremfor sygdommene selv. Årsagerne findes i meget høj grad i danskernes livsstil, men denne livsstil kan ikke søges ændret uafhængigt af levekår og de sociale sammenhænge i hverdagen.

Indledningen opstiller tre perspektiver for en forstærket indsats:

*Risikofaktorerne* (tobak, alkohol, kost og motion, svær overvægt samt trafikulykker).

*Aldersgrupper*, der kan danne grundlag for en samlet målrettet indsats overfor gruppens særlige risici og behov (børn, unge og ældre)

*Miljøperspektivet*, dvs. forbedring af de rammer vi

lever under i dagligdagen (grundskolen, arbejdspladsen, lokalsamfundet og sundhedsvæsenet).

Indledningen fastlægger programmets fokus:

- at der skal være tale om væsentlige sundhedsproblemer, dvs. de store folkesygdomme,
- at disse sygdomme skal være forebyggelige, og
- at der er behov for at *forstærke* indsatsen

I afsnittet *Programmets mål og struktur* gennemgås valget af programmets 17 mål. Hovedproblemerne er den svage udvikling i den danske middelevetid samt den sociale ulighed i sundhed. Mod disse to problemer retter programmets to overordnede mål – og dermed hele programmets øvrige mål – sig.

Der redegøres for målene for en forstærket indsats i grupperingerne: risikofaktorer, aldersgrupper, forebyggelsesmiljøer samt strukturmål.

I afsnittet om *programmets implementering og gennemførelse* beskrives bl.a. programmets opfølgning.

*Del II: Den tværministerielle indsats 1999-2008* gennemgår hvert af de 17 mål med baggrund for målene, målsætning for udviklingen i perioden samt initiativer til udmøntning af målene.

## Overordnede mål

### Mål 1 – Længere liv med højere livskvalitet

Danskernes middellevetid skal øges markant. Samtidig skal antallet af gode leveår øges og helbredsbedingede begrænsninger i sociale og fysiske udfoldelsesmuligheder mindskes.

### Mål 2 – Social lighed i sundhed

Den sociale ulighed i sundhed skal reduceres mest muligt – først og fremmest ved at forstærke indsatsen for at forbedre sundheden for de dårligst stillede grupper.

## Mål for risikofaktorer

### Mål 3 – Tobak

Antallet af rygere skal reduceres markant, dels gennem rygestop dels gennem begrænsning af antal nye rygere. Danmark skal gøres røgfrit for ikke-rygere, herunder børn.

### Mål 4 – Alkohol

Antallet af storforbrugere af alkohol skal reduceres markant. Alkoholforbruget blandt unge skal nedbringes og alkoholforbrug blandt børn helt fjernes.

### Mål 5 – Kost og motion

Antallet af danskere, som spiser sundt og er fysisk aktive, skal øges, dels gennem klar information, dels gennem lettilgængelige muligheder for sund levevis.

### Mål 6 – Svær overvægt

Stigningen i antallet af svært overvægtige skal stoppes.

### Mål 7 – Trafikulykker

Antallet af tilskadedkomne og dræbte i trafikken skal reduceres markant gennem en forstærket forebyggende indsats.

## Mål for aldersgrupper

### Mål 8 – Børn

Børns sundhed og trivsel skal have første prioritet – og især skal indsatsen for børn i svage familier styrkes.

### Mål 9 – Unge

Unge skal sikres mod marginalisering i forhold til uddannelsessystem og arbejdsliv.

### Mål 10 – Ældre

Ældre skal sikres tilbud, der sigter mod at opretholde deres sociale, fysiske og psykiske færdigheder længst muligt.

## Mål for forebyggelsesmiljøer

### Mål 11 – Grundskolen

Grundskolen skal udgøre et sundhedsfremmende miljø og give eleverne forudsætninger, så de kan handle for at fremme egen og andres sundhed.

### Mål 12 – Arbejdspladsen

Arbejdspladsen skal inddrages aktivt og bredt i initiativer for forebyggelse og sundhedsfremme.

### Mål 13 – Lokalsamfundet

Forebyggelse og sundhedsfremme skal udvikles og styrkes i den lokale social- og sundheds-tjeneste.

### Mål 14 – Sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet skal styrke indsatsen i forebyggelse og sundhedsfremme.

## Strukturmaal

### Mål 15 – Samarbejde mellem stat/amt/kommune

Der skal etableres en klar og entydig ansvars- og opgavefordeling mellem stat, amter og kommuner med hensyn til sundhedsfremme og forebyggelse.

### Mål 16 – Forskning

Forebyggelse og sundhedsfremme skal baseres på forskning for at sikre valg af velunderbyggede indsatser i forebyggelsen.

### Mål 17 – Uddannelse

Forebyggelsesarbejdet skal professionaliseres ved at styrke forebyggelse som element og tankegang i grund-, efter- og videreuddannelse af social- og sundhedspersonalet samt andre relevante faggrupper.

*Del III: Overvejelser over programmets gennemførelse og virkemidler* diskuterer og belyser mere grundlæggende overvejelser bag programmets valg og prioriteringer.

I afsnittet *Hvad er folkesundhed?* redegøres for folkesundhedsbegrebet.

*Sundhed, kultur og sociale vaner* omhandler råderummet for den enkeltes sundhedsadfærd mellem individets egne valg og de rammer som samfundet og hverdagens sociale liv udgør for den enkeltes helbredsudvikling. Der er ikke tale om et enten eller, men en forstærket indsats må rettes mod at etablere sundere rammer for hverdagslivet, ikke mindst for at nå de grupper i samfundet, der hidtil ikke har haft tilfredsstillende udbytte af det livstilsrettede forebyggelsesarbejde.

I afsnittet *redskaber i forebyggelsen* redegøres nærmere for programmets typiske virkemidler. Det drejer sig bl.a. om sundhedspolitikker på mange niveauer, der sammenfatter mål og midler rettet mod f.eks. givne risikofaktorer, som tobaks-, og alkoholpolitikker, trafik- og arbejdsmiljøpolitikker m.v. Om etablering af nye forebyggelses-

ydelser, som rygeafvænning og tilbud for alkoholstorforbrugere, forskellige redskaber for at professionalisere forebyggelsen, f.eks. gennem udsendelse af vejledninger, kliniske retningslinier, handlingsplaner m.v. Desuden omhandler afsnittet initiativer til implementering af programmet.

Afsnittet *effektiv forebyggelse* giver en række eksempler på praktiske forebyggelsesinitiativer i hele programmets tværsnit.

*Oversigt over øvrige samfundsindsatser med betydning for folkesundheden* omhandler en række samfundssektorerers større samlede indsatser med betydning for folkesundheden. Det drejer sig om *miljøbeskyttelse, luftforurening, fødevarerikkerhed, by- og boligsocialt arbejde, forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord samt narkotikapolitik.*

Del III afsluttes med en redegørelse for *programmets evaluering og monitorering*, der bl.a. henviser til den samtidig offentliggjorte publikation: "Nøgletal om forebyggelse og folkesundhed", der løbende vil præsentere talgrundlaget for programmets monitorering og dermed give mulighed for en løbende vurdering af programmets målopfyldelse.



# Del I: Programmets forudsætninger

## I.1 Indledning

Formålet med folkesundhedsprogrammet fremgår af regeringsgrundlaget fra marts 1998.

Regeringsgrundlaget, marts 1998  
"Regeringen vil iværksætte et tværgående forebyggelsesprogram til forbedring af folkesundheden. Programmet skal tage udgangspunkt i en række sundhedsmål, der skal opfyldes inden for en tiårig periode."

Nøgleordene i regeringsgrundlagets tekst er:

*Forbedring af folkesundheden.* Målet er at forøge middellevetiden og antallet af leveår uden sygdom. For at opnå dette, skal der sættes stærkere ind over for de store folkesygdomme og dødsårsager i befolkningen.

*Et tværgående forebyggelsesprogram.* Sundhed og sygdom skabes ikke i en enkelt sektor af samfundet. Befolkningens sundhed påvirkes af livsstil, levevilkår, arv, omgivelser m.v. Programmet indtager derfor meget store dele af samfundet, for eksempel sundhedsvæsenet, socialektoren, trafikken, arbejdslivet, skolen og lokalsamfundet. Dermed sigter programmet på et udbygget samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper.

*En række sundhedsmål.* Programmet skal være konkret og handlingsorienteret. Målene skal være ambitiøse, men realistiske, og udviklingen skal følges tæt i programperioden.

*Programperioden er ti år.* Programmet har således en tidshorisont, der gør det muligt at fastholde en langsigtet indsats, der på mange områder skal til for at forbedre sundheden. Det lange perspektiv indebærer, at programmet skal ajourføres i programperioden.

## Programmets perspektiv

Folkesundhedsprogrammet skal være handlingsorienteret. Det skal være relevant for den praktiske forebyggelse. Og det skal kunne bruges ved prioritering og tilrettelæggelse af indsatser.

Dette har været lede-tråden for valget af programmets perspektiv. I den offentlige debat har det oftest været sygdomsperspektivet, der har været fremherskende. Det gælder for eksempel inden for forebyggelse af kræft, hjerte-karlidelser, ulykker m.v.

Årsagerne til de fleste sygdomme er imidlertid mangfoldige og sammensatte. Der findes eksempelvis ikke nogen enkeltfaktor, der er årsag til en sygdom som kræft. For at gribe forebyggende ind, må man gå til årsagerne og beskrive en indsats, der hænger sammen i den praktiske forebyggelse.

I programmet er der derfor lagt vægt på følgende perspektiver:

- *Risikoperspektivet* – som sætter ind for at mindske eller eliminere enkeltfaktorer i en årsagskæde, for eksempel tobaksrygning, spirituskørsel, overvægt m.v.
- *Aldersperspektivet* – som sammenfatter en bestemt aldersgruppes særlige risici, forudsætninger og behov
- *Miljøperspektivet* – som samordner indsatser over for et velafgrænset og ensartet fungerende system, der fungerer som ramme i hverdagen. Det kan være skolen, arbejdspladsen, sundhedsvæsenet og lokalsamfundet.

Ved at vælge disse perspektiver sætter programmet fokus på årsagerne til sygdomme og skader og dermed til initiativer, som i det praktiske liv kan gennemføres for at eliminere sygdoms- og skadevoldende faktorer.

## Fokus for programmet – handlingsorientering

Programmets mål og initiativer er fastlagt ud fra

- at der skal være tale om væsentlige sundhedsproblemer
- at disse sygdomme skal være forebyggelige
- at der er behov for at *forstærke* indsatsen.

### Væsentlige sundhedsproblemer

De væsentligste sundhedsproblemer er de store folkesygdomme. Hjerter-karsygdomme og kræft er de største folkesygdomme, både med hensyn til dødelighed og for tidlige dødsfald (dødsfald under 65 år). Ulykker og luftvejsslidelser er også væsentlige folkesygdomme. Tilsammen udgør disse fire sygdomsgrupper over 80 procent af alle dødsårsager og over 70 procent af de for tidlige dødsfald. Særligt de for tidlige dødsfald har tæt sammenhæng med livsstilen (se tabel 1).

En række sygdomme kan ikke forebygges på et tilstrækkeligt klart grundlag, enten fordi viden skaben endnu ikke har fundet frem til årsagerne, eller fordi der ikke er udviklet effektive forebyggelsesmetoder. Sådanne sygdomme er ikke medtaget i programmet, selvom de er væsentlige folkesygdomme. Men de vil blive indføjet i programmet, når der foreligger den nødvendige viden til en effektiv forebyggende indsats.

### Forebyggeligheden

Hvert af programmets mål hviler på en sikker dokumentation for viden om sygdomsårsager (risikofaktorer), og der skal være udviklet og helst gennemprøvet forebyggelsesmetoder, der kan gennemføres i praksis. For de sygdomme, der ikke opfylder disse krav, må der gennem forskning udvikles et potentiale for forebyggelse. Derfor indeholder programmet også et mål for udvikling og forskning.

Tabel 1. Dødsfald i 1995 fordelt på dødsårsagsgruppe, alle aldre og under 65 år

Sygdomsområde	Dødsfald		Dødsfald Under 65 år	
	1995	Pct.	1995	Pct.
Hjerte- og karsygdomme	24.928	39,7	2.484	19,6
Kræft	16.141	25,7	4.410	34,9
Luftvejssygdomme	5.622	9,0	591	4,7
Skader/ulykker (inklusive selvmord)	3.624	5,8	1.932	13,7
Sygdomme i fordøjelsesorganer	2.828	4,5	901	7,1
Ernærings-/stofskiftesygdomme	1.033	1,6	259	2,1
Psykiske lidelser	981	1,6	202	1,6
Sygdomme i nervesystem, øjne og ører	791	1,3	251	2,0
Sygdomme i urinveje og kønsorganer	665	1,1	78	0,6
Infektionssygdomme	492	1,1	341	2,7
Muskel-skeletsygdomme	273	0,4	52	0,4
Dødsfald i første leveår	353	0,6	353	2,8
Øvrige	4.884	7,6	998	7,9
I alt	62.815	100,0	12.652	100,0

Kilde: Dødsårsagsregisteret.

## Forstærket indsats

Det er centralt for programmet, at der skal være et behov for en *forstærket* forebyggende indsats. På flere ministeriers områder, særligt miljøet, det boligsociale arbejde og fødevarer-sikkerheden, foreligger der allerede omfattende planer og programmer for en indsats af betydning for folkesundheden. Disse er ikke optaget i programmets mål, men er en integreret del af den samlede indsats for folkesundheden, jævnfør afsnit III. 5.

Disse områder er meget væsentlige og har stor betydning for danskernes sundhed, både på kort og langt sigt. Det sidste gælder ikke mindst for miljøindsatsen. Områderne er imidlertid ikke forklaringen på den dårlige udvikling i dansker-nes middellevetid.

Frem for at præsentere alle elementer i forebyg-gelsen, sætter programmet fokus på de områder, hvor der især skal ske en forstærket indsats, og dermed bliver programmet et værktøj, der kan skabe en klar prioritering for de næste ti års forebyggelsesindsats.

## I.2 Programmets mål og struktur

I afsnittet redegøres for baggrunden for valg af programmets overordnede mål og mål for en forstærket indsats ( se skema med mål-strukturen nederst på siden).

### I.2.1 De overordnede mål:

Folkesundheden skal forbedres, og den sociale ulighed i sundhed skal formindskes væsentligt. Disse to mål er programmets overordnede mål.

### 1. Middellevetid

Danskernes middellevetid har gennem en år-række ikke udviklet sig som i de lande, vi nor-malt sammenligner os med. Fra at danske mænd i 1970 lå som nummer fire blandt de nuværende 15 EU-lande samt Norge, og dan-ske kvinder lå som nummer fem, er Danmarks placering i 1996 ændret til nummer 15 for mænd og nummer 16 for kvinder.

### Overordnede mål

Mål 1 – Længere liv med højere livskvalitet

Mål 2 – Social lighed i sundhed

### Mål for en forstærket indsats

#### **Risikofaktorer:**

Mål 3 – Tobak

Mål 4 – Alkohol

Mål 5 – Kost og motion

Mål 6 – Svær overvægt

Mål 7 – Trafikulykker

#### **Aldersgrupper:**

Mål 8 – Børn

Mål 9 – Unge

Mål 10 – Ældre

#### **Forebyggelsesmiljøer:**

Mål 11 – Grundskolen

Mål 12 – Arbejdspladsen

Mål 13 – Lokalsamfundet

Mål 14 – Sundhedsvæsenet

#### **Struktur mål:**

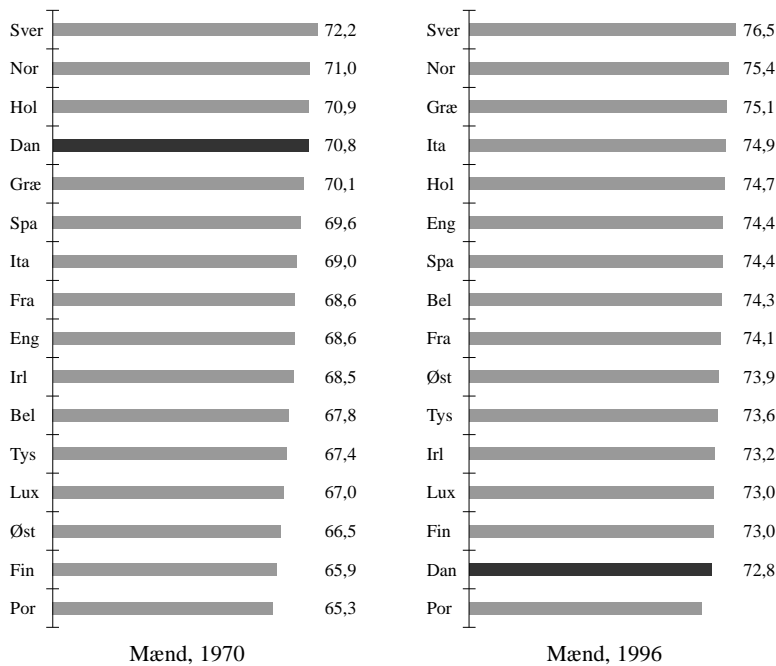
Mål 15 – Samarbejde mellem stat/amt/kommune

Mål 16 – Forskning

Mål 17 – Uddannelse

**Figur 1. Middellevetid i EU-landene og Norge, mænd, 1970 og 1996.**

Middellevetid i EU-landene og Norge, mænd, 1970 og 1996.

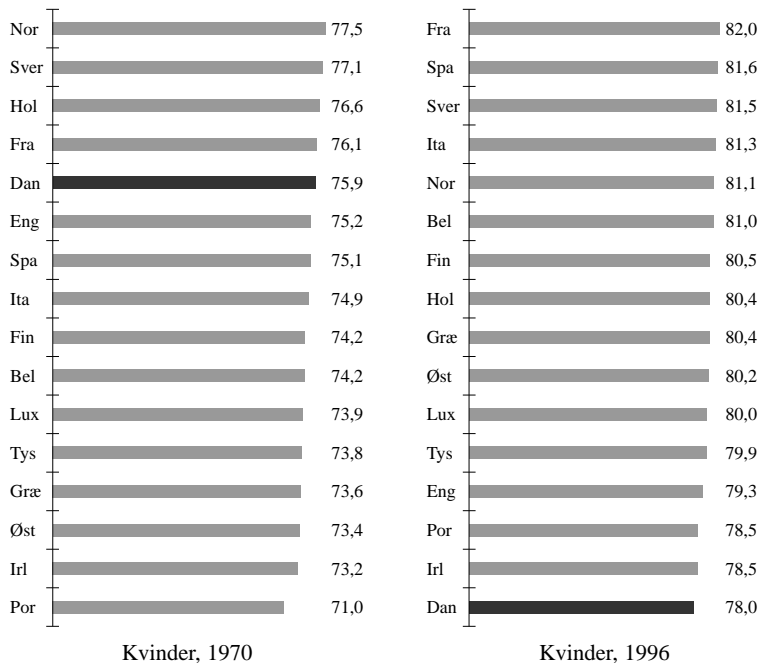


Noter: Middellevetiden er et mål for det gennemsnitlige antal år en person i en given alder kan forvente at leve i, hvis personens dødelighed fremover svarer til den aktuelle dødelighed i befolkningen. Tallene fra Tyskland er i 1970 opgjort for Vesttyskland, i 1996 for Det Forenede Tyskland.

Kilde: OECD Health Data 98.

**Figur 2. Middellevetid i EU-landene og Norge, kvinder, 1970 og 1996.**

Middellevetid i EU-landene og Norge, kvinder



Noter: Middellevetiden er et mål for det gennemsnitlige antal år en person i en given alder kan forvente at leve i, hvis personens dødelighed fremover svarer til den aktuelle dødelighed i befolkningen. Tallene fra Tyskland er i 1970 opgjort for Vesttyskland, i 1996 for Det Forenede Tyskland.

Kilde: OECD Health Data 98.

Danmark er det land, der klart har haft den mindste stigning i middellevetiden i perioden 1970-1996, se tabel 2. Den svage stigningstakt ligner ikke stigningen i de lande, vi normalt sammenligner os med, men i højere grad den, der ses i de østeuropæiske lande.

Tabel 2. Middellevetidens stigningstakt (antal år) 1970-96, EU-landene inkl. Norge, opdelt på køn.

	Mænd	Kvinder
	1970-96	1970-96
Østrig	7,4	6,8
Finland	7,1	6,3
Belgien	6,5	6,8
Tyskland*	6,2	6,1
Luxembourg	6,0	6,1
Portugal	5,9	7,5
Italien	5,9	6,4
England	5,8	4,1
Frankrig	5,5	5,9
Grækenland	5,0	6,8
Spanien	4,8	6,5
Irland	4,7	5,3
Norge	4,4	3,6
Sverige	4,3	4,4
Holland	3,8	3,8
Danmark	2,0	2,1

Note: \*) 1970: Vesttyskland, 1996: Det forenede Tyskland.

Kilde: OECD Health Data 98.

Hovedproblemet i forhold til danskernes middellevetid er, at mange dør alt for tidligt i livet. Det drejer sig ikke om, at vi alle skal blive lidt ældre, men der skal sættes ind mod for tidlige dødsfald. Nedenstående tabel viser den relative overdødelighed i forskellige aldersgrupper i Danmark, sammenlignet med Norge og Sverige.

Tabel 3. Danmark sammenlignet med Norge (1991-94) og Sverige (1991-95). Relativ overdødelighed i Danmark. Efter aldersgruppe og køn.

Alders- gruppe	Relativ overdødelighed			
	Norge		Sverige	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
0	1.12	1.08	1.23	1.21
1-34	1.10	1.07	1.38	1.24
35-44	1.40	1.48	1.45	1.52
45-54	1.27	1.50	1.39	1.53
55-64	1.21	1.55	1.41	1.65
65-74	1.15	1.37	1.33	1.50
75-84	1.07	1.11	1.15	1.18
85+	1.01	1.01	1.07	1.07
I alt	1.11	1.16	1.23	1.24

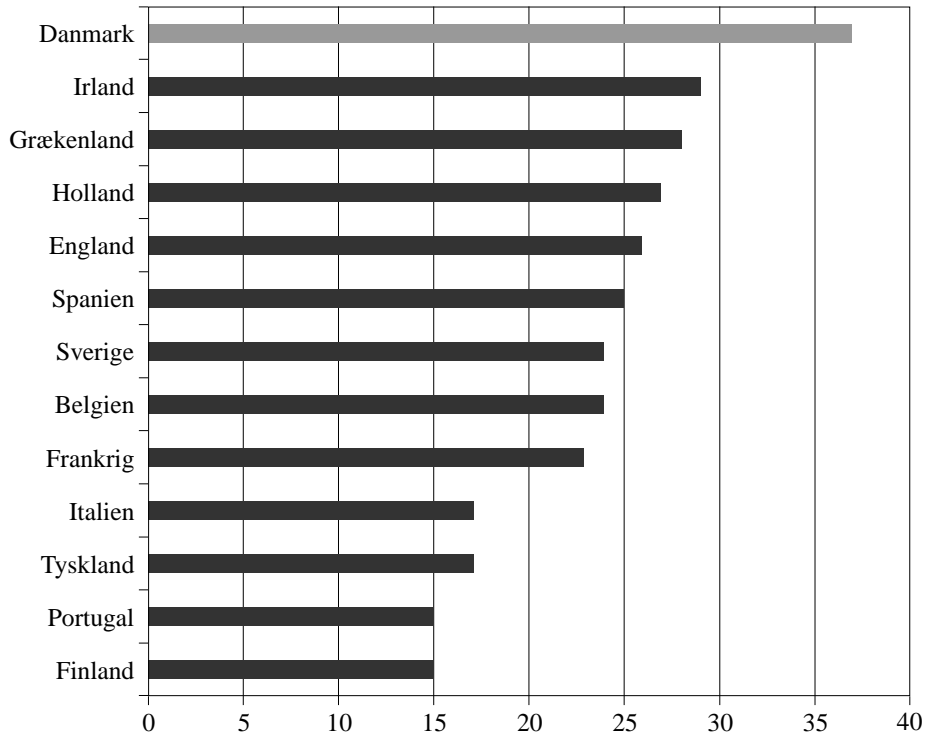
Note: Der er i beregningen taget højde for forskelle i befolkningernes størrelse.

Kilde: Danskernes dødelighed i 1990'erne, Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg, 1998.

Sundhedsforskellene i forhold til Norge og Sverige svarer til over 7.000 overtallige dødsfald om året. Ingen lever evigt, men det betyder, at hvis vi levede som svenskere eller nordmænd, ville disse mennesker have været iblandt os adskillige år længere.

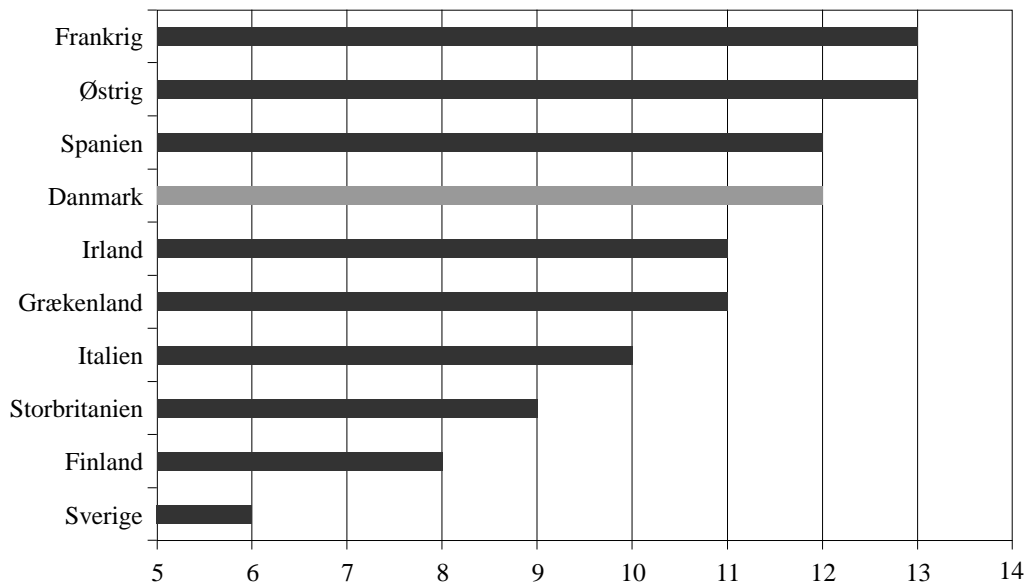
Det drejer sig ikke om nogle måneder og år for de allerældste. Tabellen viser, at den lave danske middellevetid skyldes et meget betydeligt antal alt for tidlige dødsfald. Det er blandt de midaldrende, at den danske sundhedstilstand koster liv.

Figur 3. Andel over 14 år, der ryger jævnligt. EU landene, 1994/95, kvinder.



Kilde: Danskernes dødelighed i 1990'erne, Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg, 1998.

Figur 4. Danskernes forbrug af liter alkohol pr. person sammenlignet med EU-landene i øvrigt.



Note: Liter alkohol pr. person over 14 år, udvalgte lande, 1994.

Kilde: Danskernes dødelighed i 1990'erne, Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg, 1998.

Den lave danske middellevetid og dens svage udvikling skyldes et meget stort antal rygere (især storrygere) og et stort alkoholforbrug, der endda overgår visse sydeuropæiske landes.

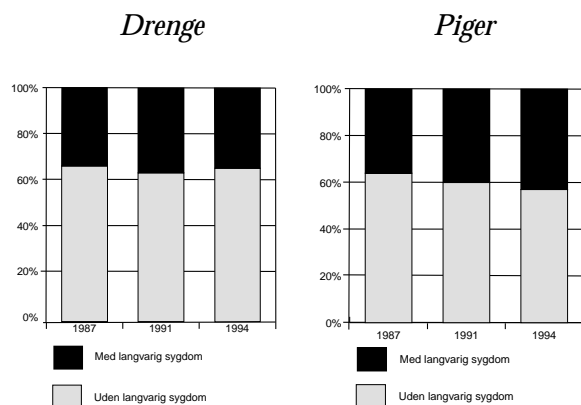
### Flere leveår med godt helbred

Levetiden er et meget væsentligt element i folkesundheden. Et andet væsentligt element er livskvaliteten. For at sikre dette vigtige aspekt er der opstillet et delmål for velfærd ved „forventede leveår med godt helbred“, der måler leveår uden alvorlige funktionsbegrænsninger.

Middellevetiden registrerer jo ikke den række af kroniske lidelser og sociale tilstande, som kan reducere livskvaliteten, for eksempel som ensomhed, udstødelse m.v., der i sig selv er risikofaktorer for sygdom og belaster social- og sundhedssystemer.

Det overordnede mål beskriver ikke blot livslængde men ligeledes omfang af belastninger på grund af sygdom.

Figur 5. Fordeling (i procent) af forventet levetid (16-årige) med og uden langvarig sygdom, 1987-94.



Note: Respondenterne er blevet spurgt: "Har De nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse?" Ved langvarig sygdom forstås sygdom af 6 måneders varighed eller mere. Størsteparten (95 procent af de der svarer, at de har en langvarig sygdom, har af en læge fået fortalt hvilke sygdomme de lider af.

Kilde: Brønnum-Hansen H. (DIKE), Trends in health expectancy in Denmark, 1987-94, Danish Medical Bulletin, 1998.

Som det fremgår af figur 5, er det godt og vel 60 procent af en persons forventede levetid ved 16 års alderen, der leves uden sygdom, når der ses

på befolkningen i gennemsnit. Det er procentvis lidt mere for mænd end for kvinder, hvilket betyder, at den ekstra levetid kvinder har i forhold til mænd, stort set er belastet med sygdom. I perioden 1987 til 1994 er der sket et lille fald i den andel af livet der leves uden langvarig sygdom og en tilsvarende stigning i den andel af livet, der leves med langvarig sygdom.

I 1987 kunne 16-årige drenge forvente i gennemsnit at leve 32,9 procent af de resterende leveår med langvarig sygdom, mens de i 1994 kunne forvente at leve 36,4 procent af de resterende leveår med langvarig sygdom. 16-årige piger kunne i 1987 forvente at leve 35,9 procent af deres resterende leveår med langvarig sygdom, men hele 42,4 procent i 1994. Fordelingen af årene med og uden langvarig sygdom, som man finder i Danmark, svarer til, hvad man finder i andre europæiske lande. Det er især sygdomme i bevægeapparatet, der "stjæler" gode leveår.

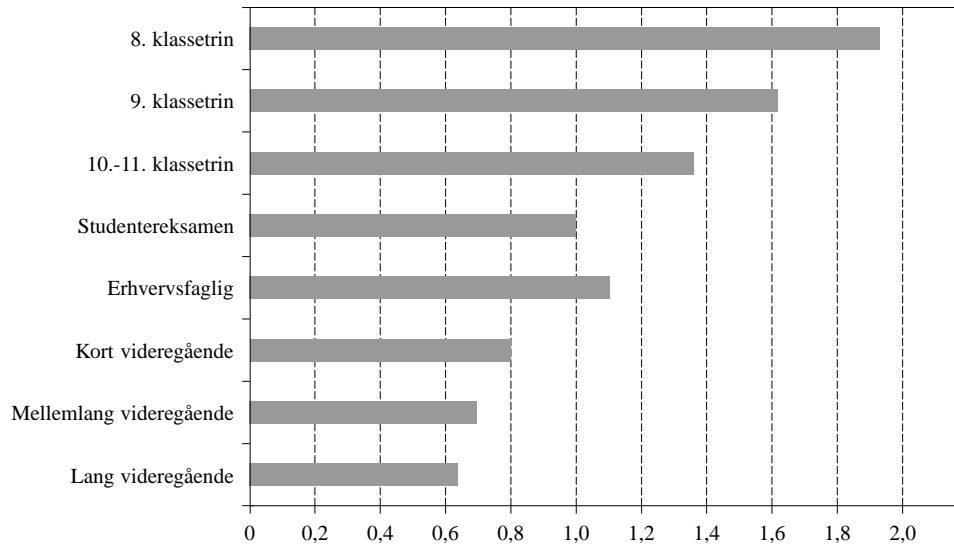
## 2. Social lighed i sundhed

Regeringen prioriterer indsatsen i forhold til svage og udsatte grupper højt. Det gælder på uddannelsesområdet, beskæftigelsesområdet, socialområdet og også på sundhedsområdet. Forskellene i sundhed er betydelig mellem sociale grupper i Danmark. Det kan være grupper, der adskiller sig ved uddannelse, indkomst, erhverv og tilknytning til arbejdsmarkedet. Der er også forskelle mellem grupper med forskellig etnisk baggrund.

### Social ulighed i børns fødselsvægt

Den sociale ulighed begynder allerede ved fødslen. Risikoen for at føde et barn på under 2.500 gram afhænger af moderens erhvervsuddannelse. Risikoen er mindst for kvinder med lang videregående uddannelse og er mere end tre gange så stor for kvinder, der ikke har uddannelse ud over 8. klasse. Der kan konstateres en øgning i de sociale forskelle over den tiårige periode. Beregningerne er foretaget på oplysninger om alle fødte i 1991-92 og sammenlignet med tilsvarende tal for 1982-83. Blandt alle fødte i 1991-92 havde 5,4 procent en fødselsvægt under 2.500 gram.

Figur 6. Den alderskorrigerede relative risiko for fødsel af lavvægtigt barn, fødselsvægt mindre end 2.500g, i relation til moderens erhvervsuddannelse, 1991-92.



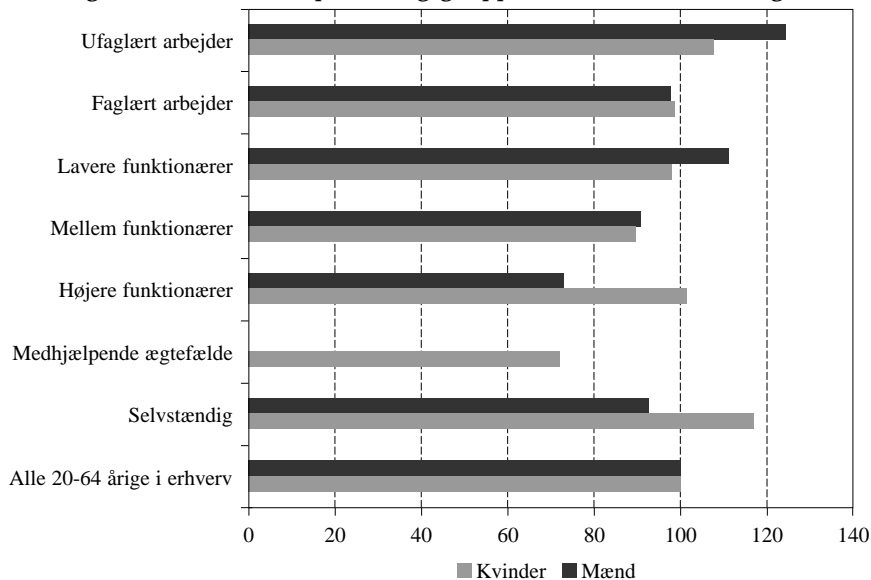
Kilde: Helweg-Larsen K, Madsen M, Olsen O. Fødsler og Sociale Forhold. Sociale risikofaktorer for lav fødselsvægt, dødfødsel og spædbarnsdød i 1991-92 og udviklingen i forhold til 1982-83. Udgives af DIKE 1999.

### Social ulighed i dødelighed blandt voksenbefolkningen

Dødeligheden er også ulige fordelt i befolkningen. Figur 7 viser sammenhængen mellem stillingsgruppe og dødelighed. Blandt mænd fin-

des den laveste dødelighed hos højere funktionærer og den højeste dødelighed hos ufaglærte arbejdere. Blandt kvinder er dødeligheden lavest blandt medhjælpende ægtefæller og højest blandt ufaglærte arbejdere og selvstændige.

Figur 7. Dødelighedsindeks fordelt på stillingsgruppe, 1991-93, 20-64-årige mænd og kvinder.



Kilde: Statistiks tiårsoversigt 1996, Danmarks Statistik, 1996.



## Social ulighed i arbejdsmiljø

Inden for de senere år er det blevet muligt at kortlægge erhvervsrelaterede variationer i dødelighed og sygelighed inden for de forskellige erhvervsgrupper.

Nedenstående figur 8 viser udviklingen i hjertesygdom udtrykt som indlæggelser i en række erhvervs/jobgrupper i perioden 1981-93. Figuren viser, at andelen, der har været indlagt med hjertesygdom, er markant større blandt buschauffører sammenlignet med den samlede gruppe af ikke faglærte arbejdere.

Figuren viser endvidere, at andelen blandt buschauffører, der bliver indlagt med en hjertesygdom, er steget markant i perioden 1981-93, mens der blandt den samlede gruppe af ufaglærte arbejdere kun har været en lille stigning. Blandt funktionærer og direktører har der i samme periode været et fald i andelen, der har været indlagt med hjertesygdom.

## Social ulighed i livsstil

Der er markante forskelle mellem erhvervsgrupper, når det gælder rygning. I 1994 var forekomsten af storrygere 16 procent blandt

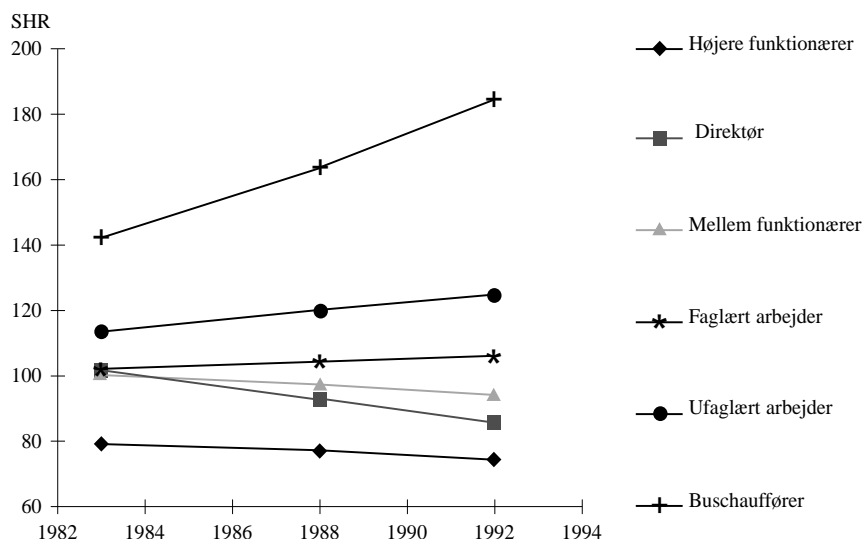
højere funktionærer og funktionærer i mellemgruppen, og 25 procent blandt lavere funktionærer og faglærte arbejdere. Den største andel af storrygere fandtes blandt ufaglærte arbejdere, førtidspensionister og arbejdsløse på over 30 procent.

En stor del af de sociale forskelle i sundhed skyldes forskelle i livsstil/sundhedsadfærd, herunder tobaks-, alkohol-, kost- og motionsvaner m.m. Der sker således en ophobning af usund livsstil blandt de dårligst stillede. Forskelle i levevilkår har også betydning for sundheden, herunder arbejdsmiljø, bolig, ydre miljø m.m.

I det moderne samfund spiller uddannelse en meget stor rolle for det enkelte menneskes livsforløb (herunder erhvervmæssige placering) og dermed for de helbredsrisici, man udsættes for, og de sundhedsfremmende ressourcer, man råder over. Derfor finder man ofte de *største* sociale forskelle i sundhed mellem befolkningsgrupper, når deres sociale tilhørsforhold defineres ved deres uddannelse.

Levevilkår og socialt tilhørsforhold har stor betydning for valg af boligområde. Derfor vil man se en ophobning af belastende sygdom og sygdomspåvirket livskvalitet hos mennesker i bestemte boligområder, bydele og kommuner.

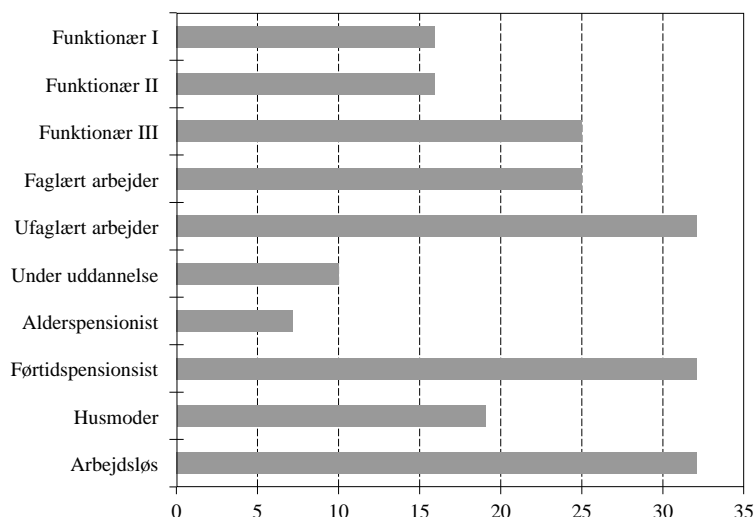
Figur 8. Indlæggelse som følge af hjertesygdom opdelt på erhvervsgrupper og buschauffører, i perioden 1980-1985, 1986-1990, 1991-1993.



Note: SHR (Standardiseret Hospitaliserings Ratio): Antallet af dødsfald eller hospitalsindlæggelser i gruppen justeret for alder og udtrykt relativt i forhold til gennemsnittet. En SHR-værdi større end 100 udtrykker således en overhyppighed, mens værdier under 100 betyder, at hyppigheden er under gennemsnittet.

Kilde: Arbejdsmiljøinstituttet.

Figur 9. Andel (i procent) dagligrygere og storrygere (15+cig.) i forskellige socioøkonomiske grupper, 1994.



Kilde: Sundhed og sygelighed i Danmark 1994, DIKE 1995.

Sygdom og dårligt helbred medfører også en betydelig risiko for marginalisering og udstødning. Dette forstærker i sig selv den ulighed i sundhed, som ses i befolkningsgrupper med forskellig indkomstniveau, forskellig tilknytning til arbejdsmarkedet samt i bestemte boligområder. Personer uden for erhverv er således helbredsmæssigt værst stillede.

### Helbredsskader rammer skævt

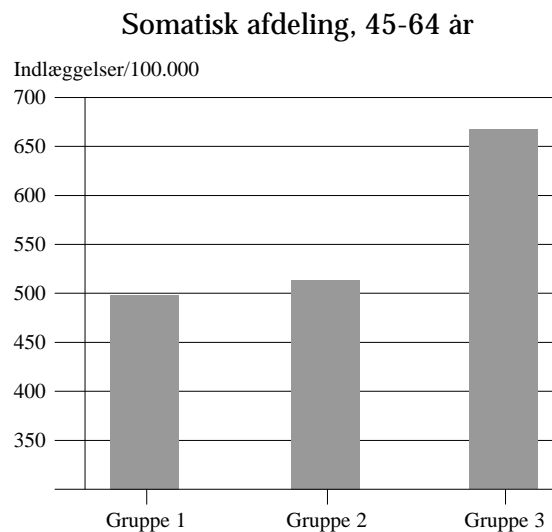
Tobaksrygning er socialt skævt fordelt, og dermed bliver den tobaksrelaterede sygelighed tilsvarende skævt fordelt. Undersøgelser viser endvidere, at tobakssygdomme synes at ramme de ressourcetsvage hårdere end rygere i mere privilegerede rammer. Det samme gør sig gældende for alkoholskader. Alkoholforbruget har ikke nogen tydelig social skævhed, men alvorlige alkoholskader synes at være klart overrepræsenterede blandt de socialt svageste.

Figur 10 viser, at der blandt borgerne i de kommuner i Københavns Amt, der har de laveste indkomster (gruppe 3), er betydeligt flere sygehusindlæggelser, der er helt eller delvist betinget af alkoholforbrug og misbrug, end det forekommer blandt borgerne fra kommuner med højere indkomster (gruppe 1 og 2).

Den sociale ulighed i sundhed skal mindskes ved,

at der under alle mål for en forstærket indsats sker en prioritering af ulighedsdimensionen, når der skal vælges initiativer og metoder.

Figur 10. Alkoholbetingede indlæggelser i 1988-93 i Københavns Amt.



Kilde: "Ulighed i sundhed", Embedslægeinstitutionen for Københavns Amt og Frederiksberg Kommune.

### I. 2.2 Mål for en forstærket indsats

Målene for en forstærket indsats omfatter

- mål for risikofaktorer
- mål for aldersgrupper
- mål for forebyggelsesmiljøer
- struktur mål.

## Risikofaktormålene

Målene for risikofaktorer tager udgangspunkt i de forebyggelige årsager til de store folkesygdomme og dødsårsager.

Det vil sige, at målene er baseret på en prioritering af de områder, hvor årsagerne til sygdomme og skader kendes, og hvor der derfor kan sættes ind ved at fjerne eller reducere bestemte udløsende faktorer i kæden mellem årsager og virkning.

## Forebyggelige dødsfald

Sundhedsstyrelsen valgte i 1989 13 dødsårsager til brug for at måle effekten af de forebyggende foranstaltninger ved livsstilsændringer. Tabel 4 viser antal dødsfald for hver af de 13 dødsårsager i 1996, opdelt på køn. Endvidere viser tabellen, i hvilken udstrækning forskellige livsstilsfaktorer (tobak, alkohol m.v.) menes at være årsag til dødsfaldene.

Tabel 4: Dødsfald i Danmark 1996. Antal dødsfald ialt og tabte leveår før de 75 år, fordelt på dødsårsager, gruppe og køn.

Dødsårsag	Antal dødsfald i 1996		Årsag	Tabte leveår før alder 75	
	Mænd	Kvinder		Mænd	Kvinder
Iskæmiske hjertesygdomme	5900	5122	Ca. 30 pct. Skyldes rygning. Ligeledes relateret til kost og motion.	24500	8300
Lungekræft	2093	1289	Ca. 90 pct. skyldes rygning	14200	11200
Bronkitis	1523	1488	En stor andel skyldes rygning, ca. 75 pct.	4700	6200
Brystkræft	0	1365	Diverse, bl.a. arv	.	13100
Tyk- og endetarmskræft	1018	1043	Bl.a. relateret til kost og motion	5300	4600
Hjemme- og fritidsulykker <sup>1)</sup>	800	871	Diverse	11400 <sup>3)</sup>	3400 <sup>3)</sup>
Selv mord	631	261	Diverse	15100	5300
Levercirrhose	487	231	Alkohol	8500	3700
Alkoholisme	237	67	Alkohol	4600	1200
Trafikulykker	392	147	Bl.a. alkohol, medicin. Ca. 15 pct. af alle trafikulykker m. personskade er spiritusuheld.	13200	3900
Livmoderhalskræft	-	173	HPV er den største enkeltfaktor (overføres seksuelt).	0	2000
Modermærkekræft	110	82	Over 90 pct. Skyldes manglende beskyttelse mod solens ultraviolette stråler.	1400	800
Arbejdsulykker <sup>2)</sup>	74	2	Diverse	Ikke beregnet	Ikke beregnet

Bemærkning: Der er beregnet tabte leveår før de 75 år. Både antallet af tabte leveår såvel som rangordningen ændres ved at vælge et andet skæringspunkt.

<sup>1)</sup> Omfatter alle andre ulykker end trafik- og arbejdsulykker samt selvmord, fx forgiftninger af narkotika og alkohol.

<sup>2)</sup> Oplysningerne stammer fra "Anmeldte arbejdsskader, Årsopgørelse 1996", AT-rapport nr. 2 1997.

<sup>3)</sup> Forgiftningsulykker, hvor årsagen er egentlige ulykker, udgør for mænd 4.400 og for kvinder 1.200 tabte leveår før alder 75 år, og forgiftningsulykker, hvor det ikke har kunnet afgøres om det var en "rigtig" ulykke, eller et selvmord eller drab udgør for mænd 2.700 og for kvinder 1.400 tabte leveår før alder 75 år.

Kilder: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsstyrelsen 1998, Tobaksskaderådet 1998 og Nordisk Ministerråd/Kræftens Bekæmpelse 1997.

### Hvad koster rygning i tabte leveår – og for den enkelte ryger?

Blandt de 18.215 dødsfald i Danmark før de 75 år, udgør de tobaksrelaterede dødsfald en meget stor del, sammenlignet med de øvrige enkeltårsager, som med mellemrum er oppe i den danske forebyggelsesdebat:

I 1995 kunne godt 13.000 dødsfald relateres til tobaksbrug, lidt flere blandt mænd end blandt kvinder. Disse dødsfald svarer til 178.000 tabte leveår, fordelt med cirka en tredjedel i hver af aldersgrupperne 35-59, 60-69 og 70+ år. For hvert tobaksrelateret dødsfald før de 60 år mistes mere end 25 leveår sammenlignet med en aldrig-ryger, og det gælder både mænd og kvinder.

*Rygerrelaterede dødsfald og tabte leveår 1995, fordelt på alder og køn.*

Aldersgruppe	Antal dødsfald på grund af rygning		Antal tabte leveår på grund af rygning		Leveår tabt pr. ryger, død af rygning	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
35-39	1061	720	28000	22000	26	30
60-69	1872	1374	31000	27000	17	19
70+	4724	3494	39000	32000	8	9
Total	7656	5588	98000	80000	13	14

Som det fremgår, er der tale om betydelige tab af leveår – selv for rygere, der dør af deres rygning i en forholdsvis sen alder. For de yngre rygere er tabet voldsomt.

*Kilde: Knud Juhl, Ugeskrift for Læger, nov. 1998.*

### De alvorligste – forebyggelige – risikofaktorer

Følgende risikofaktorer er målsat i programmet:

- Tobak
- Alkohol
- Kost og motion
- Svær overvægt
- Trafikulykker.

### 3. Tobak

Tobaksrygning er den *forebyggelige* enkeltfaktor, der har størst indflydelse på folkesundheden (og middellevetiden) i Danmark. Rygere lever i gennemsnit 7-8 år kortere end aldrig-rygere. Rygning er samtidig den risikofaktor, der har den individuelt største betydning for helbredsudsigter og levetid. Desuden er det den risikofaktor, der har den klareste sociale skævhed.

Forebyggelsespotentialer på tobaksområdet har tre led: For det første skal alle sikres imod passiv rygning. Passiv rygning giver større risiko for lun-

gekræft, end tilfældet er for personer, der er udsat for kraftig påvirkning af dieseludstødning i deres arbejde. Det er særlig vigtigt, at gravide beskytter deres foster imod rygningens påvirkning samt at spædbørn og børn i øvrigt beskyttes – også fordi passiv rygning er stærkt medvirkende til udløsning af allergi hos disponerede.

For det andet skal der i videst muligt omfang ske en reduktion af antallet nye rygere - årgang for årgang. Effekten af dette vil være beskeden i forhold til programmets tidshorisont, men vil være en uomgængelig investering i fremtidens sundhedstilstand.

For det tredje sker den sikreste og kvantitativt mest afgørende effekt på sygelighed og dødelighed i programperioden ved reduktion af andelen af rygere i alle aldersgrupper. Dette forudsætter en kraftig vækst i antallet af tilbud om professionel rygeafvænnings.

Tobaksophør medfører efter få uger en stærk formindskning af risikoen for visse hjertelidelser, lungelidelser og komplikationer i forbindelse med operationer. Selv risikoen for lungekræft reduceres ganske betydeligt i de første år efter rygeophør.

Positive resultater for såvel udviklingen i middelelivetiden som for den sociale ulighed i sundhed afhænger således helt afgørende af, om der effektivt gøres noget for at ned-sætte tobaksrygningen.

#### 4. Alkohol

Det danske alkoholforbrug er for højt og skal reduceres. Alkoholforbruget er meget skævt fordelt i befolkningen. Blot 15 procent af danskerne tegner sig for 50 procent af det samlede forbrug.

Forbruget er forholdsvist jævnt fordelt på socialgrupper. Det vil sige, at der i alle sociale lag findes alkoholstorforbrugere. Trods dette forhold er alkoholskader overrepræsenterede i de laveste socialgrupper.

Alkoholskader forebygges ikke alene ved behandling af alkoholisme, men også ved at udvikle en række tidlige interventioner over for storforbrugere (forbrug over genstandsgrænserne).

Det stærkt tiltagende forbrug blandt helt unge og store børn skal i fokus. For børn og unge er det risikoen for de sociale konsekvenser, skolegang og anden uddannelse, kriminalitet samt ulykker, der gør sig gældende. Også her er udviklingen negativt afvigende i forhold til samme grupper i udlandet.

Den samlede indsats skal fortsat hvile på en videreførelse af informationsarbejdet for at sikre, at befolkningen kender de anbefalede maksimumsgrænser for et forbrug uden skader.

#### 5. Kost og motion

Kosten og det fysiske aktivitetsniveau er af stor betydning for folkesundheden. Rigtigt sammensat kost og fysisk aktivitet er særdeles afgørende for forebyggelse af visse alvorlige sygdomsformer. Det gælder de store folkesygdomme som hjerte-karsygdomme, kræft, muskel- og skeletlidelser (herunder knogleskørhed) samt følgesygdomme ved fedme (blandt

andet sukkersyge). Motion kan desuden forbedre depressionstilstande og andre psykiske lidelser. Nyere undersøgelser tyder i øvrigt på, at den generelt forebyggende betydning af motion er undervurderet.

Kost og motion er sammenhængende mekanismer, des mere man bevæger sig, des større behov for energitilførsel og omvendt. Da begge områder således har indbyrdes sammenhængende betydning for folkesundheden, er der behov for at undersøge mulighederne for i højere grad at samle indsatsen.

Hver dag serveres en halv million måltider på plejehjem, sygehuse m.v. Kvaliteten af den offentlige kostforplejning og samværet ved måltiderne har væsentlig betydning for brugernes næringsindtagelse og velbefindende samt for risikoen for komplikationer ved sygdom.

En sund kost bestemmes ud fra kostens sammensætning. Det er kombinationen af forskellige fødevarer, der afgør, om kosten er sund eller usund. Denne kombination af fødevarer kan kun foretages af det enkelte individ – hvis man ser bort fra komplette færdigretter og kollektive bispisningsordninger. Hvordan fødevarerne sammensættes, så kosten som helhed bliver sund, er mere kompliceret end eksempelvis budskabet på alkoholområdet, hvor man kan fastlægge et bestemt antal genstande, som man skal holde sig under. Ligeledes får mange ikke tilstrækkelig motion – måske fordi de overvurderer, hvad der er nødvendigt for at opnå en gunstig sundhedseffekt.

Derfor er enkle, gennemførlige og let tilgængelige løsninger påkrævet på området.

#### 6. Svær overvægt

Svær overvægt er en alvorlig risikofaktor for en lang række sygdomme og vil med års forsinkelse medføre en voldsom vækst i den ikke-insulinkrævende sukkersyge, der igen er en stærk risikofaktor for hjertesygdom. Fordelingen af svær overvægt er socialt skæv, hvilket også svarer til udenlandske erfaringer.

Udviklingen har epidemisk karakter (sessionsresultater viser en 35-dobling siden 1960), og erfaringer tyder på, at en større gruppe har et spise- og motionsmønster, der adskiller sig radikalt fra, hvad vi tidligere har set, og som ikke umiddelbart kan dækkes af eksisterende ernærings- og motionsindsats.

## 7. Trafikulykker

Regeringens langsigtede handlingsplan for trafikikkerhed, "Hver ulykke er én for meget", bygger på en vision om et transportsystem uden ulykker med dræbte eller alvorligt tilskadede. Det er uacceptabelt, at der hvert år dræbes cirka 500 og kvæstes cirka 10.000 personer i trafikken. Trafikulykker rammer i vid udstrækning børn og unge, og er den absolut hyppigste dødsårsag for denne aldersgruppe. Generelt skal hensynet til de svageste i trafikken: børn, unge og ældre opprioriteres.

Målsætningerne for regeringens handlingsplan for trafikikkerhed bygger på, at trafikikkerheden forbedres bedst gennem en helhedsorienteret indsats med deltagelse af mange aktører. Regeringen har udpeget fire primære indsatsområder: ulykker med høj hastighed, ulykker med alkohol, ulykker med cykler samt ulykker i kryds. Inden for de fire indsatsområder anvendes en bred vifte af tiltag: oplysningsvirksomhed, kontrol, vejtekniske forbedringer, lovændringer mv. for at nedbringe antallet af trafikulykker.

## Mål for aldersgrupper

Mål for aldersgrupper sammenfatter strategier, der tager sigte på at løse sundhedsproblemer eller forebygge risikoforløb, der er specifikke for aldersgruppen. Desuden findes der allerede en række ordninger og institutioner (med tilhørende servicetilbud, professioner og regelsystemer), der specielt retter sig mod de pågældende aldersgrupper. Disse ordninger har et stort forebyggelsespotential, og de kan og skal videreudvikles i forebyggende retning.

Følgende tre aldersmålgrupper er udvalgt:

- Børn
- Unge
- Ældre.

## 8. Børn

Folkesundhedsprogrammet opstiller en særlig, sammenhængende indsats over for børn (afgrænset af graviditet og førskealder), og vægter især den forebyggende indsats rettet mod truede graviditeter og truede småbørn med forældre, der er misbrugere eller ikke i øvrigt magter omsorg for barnet.

Grundlaget for det forebyggende arbejde er en række ordninger (svangreprofylakse, fødselsbørn, børneundersøgelser, vaccinationsprogrammer, m.v.). Alle disse ordninger fungerer godt, men benyttes af forskellige grunde ikke af alle. De meget alvorlige misbrugsproblemer m.v. gør det endvidere sandsynligt, at ordningerne ikke vil blive udnyttet eller vil blive udnyttet mangelfuldt.

Samtidig kan der i socialt belastede familier opstå så alvorlige fysiske og psykiske skader for foster eller barn, at det ikke kan accepteres. Målet skal derfor sikre, at det nye individs fysiske og psykiske sundhed har første prioritet i enhver sammenhæng. Der er behov for at udvikle det opsøgende arbejde over for de svage mødre og familier, og i særligt alvorlige tilfælde overveje nye opsporings- og behandlingsmodeller.

## 9. Unge

Gruppen af unge er kendetegnet ved en stor spredning af vilkår, men med det til fælles, at de frigør sig fra kernefamiliens netværk. Unge er spredt på mange forskellige uddannelser eller er under indpasning på arbejdsmarkedet. Gruppen kan aldersmæssigt variere fra 13 til 25 år.

Et særligt problem ved gruppen af unge er, at aldersgruppen ofte er uden fastere tilknytning til

noget institutionelt system, herunder sundhedssystemet.

Målet retter sig mod at forebygge konsekvenserne af sociale begivenheder, særligt i form af "drop-outs" fra uddannelse eller arbejde. Denne risikosituation klares af de fleste. En lille, men socialt udsat gruppe kommer imidlertid ind i udviklingsforløb, der også indebærer en alvorlig sundhedsrisiko – akut eller på lidt længere sigt.

Målets initiativer retter sig mod at sikre udviklingen af tilbud, der fastholder unge i stadig mere rummelige uddannelser og arbejdsforhold. Desuden er der prioriteret initiativer, der sikrer et opsøgende arbejde i forhold til udsatte unge.

## 10. Ældre

Gruppen af ældre kan i princippet defineres som borgere, der har forladt arbejdslivet. Imidlertid er gruppen overordentlig forskellig, når det gælder sundhedstilstand, personlige ressourcer, herunder netværk, økonomi, boligforhold m.v.

Befolkningsprognoser viser, at antallet af over 65-årige vil vokse med 8 procent i løbet af de næste ti år og med 30 procent i løbet af tyve år.

Gruppens stærke vækst i de kommende årtier kræver opmærksomhed. Det vil være afgørende for såvel de ældre selv som for belastningen af social- og sundhedsvæsenet, at der sættes kraftigt ind for at sikre de bedst mulige forebyggende tilbud for denne aldersgruppe.

Initiativerne må rette sig mod såvel de raske ældre som mod de syge og plejekrævende. Den primære forebyggelse må sikre, at de generelle, befolkningsrettede forebyggende tilbud (for eksempel vedrørende kost og motion) også tilrettelægges med de ældre for øje. Jo ældre man bliver, desto vigtigere er det at opretholde en indsats for at bevare mobilitet og øvrig funktionsevne.

Inden for en række sektorer i samfundet skal der fortsat udvikles en større forståelse for de ældres vilkår, for eksempel i trafikken og med hensyn til tilbuddene i lokalsamfundenes nærmiljø.

De syge eller plejekrævende ældre må tilbydes relevante og effektive rehabiliteringsprogrammer, der længst muligt opretholder funktionsevnen og livskvaliteten.

Der vil ske en meget stærk vækst i antallet af især ældre kvinder med svage eller ingen netværk. Der må derfor særligt sættes ind over for social isolation, men også konkret arbejdes på at forebygge for eksempel faldulykker og forkert medicin anvendelse.

De forebyggende hjemmebesøg er et vigtigt redskab, når forebyggelsen af disse problemer skal udvikles.

### Forebyggelsesmiljøer:

Erfaringer fra praktisk forebyggelse har vist, at det er en styrke at skabe en sammenhængende sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats med udgangspunkt i sociale sammenhænge af stor udbredelse og med rimelig ensartethed. Skolen, arbejdspladsen, lokalsamfundet og sundhedsvæsenet opfylder i særlig grad disse betingelser.

Fordelene ved at arbejde med forebyggelsesmiljøer ligger især i, at indsatserne kan bringes i tæt sammenhæng med store gruppers hverdagsliv, og at forebyggelsesindsatsen derved får stor udbredelse.

Målene for forebyggelsesmiljøer vedrører initiativer, hvor sammenhængen styres af den daglige virkelighed, som disse miljøer udgør. Idéen med at gøre forebyggelsesmiljøer til et særskilt mål er at opstille en samlet tværsektoriel og tværfaglig indsats for området. Det kan sikre en indbyrdes prioritering af initiativerne, ligesom det bliver muligt at opnå synergieffekter af indsatsen.

Arbejdet med bestemte forebyggelsesmiljøer giver samtidig mulighed for at inddrage bestående organisationer og foreningsinteresser (også uden for den offentlige sektor). Det gælder for eksempel organisationer på skoleområdet, arbejdsmarkedets parter, sundhedssektorens organisationer og selskaber, de sygdomsbekæmpende foreninger og det frivillige arbejde.

Målene handler her især om at skabe gode rammer for forebyggelsen og opstille initiativer for en række støttefunktioner for det grundlæggende arbejde med at begrænse risikofaktorerne.

Følgende fire forebyggelsesmiljøer er udvalgt som mål:

- Grundskolen
- Arbejdspladsen
- Sundhedsvæsenet
- Lokalsamfundet.

### 11. Grundskolen

Grundskolen (folkeskolen samt de frie skoler) er den daglige ramme for over 600.000 børn. I skolen er beskæftiget mindst 60.000 voksne – lærere, pædagoger og andet personale. Skolen har derudover tætte forbindelser til øvrige kommunale ordninger, for eksempel fritidsordninger, den kommunale sundhedstjeneste, SSP-samarbejdet og idrætsforeningerne i lokalsamfundet. Samtidig kan der bygges på de tætte kontakter til forældregruppen, for eksempel via skole/hjem-samarbejdet eller mere formelt via skolebestyrelserne.

Folkeskolen har en række fag med sundhedsmæssig betydning, særligt det obligatoriske emne *sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab* samt faget *hjemkundskab*. Desuden er der en direkte sundhedseffekt i faget *idræt*.

Sundhedsundervisningen formidler viden og handlekompetence, og faget idræt har direkte betydning for elevernes fysiske trivsel. En række undersøgelser viser, at daglig fysisk aktivitet i skolen giver mere koncentrerede elever i de øvrige timer.

Folkeskolen står over for mange krav fra adskillige sektorer i samfundet, der hver for sig ønsker skolens aktive medvirken til at løse samfundsmæssige opgaver. Dette pres på folkeskolen og grundskolerne i øvrigt kræver, at indsatsen indgår naturligt i skolens øvrige udvikling i disse år, men presset må på den anden side ikke udgøre en barriere for, at skolen gør en mere aktiv indsats for folkesundheden.

En række kommuner har taget den sundhedsmæssige udfordring op ved at arbejde med integration af de tilbud om fysisk aktivitet, der gives i fritidsordningerne og i selve skolen. Sådanne initiativer kan, sammen med aktive sundhedspolitikker i skolerne, udgøre et betydningsfuldt bidrag til sundhedstilstanden.

### 12. Arbejdspladsen

Langt over halvdelen af den voksne befolkning har tilknytning til en arbejdsplads. Arbejdspladserne har vidt forskellige rammer og kulturer, men de har alligevel en række sundhedsmæssigt afgørende forhold til fælles.

Virksomhedernes arbejdsmiljø er underlagt en række reguleringer og kontrolforanstaltninger, der har medført en grundlæggende sikkerhed på arbejdspladserne. Dette arbejde skal videreudvikles, og der er i de senere år opstået en række inspirerende modeller for samarbejde om virksomhedens sociale ansvar, om alkoholpolitikker, der støtter ansatte med misbrugsproblemer og om stadigt mere restriktive rygepolitikker.

Arbejdspladsen udgør et socialt netværk, som giver de ansatte en regelmæssig kontakt til andre mennesker. For de allerfleste bidrager dette netværk væsentligt til livskvaliteten. Tilsvarende udgør mangel på kontakt en betydelig risiko også for sundheden, hvis man bliver ramt af arbejdsløshed. Det er derfor centralt, at arbejdspladsen bidrager til mindsket sygefravær, og at der i situationer med sygdom sættes hurtigt ind for at fastholde den pågældende medarbejders tilknytning til arbejdspladsen.

Arbejdspladsen er også en vigtig kilde til ændringer af normer og holdninger i forhold til sikkerhed og sundhedsfremme. Kombinationen af det bestående arbejdsmiljøarbejde, med politikker for rygning, alkohol, sund kantinekost, fysisk aktivitet m.v., kan give et væsentligt bidrag til folkesundheden, der har rækkevidde langt ud over arbejdspladsen.



### 13. Lokalsamfundet

Det tværsektorielle samarbejde på lokalt niveau kan blive basis for udviklingen af et betydeligt forebyggelsespotentiale. Det gælder på kommunalt niveau, hvor der skal ske en videre intensivering af samarbejde mellem de kommunale sektorer og faggrupper, for eksempel teknik og miljø og vejområdet, men også i forhold til skole, foreningsliv og de lokale virksomheder.

Bolig- og nærmiljøområdet rummer mange muligheder for at etablere netværk og samarbejde med frivillige organisationer. Det er også her, at de mere negative forhold kan imødegås eller kontrolleres. Endelig betyder udformningen af det lokale miljø meget for tilgængeligheden af motionsaktiviteter og -muligheder samt for tryk-gheden ved at færdes for børn og ældre.

Mange bymiljøer er præget af en ophobning af sociale problemer og sundhedsproblemer. Det er særdeles vigtigt, at der tilvejebringes et tilgængeligt tilbud i disse miljøer, under hensyntagen til og i samarbejde med områdets beboere. Målet lægger særlig vægt på, at sådanne områders tilbud styrkes i løbet af programperioden.

### 14. Sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet har en betydelig kontaktflade til befolkningen. 90 procent af befolkningen har i løbet af et år kontakt med den praktiserende læge, 700.000 indlægges årligt på sygehus. Enhver behandlingssituation giver mulighed for et forebyggende arbejde i form af vejledning om nødvendigheden af at omlægge livsstilen, henvisning til relevante aktiviteter eller egentlige rehabiliteringsprogrammer.

Sundhedsvæsenet opsamler også strategisk vigtig viden om årsager til sygdomme, og sundhedsvæsenet kan desuden levere forskning, der har betydning for at sikre det faglige grundlag for forebyggelse og rehabilitering. Samtidig eksisterer der i sundhedsvæsenet en række barrierer for udvikling af en forebyggelsesindsats, fortrinsvis af kapacitetsmæssig karakter.

Samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og det kommunalt baserede social- og sundhedsvæsen er under udvikling, og der er et stort forebyggelsespotentiale i at videreføre dette arbejde.

Endelig er sygehusenes egen holdning, som den udtrykkes i ryge- og alkoholpolitikker, et særdeles vigtigt signal til omverdenen.

#### Strukturmål:

Strukturmålene har som funktion at sikre en klar prioritering i arbejdet for at skabe en professionel udvikling på forebyggelsesområdet, herunder at samarbejdet om programmets gennemførelse sker gennem en løbende organisationsudvikling.

Folkesundhedsprogrammet skal prioritere indsatsen, og medvirke til at udvikle en stærk "infrastruktur" på forebyggelsesområdet.

Programmet opererer med tre strukturmål:

- Samarbejde mellem stat, amt og kommune
- Uddannelse
- Forskning.

### 15. Samarbejde mellem stat/amt/kommune

Kommunernes og amternes arbejdsdeling og ansvar på forebyggelsesområdet har løbende tilpasset sig udviklingen af forebyggelsesopgaven. Planlægningsbestemmelserne på sundhedsområdet, der fra 1994 inddrog forebyggelsen (amternes sundhedsplanlægning og de kommunale redegørelser) har på afgørende måde synliggjort forebyggelsesarbejdet og er blevet et centralt udviklingsredskab.

Samtidig tydeliggøres behovet for klarere opgavebeskrivelser og for styrkede samarbejdsrelationer mellem staten og de kommunale niveauer, samt mellem amt og kommune. Dette er en forudsætning for en ressourcebevidst, prioriteret indsats. Folkesundhedsprogrammet er i sig selv et led i dette arbejde, men skal løbende følges op gen-

nem et yderligere samarbejde mellem disse niveauer.

## 16. Forskning

Forudsætningen for, at det kan lade sig gøre at etablere en videnskabeligt baseret forebyggelse og videreudvikling af området er, at man råder over gode og tilgængelige data, der indsamles hyppigt.

De senere års opprioritering af forebyggelsesforskning skal videreføres for at sikre de nye forskningsmiljøers kontinuitet.

Ligesom for den lægevidenskabelige forskning er det vigtigt at etablere konsensus om forebyggelsesmetoder ved en løbende, formaliseret vurdering af egne og udenlandske forsøg og litteratur samt publicering af disse vurderinger.

## 17. Uddannelse

En forudsætning for en forstærket indsats på folkesundhedsområdet er en faglig udvikling baseret på grunduddannelser samt – for at sikre et hurtigt gennemslag – efter- og videreuddannelse af social- og sundhedsfaggrupper. En række uddannelser og faggrupper har strategisk betydning for forebyggelsesarbejdet. Det gælder lærere, pædagoger og socialpædagoger, samt socialrådgivere med flere.

Udvikling af disse efter- og videreuddannelses tilbud kan kun ske gennem et udstrakt samarbejde med disse faggrupperes faglige organisationer.

## I.3 Programmets implementering og gennemførelse

Programmet skal implementeres og gennemføres løbende inden for den tiårige periode. Med programmets tidshorisont må der forudses behov for at foretage ajourføringer og muligvis egentlige revisioner af programmet inden for de ti år, for eksempel i forbindelse med ud-

vikling af nye forebyggelsesinitiativer på baggrund af ny viden.

Der er som udgangspunkt fastsat følgende milepæle:

- Regeringen vil ved begyndelsen af folketingsåret 1999/2000 fremlægge en redegørelse til Folketinget om opfølgningen af folkesundhedsprogrammet. Redegørelsen vil blandt andet indeholde regeringens prioriteringer af programmets mål inden for de nærmeste år.
- Programmet vil løbende blive monitoreret. Udviklingen i middellevetiden vil blive fulgt år for år. Evalueringer af hele programmet og af samtlige mål planlægges til år 2001 og år 2005. I afsnit III.6 er der kort redegjort for programmets evaluering og monitoring.
- Monitoreringerne og evalueringerne vil danne grundlag for sundhedsministerens lovpligtige redegørelse til amter og kommuner i forbindelse med nye planperioder for sundhedsplanlægningen. Inden for folkesundhedsprogrammets periode år 1999-2008 vil sundhedsministeren skulle afgive to sådanne redegørelser i forbindelse med sundhedsplanlægningsperioderne år 2002-2005 og år 2006-2009.
- Programmet indeholder ikke særlige mål for de store folkesygdomme. Der skal imidlertid fortsat ske overvågning af sygdomsudviklingen, blandt andet gennem programmets evaluering og monitorering. Herudover vil der i forbindelse med programmets opfølgning blive udarbejdet særlige redegørelser for forebyggelse af kræft, hjerte-karsygdomme, astma-allergi, hjemme- og fritidsulykker samt psykiske lidelser.

Regeringen påtænker desuden at etablere et tværsektorielt udvalg, råd eller lignende til at følge programmet, herunder vurdere behovet for ajourføringer og egentlige revisioner. Regeringen vil i den kommende redegørelse til Folketinget fremlægge sine overvejelser på dette felt.

Helt afgørende for programmets gennemførelse er amternes og kommunernes medvirken. Det er i amterne og kommunerne, at langt størstedelen af de praktiske forebyggelsesopgaver varetages.

Folkesundhedsprogrammet og dets gennemførelse forudsætter et positivt og veludbygget samarbejde med amter og kommuner samt med en lang række faggrupper, faglige organisationer og frivillige organisationer, herunder sygdomsbekæmpende foreninger, m.v. Programmet har derfor et særligt mål om samarbejde mellem stat, amter og kommuner.

Programmet forudsætter ikke etablering af nye administrative strukturer og procedurer i amter og kommuner; men baserer sig på den organisationsudvikling, som forebyggelsesområdet har gennemgået og fortsat gennemgår i amter og kommuner. Fra slutningen af 1980'erne og med klart gennemslag i 1990'erne er der således udviklet og etableret organisatoriske strukturer til varetagelse af et mere stabilt arbejde med forebyggelsesområdet i amter og kommuner.

Denne udvikling er blevet understøttet og fremmet af bestemmelserne for samarbejde og planlægning på sundhedsområdet fra 1994. Som opfølgning herpå er der gennemført et meget omfattende beskrivelses- og analysearbejde i amterne og kommunerne.

Bestemmelsernes krav til samarbejde mellem sektorerne og til samarbejde mellem amt og kommune har ført til en stadig nærmere knytning af forebyggelsen til de almindelige politiske strukturer i amter og kommuner og til opstilling af særlige politiske samarbejdsorganer mellem amt og kommuner. I sundhedsplanperioden 1994-97 er der indhøstet værdifulde erfaringer i forbindelse med samarbejdet mellem amt og kommuner, ikke mindst på det organisatoriske plan. Disse erfaringer udmøntes nu i planlægnings- og opfølgningsarbejdet 1998-2001.

# Del II: Den tværministerielle indsats 1999-2008

## II.1 Overordnede mål (mål 1-2)

### Mål 1 - Længere liv med højere livskvalitet

*Danskernes middellevetid skal øges markant. Samtidig skal antallet af gode leveår øges og helbredsbedingede begrænsninger i sociale og fysiske udfoldelsesmuligheder mindskes.*

*I programperioden skal:*

- Middellevetiden øges med mindst to år både for mænd og kvinder.
- Efterslæbet i middellevetiden i forhold til EU-landene og Norge mindskes. Målet er, at stigningstakten i løbet af den første femårige periode bliver identisk med stigningstakten i disse lande. I de efterfølgende fem år skal stigningstakten være højere i Danmark.
- Antallet af gode leveår - det vil sige antallet af forventede leveår med godt helbred - øges.
- Andelen af befolkningen, der på grund af helbredsproblemer er begrænsede i at udføre daglige gøremål, reduceres.
- Andelen af befolkningen, der har nedsat psykisk funktionsevne og velbefindende, reduceres.

Programmets første overordnede mål er todelt - det handler både om at give danskerne et længere liv og et bedre liv. Middellevetiden udtrykker den forventede levetid for en nyfødt. Middellevetiden er et godt samlet udtryk for sundhedstilstanden, og er operationelt og internationalt sammenligneligt. Gode leveår er en indikator for den forventede levetid ved godt helbred. Forventet levetid med godt helbred kan eksempelvis måles med selv vurderet helbred, forekomst af sygdom eller oplevet sygdomsbelastning.

Principielt kan alle initiativerne i programmet underordnes dette mål, hvorfor der ikke er opstillet specifikke initiativer under målet.

#### **Middellevetiden**

Danskernes middellevetid har gennem en årrække udviklet sig ugunstigt i forhold til de lande, som vi normalt sammenligner os med. I 1970 lå danske mænd som nummer fire og

danske kvinder som nummer fem blandt de nuværende 15 EU-lande samt Norge. I 1996 var danskernes placering faldet drastisk til nummer 15 for mænd og nummer 16 for kvinder. Den danske middellevetid for kvinder er i dag således den laveste i EU-landene, og kun portugisiske mænd kan forvente gennemsnitligt at leve kortere end danske mænd. I første del af programmet (afsnit I.2) er disse forhold detaljeret illustreret.

Årsagen til den relativt dårlige udvikling i danskernes middellevetid er, at mange dør alt for tidligt i livet. Det drejer sig derfor ikke om, at vi alle skal blive lidt ældre, men om at indsatsen skal rettes mod de grupper, der dør for tidligt.

Det er især det meget store antal storrygere i Danmark, som forklarer forskellen mellem danskernes middellevetid og den, man finder i de øvrige EU-lande. Også en del af danskernes store alkoholforbrug kan aflæses i middellevetiden. Derfor skal der i de næste ti

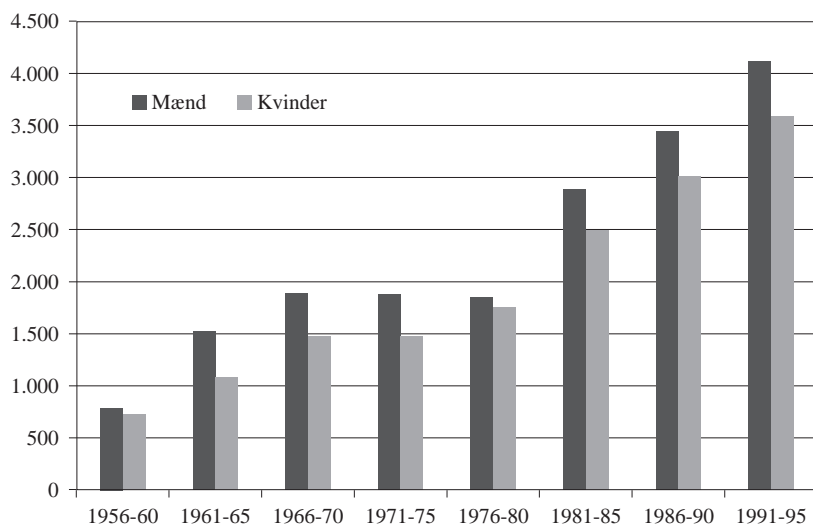
år ske en forstærket indsats på netop disse to risikofaktorer. Men også en række andre faktorer medvirker til at øge danskernes sygelighed og dødelighed.

Siden slutningen af 1950'erne har der været en relativ overdødelighed i Danmark sammenlignet med Sverige. Fra slutningen af 1970'erne er den danske overdødelighed steget markant. I 1980'erne med 2.500-3.000 ekstra dødsfald i Danmark for både mænd og kvinder til over 7.000 ekstra dødsfald for mænd og kvinder under ét i første halvdel af 1990'erne.

Programmet sætter som et ambitiøst, men ikke urealistisk mål, at forøge middellevetiden med mindst to år i løbet af programperioden. De to år fremkommer ved en forventning om, at der under alle omstændigheder vil ske en "naturlig vækst" i middellevetiden på et år. Initiativerne på tobaksområdet skønnes at indebære et halvt år, mens de øvrige initiativer tillige skønnes at give et halvt år tilsammen.

Målet er i øvrigt, at Danmark i første halvdel af perioden opnår en stigningstakt svarende til de øvrige EU-lande, og at Danmark så i

*Dansk overdødelighed i forhold til Sverige målt ved årligt antal ekstra dødsfald i aldersgruppen 0-74 år, 1956-95, efter periode.*



*Kilde: Danskernes dødelighed i 1990'erne, Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg, 1998.*

I de seneste 25 år er middellevetiden i Danmark steget med cirka to år, mens for eksempel middellevetiden for finske mænd og kvinder er øget 6-7 år i samme periode. Hvor Finlands middellevetid lå væsentligt under Danmarks for 25 år siden, ligger den i dag højere.

anden halvdel af perioden får en endnu stærkere stigningstakt end de øvrige lande. En tilvækst i middellevetid målt på befolkningsniveau kan ofte virke meget beskedent, selvom gevinsten for personer under risiko er betragtelig.

### *Beregning af den fremtidige middellevetid*

Inden for de senere år er der udviklet en matematisk model, Preventmodellen, som – kan beregne, hvad ændringer i sundhedsadfærd og livsstil betyder for dødeligheden og middellevetiden. I forbindelse med udarbejdelsen af Folkesundhedsprogrammet er der foretaget beregninger på tobaksrygningens betydning for middellevetiden. En af dem er gået ud på, hvordan udviklingen i middellevetiden vil blive, hvis andelen af cigaretrygere gradvist går ned med en tredjedel i løbet af en tiårig periode. Hvad vil det betyde for tobakssygdomme som lungekræft, rygerlunger, iskæmisk hjertesygdom og apopleksi? Modelberegningen viste, at det om ti år vil give en længere middellevetid for mænd på ca. 2½ måned og for kvinder på cirka 1½ måned. Nu tegner de fire nævnte sygdomme sig imidlertid kun for omtrent halvdelen af alle rygerrelaterede dødsfald. Derfor kan man i runde tal anslå, at man over ti år vil kunne vinde 3-6 måneder i den gennemsnitlige middellevetid, hvis det lykkes at få reduceret antallet af rygere med en tredjedel.

### **Flere gode leveår**

Livskvalitet er også en vigtig faktor i folkesundheden. En række kroniske lidelser, social ensomhed, marginalisering mv. fører foruden sygelighed til en stærkt reduceret livskvalitet for den enkelte. Derfor skal antallet af gode leveår øges i programmets tiårige periode .

“Gode leveår” måler leveår uden funktionsbegrænsninger. Beregninger viser, at mænd kan forvente at leve en større andel af deres resterende liv med langvarig sygdom (36,4 procent) end kvinder kan (42,4 procent) (se figur 5 i del I), målt med udgangspunkt i en 16-årigs livsforløb.

Endelig er det væsentligt at inddrage nogle indikatorer, der udtrykker de sociale og fysiske udfoldelsesmuligheder i dagligdagen.

For eksempel vil det blive undersøgt, hvor stor en andel af befolkningen, der har problemer med at udføre almindelige daglige aktiviteter. Også udviklingen i befolkningens sociale funktionsevne skal følges.

Tilsammen udgør disse indikatorer et godt grundlag for at vurdere, hvordan det går med målet om at øge middellevetiden og skabe flere leveår uden sygdom og funktionsbegrænsninger.

Opgørelser af middellevetiden udarbejdes årligt gennem hele programperioden. Ligesom der også i løbet af perioden vil blive udarbejdet analyser af antal forventede leveår med godt helbred og af begrænsninger i sociale og fysiske udfoldelsesmuligheder.

## Mål 2 - Social lighed i sundhed

*Den sociale ulighed i sundhed skal reduceres mest muligt - først og fremmest ved at forstærke indsatsen for at forbedre sundheden for de dårligst stillede grupper.*

- Der skal ske en betydelig mindskelse af den sociale ulighed i sundhed, udtrykt ved såvel sygelighed som dødelighed.
- Prioritering af valget af initiativer og metoder under programmets mål 3-17 skal sikre de socialt dårligst stillede grupper en markant gunstigere udvikling i sundhed gennem en samtidig indsats, dels mod de grundlæggende forskelle i sundhedsadfærd, og dels mod de betydelige forskelle i levekår.
- Der skal etableres mulighed for, at sygelighed og dødelighed i forskellige socialgrupper kan monitoreres i programperioden.

Målet *Social lighed i sundhed* udgør sammen med programmets første mål, *Længere liv med højere livskvalitet*, de overordnede mål for regeringens folkesundhedsprogram.

### **Den sociale ulighed i sundhed**

Sundhed er ikke ligeligt fordelt blandt danskerne. Uligheden i sundhed viser sig ved forskellig forekomst af sygdom og sundhed i forskellige sociale grupper. Det kan være grupper karakteriseret ved forskellig uddannelse, indkomst, erhvervsstilling og tilknytning til arbejdsmarkedet. Der er også forskelle mellem grupper med forskellig etnisk baggrund. I første del af programmet (afsnit I.2) er disse forskelle illustreret ved en række grafiske oversigter.

En stor del af forskellene i sundhed skyldes forskelle i livsstil og sundhedsadfærd. Det gælder for eksempel tobaks-, alkohol-, kost- og motionsvaner m.m., således at en usund livsstil i højere grad findes blandt de dårligst stillede. Ulighed i sundhed kan også skyldes forskelle i levekår, som for eksempel bolig og ydre miljø.

Forskellene i sundheden mellem forskellige jobgrupper inden for samme socialgruppe viser, at også arbejdsmiljøet har indflydelse på befolkningens sundhed. Det er derfor

vigtigt med en kombineret indsats af arbejdsmiljø- og sundhedsfremmearbejde på danske arbejdspladser.

Regeringen prioriterer indsatsen i forhold til de svage og udsatte grupper højt. Det gælder på uddannelsesområdet, beskæftigelsesområdet, socialområdet, boligområdet og sundhedsområdet. Programmet hviler på den generelle indsats mod dårlige levekår. Selvom det sociale og sundhedsmæssige sikrings-, omsorgs-, og behandlingssystem søger at nå de socialt dårligt stillede grupper, er forebyggelsen desværre ikke i tilstrækkeligt omfang nået disse grupper, og det gælder særligt grupper med ingen eller kun kort uddannelse.

### **Socialministeriets og Sundhedsministeriets indsats**

Socialministeren og sundhedsministeren har allerede indledt et samarbejde om at gøre noget ved den sociale ulighed i sundhed, fordi sociale sektoren og sundhedssektoren samler problemer op, der er opstået i andre sektorer. Social- og sundhedssektorerne må derfor forudsættes at kunne opsamle og bearbejde erfaringer og viden om, hvilke forhold der i særlig grad skaber eller udløser sociale problemer og/eller sygelighed og dermed bidrager til polariseringen i samfundet.

Socialministeren og sundhedsministeren har derfor set det som en vigtig opgave at søge at udvikle metoder og samarbejdsformer for en kvalitativ anderledes og mere sammenhængende indsats med det formål at gøre den generelle og behandlende sundhedsindsats mere tilgængelig også for socialt truede borgere. Målet er, at borgerne skal opleve, at indsatsen fra de to sektorer er sammenhængende og kvalitetsmæssigt på et højere niveau, samtidig med at der sker en bedre udnyttelse af ressourcerne.

Der er igangsat flere initiativer blandt andet regionale konferencer og indsamling af konkret erfaringsmateriale med henblik på at formidle et mere fuldstændigt billede af, hvad der allerede er i gang i spændingsfeltet mellem de to sektorer.

De to ministre har endvidere i fællesskab nedsat en baggrundsgruppe, der skal bistå Socialministeriet og Sundhedsministeriet med at få udarbejdet konkrete forslag til nye initiativer. Der skal fokuseres på to overordnede problemstillinger, der relaterer sig til de grupper, som sammenfaldende sociale og sundhedsmæssige problemer gør særligt udsatte: 1) samarbejdet mellem sociale sektoren og sundhedssektoren og 2) hvordan man når disse grupper med social- og sundhedssektorens tilbud, ydelser og budskaber.

Socialministeriet og Sundhedsministeriet vil endvidere i fællesskab yde støtte til nye lokale metodeudviklingsprojekter, som tager sigte på at udvikle og afprøve nye tilbud, arbejdsmetoder, samarbejds- og organisationsformer, der kan sikre en mere effektiv indsats i de to sektorer til forbedring af sundhed, velfærd og trivsel for udsatte og svage grupper. Projekterne skal sigte på både en samtidig indsats og på samarbejdet mellem forskellige aktører over tid.

Det er hensigten, at de metoder der udvikles, skal spredes mere bredt og blive en naturlig del af den lokale praksis også i andre kommuner og amter.

### **Mere social lighed i sundhed**

Det er vigtigt at iværksætte en anderledes og mere sammenhængende indsats, som direkte sigter imod at udligne den sociale ulighed i sundhed. Det skal ske ved at målrette forebyggelsestilbud til de helbredsmæssigt truede og dårligst stillede grupper i befolkningen og stille disse tilbud til rådighed i en form og på en lokalitet, der gør dem tilgængelig for disse grupper.

Målet om at skabe en større lighed i sundhed danner for det første grundlag for valg af programmets målområder. Det gælder for eksempel målgrupperne børn og unge eller forebyggelsesmiljøerne arbejdsplads og lokalsamfund, hvor der findes særlige muligheder for at udligne den sociale ulighed i sundhed.

For det andet er en række af programmets initiativer direkte rettet mod at yde en særlig behovsorienteret forebyggelsesindsats over for svage grupper. Det kan for eksempel være indsatser i forbindelse med børn i misbrugsfamilier, beskæftigede i særligt udsatte jobgrupper eller marginaliserede unge.

For det tredje stiller målet om at mindske den sociale ulighed i sundhed særlige krav til valg af forebyggelsesmetoder. Derfor skal for eksempel medarbejdere i social- og sundhedssektoren, som dagligt er i kontakt med borgere, kvalificeres til at opspore (begyndende) sociale og sundhedsmæssige problemer samt at yde en tidlig og målrettet indsats. Sektorer og faggrupper skal samarbejde om fælles løsninger, og det lokale arbejde med at udvikle og udbrede effektive forebyggelsesmetoder skal styrkes.

Desuden skal forebyggelsen, der er rettet mod at udligne den sociale ulighed i sundhed, ske på de svage gruppers præmisser. Inddragelse af brugere og borgere er indarbejdet i store dele af lovgivningen. Det gælder både på det individuelle plan, hvor borgeren blandt andet skal tages med på råd eller har mulighed for selv at vælge, og på det kollektive plan, hvor brugere har indflydelse



på institutioner eller politikområder gennem deltagelse i diverse fora.

Ofte mangler de svage grupper tilstrækkelige ressourcer til selv at sikre sig den rette ydelse eller til at deltage i disse fora, og har dermed vanskeligere ved at sætte præg på egen

Socialministeriet har udarbejdet *Håndbog i brugerinddragelse - Erfaringer fra Socialministeriets Kvalitetsprogram, Marts 1997*.

Håndbogen beskriver de metoder til brugerinddragelse, som har været anvendt i Socialministeriets Kvalitetsprogram, giver nogle praktiske råd og vink og indeholder tillige en række centrale overvejelser og problemstillinger, man er stødt på i forbindelse med inddragelse af de brugergrupper, der har været med i Kvalitetsprogrammet.

Programmet viste med al tydelighed, at brugere - også de svage - kan mere end man tror, men at der er forskellige barrierer, der skal overvindes inden brugerinddragelse bliver hverdag. En af disse barrierer er usikkerhed om, hvorledes man rent praktisk kan gribe brugerinddragelsen an og komme i dialog med brugerne.

Håndbogen retter sig mod beslutningstagere og medarbejdere i amtskommunale og kommunale socialforvaltninger og i institutioner, som står over for at involvere brugerne af sociale ydelser i udviklingsarbejde.

dagligdag og udvikling. Det er derfor vigtigt at yde en særlig indsats for at inddrage disse grupper på deres egne præmisser. I forbindelse med gennemførelsen af programets initiativer skal der tages stilling til, hvordan brugerne inddrages på den mest hensigtsmæssige måde.

Social ulighed i sundhed skabes og opretholdes i mange forskellige sektorer og mere social lighed i sundhed forudsætter konkrete indsatser fra disse sektorer, herunder arbejdsmarkeds-, uddannelses- og boligsektoren. Socialpolitikken og sundhedspolitikken kan ikke klare problemerne alene.

Målet social lighed i sundhed er derfor et gennemgående element i de efterfølgende mål og initiativer i programmet, og det er forudsat, at dette mål også vil spille en afgørende rolle ved ajourføringer og revisioner af programmet.

Målet skal sammenfattende gennemføres ved at

- overrepræsentation af sundhedsskadelig livsstil i visse grupper skal bringes ned ved målrettede indsatser.
- de rammer, som levekårene sætter for visse jobgrupper og udsatte grupper skal ændres i sundhedsfremmende retning.
- brugerne skal i videst muligt omfang inddrages i gennemførelsen af initiativer.
- der skal iværksættes målrettet forskning for at effektivisere indsatsen mod ulighed i sundhed.

## II.2 Risikofaktormål (mål 3-7)

### Mål 3 - Tobak

*Antallet af rygere skal reduceres markant, dels gennem rygestop, dels gennem begrænsning af antal nye rygere. Danmark skal gøres røgfrit for ikke-rygere, herunder børn.*

*I programperioden skal:*

- Andelen af dagligrygere i hele befolkningen nedsættes med ét procentpoint pr. år (31 procent i 1998) svarende til cirka en tredjedel i programperioden.
- Andelen af 16-19-årige dagligrygere skal ved programperiodens slutning være nede på 16 procent (24 procent i 1996), og andelen af 15-årige dagligrygere skal være nede på 9 procent (18 procent i 1998).
- Andelen af rygere blandt gravide skal nedsættes med halvandet procentpoint pr. år (26 procent i 1996).
- Andelen af stor-cigaretrygere skal nedsættes med et halvt procentpoint pr. år (16 procent i 1998).
- Andelen af ansatte, der ufrivilligt på deres arbejde udsættes for passiv rygning nedsættes markant.
- Andelen af børn, der i daginstitutioner udsættes for passiv rygning nedsættes til nul procent i år 2001.

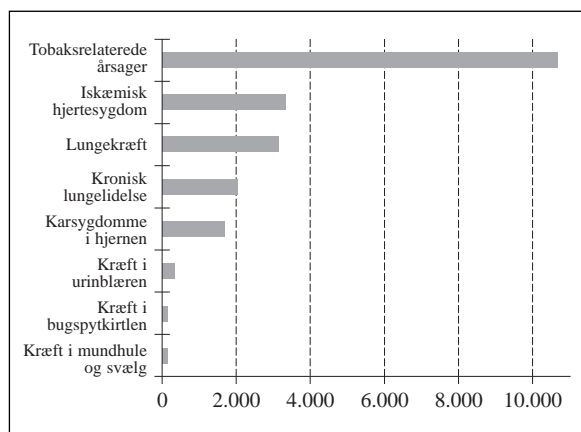
Dagligrygning er valgt som målepunkt, idet et dagligt forbrug har langt den største sundhedsskadelige effekt med henblik på indvirkning på middellevetiden.

Storcigaretrygere er rygere, der ryger mere end 15 cigaretter om dagen.

Tobaksrygning er den forebyggelige enkeltfaktor, der har størst indflydelse på folkesundheden, og er den væsentligste årsag til den relativt dårlige udvikling i middellevetiden i Danmark.

25 procent af alle kræfttilfælde kan tilskrives rygning. 90 procent af alle lungekræfttilfælde, 30 procent af alle tilfælde af blodprop i hjertet og i hjernen og 75 procent af alle tilfælde af kronisk bronkitis er forårsaget af rygning. Rygning er således en af de vigtigste årsagsfaktorer til hjerte-karsygdomme, kræft og lunge- og luftvejssygdomme og den væsentligste årsag til tidlig død.

*Tobaksrelaterede dødsfald i Danmark, 1996.*



*Kilde: Tobak i sundhedsplanlægningen, Hjerteforeningen, Tobaksskaderådet og Kræftens Bekæmpelse, 1998.*

Samtidig er tobaksrygning den livsstilsfaktor, som har den klareste sociale ulighed i forekomst. Ved stor-cigaretrygning, det vil sige et dagligt forbrug på over 15 cigaretter, er forskellen endnu tydeligere. Positive ændringer af såvel udviklingen i middelelivetiden som den sociale ulighed i sundhed forudsætter således i høj grad, at der iværksættes effektive og omfattende initiativer for at nedbringe andelen af rygere i befolkningen.

### **Hjælp til rygestop**

Danskerne er stadig et af de mest rygende folk i den vestlige verden, selvom der i de sidste 20 år er blevet færre rygere i Danmark. Der er store helbredsmæssige og økonomiske gevinster ved rygestop - både for den enkelte og for samfundet. Det gælder for raske såvel som syge rygere. Operationspatienter som ryger, har længere indlæggelsestid og flere komplikationer, og de helbredsmæssige udsigter er klart bedre for ikke-rygende end for rygende patienter for eksempel for by-pass-opererede.

En undersøgelse fra 1998 viser, at 43 procent af alle rygere gerne vil holde op. Derfor skal der i de næste ti år arbejdes for at sikre alle rygere et tilbud om hjælp til rygestop. Tilbud om rygeafvænning skal være understøttende og til rådighed for borgerne i deres hverdag og tilpasset deres situation. Fra udenlandske undersøgelser ved man, at selv en mindre indsats overfor rygende patienter kan have stor betydning for, at der opnås rygeophør. Sundhedspersonalet skal derfor have vejledning i, hvordan de skal håndtere rådgivning af rygere. Det gælder både i almen praksis og i den øvrige sundhedssektor.

Cirka 25 procent af samtlige danske kvinder ryger under deres graviditet. Til sammenligning er andelen i Sverige mindre end 15 procent. Rygning under graviditet medfører en række alvorlige risici som risiko for dødfødsel, for tidlig fødsel, lav fødselsvægt, blødning, komplikationer ved fødslen og abort. Derfor skal alle gravide tilbydes intensiv professionel støtte til rygeafvænning i graviditeten.

Der vil med udgangen af 1999 være uddannet godt 1.300 rygestopinstruktører fordelt over hele landet. Instruktørerne iværksætter rygestoptilbud på arbejdspladser, sygehuse m.v.

Siden 1990 har Tobaksskaderådet samarbejdet med Hjerteforeningen og Kræftens Bekæmpelse om forebyggelse af tobakslaterede sygdomme. Dette samarbejde er senere blevet udvidet til også at omfatte andre patientforeninger og sundhedsfaglige organisationer. Disse samarbejdsrelationer er af helt afgørende betydning for, at forebyggelse af tobaksskader kan blive en folkesag.

### **Færre nye rygere**

En undersøgelse af de 15-åriges rygevaner fra 1998 viser en stigning i antallet af unge rygere i forhold til en tilsvarende undersøgelse i 1995. Der skal sættes ind for at forhindre, at børn og unge begynder at ryge. Forebyggelse af rygestart blandt børn og unge skal dels ske gennem rygeregler og rygepolitikker, hvor børn og unge færdes i hverdagen, dels gennem holdningsbearbejdning som sætter fokus på voksnes indflydelse som rollemodeller, når det gælder rygning. Især de voksne som børnene omgås i hverdagen - det vil sige forældre, pædagoger, lærere og ledere mv. inden for sport og andre fritidsaktiviteter, men også sundhedspersonalet.

Derudover findes muligheden for at begrænse børn og unges adgang til tobak. I en ny undersøgelse om danskernes rygevaner svarede 66,7 procent, at de går ind for et forbud mod salg af cigaretter til børn og unge under 15 år. Der er desuden god dokumentation for, at effekten af høje tobakspriser er særlig gunstig blandt børn og unge, idet prisstigninger kan få dem til at fravælge tobakken.

### **Røgfri miljøer**

Passiv rygning er et alvorligt problem for mange danskere - det gælder både børn og voksne. Folketinget vedtog i 1995 lov om røgfri miljøer. Loven indeholder en række bestemmelser om røgfri miljøer på det stats-

lige område, hvor udgangspunktet er, at tobaksrygning ikke er tilladt. Loven har til formål at begrænse generne ved passiv rygning i offentlige lokaler, transportmidler og lignende. For det kommunale og amtskommunale område pålægger loven kommunalbestyrelser og amtsråd at fastsætte bestemmelser om røgfri miljøer på deres institutioner, transportmidler og lignende samt kommunale og amtskommunale lokaler, hvortil offentligheden har adgang.

Passiv rygning indebærer for den enkelte ikke alene alvorlige gener, men udgør også en egentlig sundhedsrisiko. Denne risiko er særlig stor for personer med lungesygdomme eller overfølsomhedssygdomme og for små børn, hvor passiv rygning påfører dem en fordoblet risiko for luftvejssygdomme, blandt andet astmatisk bronkitis. Passiv rygning indebærer tillige en lettere forøget risiko for lungekræft og hjertesygdomme.

Det bør være en grundlæggende ret, at ingen ufrivilligt udsættes for røg i deres dagligdag. Derfor vil regeringen fremsætte et lovforslag, som skærper den nuværende lovgivning om røgfri miljøer. Loven bør fremover indeholde skærpede krav til røgfrihed (røgfri miljøer) i daginstitutioner, skoler og andre uddannelsesinstitutioner for børn og unge samt på sygehusene. Lovens anvendelsesområde bør udvides til også omfatte offentligt støttede institutioner som for eksempel selvejende plejehjem eller uddannelsesinstitutioner.

Omkring 40 procent af alle ansatte udsættes stadig for passiv rygning på deres arbejdsplads - hvad enten den er offentlig eller privat. Både på arbejdspladser og i hverdagen i øvrigt, for eksempel på offentligt tilgængelige steder som restauranter, teatre eller idrætsanlæg, bør det være muligt at færdes røgfrit.

### **Strategier**

Den fremtidige forebyggelse af tobaksskader bygger på tre strategier:

- For det første skal rygereglerne kraftigt skærpes, særligt overalt hvor børn er involverede, for at sikre røgfri miljøer for

ikke-rygere.

- For det andet skal rygere sikres mulighed for rådgivning mv. om rygestop, blandt andet gennem fremme af institutionelt forankrede tilbud om professionel rygeafvænnning.
- For det tredje skal det sikres, at der fremover bliver færre nye rygere, blandt andet gennem holdningsbearbejdende initiativer, fastsættelse af rygeregler og eventuelt ved at begrænse børn og unges adgang til tobak.

Den fremtidige indsats bør tage udgangspunkt i det eksisterende erfaringsgrundlag - også internationalt - der viser, at forebyggelses- og sundhedsfremmende initiativer på tobaksområdet i høj grad effektiviseres gennem synergien af skærpede rygepolitikker, rygeafvænningstilbud og holdningsbearbejdende informationsindsatser.

## **Initiativer**

### **Røgfri miljøer**

*Initiativ 3.1: Forebyggelse af tobaksskader bør være et højt prioriteret tema i amternes og kommunernes sundhedsplanlægning.*

Sundhedsministeriet

Sundhedsministeren anbefaler, at rygning bliver et fælles og højt prioriteret tema allerede i amternes og kommunernes sundhedsplanlægning for 1998-2001. Amternes sundhedsplanlægning bør således redegøre for, hvilke initiativer amterne og kommunerne vil tage på tobaksområdet - herunder en løbende justering af eksisterende rygeregler på institutioner samt på de tre hovedområder: rygestop, rygestart og røgfri miljøer. Sundhedsministeren vil igen sætte fokus på tobaksområdet i sin udmelding i forbindelse med sundhedsplanlægningsrunden 2002-2005.

*Initiativ 3.2: Offentligt støttede institutioner skal omfattes af reglerne om røgfri miljøer - herunder rygeforbud.*

Sundhedsministeriet

Lov om røgfri miljøer udvides til også at omfatte "offentligt støttede institutioner",

som for eksempel selvejende institutioner som plejehjem og handelsskoler.

Initiativ 3.3: *Alle institutioner for børn og unge under 19 år skal være røgfri.*

Sundhedsministeriet

Lov om røgfri miljøer skal ændres således, at alle institutioner for børn og unge under 19 år skal være røgfri inden udgangen af 2001. Voksne må ikke ryge i nærheden af børn og unge i offentlige eller "offentligt støttede" institutioner, som for eksempel børneinstitutioner, pasningsordninger og grundskoler, herunder grundskoler med kostafdelinger og ungdomsuddannelser.

Initiativ 3.4: *Alle sygehuse skal være røgfri.*

Sundhedsministeriet

En række af landets sygehuse har taget initiativ til at indføre "Røgfri sygehus". For at sikre røgfri miljøer, skal samtlige sygehuse være røgfri for personale, patienter og pårørende senest ved udgangen af år 2000.

#### *Røgfri sygehuse*

Bispebjerg Hospital har planlagt at blive røgfrit sygehus i år 2000 - og en række andre sygehuse ønsker inden for den nærmeste fremtid at følge efter.

I 1997 begyndte et samarbejde mellem STOP-projektet og landets sygehuse om røgfri sygehuse. Projektsamarbejdet omfatter typisk indførelse af røgfri miljøer samt etablering af tilbud om rygestop til personale og patienter. STOP 99 har kontakt til 33 sygehuse fordelt over hele landet - typisk de største sygehuse i amterne. Samarbejdet foregår med deltagelse af amterne for at sikre en lokal forankring.

*Kilde: Oplysninger fra STOP 99 og Sundhedsministeriet 1999.*

Initiativ 3.5: *Røgfri miljøer skal fremmes på alle arbejdspladser.*

Sundhedsministeriet

Arbejdsministeriet

Sundhedsministeriet vil i samarbejde med Arbejdsministeriet i programperioden undersøge muligheder for at sikre røgfri miljøer på arbejdspladsen (jf. også initiativ 12.8).

Initiativ 3.6: *Røgfri miljøer skal fremmes i offentligt tilgængelige områder og alle servicevirksomheder.*

Sundhedsministeriet

Lov om røgfri miljøer omfatter ikke service-

virksomheder, hvortil offentligheden har adgang - for eksempel hoteller, restauranter, teatre, kulturelle arrangementer, sportsstævner m.v., sådan som det for eksempel er tilfældet i Sverige og Norge. Sundhedsministeriet vil i programperioden følge området nøje, herunder understøtte frivillige initiativer som for eksempel en frivillig mærkningsordning af servicevirksomheder med henblik på at give forbrugerne et "røgfrit valg".

#### **Rygestop**

Initiativ 3.7: *Tilbud om professionel støtte til gravide og ufrivilligt barnløse til rygeophør.*

Sundhedsministeriet

Alle gravide rygere skal inden udgangen af 2001 have tilbud om professionel støtte til rygeophør i graviditeten. Par, der er i behandling for fertilitetsproblemer (ufrivilligt barnløse) og hvor en eller begge ryger, skal ligeledes have tilbud om hjælp til rygestop.

De centrale sundhedsmyndigheder skal desuden sikre, at sundhedspersonalet og befolkningen generelt er informeret om de skadelige virkninger ved rygning i forbindelse med graviditet.

Initiativ 3.8: *Tilbud om rygestop til alle rygere skal udbredes.*

Sundhedsministeriet

En række kommuner og amter har oprettet klinikker mv. med tilbud om rygeafvænning for borgerne. Sundhedsministeriet vil i programperioden medvirke til at fremme udbredelsen af tilbud om rygeafvænning - herunder mulighederne for det primære sund-

hedsvæsen til at henvise til professionelle rygeafvænningsstilbud som led i sundhedsvæsenets målrettede indsats i forhold til risiko- og højrisikopatienter for rygelaterede sygdomme.

#### *Uddannelse af rygestopinstruktører og lokale tilbud om rygeafvænnning*

STOP- samarbejdet er et samarbejdsprojekt mellem Tobaksskaderådet, Kræftens Bekæmpelse, Hjerteforeningen og Danmarks Lungeforening, som har til formål at tilbyde hjælp til rygere, der ønsker at holde op. Rygestop-aktiviteterne søges forankret lokalt - således at der i amter og kommuner etableres tilbud om udlevering af gratis materialer og gratis tilbud om rygeafvænnning. Rygestopkurser gennemføres af uddannede rygestopinstruktører, som ofte er sundhedspersonale.

Et eksempel på sådanne aktiviteter er Nordjyllands Amt, der har ansat en koordinator for rygestopindsatsen i amtet. Desuden er der uddannet omkring 30 rygestopinstruktører på sygehusene, og på alle amtets sygehuse tilbydes rygestop til patienter.

Et andet eksempel er Københavns Kommune, som i 1996 etablerede Center for rygeafvænnning. Centret har fem fuldtidsansatte medarbejdere, som er ansat til at hjælpe kommunens rygere til et rygestop - det gælder både de rygere som kommer ind fra gaden og patienter indlagt på sygehusene samt ansatte i firmaer der har til huse i kommunen. Der er uddannet i alt 240 rygestopinstruktører i centret.

*Kilde: Oplysninger fra STOP 99*

**Initiativ 3.9:** *Der skal udarbejdes retningslinjer for rådgivning om rygeafvænnning og tilrettelæggelse af rygeafvænningsstilbud.*

Sundhedsministeriet

De centrale sundhedsmyndigheder vil tage initiativ til, at der inden udgangen af år 2000 udformes retningslinjer for personalet i

primær- og sekundærsektoren om rygeafvænnning i lighed med udenlandske retningslinjer.

**Initiativ 3.10:** *Informationsindsatsen, rygeafvænningsstilbudene og uddannelsesstilbudene i rygeafvænnning skal fortsat udvikles.*

Sundhedsministeriet

Tobaksskaderådet vil fortsat udvikle indsatsen med henblik på informationsvirksomhed om tobaksrygningens skadelige virkninger; koordinationen med relevante parter i indsatsen; rapporter og informationsmaterialer; tilrettelæggelse af rygestopkurser mv.; tilbud til rygeophør; materialer rettet mod vægtøgning i forbindelse med rygeophør mv. Der er fortsat behov for forskning på området.

**Initiativ 3.11:** *Særlige tobaksinitiativer til udligning af den sociale ulighed i sundhed.*

Sundhedsministeriet

Socialministeriet

Sundhedsministeriet vil iværksætte et udredningsarbejde vedrørende rygningens sociale slagside i samarbejde med blandt andet Socialministeriet, Sundhedsstyrelsen, Tobaksskaderådet og relevante organisationer. Arbejdet skal blandt andet resultere i redskaber og metoder, som retter sig mod at nedbringe den sociale ulighed i tobakslaterede sygdomme.

#### **Færre nye rygere**

**Initiativ 3.12:** *Voksne skal være deres ansvar bevidst som rollemodeller i forbindelse med rygning.*

Sundhedsministeriet

Sundhedsministeriet vil i samarbejde med blandt andet Tobaksskaderådet samt amter og kommuner sætte fokus på voksnes indflydelse som rollemodeller. Indsatsen skal først og fremmest rettes mod forældre, sundhedspersonale, pædagoger og andre, som har med børn at gøre i hverdagen.

Initiativ 3.13: *Forbud mod salg af tobak til børn.*

Sundhedsministeriet

Sundhedsministeriet undersøger i løbet af programperioden udenlandske erfaringer med at forbyde salg af tobak til børn under 15 år. Også erfaringerne fra forbudet om salg af alkohol til børn under 15 år vil indgå i arbejdet.

Initiativ 3.14: *Forbud mod tobaksreklamer med videre.*

Sundhedsministeriet

Sundhedsministeren vil i 1999 fremsætte et lovforslag om forbud mod tobaksreklamer mv. Forslaget implementerer et EU-direktiv, som blev vedtaget i sommeren 1998. Direktivet indebærer, at tobaksreklamer skal være forbudt senest i 2001.

Initiativ 3.15: *Tydligere mærkning af tobaksvarer mv.*

Sundhedsministeriet

EU-Kommissionen forventer i 1999 at fremlægge forslag til en række initiativer på tobaksområdet, herunder stramning af det eksisterende EU-direktiv vedrørende mærkning af tobaksvarer. Regeringen vil støtte et sådant initiativ.

Initiativ 3.16: *Danmark vil fastholde tobaksafgifterne på det højeste mulige niveau.*

Sundhedsministeriet

Skatteministeriet

Undersøgelser viser, at høje afgifter især får børn og unge til at fravælge tobak. Derfor vil regeringen fastholde det højeste mulige afgiftsniveau for tobaksvarer.

## Mål 4 - Alkohol

*Antallet af storforbrugere af alkohol skal reduceres markant.  
Alkoholforbruget blandt unge skal nedbringes og  
alkoholforbruget blandt børn helt fjernes.*

*I programperioden skal:*

- Andelen af danskere, der drikker mere alkohol end de anbefalede genstandsgrænser, nedbringes med et kvart procentpoint årligt i perioden. (Det antages, at genstandsgrænserne i øjeblikket overskrides af cirka 10 procent af de danske kvinder og cirka 14 procent af de danske mænd).
- Forbruget for under 15-årige skal nedbringes mest muligt og principielt til 0.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at mænd maksimalt drikker 21 genstande om ugen og kvinder maksimalt drikker 14 genstande om ugen. Alkoholstorforbrugere defineres som personer, der drikker mere end Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

Danskernes alkoholforbrug ligger lidt over gennemsnittet i forhold til andre EU-lande, mens alkoholforbruget i forhold til de nordiske lande er cirka dobbelt så stort. Men forbruget er meget skævt fordelt blandt danskerne. 10-15 procent af danskerne drikker cirka halvdelen af den samlede mængde alkohol, der drikkes.

Et for stort alkoholforbrug kan medføre store menneskelige omkostninger i form af sygdom, død og ødelagt arbejdsliv, som også rammer familien. Et langvarigt og for højt alkoholforbrug kan føre til helbredsskader som skrumpelever, betændelse i bugspytkirtlen og forskellige kræfttyper, samt sociale problemer, herunder dårlige opvækstvilkår for børn, problemer på arbejdspladsen og lavere arbejdsproduktivitet. Ifølge Sundhedsstyrelsen er antallet af alkoholrelaterede dødsfald pr. 100.000 indbyggere næsten fordoblet i perioden 1970 til 1996. Dertil kommer, at alkohol er med i cirka 25 procent af alle dødsulykker i trafikken i Danmark.

Undersøgelser viser, at alkoholforbruget ikke har nogen tydelig forskellig social fordeling, men alvorlige alkoholskader synes klart at være overrepræsenterede blandt de socialt dårligst stillede.

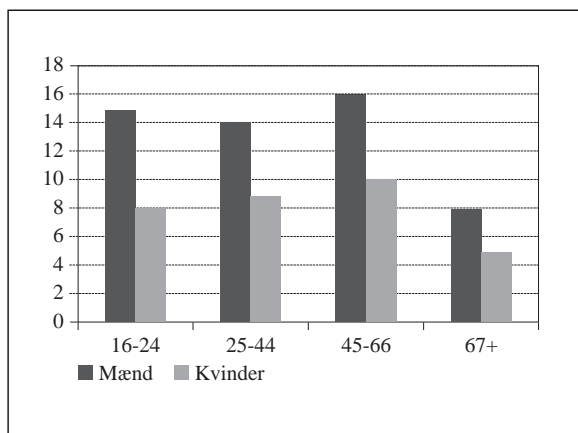
### **Færre storforbrugere af alkohol**

Et moderat alkoholforbrug er ikke skadeligt, og flere undersøgelser har vist, at et beskedent alkoholforbrug kan have en gavnlig virkning på helbredet hos voksne. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen ikke total afholdenhed. Indsatsen rettes mod storforbrugere af alkohol.

I 1994 drak 11 procent af den voksne befolkning mere end den anbefalede grænse pr. uge på maksimum 14 genstande for kvinder og maksimum 21 for mænd. Andelen, der drak mere end genstandsgrænserne, var uanset alder klart større blandt mænd end kvinder.



*Andel i forskellige køns- og aldersgrupper der har drukket over genstandsgrænsen inden for den seneste uge, 1994. (Procent)*



*Kilde: Sundhed og sygelighed i Danmark 1994, DIKE 1995.*

Et stort alkoholforbrug indebærer en betydelig risiko for sundhedsmæssige og sociale problemer. Der skal derfor ydes en markant indsats over for gruppen af alkoholstorforbrugere. Tidlig støtte og indsats i forbindelse med alkoholstorforbrug spiller en væsentlig rolle, hvis alkoholmisbrug skal forebygges, og det er derfor vigtigt at inddrage storforbrugeres daglige miljøer i indsatsen. Det skal blandt andet ske ved, at offentlige myndigheder og offentlige såvel som private arbejdspladser fastlægger politikker, så der sikres en mere helhedsorienteret og entydig indsats i forbindelse med alkoholmisbrug. Desuden skal medarbejderne i social- og sundhedssektoren kvalificeres til at opspore mis- og storforbrugere (for eksempel gennem udvikling af screeningsværktøjer og efteruddannelse), og medarbejderne skal også gives bedre muligheder for intervention (for eksempel gennem viden og henvisningsmuligheder).

Et alkoholmisbrug har ikke kun skadelige virkninger over for den, som drikker. Mange børn lever i familier, hvor en eller begge forældre har et alkoholmisbrug. Et forsigtigt skøn lyder på, at 70.000 børn i dag lever i en misbrugsfamilie. Indsatsen over for alkoholmisbrug skal derfor også omfatte en særskilt indsats rettet mod disse børn.

Et højt vidensniveau om alkohols skade-

virkninger og de anbefalede genstandsgrænser er en forudsætning for, at den enkelte kan vurdere sit alkoholforbrug. Således vil fortsat kampagnevirksomhed medvirke til at forebygge tilkomsten af nye alkoholmisbrugere.

### **Senere alkoholdebut for børn og unge**

Undersøgelser viser, at danske børn og unges alkoholforbrug er det højeste i Europa, og at danske børn begynder at drikke i en meget tidlig alder. Undersøgelser peger på, at to tredjedele af børn i 9. klasse har prøvet at drikke sig fuld mindst to gange, og 17 procent af drengene og 12 procent af pigerne i 9. klasse inden for den sidste uge har drukket mere end Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser.

For børn og unge er især risikoen for akut rus afgørende, da den kan forårsage både alkoholforgiftning og et øget antal selvmordstilfælde og føre til svækket reaktionsevne, svækkede motoriske egenskaber og ændret vurderingsevne. Unge med højt alkoholforbrug har således en række negative oplevelser med for eksempel slagsmål, skænderier, usikker sex, bilkørsel og kriminalitet i forbindelse med deres alkoholforbrug. Dårlig trivsel og dårlige skolepræstationer har på samme måde en sammenhæng med et højt alkoholforbrug blandt unge.

Reduktion af det høje alkoholforbrug blandt børn og unge er et fælles ansvar, og kræver en fælles indsats fra alle, der har med børn og unge at gøre. Først og fremmest skal forældrene tage ansvar for deres børns brug af alkohol. Dette kan dels ske ved, at forældrene sætter nogle grænser for deres børns brug af alkohol, dels ved at forældrene undlader at drikke alkohol, når de er sammen med deres børn om idræt og andre lignende fritidsaktiviteter. Forældrene skal fungere som gode rollemodeller for deres børn.

Skolerne, efterskolerne, ungdomsklubberne og ungdomsuddannelserne skal også inddrages aktivt i begrænsning i børn og unges forbrug af alkohol gennem fastlæggelse og håndhævelse af alkoholpolitikker. Desuden

skal der sættes aktivt ind med holdningsbearbejdende initiativer, som målrettet kampagnevirksomhed, samt begrænsning af alkoholreklamer, som især har betydning for børn og unges forbrugsmønstre.

Undersøgelser viser, at indskrænkninger i tilgængelighed til alkohol kan medvirke til at udsætte børn og unges alkoholdebut og begrænse deres forbrug. Derfor vedtog Folketinget i 1998 at forbyde butikssalg af alkohol til børn under 15 år. Andre metoder til at begrænse børn og unges adgang til alkohol skal undersøges i programperioden, herunder begrænsning af salg af alkohol på steder, hvor børn og unge hyppigt færdes og håndhævelse af udskænkingsreglerne på cafeer og restauranter.

### **Strategier**

Indsatserne på alkoholområdet skal i programmets tiårige periode

- reducere antallet af storforbrugere markant. Det skal ske gennem en styrket indsats i forhold til alkoholstorforbrugere.
- forhindre at børn drikker alkohol og at begrænse unges alkoholforbrug. Det skal dels ske gennem fastlæggelse af alkoholpolitikker på uddannelsessteder, dels gennem begrænsning af børn og unges tilgængelighed til alkohol.

### **Initiativer**

#### **Færre storforbrugere af alkohol**

*Initiativ 4.1: Kommunerne opfordres til at udarbejde kommunale alkoholpolitikker.*

Sundhedsministeriet

Alkoholpolitisk Kontaktudvalg under Sundhedsministeriet er ved at udarbejde et idéoplæg om kommunale alkoholpolitikker, som forventes at foreligge i efteråret 1999. Oplægget vil blive udsendt med en opfordring til amtsråd og kommunalbestyrelser om at iværksætte udarbejdelsen af kommunale alkoholpolitikker samt generelt at udbygge og styrke samarbejdet på alko-

holområdet allerede i indeværende sundhedsplanlægningsperiode for 1998-2001.

*Initiativ 4.2: Indførelse af alkoholpolitik på arbejdspladsen skal fremmes og udbygges med henblik på tidlig intervention i forhold til storforbrug/misbrug.*

Sundhedsministeriet

Der skal fortsat udvikles modeller og metoder for indførelse af alkoholpolitik på arbejdspladsen (APPA) med henblik på at understøtte hensigtsmæssige alkoholvaner hos medarbejderne samt støtte og hjælpe medarbejdere på vej ud i eller allerede ude i misbrug. Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for området, herunder monitorering mv. i relation til alkoholpolitik på arbejdspladsen. Indsatsen over for de enkelte virksomheder skal forankres lokalt (jf. også initiativ 12.9).

#### *Alkoholpolitik på arbejdspladsen:*

Andelen af virksomheder med en både forebyggende og afhjælpende alkoholpolitik er steget markant gennem de seneste ti år.

Holdningen til alkohol på arbejdspladsen er ligeledes blevet skærpet. I dag mener 86 procent af de ansatte, at alkoholforbruget på arbejdspladsen bør reguleres enten ved et forbud, således at alkohol kun drikkes ved særlige lejligheder, eller ved højst én øl til frokost. Hele 47 procent går ind for et totalforbud, og kun 13 procent finder, at der ikke skal være regler.

De fleste finder også, at arbejdspladsen skal hjælpe en kollega med alkoholproblemer. 34 procent af virksomhederne har tilbud om hjælp til medarbejdere med alkoholproblemer. På en tredjedel af virksomhederne med tilbud om hjælp, har man trænet ledere eller medarbejdere i at være opmærksom på alkoholproblemer m.v. - og i at tage problemerne op med den pågældende medarbejder eller kollega.

*Initiativ 4.3: Udvikling af metoder til at identificere og støtte personer med et sundhedsskadeligt alkoholforbrug.*

Sundhedsministeriet

Sundhedssektoren har gode muligheder for at støtte alkoholstorforbrugere. Sundhedsministeriet tager initiativ til at forbedre sundhedsvæsenets indsats for at komme i dialog med og støtte storforbrugere med henblik på at forebygge sociale problemer, sundhedsskader og egentlig misbrug. Indsatsen foregår i almen praksis og på sygehusene. Sundhedsministeriet tager initiativ til, at der udarbejdes kliniske retningslinjer for primær- og sekundærsektoren om indsatsen i forhold til alkoholstorforbrugere og -misbrugere.

*Behandling af alkoholmisbrug i almen praksis:*  
Tre lægepraksiser i Storstrøms Amts deltog i 1991-1992 i et forsøg med behandling af alkoholmisbrugere i almen praksis.

Konklusionen på forsøget var, at man fik et gunstigt behandlingsresultat ved at behandle alkoholmisbrugere hos egen læge. Cirka halvdelen af lette til middelsvære alkoholmisbrugere ophørte med eller reducerede deres alkoholforbrug. Forsøget viste imidlertid også det utilfredsstillende resultat, at kun 10 procent af de praktiserende læger var interesseret i at tilbyde en sådan behandling til alkoholmisbrugere i deres praksis.

*Initiativ 4.4: Uddannelse af ansatte i den sociale sektor med henblik på tidlig intervention over for alkoholstorforbrugere.*

Socialministeriet

Sundhedsministeriet

Socialektoren har kontakt med mange borgere, som har problemer med et stort alkoholforbrug. Ansatte i den sociale sektor skal gennem kursus- og uddannelsesvirksomhed sikres kompetence med hensyn til identifikation af alkoholstorforbrugere samt mere viden om hjælpemulighederne. Socialministeriet og Sundhedsministeriet tager initiativ til at udarbejde værktøjer til lokale kursus tilbud til nøglepersoner i kommunernes social-

forvaltninger.

*Initiativ 4.5: Bedre viden om og bedre henvisningsmuligheder i forbindelse med alkoholproblemer.*

Sundhedsministeriet

I alkoholbehandling er det meget vigtigt at finde eller "matche" den rette behandling til den enkelte storforbruger eller misbruger. Sundhedsministeriet tager initiativ til at udvikle konkrete modeller for støtte til og behandling af patienter med et alkoholstorforbrug eller med egentligt misbrug til brug for indsatsen i almen praksis og sygehuse. Der skal etableres et amtsbaseret institutionsregister over alkoholbehandlingstilbudene i Danmark med henblik på matchning. Sundhedsstyrelsen vil etablere et alkoholbehandlingsregister til at indsamle oplysninger om alle ambulante og indlagte patienter i offentlig og privat behandling i Danmark.

*Initiativ 4.6: Kvaliteten i kommunernes arbejde med børn i misbrugsfamilier skal styrkes.*

Sundhedsministeriet

Socialministeriet

Alkoholambulatoriernes behandlingstilbud skal udvikles, så de retter sig mod såvel den enkelte alkoholmisbruger som dennes børn, ægtefælle og andre nære pårørende. Tilbudene skal koordineres med en eventuel anden kommunal indsats. Personalet i socialforvaltningerne, på sygehusene, i almen praksis og i sundhedsplejen skal kvalificeres til at vurdere problemer med alkohol, og de skal have mulighed for at henvise forældre og børn til behandling for alkoholmisbrug i familien.

*Børn skal ses og høres - et projekt om børn i misbrugsfamilier i Randers.*

Behandlingshjemmet Ringgården og Alkoholrådgivningen i Randers har i perioden august 1996 til september 1998 gennemført projektet: Børn skal ses og høres - om børneperspektiv og forældremotivation i alkoholmisbrugsfamilier.

Formålet med projektet var at belyse problemerne med at tage hånd om børnene i

misbrugsfamilier. Projektet viste, at der blandt misbrugsfamilier er et stort behov for at få afdækket misforståelser, få justeret urealistiske forældreholdninger til misbrugsfamilier og ikke mindst at få etableret et fælles forum, hvor børn og forældre kan tale sammen om alkoholproblemet. Projektet var en succes, og evalueringen viste en markant behandlingsmæssig effekt i børneforløbene. Men projektet afslørede også, at de misbrugende forældres motivation til at inddrage børn og partnere i behandlingen er et afgørende punkt i arbejdet med misbrugsfamilier.

*Initiativ 4.7: Kvaliteten i kommunernes arbejde med svage grupper, der har alkoholproblemer skal styrkes.*

Socialministeriet

For at styrke den samlede indsats i amter og kommuner skal der ske en realisering og udfyldning af lovgivningens krav (Lov om social service samt retssikkerhedsloven) om samarbejde mellem amter og kommuner, både med hensyn til at fastlægge den overordnede indsats og med hensyn til samarbejde om indsatsen for den enkelte borger. Der bør tillige etableres rådgivende organer med deltagelse af brugere, pårørende og det frivillige arbejde. En særlig kommunal indsats skal rette sig mod særligt belastede byområder og børn i misbrugsfamilier.

#### *Lokal samarbejde om alkohol*

I en nylig kortlægning om samarbejdsindsatsen i alkoholbehandlingen anvendes udtrykket "mangfoldighed" om den måde, hvorpå indsatsen planlægges og organiseres i amterne, på hvilke niveauer der samarbejdes med kommunerne og de frivillige organisationer, samt hvad der samarbejdes om.

I 4 af 14 amter er der etableret formelle samarbejdsfora mellem amt og alle kommuner. I nogle amter er der aftalt konkrete samarbejdsindsatser mellem amtet og enkelte kommuner. Ligesom der er særlige

aftaler om sagsbehandlingen over for visse målgrupper.

*Initiativ 4.8: Obligatorisk undervisning i alkohol og trafik ved frakendelse af førerretten på grund af spirituskørsel samt bedre behandlingstilbud til spritbilister, der er dømt flere gange for spirituskørsel.*

Trafikministeriet

Der skal gennemføres obligatorisk undervisning i alkohol og trafik for spritbilister, som har fået frakendt deres kørekort betinget eller ubetinget. Flere dømte spritbilister med et behandlingskrævende alkoholmisbrug bør fremover indgå i behandling frem for at afsone deres spritdom. Den nuværende ordning, hvor spritbilister kan vælge at indgå i alkoholbehandling i stedet for afsoning, skal forbedres.

*Initiativ 4.9: Kampagnevirksomhed skal sikre et højt vidensniveau i befolkningen om alkohols skadevirkninger og genstandsgrænserne.*

Sundhedsministeriet

Et højt vidensniveau om alkohols skadevirkninger og genstandsgrænserne er en forudsætning for, at man kan vurdere sit alkoholforbrug. Sundhedsstyrelsen skal løbende gennemføre oplysningskampagner i samarbejde med amter, kommuner og andre relevante parter rettet mod voksenbefolkningen om genstandsgrænserne samt mod unge og deres forældre med henblik på at få hævet børn og unges alkoholdebutalder. Oplysningsvirksomheden vil have en understøttende effekt på de regionale og lokale indsatser.

*Sundhedsstyrelsens alkoholkampagner var i 1997 genstand for en samlet evaluering, der mandede ud i en anbefaling om at fortsætte kampagnerne om de ugentlige genstandsgrænser på henholdsvis 14 og 21 genstande for kvinder og mænd. Endvidere blev det anbefalet, at kampagnen skal have hele den voksne del af befolkningen som målgruppe, mens den direkte indsats over for storforbrugere og deres pårørende skal iværksættes ved lokale tiltag.*

Kampagnerne er slået igennem. I februar 1998 kendte 62 procent af befolkningen således egen genstandsgrænse - et kendskab, som har været støt stigende siden de første målinger. Kampagnerne modtages positivt i befolkningen, idet 87 procent mener, at alkoholkampagnerne er en god eller meget god idé.

### **Initiativer rettet mod børn og unge**

Initiativ 4.10: *Alle uddannelsesinstitutioner opfordres til at udarbejde en alkoholpolitik.*

Sundhedsministeriet

Undervisningsministeriet

Sundhedsministeriet vil i løbet af 1999 rette henvendelse til folkeskoler, efterskoler m.v. med henblik på gennemførelse af alkoholpolitikker på de enkelte skoler. Sundhedsministeriet udarbejder materialer til støtte for skolernes formulering af alkoholpolitikker. De amtslige alkohol- og narkotikakonsulenter kan fungere som lokal faglig støtte.

Initiativ 4.11: *Restriktive regler for alkoholreklamering, advarselstekster på alkoholprodukter.*

Sundhedsministeriet

Markedsføring af alkohol har betydning for forbruget og forbrugsmønsteret, især blandt børn og unge. Reglerne for markedsføring af alkohol over for børn og unge skal være meget restriktive. Alkoholprodukter påføres fra producenternes side en tekst, som advarer mod overdreven brug af alkohol. Et forbud mod alkoholreklamer bør grundigt overvejes. Spørgsmålet kan tages op med de øvrige EU-lande.

Initiativ 4.12: *Udskænkingsreglerne håndhæves i højere grad.*

Justitsministeriet

Justitsministeren har anmodet rigsadvokaten

om at overveje muligheden for at forhøje straffen for udskænkning af alkohol til unge under 18 år. Justitsministeren har endvidere anmodet rigspolitichefen om at se på muligheden for at styrke politiets uddannelse i restaurationskontrol. Samtidig har justitsministeren opfordret politikredsene til at drøfte tilrettelæggelsen af indsatsen på bevræterområdet med kommuner, restauranter og øvrige lokale samarbejdspartnere.

Initiativ 4.13: *Danmark vil fastholde alkoholafgifterne på det højest mulige niveau.*

Skatteministeriet

Sundhedsministeriet

Prisen på alkohol har indflydelse på forbruget, således også blandt børn og unge. Regeringen vil arbejde på det højest mulige afgiftsniveau for alkoholprodukter. Der bør endvidere gennemføres en undersøgelse af priselasticiteten på alkohol i forhold til forskellige aldersgrupper og socialgrupper.

Initiativ 4.14: *Begrænsninger for tilgængeligheden af alkohol.*

Sundhedsministeriet

Begrænsninger i tilgængelighed er en effektiv metode til at nedsætte alkoholforbruget. Det kan ske ved generelle regler eller ved specielle regler som for eksempel forbud mod butikssalg af øl, vin og spiritus til børn under 15 år. Ved offentlig udbud af restaurations-, kiosk-, kantinevirksomhed m.v. bør spørgsmålet om tilgængelighed af alkohol indgå, for eksempel i kiosker ved motorvejene og i kantiner i tilknytning til idrætsanlæg. På restaurationsområdet er antallet af alkoholbevillinger stigende. Tildelingen af bevillinger bør indgå i de enkelte kommuners alkoholpolitik, jf. initiativ 4.1.

## Mål 5 - Kost og motion

*Antallet af danskere, som spiser sundt og er fysisk aktive, skal øges, dels gennem klar information, dels gennem lettilgængelige muligheder for sund levevis.*

Danskernes kost- og motionsvaner skal i programperioden ændres i en sundere retning:

- Indsatsen på kost- og motionsområdet skal, hvor det er naturligt og hensigtsmæssigt, sammenkædes, så den personlige sundhedsmæssige effekt fremmes mest muligt.
- En væsentlig større del af befolkningen skal opfylde følgende ernæringspolitiske målsætninger:
  - befolkningens gennemsnitlige fedtindtag reduceres til cirka 30 procent af det samlede energiindtag
  - andelen, der indtager mere end 40 procent fedt nedbringes til 0 procent (gælder ikke spædbørn og småtspisende ældre)
  - indtaget af mættet fedt nedbringes til højst en tredjedel af fedtindtaget
  - indtaget af frugt og grøntsager hæves til 600 gram dagligt pr. person
  - indtaget af kartofler og kornprodukter samt fiskeprodukter hæves.
  - antallet af underernærede indlagte patienter på sygehuse, plejehjem m.m. skal nedbringes så meget som muligt. Desuden skal det sikres, at alle, der er afhængige af offentlig kostforplejning, får en kost svarende til deres behov.
- En væsentlig større del af befolkningen skal opfylde de officielle anbefalinger for regelmæssig fysisk aktivitet om:
  - at voksne skal dyrke en halv time fysisk aktivitet dagligt
  - at alle børn og unge i skolealderen skal dyrke mindst én times fysisk aktivitet om dagen.

Undersøgelser viser, at rigtigt sammensat kost og regelmæssig, tilstrækkelig fysisk aktivitet har en stor betydning for folkesundheden - både ved at fremme og bevare et sundt helbred og ved at forebygge sygdomme. Det gælder de store folkesygdomme som hjerte-karsygdomme, kræft, muskel- og skeletlidelser (herunder knogleskørhed) og følgesygdomme ved fedme (herunder sukkersyge). Motion kan desuden forbedre depressionstilstande og andre psykiske lidelser.

Hvis for eksempel en 35-årig skærer en tredjedel af sit fedtforbrug væk, kan risikoen for hjertesygdom halveres. For personer over 35 år falder risikoen for hjertesygdomme betydeligt, når fedtindtaget reduceres. Det samme gør risikoen for visse kræftformer, overvægt og sukkersyge. Desuden anslås det, at et dagligt indtag af 600 gram frugt og

grøntsager kan nedsætte risikoen for kræft og hjertekarsygdom med 15-30 procent.

Også manglende eller begrænset fysisk aktivitet er en risikofaktor for sygdomme. Det drejer sig om kræftsygdomme, hjerte-karsygdomme, muskel-skeletlidelser, sukkersyge, knogleskørhed m.m. En halv times daglig fysisk aktivitet for voksne og en time for børn nedsætter klart sygdomsrisikoen og dødeligheden. Fysisk aktivitet (af en vis intensitet) bør foregå regelmæssigt, da de positive virkninger af aktiviteten ikke kan opspares. Nyere undersøgelser tyder i øvrigt på, at den generelt forebyggende betydning af motion er undervurderet.

Sund kost og regelmæssig daglig fysisk aktivitet er i nogen grad afhængig af sociale forhold. Både blandt mænd og kvinder er der

store sociale forskelle på indtaget af frugt og grønt samt fedt i kosten.

### Sammenkædning af kost og motion

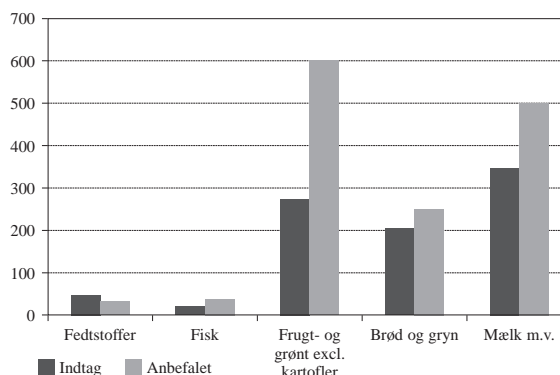
Når kost og motion indgår i programmet som ét samlet indsatsområde, er det fordi der både sundhedsfagligt og i almindelig forståelse af sund levevis er tale om sammenhængende elementer.

Hidtil er dele af forebyggelsesindsatsen på kost- og motionsområdet sket på hvert sit område. Det gælder især de store befolkningsrettede kampagner. Andre dele af forebyggelsesindsatsen på kost- og motionsområdet har integreret de to elementer. Det gælder for eksempel i forbindelse med den personlige rådgivning og målrettede information, der sker i sundhedsvæsenet, i sportsverdenen mv. Da kost og motion har indbyrdes sammenhængende betydning for folkesundheden, er der behov for at undersøge om kost og motion bør integreres og koordineres i det omfang, det ikke tidligere er sket.

### Sunde kostvaner

De to landsdækkende kostundersøgelser viser, at en stor del af befolkningen ikke følger eller kun delvist følger de ernæringsmæssige anbefalinger. Selvom det gennemsnitlige indtag af fedt i befolkningen er gået ned inden for 15 år, viste den landsdækkende kostundersøgelse fra 1995, at kun omkring 10 procent af befolkningen følger den anbefalede generelle kostsammensætning og under 5 procent spiser den anbefalede mængde af frugt og grøntsager om dagen. Hovedproblemet i den danske kost er, at vi spiser for lidt frugt, grøntsager, kartofler, kornprodukter mv. og fisk og for meget af de "hårde" fedtstoffer (smør og smørlignende blandingsprodukter mv.).

*Gennemsnitlig indtagelse af forskellige udvalgte fødevarer blandt 15-80 årige og vejledende mængder ifølge almene kostråd.*



*Kilde: Danskernes kostvaner 1995, Veterinær- og Fødevaredirektoratet, 1995.*

Mange børn og unge får gennem slik og søde drikke mere sukker end anbefalet. Når en for stor del af børn og unges mad erstattes af sukker og fedtholdige produkter, kan det betyde, at de får for få vitaminer og mineraler i kosten. Der skal derfor ydes en særskilt indsats for at forbedre børns og unges kostvaner.

Ernæringspolitikken har i mere end ti år været et centralt led i sundhedsfremme og forebyggelse. Ernæringsoplysningen har lagt vægt på klare og enkle budskaber, der samtidigt har været handlingsanvisende. Indsatsen er allerede i dag differentieret i forhold til forskellige målgrupper, blandt andet børn og unge, og koncentreret om forskellige forebyggelsesmiljøer, for eksempel arbejdspladser, og rettet mod at gøre det lettere at følge kostråd i hverdagen - for eksempel ved produktudvikling af fedtfattige fødevarer, bedre mærkning og markedsføring i detailhandlen. Men der er fortsat behov for at udvikle nye metoder og sikre befolkningen sundere ernæringsvaner.

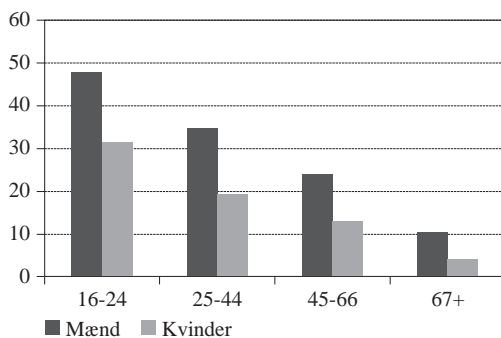
En stor del af den danske befolkning er i kortere eller længere perioder af deres liv afhængig af den offentlige kostforplejning. Hver dag serveres cirka en halv million måltider i det offentlige forplejningssystem. En ernæringsindsats over for syge og plejekrævende er derfor et særlig vigtigt indsatsområde.

### Sunde motionsvaner

Den teknologiske udvikling på arbejds- og fritidsområdet har i stigende grad formindsket kravet til fysisk udfoldelse i dagligdagen. Cirka en tredjedel af befolkningen er ikke aktive i en sådan grad, at det har en forebyggende, sundhedsfremmende effekt.

Andelen, der dyrker fysisk aktivitet på det anbefalede niveau, er markant større blandt mænd end blandt kvinder. Næsten halvdelen af mændene i aldersgruppen 16-24 år dyrker den anbefalede motion, mens kun knap en tredjedel af kvinderne i samme aldersgruppe lever op til anbefalingerne. Samtidig er andelen, der dyrker den anbefalede motion, klart faldende med stigende alder. Der er derfor et stort behov for at tilskynde den voksne befolkning til at dyrke den halve times anbefalede motion dagligt.

*Andel (i procent) der bruger 4 timer eller mere om ugen i fritiden på hård eller mellemløst fysisk aktivitet, 1994.*

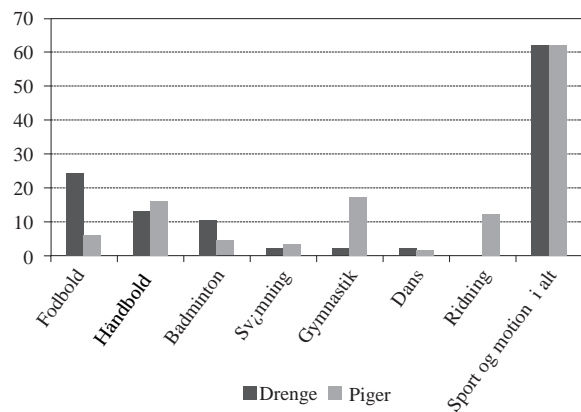


*Kilde: Sundhed og sygelighed i Danmark 1994, DIKE 1995.*

Størsteparten - 63 procent - af de unge mellem 13 og 15 år går til en form for fysisk aktivitet i fritiden. Men der synes at blive stadig større afstand mellem de fysisk aktive

og de fysisk inaktive børn. Undersøgelser viser samtidig, at børns motoriske kunnen er blevet stadig forringet gennem de seneste ti år. Der skal derfor ydes en særsigtet indsats for, at børn sikres den anbefalede ene times daglige fysiske aktivitet om dagen.

*Fysisk aktivitet blandt 13-15 årige. Andel (i procent) der går til bestemte aktiviteter inden for sport og motion, 1993.*



*Kilde: Børns sundhed i Danmark, DIKE, 1998.*

Der har fra både central og lokal side været mange tiltag for at motivere til mere fysisk aktivitet, men en egentlig central "motionspolitik" er ikke formuleret. Det er der behov for, så områdets store betydning for folkesundheden både styrkes og synliggøres. Motionspolitikken skal blandt andet gøre befolkningen opmærksom på nødvendigheden af fysisk aktivitet i dagligdagen og sikre bedre vilkår for, at befolkningen har mulighed for at være fysisk aktive i dagligdagen. Sidstnævnte sker blandt andet gennem den lokale byplanlægning, hvor en større og lettere adgang til fritidsarealer, cykelstier mv. medvirker til at styrke motionsområdet. Sådanne tiltag bør styrkes og udvides i de kommende år.

Der bør i de kommende ti år være større fokus på, at også forholdsvis små omlægnin-ger af de daglige rutiner kan give en helbredsmæssig effekt. En daglig cykel- eller gåtur kan for eksempel være et godt alternativ til andre motionsformer.



### *Sundhedsstyrelsens anbefaling vedrørende fysisk aktivitet*

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle voksne opnår mindst 30 minutters fysisk aktivitet af moderat intensitet, helst alle ugens dage. Aktiviteterne kan opdeles i mindre perioder, for eksempel 15 minutter om morgenen og 15 minutter senere på dagen. De 30 minutters aktivitet kan foregå som en naturlig del af tilværelsen under såvel arbejde som i fritiden. Fysisk aktivitet af moderat intensitet kan være aktiviteter som at cykle eller gå til arbejde, tage trappen, ordne have, mv.

### **Strategier**

Bedre kost- og motionsvaner skal styrkes i tre dimensioner:

- For det første skal der ske en sammenkædning af information og intervention på kost- og motionsområdet, således at der sikres en større sundhedsfremmende og forebyggende effekt af initiativer.
- For det andet skal ernæringspolitikken styrkes i overensstemmelse med den nyeste viden. Det skal ske gennem ernæringsoplysning i bredeste forstand (viden, handlekompetence, rammer) for eksempel lettere adgang til sund mad og sunde færdigretter samt letforståelig fødevarermærkning. Samtidig skal sygehuse og institutioners kost udnyttes mere effektivt i behandling og pleje.
- For det tredje skal indsatsen på motionsområdet udvikles og styrkes. Det skal ske gennem etablering af en sammenhængende motionspolitik, motionsoplysning og lettere adgang til muligheder for fysisk udfoldelse. Samtidig skal sundhedsskadelige problemer i idrættskulturen søges begrænset.

Indsatsen i relation til børn og unge skal have høj prioritet for at sikre gode vaner tidligt i livet. Indsatsen i forhold til risikogrupper med meget usund levevis skal styrkes.

### **Initiativer**

#### **Sammenkædning af kost og motion**

*Initiativ 5.1: Der skal ske en indsats for i højere grad at sammenkæde kost- og motionsområdet, hvor det er naturligt og hensigtsmæssigt.*

Sundhedsministeriet  
Fødevarerministeriet

Sundhedsstyrelsen og Veterinær- og Fødevaredirektoratet udvikler, i samarbejde med relevante sagkyndige, mulighederne for at koordinere og sammenkæde den forebyggende indsats på kost- og motionsområdet med henblik på anbefalinger.

*Initiativ 5.2: Børn og unges muligheder for at udvikle og have sunde og gode kost- og motionsvaner skal fremmes.*

Sundhedsministeriet  
Fødevarerministeriet  
Kulturministeriet  
Socialministeriet

Initiativet skal rettes mod alle børn og unge og til særlige målgrupper, for eksempel socialt udsatte grupper. En styrket indsats for gode kost- og motionsvaner skal sikres ved at forbedre børn og unges viden og handlekompetence og deres muligheder for at leve sundt. Det kan ske ved at vedtage kost- og motionspolitikker i de enkelte institutioner; bedre udbud af sund mad samt bedre tid og rammer for måltider i dagpasningsordninger, skoler, sportsklubber mv.; mere og lettere adgang til fysisk udfoldelse i institutioner, skoler og lokalmiljø, for eksempel længere frikvarterer, åbne gymnastiksale og lignende.

*Initiativ 5.3: Der skal forskes i sammenhængen mellem kostvaner, fysisk aktivitet, fedme, social baggrund og psykosociale faktorer, samt barrierer og muligheder for sund adfærd.*

Sundhedsministeriet  
Fødevarerministeriet

Det skal ske med henblik på at opnå en viden om, hvordan man intervenserer bedst muligt; hvilke sociale grupper, som ændrer kostvaner og fysisk aktivitet i sundere retning, herunder om indsatserne når ud til alle befolkningsgrupper; årsagerne bag etablering af sunde/usunde vaner med hensyn til kost og

fysisk aktivitet på såvel individ- som gruppeniveau; forekomsten af fedme hos børn og unge; samt i sammenhængen mellem kost- og motionsvaner, levekår og psykosociale faktorer - herunder konsekvenser for sundhedsadfærd.

*Initiativ 5.4: De sundhedsskadelige forhold i kropskulturen skal reduceres og forebygges, herunder især spiseforstyrrelser.*

Sundhedsministeriet

Sundhedsstyrelsen har i 1998 udarbejdet en kommunikationsstrategi for forebyggelse af spiseforstyrrelser. Strategien vil blive iværksat over en årrække med start i 1999. Indsatsen vil i første omgang fokusere på en forebyggelsesindsats i form af oplysende materiale til forældre, lærere, pædagoger, fritidspædagoger, idrætsledere, instruktører og sundhedspersonale dels om hvordan selvværd, kropsbevidsthed og mestringssevne styrkes hos de yngste, dels om tidlige tegn på spiseproblemer og forslag til handlemuligheder.

### **Sunde kostvaner**

*Initiativ 5.5: Indsatsen med ernæringsoplysning skal fortsættes og intensiveres.*

Fødevareministeriet  
Sundhedsministeriet  
Erhvervsministeriet

Som et vigtigt led i ernæringspolitikken skal befolkningen have oplysning om og hjælp til både at få og bevare sunde kostvaner. Det skal ske dels gennem oplysning, rådgivning og undervisning (for eksempel via massemedier, dagligvarehandlen, arbejdspladser og institutioner samt nøglepersoner centralt og lokalt), dels rettes mod udvalgte målgrupper, herunder grupper med særlig uhensigtsmæssige kostvaner.

#### *Sund kost beskytter mod sygdom*

I 1997 iværksatte Veterinær- og Fødevareministeriet et samarbejdsprojekt med henblik på at undersøge hvor meget frugt og grønt danskerne bør spise, samt skabe enighed om én samlet anbefaling fra forskellige sundhedsoplysende myndigheder og organisationer.

Resultatet af projektet viste, at hvis alle voksne danskere ville spise mere frugt og grønt, omkring 600 gram eller mere hver dag, kunne antallet af kræft og hjerte-karsygdomme falde med 15-30 procent. Samtidig er der skabt enighed om at anbefale 600 gram om dagen og formidle dette som "6 om dagen, spis mere frugt og grønt"

Ernæringsoplysningen vil i de kommende år fokusere på at få danskerne til at spise mere frugt og grønt som en del af en fedtfattig kost.

*Initiativ 5.6: Adgangen til sunde og ernæringsrigtige måltider via bospisningsordninger og privat køb skal fremmes for alle aldersgrupper.*

Fødevareministeriet  
Sundhedsministeriet

Brugere af offentlig kostforplejning skal sikres mulighed for at vælge velsmagende og sunde måltider, svarende til den enkeltes behov.

Der skal gøres en aktiv indsats for at ned-sætte underernæring på sygehuse, plejehjem mm., og udbudet af sunde måltider skal fremmes i kantiner og andre private storkøkkener. Det skal ske gennem udvikling af metoder til at kvalitetsudvikle kantinemaden, herunder sygehuskost, med det formål at sikre implementering af de danske

#### *Kostvejledning i primær sundhedssektor*

Roskilde Amt gennemførte i 1990-92 en interventionsundersøgelse, hvor en gruppe personer med forhøjet kolesterol i blodet fik en individuel EDB-styret kostvejledning. Behandlingsstrategien var baseret på et samarbejde mellem en klinisk diætist og den praktiserende læge.

Interventionsgruppen fik en betydelig bedre kostadfærd, hvor reduktionen i kolesterol i blodet var tre til fire gange større end i en kontrolgruppe, som modtog den sædvanlige behandling, der i nogen tilfælde indebar kolosterolsænkende medicin. Undersøgelsen konkluderede, at kosttæn-

dringen var meget billigere end medicinsk behandling og uden bivirkninger, samt at den afprøvede behandlingsorganisation var effektiv og vel accepteret af både patienter og praktiserende læger.

anbefalinger for institutionskost.

Initiativ 5.7: *Mærkningen af fødevarer skal forbedres.*

Fødevarerministeriet

Mærkningsreglerne for fødevarer, herunder mærkning for allergener, skal forbedres. Fødevarerministeriet vil arbejde for en let forståelig og overskuelig mærkning, som gør det nemmere for forbrugerne at vælge og sammensætte en sund kost, samt søge at forhindre vildledning i forbindelse med mærkning af levnedsmidler. Der skal i folkeskolens hjemkundskabstimer undervises om mærkning, herunder næringsdeklARATIONER, og det overvejes at udarbejde undervisningsmaterialer hertil. En vejledning om ernæringsmæssige anprisninger udarbejdes i 1999.

Initiativ 5.8: *Næringsstofmangler i befolkningen skal løbende vurderes.*

Fødevarerministeriet  
Sundhedsministeriet

Der skal ske en løbende vurdering og monitorering af, om befolkningen mangler bestemte næringsstoffer. Det eventuelle omfang heraf afklares og tiltag til at afhjælpe eventuelle mangler på næringsstoffer blandt befolkningen iværksættes og evalueres.

Initiativ 5.9: *Etniske minoriteter i Danmark skal i højere grad vejledes af sundhedspersonale med udgangspunkt i den pågældende etniske kultur.*

Fødevarerministeriet  
Sundhedsministeriet

Fødevarerministeriet, Veterinær- og Fødevarerdirektoratet vil i 1999 dels udgive et hæfte om mad i forskellige kulturer til sundhedspersonale, dels i samarbejde med Sundhedsstyrelsen udarbejde materiale til

støtte for sundhedsplejerskers vejledning af etniske minoriteter om kost til børn. Der bør yderligere tilvejebringes dokumentation af henholdsvis kostvaner og omfanget af kostrelaterede sundhedsproblemer blandt etniske minoriteter i Danmark.

### **Sunde motionsvaner**

Initiativ 5.10: *Der skal formuleres og implementeres en sammenhængende motionspolitik gennem etablering af et "Forum for motion".*

Sundhedsministeriet  
Kulturministeriet  
Undervisningsministeriet  
Trafikministeriet  
By- og Boligministeriet

For at sikre, at fysisk aktivitet i højere grad bliver en integreret del af forebyggelsespolitikken, formuleres en motionspolitik. Sundhedsministeriet tager initiativ til at oprette et "Forum for motion" med deltagelse af relevante myndigheder og organisationer mv. med henblik på at koordinere initiativer inden for motionsområdet samt at udvikle særlige metoder til at nå udsatte grupper. Desuden skal der gennemføres en informationsindsats for at sikre, at alle danskere kender anbefalingerne om at være fysisk aktive samt en særlig indsats i dagtil-

#### *Sjov motion i daginstitutioner*

Lige fra fødslen har børn behov for at bevæge sig frit og lystbetonet, for at deres fysiske udvikling kan blive bedst mulig. Samtidig er en god fysisk udvikling et vigtigt led i barnets samlede intellektuelle, følelsesmæssige og sociale udvikling.

Ballerup Kommune har derfor i 1998 indledt et fireårigt projekt Den bevægende daginstitution, hvor der i to af kommunens dagtilbud til børn lægges særlig vægt på mulighederne for fysisk udfoldelse. I institutionerne indrettes opholdsrum, legepladser og frie arealer med udfordrende og spændende miljøer, som stimulerer børnene til at bevæge sig.

Formålet med projektet er både at sikre børnene en alsidig udvikling og at give dem glæden ved at leve i en sund og stærk krop. Effekten af den målrettede indsats vil blive evalueret.

buds- og undervisningssystemet.

*Initiativ 5.11: Befolkningens engagement i idræt skal forbedres - kvantitativt såvel som kvalitativt.*

Kulturministeriet

Regeringen har iværksat et treårigt "Idrætspolitisk Idéprogram", der skal understøtte nytænkning i idrætspolitikken, og som rettes mod nye og anderledes måder at dyrke idræt på - både i foreningerne og uden for disse. Målet er at inddrage nye befolkningsgrupper i aktiv idrætsudfoldelse, og således at idrætten indgår i borgernes hverdag. Det skal blandt andet ske gennem støtte til nye former for idræt og nye måder at tilrettelægge kendte aktiviteter på; initiativer over for særlige grupper (for eksempel indvandrere og handicappede); udvikling af idræt i storbyområder; og idrætstilbud for ældre (jf. initiativ 10.4); samt skabe en større sammenhæng mellem idrætten og undervisnings-, sundheds- og socialpolitikken.

*Initiativ 5.12: De sundhedsskadelige forhold i idrætskulturen skal reduceres og forebygges, herunder især idrætsskader og doping.*

Kulturministeriet

Sundhedsministeriet

Der skal ske en indsats i forhold til idrætsskader og dopingmisbrug - både inden for den organiserede idræt og i forhold til personer, som er fysisk aktive uden for den organiserede idrætsverden. For det første skal idrætsskader reduceres gennem idrætsmedi-

insk forskning og oplysning om opvarmning, træningsmetoder og fair play. For det andet skal der etableres et samarbejde mellem offentlige myndigheder og idrætsorganisationer om en mere effektiv indsats omkring dopingmisbruget.

*Idrætsskader kan forebygges*

En bivirkning ved den ellers vigtige sundhedsfremmende motion kan være idrætsskader. Foruden smerter og ubehag for dem, de rammer, bevirker skaderne fravær fra arbejde og uddannelse og er dyre for samfundet. I Vejle Amt har man i 1990-93 gennemført projektet "Sport uden skader", som satte fokus på tre store idrætsgrene med traditionelt mange skader: Fodbold, håndbold og badminton. Indsatsen bestod blandt andet i tilbud om forebyggende træning med en systematisk op- og nedvarmning. Sammenlignet med en kontrolgruppe faldt antallet af skader med cirka 25 procent i gennemsnit.

*Initiativ 5.13: Der skal ydes støtte til udvikling af nye og tværgående fysiske rammer til idræt, fritid og kultur i lokalsamfundet.*

Kulturministeriet

Lokale- og Anlægsfonden har fået nye muligheder for at støtte alle former for byggeri inden for kultur- og fritidsområdet, herunder anlæg til idræt, ungdomsformål, friluftsliv m.v. Fonden støtter blandt andet projekter, der inddrager børn og unge eller flere brugergrupper og projekter i de indre områder af storbyerne. Endvidere tages særligt hensyn til personer med handicap. Fonden kan støtte indendørs og udendørs anlæg, nyopførelser og renoveringer, udbygning eller nyindretning af eksisterende anlæg

## Mål 6 - Svær overvægt

### *Stigningen i antallet af svært overvægtige skal stoppes.*

#### *I programperioden skal:*

- Væksten i andelen af svært overvægtige (BMI>30) stoppes, og andelen skal ved periodens slutning være bragt ned under det nuværende niveau.
- Der etableres effektive systemer til støtte for personer med særlig risiko for at udvikle svær overvægt og overvægtrelaterede sygdomme samt udvikles effektive forebyggelses- og behandlingstilbud.

BMI står for Body Mass Indeks og beregnes ud fra en persons vægt og højde.

BMI = vægten divideret med højden<sup>2</sup> (kg/m<sup>2</sup>).

(jf. også initiativ 13.12).

Overvægt og svær overvægt er forbundet med øget sygelighed og øget dødelighed. Ved svær overvægt opstår forstyrrelser i kroppens stofskifte, blandt andet i form af det såkaldte insulinresistens-syndrom, som spiller en rolle for udviklingen af mange følgesygdomme og risikoindikatorer herfor, for eksempel ikke-insulinkrævende sukkersyge, forhøjet blodtryk og hjerte-karsygdom.

Risikoen for at udvikle overvægtrelaterede sygdomme stiger med det antal år, en person har været overvægtig og med graden af overvægt. Desuden spiller bugfedme en væsentlig rolle uanset graden af overvægt. Der er en arvelig disposition for svær overvægt. Men genernes effekt på udviklingen af svær overvægt afhænger af de påvirkninger, den enkelte udsættes for, for eksempel kostens energi- og fedtindhold og den fysiske aktivitet.

Forekomsten af overvægt og svær overvægt i Danmark er steget markant inden for de seneste årtier. Overvægt er defineret som et BMI over 25 og svær overvægt som et BMI over 30. Disse definitioner er internationalt anerk-

#### *Nogle eksempler på beregning af BMI:*

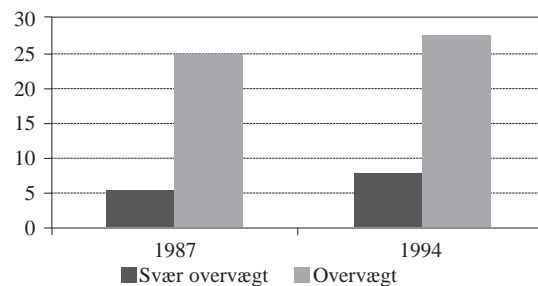
- En person, som er 1,90 m. og som vejer 90 kg har en BMI på 25 (90 kg : (1,90 m x 1,90 m) = 25).

- En person som er 1,80 m og vejer 90 kg har en BMI på 28 og er altså overvægtig.
- En person som er 1,70 m og vejer 90 kg har en BMI på 31 og er altså svært overvægtig.

endte.

Aktuelt er 30-40 procent af den voksne befolkning overvægtige og 8 procent svært overvægtige. I perioden fra 1987-94 er antallet af svært overvægtige unge mænd steget med 90 procent og antallet af svært overvægtige unge kvinder med 66 procent. I 1994 var der cirka 340.000 svært overvægtige danskere mod cirka 240.000 i 1987.

#### *Udvikling i andelen af befolkningen der er overvægtige og svært overvægtige 1987-94.*



Kilde: Sundhed og sygelighed i Danmark 1994, DIKE 1995.

#### **Børn**

Stadig flere børn er svært overvægtige, og

hyppigheden stiger med alderen hos både drenge og piger, men mest hos pigerne. En undersøgelse af skolebørn i 14-16-årsalderen fra 1996/97 viste, at knap 7 procent af drengene og knap 10 procent af pigerne var overvægtige, mens godt 2 procent af drengene og 3,5 procent af pigerne var svært overvægtige.

Fra treårsalderen har svær overvægt hos børn i stigende grad sammenhæng med svær overvægt som voksen, og børn med svært overvægtige forældre har dobbelt så stor risiko for samme udvikling som voksne, uanset deres vægt som børn.

Udover de sundhedsmæssige konsekvenser af overvægten bliver overvægtige og svært overvægtige børn særlig ramt af de problemer, der opstår som følge af omgivelsernes fordomme over for overvægtige, for eksempel mobning. Det er derfor ekstra vigtigt at sætte ind med særlige indsatser med hensyn til fysisk aktivitet og sund kost over for disse børn.

### **Voksne**

Hos voksne er der særlig grund til at være opmærksom på at forebygge yderligere vægtøgning hos overvægtige personer eller gentagen vægtøgning hos personer, der har tabt sig. Desuden har en række af lægemidler bivirkninger i form af vægtøgning, der kan udvikle sig til overvægt eller svær overvægt.

Der skal i de kommende ti år udvikles metoder til målrettet støtte over for de personer, der har en særlig risiko for at udvikle overvægt og svær overvægt samt følgesygdomme heraf. En sådan metodeudvikling bør finde sted i samspil med forskning i effektiv forebyggelse og behandling af svær overvægt. Det er vigtigt, at der etableres et samarbejde på tværs af sektorer og faggrænser.

### **Strategier**

Svært overvægtige har i dag en risiko for at blive udsat for diskrimination, for eksempel i forbindelse med tilknytning til arbejdsmarkedet. En øget opmærksomhed om de sundhedsmæssige problemer ved overvægt

og svær overvægt indebærer en øget risiko herfor. Det er derfor helt afgørende, at indsatsen tilrettelægges så enhver form for social diskrimination af overvægtige undgås.

Initiativerne vedrørende svær overvægt skal i øvrigt ses i tæt sammenhæng med initiativerne vedrørende kost og motion jf. mål 5.

Sundhedsstyrelsen har primo 1999 udarbejdet en redegørelse for befolkningens sundhed set i relation til den øgede forekomst af fedme (svær overvægt) i Danmark. Denne redegørelse danner baggrund for nedenstående initiativer.

## **Initiativer**

*Initiativ 6.1: Tidlig støtte til børn med familiær disposition for svær overvægt skal sættes i system.*

Sundhedsministeriet

Der skal udvikles redskaber til tidligt at forebygge udvikling af overvægt hos børn i familier disponerede for svær overvægt. Sundhedsministeriet tager initiativ til at udarbejde retningslinjer hertil for sundhedsplejersker, skolesundhedstjenesten, praktiserende læger, sygehuse, undervisningsinstitutioner og socialvæsen. Der skal i den forbindelse udarbejdes aldersstandardiserede BMI-tabeller og grænseværdier for børn; iværksættes indsats med fysisk aktivitet og sund kost over for børn med familiær disposition for overvægt og svær overvægt; udvikles og iværksættes behandlingstilbud til svært overvægtige; sikres en opfølgning på behandling af svært overvægtige børn. Der skal endvidere iværksættes forskning i metoder til effektiv forebyggelse og behandling af overvægt og svær overvægt.

*Initiativ 6.2: Voksne med forøget risiko for at udvikle følgesygdomme til svær overvægt samt personer med familiær disposition for svær overvægt skal tilbydes livsstilsrådgivning.*

Sundhedsministeriet

Der skal udvikles metoder til dels at støtte risikoindivider og dels at udvikle relevante tilbud til personer med familiær disposition

for ikke insulinkrævende sukkersyge, hjerte-karsygdom, kolesterolførhøjelse, forhøjet blodtryk, samt svær overvægt.

*Initiativ 6.3: Etablering af hensigtsmæssige kostformer på sygehuse og udvikling af informationsmateriale til sundhedspersonale og til patienter, der modtager lægemidler, hvor vægtøgning er en kendt bivirkning.*  
Sundhedsministeriet

Der skal etableres en praksis for at forhindre utilsigtede vægtøgninger i forbindelse med behandling på blandt andet psykiatriske sygehuse med medicin, der har vægtøgning som kendt bivirkning. Initiativet indgår i Sundhedsstyrelsens samlede strategi for sygehuskost og iværksættes år 2000.

*“Spis ikke for to” - et tilbud til overvægtige gravide på Grenå Centralsygehus*

Overvægtige gravide har øget risiko for fødselskomplikationer og kejsersnit samt for at udvikle sukkersyge under svangerskabet. Derfor tilbyder man på Grenå Centralsygehus overvægtige gravide individuel diætvejledning og gruppeundervisning hos en klinisk diætist. Sigtet er at give de gravide sundere kost- og motionsvaner. Resultaterne har været særdeles gode. Efter fødslen er der fortsat mulighed for at få både individuel og gruppevis vejledning i en periode.

Tilbuddet er en del af projektet Det sundhedsfremmende Sygehus, hvor der systematisk arbejdes med forebyggelse i et sygemiljø

## Mål 7 - Trafikulykker

Antallet af tilskadekomne og dræbte i trafikken skal reduceres markant gennem en forstærket forebyggende indsats.

*I programperioden skal:*

- Andelen af dræbte reduceres markant.
- Andelen af tilskadekomne i trafikken reduceres markant samtidig med, at der skal gøres en forebyggende indsats for, at de skader, der ikke kan undgås, bliver mindre alvorlige.
- Især andelen af børn og unge, der kommer til skade i trafikken, skal nedbringes.
- Indsatsen fokuseres især på de fire særlige områder: hastighed, alkohol, ulykker i kryds og ulykker med cyklister.

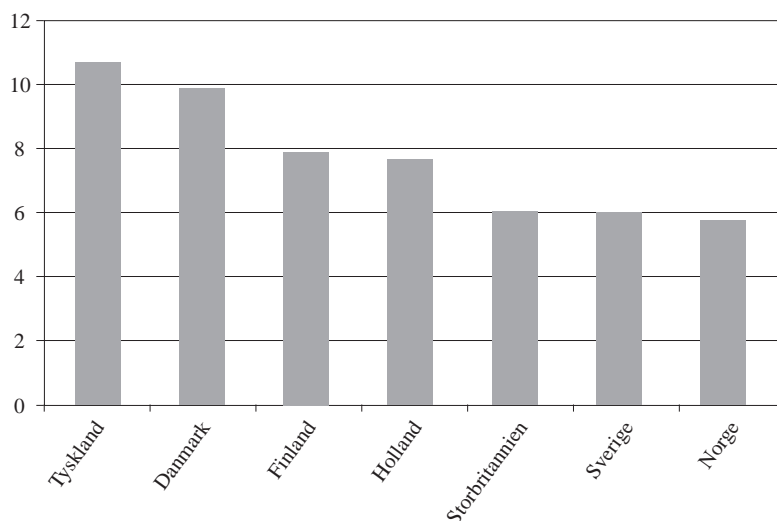
Færdselssikkerhedskommissionen vil ved udgangen af 1999 fremsætte forslag til centrale mål for trafiksikkerheden for perioden efter år 2000. Når de kvantitative mål er fremsat af Færdselssikkerhedskommissionen, vil de indgå som program mål for folkesundhedsprogrammet frem til år 2008.

Hvert år dræbes knap 500 danskere i trafikken og cirka 10.000 kommer mere eller mindre alvorligt til skade. Risikoen for at blive dræbt i trafikken i Danmark er væsentlig højere end i en række af de lande, vi normalt sammenligner os med. I 1996 var risikoen for at blive dræbt i trafikken 10 pr. 100.000 indbyggere i Danmark, mens risikoen for at blive dræbt ved en trafikulykke i

både Norge og Sverige var 6 pr. 100.000 indbyggere.

Der er behov for en forstærket indsats for at forebygge trafikulykker. Hvis Danmark skal på samme niveau som Norge og Sverige, kræver det en indsats, der sparer omkring 200 trafikulykker med dødelig udgang om året i forhold til 1996.

*Antal dræbte ved trafikulykker pr. 100.000 indbyggere i udvalgte lande, 1996.*



Kilde: Danmarks Statistik.



Trafikulykker rammer i særlig grad børn og unge. Trafikulykker er den absolut hyppigste dødsårsag blandt disse aldersgrupper. I modsætning til vore nabolande Norge og Sverige bliver især yngre mennesker dræbt i trafikken i Danmark, og blandt andet dermed bliver det samlede tab af leveår større i Danmark end i andre lande. Der er derfor behov for, at den forebyggende indsats især koncentrerer om de yngre aldersgrupper.

Ikke kun i forhold til antallet af trafikdræbte, men også i forhold til antallet af tilskadekomne i trafikken er der behov for en øget indsats. Den forringede livskvalitet, der følger af at have været udsat for en alvorlig trafikulykke i form af for eksempel invaliditet, uarbejdsdygtighed, mange sygedage eller kroniske smerter, er med til at nedsætte antallet af gode leveår.

Ofre for trafikulykker registreres i dag som enten lettere eller alvorligt tilskadekomne hos politiet, mens mange skadestuer benytter en graduering af denne registrering. Det er imidlertid nødvendigt generelt at registrere trafikulykkerne i forhold til et mere detaljeret "alvorlighedsindeks" for at få et mere nuanceret billede af trafikulykkernes følger og omfang. En bedre og mere detaljeret registrering af trafikulykkerne på landets skadestuer, og en bedre mulighed for hurtigt og effektivt at samkøre politiets og sundhedssektorens registre, vil kunne blive et vigtigt værktøj til monitorering af den forebyggende indsats gennem den tiårige programperiode.

Cyklister og fodgængere er særligt udsatte i trafikken. Dette er en vigtig forklaring på, at børn og unge er overrepræsenterede i ulykkesstatistikkerne i forhold til andre aldersgrupper. Især børn mellem fem og ti år som fodgængere samt cyklister mellem 15 og 25 år er udsatte. Det er derfor især vigtigt at øge sikkerheden for cyklister og fodgængere. En anden vigtig forklaring på børns og unges overrepræsentation i ulykkesstatistikken er, at de ikke har samme erfaring med at færdes i trafikken og dermed endnu ikke i samme omfang er sig de vigtigste faremomenter be-

vidst. For børns vedkommende gælder det også, at de rent fysisk har sværere ved at færdes i trafikken da for eksempel deres perspektivsyn ikke er fuldt udviklet.

Derfor er oplysning og uddannelse (sidstnævnte blandt andet i forbindelse med erhvervelse af kørekort) af stor vigtighed. Det er desværre en kendsgerning, at især mange unge mænd i årene umiddelbart efter, at de har erhvervet kørekort, udsætter sig selv og andre for en uforholdsmæssig stor risiko. Der er derfor også behov for en særlig indsats rettet mod de unge bilister.

Som særlige indsatsområder har Færdsels-sikkerhedskommissionen og regeringen udvalgt hastighed, sprit, ulykker i kryds og ulykker med cyklister. Indsatsen på disse fokusområder vil blive optrappet i den kommende ti-års periode for at nå de nye og ambitiøse mål, som kvantificeres af Færdsels-sikkerhedskommissionen inden udgangen af 1999.

### **Strategier**

Den fremtidige indsats for at forebygge trafikulykker skal koncentrerer på tre områder:

- For det første skal der ske en styrkelse af den generelle forebyggelse af trafikulykker gennem information, kontrol, vejtekniske foranstaltninger samt forskning og monitorering.
- For det andet skal der ydes en særlig indsats over for særligt udsatte grupper i trafikken, som cyklister og fodgængere, og det gælder samtidigt over for svage trafikanter som børn og ældre.
- For det tredje skal der ske en særlig indsats over for trafikanter med risikoadfærd, som for eksempel spiritusbilister og fartsyndere.

Indsatsen på trafiksikkerhedsområdet er baseret på en bred vifte af aktører på det statslige og (amts-)kommunale niveau. De typer af indsatser, der kan gøres brug af i trafiksikkerhedsarbejdet er koncentreret om oplysningsvirksomhed, vejtekniske forbedringer, forbedringer af love og regler på området og kontrol med overholdelsen heraf samt

forskning, der øger vidensgrundlaget i trafik-sikkerhedsarbejdet.

## Initiativer:

### Generel ulykkesforebyggelse

Initiativ 7.1: *Indsatsen for at implementere og forankre eksisterende viden om effektive vejtekniske løsninger i kommuner og amter skal forstærkes.*

Trafikministeriet

Til støtte for det kommunale og amtskommunale trafiksikkerhedsarbejde vil Trafikministeriet i den første halvdel af programperioden udarbejde en oversigt over effektive vejtekniske løsninger på udbredte problemråder. Viden på det vejtekniske område skal formidles til relevante aktører, så der forankres et vidensgrundlag i de kommunale forvaltninger med henblik på at forbedre det lokale beslutningsgrundlag, og at de bedste løsninger på trafiksikkerhedsproblemerne bliver udbredt hurtigere.

Initiativ 7.2: *Indsatsen over for ulykker i kryds forstærkes.*

Trafikministeriet

For at forebygge ulykker i kryds i byområderne skal der sættes ind med vejtekniske ombygninger til gavn for primært cyklisteres sikkerhed. I kryds på landeveje kan sikkerheden forbedres gennem for eksempel hastighedsnedsættelse til 70 km/t, øget opsætning af stoptavler i kryds eller ombygning af særligt ulykkesramte kryds til rundkørsler. Staten vil på eget vejnet gøre brug af disse løsninger, ligesom staten vil gøre en forstærket indsats for, at kommuner og amter i programperioden anvender disse vejtekniske løsninger i stigende grad.

#### *Bedre sikkerhed i rundkørsler*

En undersøgelse fra Vejdirektoratet af sikkerheden i 82 danske rundkørsler anlagt efter 1985 på hovedlandeveje og landeveje i Danmark viser, at ombygning af vigepligtskryds til rundkørsler kan spare op til 85 procent af personskadeulykkerne med bilister i kryds. De ulykker, der sker i rund-

kørsler, er for bilisters vedkommende mindre alvorlige end ulykker i vigepligtskryds. Hvad cyklister angår, er der derimod ingen markant ændring i antallet af ulykker i rundkørsler, men der er derimod en tendens til, at cyklisternes ulykker bliver mindre alvorlige. En gennemgang af firebenede vigepligtskryds, der er ombygget til rundkørsler, viser, at der er sket et fald i antallet af personskader på 64 procent i byrundkørsler og 90 procent i landrundkørsler.

*Kilde: Trafiksikkerhed i 82 danske rundkørsler - anlagt efter 1985, Vejdirektoratet 1994.*

Initiativ 7.3: *Amter og kommuner bør opstille konkrete mål for at reducere antallet af trafikdræbte og alvorligt tilskadede i lokalområdet.*

Trafikministeriet

Ved at udarbejde og vedtage lokale trafiksikkerhedsplaner for trafiksikkerhed bør alle amter og 80 procent af kommunerne inden for de første fem år af programperioden have sat konkrete mål for reduktion af antallet af trafikdræbte og alvorligt tilskadede i lokalområdet. Det skal ske på baggrund af systematisk at registrere og kortlægge ulykkesudviklingen, udpege sorte pletter i lokalområdet og opgøre den enkelte kommunes omkostninger i forbindelse med trafikulykker.

Initiativ 7.4: *Sygehussektorens registreringsarbejde i forbindelse med trafikulykker skal kvalitetssikres, og der skal ske en samkøring af sygehussektorens og politiets registrering af trafikulykker.*

Sundhedsministeriet

Der er gennemført forsøg med indsamling, systematisering og formidling af data fra sygehuse til ulykkesbekæmpelse og forebyggelse, blandt andet på Odense Universitetshospital. I programperioden bør disse forsøg søges implementeret til hele sygehussektoren, så sektoren kan inddrages i såvel det forebyggende som det evaluerende arbejde med trafikulykker. Desuden skal der høstes og udbredes erfaringer med samkøring og koordinering af data fra henholdsvis sygehussektorens og politiets regi-

strering af tilskadekomne og dræbte i trafikken.

*Initiativ 7.5: Forskningsindsatsen omkring trafikikkerhed skal intensiveres og målrettes.*

Trafikministeriet

Der skal igangsættes forskningsprojekter med henblik på at undersøge, hvordan trafikikkerheden forbedres for de svage trafikanter (cyklister, fodgængere, børn og ældre), herunder projekter om risikoopfattelse, trafikantadfærd og kampagners virkning. Desuden skal trafikanters valg af hastighed, samt mulighederne for at påvirke dette, undersøges, og der skal sættes fokus på ældre i fremtidens transportsystem. Der vil endvidere i begyndelsen af programperioden blive lavet en undersøgelse af trafikulykkes sociale ulighed, ligesom der vil blive igangsat forsøg, som belyser udgifter for kommuner og amter som følge af trafikulykker. Nye vejtekniske foranstaltninger og nye koncepter for by- og landeveje skal afprøves og sikkerhedsmæssigt evalueres.

### **Svage trafikanter**

*Initiativ 7.6: Brugen af differentieret hastighed i byområder, især på steder hvor børn og ældre færdes, skal øges.*

Trafikministeriet

Der skal især gøres en indsats for at beskytte de svageste trafikanter, børn og ældre fodgængere, i trafikken. Kommunerne skal opfordres til at anvende differentieret hastighed i langt højere udstrækning end i dag i form af hastighedsbegrænsning på steder, hvor disse grupper færdes i det daglige. Skiltede hastighedsgrænser på 30 km/t på vejene omkring skoler, i boligområder, ved ældrecentre og lignende steder kan spare mange alvorlige trafikulykker.

*Initiativ 7.7: Den igangværende indsats for at sikre børn i trafikken skal fortsættes.*

Trafikministeriet

For at sikre en bedre integration af færdselsundervisningen i førskolealderen, skal den nuværende indsats for at sikre børn i

trafikken forstærkes gennem et øget samarbejde med forældre og pædagoger. Desuden vil Rådet for Større Færdselssikkerhed fortsat udsende materiale til interesserede forældre gennem Børnenes Trafikklub. Endvidere skal Trafikministeriets projekt med lokal uddannelse og brug af trafikikkerhedsvejledere for børn i trafikken følges op. Vejlederprojektet evalueres og søges i givet fald udbredt til flere amter (se også initiativ 8.8). Yderligere bør den områdevisse trafiksanering gennemføres for bedre at sikre børns skolevej (jf. initiativ 7.6).

*Initiativ 7.8: Indsatsen over for ulykker med cyklister skal forstærkes.*

Trafikministeriet

Der vil blandt andet blive taget initiativer til: En koncentreret indsats over for cyklister i de større byer, for eksempel ved at opfordre og støtte kommuner og amter til at etablere sammenhængende net af cykelstier; ombygge vejkryds i byområder, så de i højere grad tager hensyn til cyklisternes sikkerhed; samt en særlig indsats over for spirituspåvirkede cyklister. Der vil ligeledes blive gjort en indsats for at øge brugen af cykelhjelm for at mindske omfanget af skaderne, når ulykken sker. Trafikministeriet udsender desuden i løbet af 1999 en handlingsplan til fremme af sikker cykeltrafik.

### **Trafikanter med risikoadfærd**

*Initiativ 7.9: Antallet af trafikulykker med spiritus som medvirkende årsag skal reduceres.*

Trafikministeriet

Alkohol indgår i 20-25 procent af alle dødsulykker i trafikken. Trafikministeriet og Rådet for Større Færdselssikkerhed gennemfører årlige tilbagevendende kampagner vedrørende spritkørsel. Kampagnerne organiseres i samarbejde med de lokale færdselssikkerhedsudvalg, og indsatsen koordineres med Rigspolitechefens Færdselsafdeling. Initiativet påbegyndes samtidig med folkesundhedsprogrammet og vil i hele perioden være en årlig tilbagevendende aktivitet.

### *Kampagner mod spirituskørsel i Nordjyllands Amt*

I 1988 gennemførte Nordjyllands Amt den første kampagne mod unges spritkørsel. Kampagnen har været gentaget hvert år siden, med undtagelse af 1994. Kampagnerne er rettet mod unge, fordi en stor del af ulykkerne er med helt unge førere. I alle kampagnerne har der været en direct mail til de unge, som er sendt til mellem to og fire ungdomsårgange.

Ulykkesstatistikkerne viser, at de unge har fulgt budskabet i kampagnerne. I perioden maj-august 1987 var der 37 spirituspåvirkede unge i alderen 17-19 år indblandet i trafikulykker i Nordjyllands Amt. I kampagneperioden året efter (maj-august 1988) var tallet 17, altså mere end en halvering af antallet af trafikulykker. Antallet af spirituspåvirkede førere i aldersgruppen 17-19 år, indblandet i trafikulykker i kampagnemånederne maj-august er generelt faldet siden kampagnernes start. Fra 37 i 1987 til 12 i 1997. Der er derimod ikke sket et væsentligt fald i antallet af spiritusulykker blandt øvrige trafikanter.

*Kilde: Rådet for Større Færdselsikkerhed: "Strategi 1998-2002, information og kampagner".*

Initiativ 7.10: *Indsatsen over for unge bilister skal intensiveres for at sikre en risikobevist kørsel.*

Trafikministeriet

Kommuner, amter og kørelærere skal samarbejde med henblik på at etablere efteruddannelsesordninger for unge bilister i risikobevist kørsel. Der vil i programperioden blive taget initiativ til at sikre, at sådanne efteruddannelsesforsøg sættes i gang. Endvidere skal kampagneindsatsen over for denne målgruppe øges i programperioden.

Initiativ 7.11: *Der skal gennemføres flere kampagner vedrørende kørsel med tunge køretøjer for at sikre en ansvarlig og risikobevist kørsel.*

Trafikministeriet

Der skal i løbet af programperioden gennemføres flere målrettede kampagner om risikobevist kørsel over for førere og ejere af tunge køretøjer og transportkøberne med henblik på, at de motiveres til at bidrage til,

at kørslen sker på sikker vis. Det offentlige skal som transportkøber stille krav til udbydere af transport om blandt andet at overholde hastigheder og køre- og hviletidsbestemmelser.

Initiativ 7.12: *Der skal gennemføres flere kampagner med henblik på at ændre holdninger blandt grove fartsyndere.*

Trafikministeriet

Justitsministeriet

En større risiko for at blive opdaget i at køre for stærkt har i sig selv en adfærdsændrende effekt. Der skal derfor ske en øget indsats fra politiets side med hensyn til hastighedskontrol. Endvidere skal Rådet for Større Færdselsikkerhed gennemføre flere kampagner mod grove fartovertrædelser med henblik på at synliggøre risikoen ved at køre for stærkt. Det anbefales endvidere, at også kommuner og amter gennemfører målrettede kampagner om dette emne.

## II.3 Mål for aldersgrupper (mål 8-10)

### Mål 8 - Børn

*Børns sundhed og trivsel skal have første prioritet - og især skal indsatsen for børn i svage familier styrkes.*

*Ved programperiodens udløb skal*

- væsentlig flere børn have gavn af samfundets forebyggende tilbud
- væsentlig færre børn skades i fostertilstand og opvækst på grund af ulighed i sundhed og negativ social arv
- der ske en tidlig indgriben og hjælp til gravide, børn og børnefamilier, når barnets behov trues eller tilsidesættes.

Målet dækker særligt børn fra foster til skolealder.

Børns opvækst fra foster til skolealder er den mest centrale fysiske og psykiske udviklingsperiode i livet. Der kommer stadig mere dokumentation for, at moderens levevis før og under graviditeten har betydning ikke bare for fostrets og det nyfødte barns sundhedstilstand, men for hele livet. Alle børn skal sikres en god og sund opvækst.

Ikke alle gravide eller spædbørnsmødre har optimale vilkår til at sikre deres børn den bedste opvækst. Det er heller ikke dem alle, som i dag gør brug af social- og sundhedsvæsenets tilbud. Der skal derfor sikres en mere aktivt opsøgende indsats baseret på et tværfagligt arbejde omkring børnene og deres mødre og familier med henblik på at forebygge social ulighed i sundhed allerede fra småbørnsalderen.

Sundhedsvæsenets forebyggende indsats for børn, børnefamilier og gravide er fastlagt i lovgivningen. Det gælder særligt i loven om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge fra 1995, loven om svangerskabshygjehjælp og fødselshjælp, senest ændret i 1997, samt i retningslinjer for de to love fra henholdsvis 1995 og 1998. Intentionen i de forebyggende ordninger er tosidet: dels at sikre et basistilbud til alle, dels at sikre en særlig indi-

viduel hjælp til udsatte grupper af gravide og børn med særlige behov.

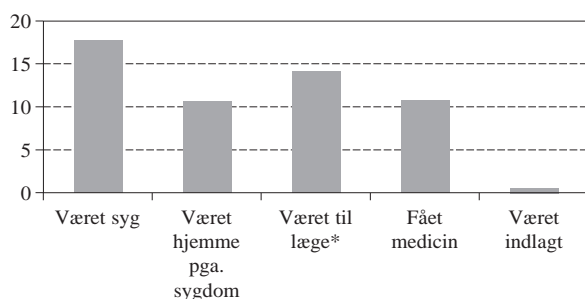
De to ordninger er endnu ikke fuldt ud gennemført i alle amter og kommuner. I flere kommuner og amter er der derfor fortsat behov for en bedre organisering og udbygning af det tværfaglige samarbejde mellem de forskellige faggrupper, som dagligt er i berøring med børn og deres familier.

De to love er meget væsentlige i indsatsen for at nedbringe den sociale ulighed i sundhed og bryde den negative sociale arv. En indsats, som i øvrigt bør ske på alle niveauer og med udgangspunkt i, at hensynet til barnet skal have førsteprioritet og at barnet har krav på sammenhæng og kontinuitet i sin opvækst.

#### **Børns sundhed**

Undersøgelser viser, at knap 20 procent af de 1-5-årige børn har været syge inden for de seneste 14 dage. Knap 15 procent har været ved læge og omkring 10 procent har fået medicin inden for en fjortendagesperiode. Lidt mere end 10 procent har været hjemme på grund af sygdom ligesom knap én procent har været indlagt inden for en fjortendagesperiode.

*Sygefravær, medicinforbrug og kontakt til sundhedsvæsenet for 1-5-årige børn inden for en fjortendages-periode. 1994. I procent.*



*Kilde: Børns sundhed i Danmark, DIKE, 1998.\* Inkl. Børneundersøgelser og vaccinationer*

Børnesygdomme og sygdomme, som især rammer børn, skal forebygges. Tilslutningen til det danske børnevaccinationsprograms MFR-element er i dag bekymrende lavt. Omkring 15 procent af forældrene undlader at få deres børn vaccineret mod mæslinger, fåresyge og røde hunde - alle tre meget alvorlige sygdomme med risiko for dødsfald, varige mén og fosterskader.

Sygeligheden blandt børn i daginstitutioner er højere end blandt børn som passes hjemme. Og børn i daginstitutioner er alt for ofte syge som følge af infektioner. Der skal derfor gøres en indsats for at forebygge infektioner, i første omgang ved bedre indeklima og hygiejne. Sundt indeklima drejer sig blandt andet om røgfrie miljøer.

Stadig flere danske børn får astma og allergi. Det gælder specielt allergi over for komælk, husstøvmider og pelsklædte kæledyr. Omkring en fjerdedel af alle 0-15-årige børn har inden for det seneste år haft allergi- eller overfølsomheds sygdomme. Der er behov for en forstærket oplysnings- og rådgivningsindsats i forhold til børneforældre.

Ulykker er den hyppigste dødsårsag blandt børn. I 1995 var der lidt over 45.000 skadestuebesøg i aldersgruppen 0-4 år. Der er fortsat behov for en markant indsats i forhold til trafikulykker og hjemme- og fritidsulykker med børn involveret.

Rigtig kost er af stor betydning for børns

udvikling og sundhed. Forældre skal derfor have oplysning om børns ernæring. Her er amning af væsentlig betydning. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle spædbørn alene ernæres ved amning i de første fire måneder og gerne længere. Derfor skal amningen fortsat fremmes blandt alle nybagte mødre og især de grupper, som erfaringsmæssigt ikke kommer i gang eller hurtigt holder op med at amme.

Desuden skal diverse sundhedsskadelige risikofaktorer i børns dagligdag fjernes. Det gælder især rygning og farlige stoffer i legetøj m.m.

### **Gravides levkår og livsstil**

Det er veldokumenteret, at den gravides levevis har stor betydning for fostrets og barnets udvikling og sundhed. Det gælder særligt for en række risikofaktorer, som påvirker fostrets udvikling negativt. Det kan for eksempel være dårligt miljø og arbejdsmiljø eller et for stort alkoholforbrug og tobaksrygning. Mest synligt er det nok i dag, at cirka 100 børn hvert år fødes med føtalt alkoholsyndrom. Væksthæmning, misdannelser og hjerneska-der er de tragiske følger af et stort alkoholforbrug under graviditeten.

Af hensyn til børnene og deres fremtid skal der sættes ind med en styrket indsats i forhold til gravide og deres muligheder for at leve sundt. Det kan ske gennem mere systematiseret alkoholrådgivning, tilbud om tobaksafvænnings- og ved bedre sikring af arbejdsmiljøet.

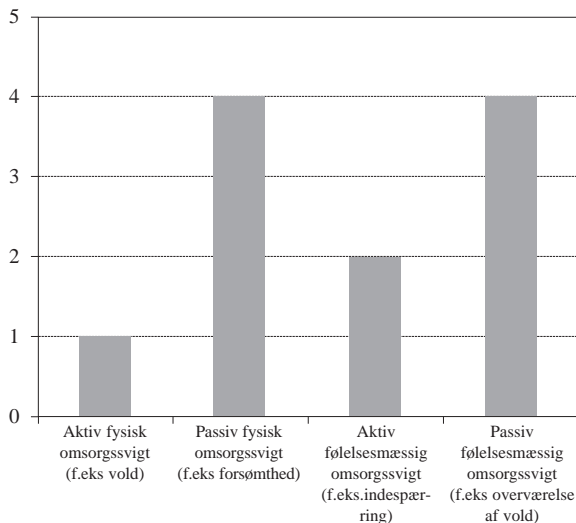
I forhold til en gruppe af gravide er der brug for særligt målrettede initiativer. Den tidlige opsporing, behandling og støtte til særligt svage gravide med misbrugs- og andre psykosociale problemer skal udbygges for at forebygge fosterskader og omsorgssvigt efter fødslen.

### **De udsatte børn**

En mindre gruppe af børn har særlige behov, når det gælder forebyggelse og sundhedsfremme. En mindre gruppe heraf lever under vilkår, som indebærer risiko for fejludvikling, omsorgssvigt eller mishandling.

En undersøgelse viser, at 4 procent af børn i 0-1-års-alderen efter sundhedsplejerskens udsagn er udsat for passiv fysisk omsorgssvigt. Det vil sige, at barnet bliver forsømt for eksempel med hensyn til tøj og hygiejne, eller at forældrene flere gange glemmer at hente barnet i daginstitution. Der er ligeledes 4 procent, der er udsat for passiv følelsesmæssig omsorgssvigt, herunder overværelse af vold eller hyppig pasning af voksne, der er påvirkede af stoffer, alkohol mv. 2 procent af de 0-1-årige børn er udsat for aktivt følelsesmæssigt omsorgssvigt, for eksempel indespærring eller trusler, mens 1 procent er udsat for direkte fysisk vold.

*Forskellige former for omsorgssvigt og forekomsten, hvor det er kendt af sundhedsplejersken hos børn under ét år. 1991. I procent af alle 0-årige under sundhedsplejersketilsyn.*



*Note: Samme barn kan være repræsenteret under to eller flere af de fire kategorier.*

*Kilde: Børns sundhed i Danmark, DIKE, 1998.*

Det skal være en højt prioriteret samfundsmæssig opgave at hjælpe disse børn. Det forudsætter et veludbygget tværfagligt samarbejde i den enkelte kommune. Der er behov for en fortsat styrket tværfaglig indsats. Specielt skal rådgivnings- og vejledningsindsatsen forstærkes over for helt unge gravide/mødre/familier. Indsatsen skal være helhedsorienteret i forhold til de familier, som på grund af misbrug, kronisk sygdom, udviklingshæmning og lignende ikke kan tilgodese barnets behov.

## Strategier

Initiativerne er grupperet i tre temaer:

- For det første skal der ske en styrket indsats for at fremme børns sundhed og udvikling og forebygge sygdom og ulykker.
- For det andet skal der ske en styrket indsats i forhold til den gravides sundhed og hendes levevis for at sikre fostrets sundhed og udvikling.
- For det tredje skal der ske en styrket indsats i forhold til børn i særlig risiko og børn med særlige behov.

Indsatsen bør ske med barnet som centrum. Indsatsen vil oftest gå gennem forældrene og være rettet mod den samlede familie. I situationer, hvor der er interessekonflikt mellem forældre og barn, bør hensynet til barnet gå forud for hensynet til forældrene.

## Initiativer

### Sunde børn

**Initiativ 8.1:** *Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge skal gennemføres i alle kommuner.*

Sundhedsministeriet

En undersøgelse foretaget i 1998 viste, at ikke alle kommuner levede op til lovens krav om at ansætte kommunallæge, oprette tværfaglige teams eller udpege ansvarlige koordinatorer. Sundhedsministeriet vil derfor følge op på lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge fra 1996 og sikre, at loven implementeres i alle kommuner. Sundhedsministeriet vil endvidere, for at sikre at lovens intentioner opfyldes, vurdere indsatsen på de enkelte områder samt skabe incitamenter til en øget lokal indsats.

**Initiativ 8.2:** *Det samlede vaccinationsprogram med gratis vaccination til alle under 18 år skal i videst muligt omfang udbredes til hele målgruppen.*

Sundhedsministeriet

De centrale sundhedsmyndigheder skal sikre en større tilslutning til børnevaccinationsprogrammerne snarest muligt, herunder især MFR-vaccinationerne, for at forhindre udbrud af alvorlig sygdom blandt børn. Det

skal ske ved at styrke information og vejledning til sundhedspersonalet med henblik på deres rådgivning af forældre (især til svage familier, visse etniske minoriteter og familier med usikker eller negativ indstilling til vaccination) og i forbindelse med forældresamtalen ved indskolingsundersøgelsen.

Den enkelte lægepraksis modtager hvert år fra Sygesikringen i amtet en liste over de børn, der i det følgende år fylder 12 år. Lægerne har herefter mulighed for at indkalde de 12-årige eller i hvert fald dem, som ikke møder op til 12-års vaccinationen. En del amter medsender endvidere fortrykte kort med børnenes navne og adresser, som de praktiserende læger herefter kan udsende. Dette er en god støtte for de praktiserende læger, der således kan hjælpe forældrene og de 12-årige med at huske på MFR-vaccinationen.

**Initiativ 8.3:** *Indsatsen for væsentligt at nedsætte infektionssygeligheden i dagtilbud til mindre børn skal styrkes.*

Sundhedsministeriet  
Socialministeriet

Den kommunale sundhedstjeneste skal gennemføre regelmæssige besøg i daginstitutioner og her vejlede om indeklima og hygiejne. Desuden opdateres Sundhedsstyrelsens vejledning om hygiejne i daginstitutioner i år 2000. Alle institutioner og dagplejeordninger opfordres til at indføre en hygiejnepolitik (rutiner for rengøring, vask af hænder, bleskift, udeophold mv.).

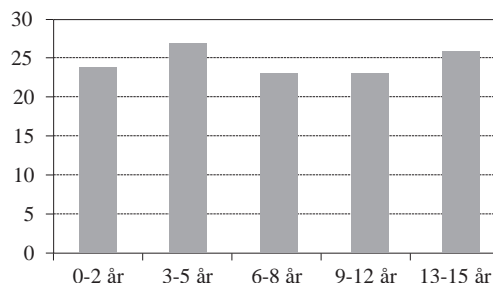
**Initiativ 8.4:** *Risikoen for udvikling af allergi fra fødslen og i småbarnsalderen skal mindskes.*

Sundhedsministeriet

Flere og flere danske børn får astma og allergi. Der skal derfor ske en forstærket information og rådgivning fra sundhedspersonalet allerede fra første graviditetsundersøgelse om risikofaktorer for og forebyggelse af astma og allergi. Det drejer sig især om faktorer som komælk, husstøvmider og pelsklædte kæledyr samt tobaksrygning. Desuden skal mulighe-

den for hurtig diagnostik og dermed hurtig indsats ved vedvarende allergisymptomer øges.

*Forældreoplyst forekomst (i procent) af allergi/overfølsomhedssygdomme inden for det sidste år hos børn i forskellige aldersklasser, 1994.*



Kilde: *Børns sundhed i Danmark, DIKE, 1998.*

### Astmaskoler

Et vigtigt led i forebyggelsen af astmasymptomer og et centralt punkt i retningslinier for behandling og opfølgning af mennesker med astma er at undervise dem om sygdommens karakter, dens behandling og forebyggelse. Astmapatienter uddannes til at være opmærksomme på forværringer og til at kunne tage disse i opløbet. Ved at styrke egenomsorgen kan astmapatienter tage et medansvar og være en aktiv part i behandlingen.

Et sådant undervisningstilbud gives bl.a. på astmaskoler. Her modtager astmapatienter et kort undervisningsforløb ofte kombineret med tilbud om kostundervisning og motion.

Et eksempel er Astmaskolen i Odense, som blev oprettet i 1991. En evaluering fra 1995, som omfattede cirka 600 astmabørn i alderen 6-18 år, viste, at deltagelse i undervisning om astma betød en øget viden og varig bevidsthed om tilstand samt en formålstjenlig selvmonitorering og sundhedsadfærd. Samtidig rapporterede børnene en nedsat sygelighed målt på sygdomsfravær og lægebesøg.



Initiativ 8.5: *Indsatsen for at flere børn bliver ammet, og i længere tid end det er tilfældet i dag, skal styrkes.*

Sundhedsministeriet

Der skal sættes ind med målrettet information og ammevejledning for at øge andelen af ammede børn. Det skal især ske over for mødre, der erfaringsmæssigt ikke begynder at amme eller kun ammer kort tid, blandt andet unge kvinder med kort uddannelse, kvinder med psykiske belastninger, rygere, svagt stillede kvinder i øvrigt samt mødre fra visse etniske minoriteter. Desuden skal der ske en løbende kompetenceudvikling blandt sundhedspersonalet.

Initiativ 8.6: *Indsatsen for at undgå at børn udsættes for passiv tobaksrygning - først og fremmest i eget hjem og i dagtilbud - skal styrkes.*

Sundhedsministeriet

Småbørnsforældre skal sikres en forstærket information gennem sundhedsplejerske og praktiserende læge om den øgede risiko for eksempelvis spædbarnsdød og sygdom forårsaget af passiv rygning. Ved børneundersøgelser drøftes passiv rygning (forældre/pasning). Sundhedsministeriet iværksætter i samarbejde med relevante organisationer generel information om børn og passiv rygning, som målrettes børnefamilier og ansatte i børnepasningsordninger (jf. initiativ 3.12). Sundhedsministeren vil kraftigt opfordre kommuner til at fastsætte rygeregler, som forhindrer, at børn udsættes for passiv rygning i offentlige dagtilbud.

Initiativ 8.7: *Der skal ske en forstærket indsats imod, at børn og gravide udsættes for skadelige stoffer.*

Miljø- og Energiministeriet

Miljøstyrelsen vil iværksætte en øget indsats imod at anvende sundhedsmæssigt problematiske stoffer i blandt andet legetøj og kosmetik. Indsatsen er især rettet mod at skærpe EU-regelsættet med hensyn til at anvende kemiske stoffer. Målet er, at stoffer, der udgør en potentiel fare for sundheden (stoffer, der virker kræftfremkaldende, allergifremkaldende eller reproduktionsskadende som følge af for eksempel hormonfor-

styrrende effekter), ikke må anvendes.

Initiativ 8.8: *Den nuværende indsats for at sikre børn i trafikken skal fortsættes.*

Trafikministeriet

Trafikulykker er den hyppigste dødsårsag blandt børn og unge. Derfor vil Rådet for Større Færdselssikkerhed fortsat udsende materiale om børn i trafikken til interesserede forældre gennem Børnenes Trafikklub. Desuden skal der følges op på Trafikministeriets forsøg med lokal uddannelse og brug af trafiksikkerhedsvejledere for børn i trafikken. Vejlederprojektet evalueres og søges i givet fald udbredt til flere amter (jf. initiativ 7.7).

Initiativ 8.9: *Der skal ske en landsdækkende indsats for at forebygge børneulykker.*

Sundhedsministeriet

Ulykker blandt børn er - også hvis vi ser bort fra trafikulykker - en af de hyppigste dødsårsager hos børn. Det anbefales at styrke oplysningsindsatsen for at forebygge børneulykker. Det drejer sig om mundtlig og skriftlig information om ulykkesforebyggelse til forældre ved de forebyggende børneundersøgelser og sundhedsplejerskebesøgene. Emnerne kan tillige tages op ved sundhedssamtalerne med skolebørn.

Initiativ 8.10: *Vidensgrundlaget i relation til alvorlige hjemme- og fritidsulykker blandt børn skal styrkes.*

Erhvervsministeriet

Forbrugerstyrelsen vil i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og DIKE iværksætte en analyse af alvorlige produktrelaterede kvæstelser og dødsfald i aldersgruppen op til 18 år. Det skal ske for at styrke mulighederne for at forbedre forebyggelsen, samt for at give de relevante myndigheder mulighed for at prioritere den ulykkesforebyggende indsats hvad angår såvel område som indhold.

Initiativ 8.11: *For at vurdere udviklingen i børns helbred og for at se om forebyggende tilbud til gravide og børn har den ønskede effekt skal børns sundhedstilstand overvåges.*

Sundhedsministeriet

Der findes ikke i dag et samlet overvåg-

ningssystem for børns sundhed i Danmark. Sundhedsministeriet tager initiativ til at udarbejde en basisstatistik, der registrerer nøgleindikatorer vedrørende børns sundhed. De forebyggende børneundersøgelser skal bidrage til en monitorering af børns sundhed og sygelighed ved registrering af visse data.

### **Gravidens levekår og livsstil**

Initiativ 8.12: *De vejledende retningslinjer for svangreomsorg bør følges i hele landet.*  
Sundhedsministeriet

De nye vejledende retningslinjer for svangreomsorgen fra 1998 følges endnu ikke i alle amter og kommuner. For at sikre bedst muligt samarbejde i svangreomsorgen anbefales etablering af dels amtslige fødeplanudvalg og tværfaglige teams omkring de enkelte fødesteder, dels distriktsfællesskaber mellem jordemødre og sundhedsplejersker i de enkelte kommuner. Disse distrikter samarbejder med de alment praktiserende læger om sundhedsfremmende tiltag og løsning af lettere problemer. Ved større problemer henvises til andre relevante instanser, for eksempel et tværfagligt team for gravide misbrugere (se initiativ 8.16).

Initiativ 8.13: *Indsatsen for at mindske gravidens forbrug af alkohol skal styrkes.*  
Sundhedsministeriet

Sundhedspersonalet skal oplyse alle gravide om alkohols skadelige virkning på fostret. For at sikre information og drøftelse af alkoholindtagelse under graviditeten, bør alle gravide tidligst muligt i graviditeten tilskyndes til at opgøre deres alkoholforbrug inden for den seneste uge. Opgørelsen kan indgå i svangrejournalmaterialet. Der fastlægges genstandsgrænser og kriterier for, hvornår den gravide visiteres til det amtslige tværfaglige team (se initiativ 8.16).

Initiativ 8.14: *Indsatsen for at mindske gravidens forbrug af tobak skal styrkes.*  
Sundhedsministeriet

Sundhedspersonale skal oplyse alle gravide om tobaks skadelige virkning på fostret. Alle gravide rygere og deres rygende partnere tilbydes rygeafvænnings efter første svanger-

skabsbesøg hos alment praktiserende læge eller første besøg hos jordemoder (jf. initiativ 3.7).

Initiativ 8.15: *Indsatsen for at sikre gravide mod arbejde, der kan skade fosteret, skal forstærkes.*  
Arbejdsministeriet  
Sundhedsministeriet  
Socialministeriet

Arbejdstilsynet vejleder virksomheder om risikovurdering og -håndtering i forhold til gravide ansatte. Arbejdstilsynet vil fortsætte det igangværende arbejde med at sikre gravide mod reproduktionssskadelige påvirkninger på arbejdspladsen. Socialministeriet, Sundhedsministeriet og Arbejdsministeriet udgiver i 1999 en pjece "Sunde børn før de fødes" om gravidens personlige, økonomiske og arbejdsmiljømæssige forhold.

Initiativ 8.16: *Der skal sikres en mere systematisk og tidlig støtte til gravide med misbrugsproblemer og andre psykosociale problemer.*  
Sundhedsministeriet

Der skal gennemføres en systematisk og tidlig støtte til gravide misbrugere samt sættes stærkere ind med foranstaltninger, for at forebygge skader hos fostret og barnet efter fødslen. Som et led heri skal myndighedernes muligheder for at komme i kontakt med gravide misbrugere forbedres. Det kan ske ved, at behandling og støtte til gravide misbrugere samles og koordineres i hvert amt, for eksempel etablering af et fast tværfagligt team (læge, psykolog, jordemoder og socialrådgiver) til at følge og varetage behandling af disse kvinder fra første graviditetsundersøgelse til barnet er cirka seks år gammelt.

### **Børn med særlige behov**

Initiativ 8.17: *Børn og unge med særlige behov skal have samme muligheder for personlig udvikling, udfoldelse og sundhed som andre børn.*  
Socialministeriet  
Sundhedsministeriet  
Undervisningsministeriet

Der skal ydes en tidlig indsats og ske en styrkelse af den tværfaglige indsats i kommunerne med henblik på at fremme en

helhedsorienteret, såvel forebyggende indsats som behandlingsindsats, der omfatter social-, skole- og sundhedssektoren. Sundhedsministeriet tager i samarbejde med Undervisningsministeriet og Socialministeriet initiativ til, at intentionerne i egne love opfyldes med hensyn til at sikre en tidlig og styrket indsats i forhold til behovsbørn. Socialministeriet, Sundhedsministeriet og Undervisningsministeriet vil endvidere foretage en revision af Vejledning om hjælp til børn og unge gennem dialog og samarbejde med forældrene.

*Initiativ 8.18: Der skal iværksættes en helhedsorienteret indsats for at hjælpe børn i familier, der på grund af misbrug eller andre problemer, ikke kan tilgodesee barnets behov.*

Sundhedsministeriet  
Socialministeriet

Det tværfaglige samarbejde, som bruges over for misbrugende gravide, udvides til at omfatte psykisk og kronisk syge gravide. Sundhedsvæsenet skal, når de har mistanke om eller kendskab til gravide med misbrugsproblemer, psykisk og kronisk sygdom, tage kontakt til de sociale myndigheder herom. Alkoholambulatorierne bør udvikle kompetence til at vurdere og støtte børn i misbrugsfamilier. Tilbuddene skal koordineres med anden kommunal indsats.

*Indsats over for truede børn på Hvidovre Hospital og Rigshospitalet*

En særlig indsats på Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet, en tværfaglig specialafdeling for gravide alkohol- og stofmisbrugere og deres børn fra 0-6 år, har vist effekt af en tidlig indsats til at forebygge komplikationer omkring og efter fødslen samt fejludvikling og omsorgssvigt. Indsatsen består blandt andet i afrusning/afgiftning af den gravide under indlæggelse eller ambulantly samt behandling af helbredsmæssige, psykiske og sociale problemer ved et tværfagligt team. Efter fødslen observeres og behandles barnet for eventuelle medfødte komplikationer, morbarnkontakten støttes, og der sørges for hjælpeforanstaltninger ved udskrivningen. Herefter følges børnenes trivsel og

udvikling samt opvækstforhold i Familieambulatoriet frem til skolealderen, uanset barnets opholdssted.

En opgørelse af 283 gravide stofmisbrugere og deres børn for perioden 1991-97 har vist, at langt de fleste børn fra projektet er født med normal fødselsvægt, og at de 92 procent af børnene, som blev fulgt, udviklede sig normalt. Tidlig behandling af gravide med alkoholproblemer afspejlede sig i højere fødselsvægt hos barnet.

*Initiativ 8.19: Etniske minoriteter i Danmark skal i højere grad vejledes af sundhedspersonale med udgangspunkt i den pågældende etniske kultur.*

Fødevareministeriet  
Sundhedsministeriet

Det er fra rapporter og udsagn fra læger og sundhedsplejersker indtrykket, at børn af nogle etniske minoriteter har risiko for usunde kostvaner. Ved rådgivning og udarbejdelse af informationsmateriale om sundhedsbudskaber skal der tages hensyn til fremmedsprogede familier - herunder også ved hjælp til det sundhedspersonale, der er i kontakt med familierne (se for eksempel initiativ 5.9).

*Initiativ 8.20: Rådgivning- og vejledningsindsatsen over for helt unge gravide mødre eller familier skal forstærkes.*

Socialministeriet  
Sundhedsministeriet

Antallet af helt unge forældre er begrænset, men sociale problemer omkring de meget unge familier får let alvorlige konsekvenser for børn og forældre. Den lokale rådgivnings- og vejledningsindsats til de unge gravide, mødre og familier - der ikke eller ikke i tilstrækkeligt omfang tager imod tilbud om støtte og som vurderes at befinde sig i en risikogruppe for at udvikle eller optrappe sociale og sundhedsmæssige problemer - bør derfor kvalificeres og styrkes. Socialministeriet og Sundhedsministeriet vil følge den fortsatte udvikling af lokale initiativer over for helt unge forældre, der ikke magter forældrerollen.

## Mål 9 - Unge

### *Unge skal sikres mod marginalisering i forhold til uddannelsessystem og arbejdsliv.*

Der skal i programperioden iværksættes en samordnet indsats for at sikre

- at unge, der forlader uddannelsessystemet i utide eller mister kontakten til arbejdsmarkedet, og
- at unge med risikoadfærd, tilbydes en hurtig og effektiv indsats, der sikrer den unge mod varig marginalisering.

Marginalisering med deraf følgende risiko for at blive udstødt af sociale netværk er tæt forbundet med risikoadfærd og dermed et helbredstruende livsforløb.

Ungdomstiden regnes i dag for et selvstændigt livsafsnit med særlige livsmål, der ikke alene retter sig mod forberedelse til arbejds- og familieliv, men som samtidig indebærer valg og handlinger, der er afgørende for voksenlivets forløb. Perioden er i sin tidsmæssige udstrækning meget individuel, men kan i mange tilfælde spænde fra 13-årsalderen til op mod 25-årsalderen.

Langt de fleste unge går ind i en uddannelse eller ud på arbejdsmarkedet. De fleste unge får på et tidspunkt en fast tilknytning til arbejdsmarkedet. Men der er desværre en mindre gruppe af unge, som falder ud af uddannelsessystemet og aldrig opnår en fastere tilknytning til arbejdsmarkedet. Det er en meget udsat gruppe unge, specielt hvis deres andre netværk, for eksempel familien, er svage.

Der er brug for konkrete initiativer til at styrke de uddannelsesmæssige muligheder, men der er samtidig behov for mere generelt understøttende og forebyggende initiativer i forhold til disse unge.

#### **Forebyggelse af frafaldstruede unge**

Der skal tages nye initiativer for at øge rummeligheden i uddannelserne for at forebygge marginaliseringstruede unge i at falde fra

uddannelsessystemet.

Udvikling af et godt skolemiljø i bred forstand skal fremmes på uddannelserne med henblik på at fastholde unge i uddannelsesforløb. Det skal ske ved at skabe nye sociale muligheder for samvær på skolerne samt ved at styrke de unges sammenhold og identitets- og selvfølelse. Det kunne handle om kulturelle aktiviteter som musik eller idræt.

I den forbindelse bør der fokuseres på idrættens brede vifte af positive effekter på elevernes oplevelse af et godt skolemiljø: socialt sammenhold, adspredelse i en fysisk passiv hverdag og fremme af selvtillid hos ellers svage elever. Der skal tages initiativ til, at fysisk udfoldelse i højere grad bliver en del af undervisningen og mere generelt af skolemiljøet i frafaldstruede ungdomsuddannelser

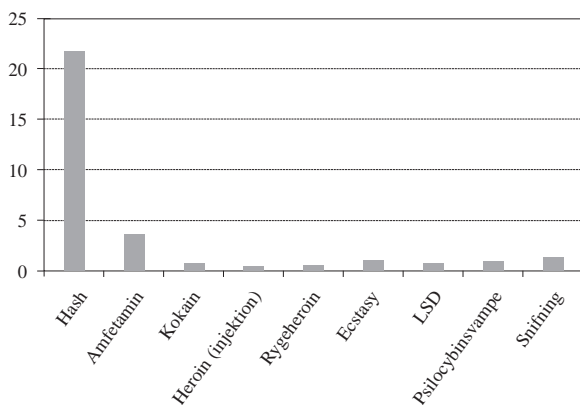
#### **Indsats over for unge med risikoadfærd**

Ungdommen er et livsafsnit, hvor mange ting bliver afprøvet. Derfor er unge særligt udsat for en helbredstruende risikoadfærd.

Der er således fortsat behov for en forebyggende indsats i forhold til de unges omgang med rusmidler. En ny redegørelse om brugen af alkohol og andre rusmidler blandt 15-16-årige skoleelever i 26 europæiske lande viser, at danske skoleelever har et større forbrug af alkohol sammenlignet med skolebørn i langt de fleste andre europæiske lande. Børn og unge med dårlig trivsel og skoleforløb er i særlig grad disponeret for risikoadfærd.

I forhold til andre europæiske lande ligger danske skolebørn også højt når det drejer sig om forbrug af hash, og i midten af rækken hvad angår andre illegale stoffer. Det er ofte unge med et højt alkoholforbrug, der også eksperimenterer med andre stoffer. Næsten en fjerdedel af de unge HF- og gymnasieelever har på et tidspunkt prøvet at ryge hash. Mens klart færre har prøvet andre former for rusmidler. Næsten 4 procent har prøvet amfetamin og mere end én procent af de unge har prøvet ecstasy, LSD, snifning og psilocybinsvampe.

*Andel (i procent) blandt HF- og gymnasieelever, der har prøvet:*



*Kilde: Sundhedsvaner og livsstil. En undersøgelse blandt gymnasieelever og HF-kursister 1996/97, DIKE og Undervisningsministeriet, 1998.*

Selv mordshyppigheden er lavere blandt børn og unge end blandt alle øvrige aldersgrupper, men udgør, som ved ulykker, et betydeligt tab af leveår for aldersgruppen.

Unge, og især unge mandlige bilister, er meget udsatte for at komme ud for trafikulykker. Unge som cyklister udgør en risikogrube, alene fordi de udgør en meget stor andel af cyklisterne. Den forebyggende indsats på området skal intensiveres.

### Strategier

Initiativerne som retter sig mod unge har flere dimensioner:

- For det første skal indsatsen for at fastholde frafaldstruede unge i uddannelserne intensiveres. Det kan ske, dels ved

at uddannelserne gøres mere rummelige for unge med forskellige forudsætninger, dels ved at fremme initiativer rettet mod sociale aktiviteter på uddannelser, herunder idræts- og motionstilbud.

- For det andet skal der ske en styrkelse af indsatsen over for unge med risikoadfærd, fortrinsvis gennem en forstærket tidlig indsats over for unge med misbrugs- eller kriminalitetsproblemer eller selvmordstruede unge.
- For det tredje skal en generel indsats sikre, at unge opnår handlekompetence i forhold til misbrugsproblemer og risikoadfærd, herunder i trafikken og på arbejdsmiljøområdet.

## Initiativer

### Fastholdelse af frafaldstruede unge

**Initiativ 9.1:** *Rummeligheden i uddannelserne skal øges specielt for at forebygge marginaliseringsstruede unge i at falde fra uddannelsessystemet.*

Undervisningsministeriet

Kulturelle og livsstilsskabende aktiviteter, for eksempel idræt, musik og teater, skal fremmes i erhvervsuddannelserne, med henblik på at skabe nye sociale muligheder samt for at styrke sammenhold og identitets- og selvfølelse. Der er kort sagt tale om udvikling af et godt skolemiljø i bred forstand. Undervisningsministeriet er i gang med at revidere erhvervsuddannelserne. Reformen forventes at træde i kraft august 2000.

**Initiativ 9.2:** *Idræt og andre motionstilbud skal i højere grad blive en del af undervisningen og mere generelt af skolemiljøet i frafaldstruede ungdomsuddannelser.*

Undervisningsministeriet

Der skal, specielt i grundforløbet, indarbejdes rummelige uddannelsesfrekvenser, således at der skabes rammer for, at flest mulige elever får et seriøst idræts/motionstilbud. I forbindelse med implementeringen af erhvervsuddannelsesreformen i august 2000 iværksættes forsøg, hvor idéerne og mulighederne afprøves.

## Unge med risikoadfærd

Initiativ 9.3: *Tidlig indsats over for unge med kriminalitetsproblemer.*

Socialministeriet

Som led i regeringens voldspakke vil Socialministeriet styrke indsatsen over for større børn og unge, der er kriminalitets-truede. Det skal ske gennem en forstærket opsøgende indsats, for eksempel en fast støtteperson til unge, som har brug for fast voksenkontakt, fremme af brug af ungdomskontrakter over for unge lovovertrædere samt tilvejebringelse af materiale om en hurtig indsats over for børn og unge, der pågribes i kriminalitet.

Initiativ 9.4: *Tidlig indsats over for unge med misbrugsproblemer.*

Socialministeriet

Sundhedsministeriet

Marginaliserede unge med et intensivt rusmiddelforbrug kræver en særlig opmærksomhed i lokalsamfundet og forudsætter en lokal "skræddersyet" indsats. Til støtte herfor skal behandlingsbehovet for stofmisbrugere under 18 år undersøges for at vurdere, om der stilles tilstrækkeligt kvalificerede tilbud til rådighed for de unge.

Initiativ 9.5: *Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde styrkes for at støtte unge med selvmordstanker/tidlige selvmordsforsøg.*

Socialministeriet

Sundhedsministeriet

Undervisningsministeriet

Alle myndigheder har et selvstændigt ansvar for at øge opmærksomheden på børn, der udsættes for dårlige forhold og omsorgssvigt. Der bør oprettes åbne ungdomsrådgivninger over hele landet. Den tværfaglige og tværsektorielle indsats over for børn og unge skal styrkes, dels gennem metodeudviklingsprojekter med åbne, anonyme og fortrolige rådgivninger, dels ved en revision af "Vejledning om dialog og samarbejde med forældre", hvori reglerne om underretningspligt gennemgås i forhold til forskellige faggrupper. Initiativet er en opfølgning af forslaget til "Handlingsplanen vedrørende forebyggelse af selvmord fra 1999".

## Forebyggelse af risikoadfærd

Initiativ 9.6: *Antallet af unge, som bliver dræbt eller kommer til skade i trafikken, skal nedbringes.*

Trafikministeriet

Trafikministeriet vil øge oplysningsindsatsen på uddannelsesinstitutionerne om risikoen for at blive skadet eller dræbt i trafikken; samt opfordre til, at trafikundervisningen i folkeskolens ældste klasser styrkes og at uddannelsesinstitutionerne tager trafikemner op i undervisningen (jf. også initiativ 7.10).

Initiativ 9.7: *Den generelt forebyggende indsats over for misbrugsproblemer videreføres, men fremover følges mere målrettet op lokalt over for specifikke alders- og uddannelsesgrupper samt særligt udsatte grupper.*

Sundhedsministeriet

Unge er en vigtig målgruppe for forebyggende initiativer på narkotika- og alkoholområdet. I samarbejde med amter og kommuner tages en række initiativer for at intensivere forebyggelsen af alkoholproblemer og andre misbrugsproblemer blandt unge. Rusmiddelkulturen blandt unge skal overvåges med henblik på at opfange nye trends i rusmiddelkulturen samt iværksætte særlige informationsindsatser og lokale tiltag målrettet de unges dagligdag, herunder ungdomsuddannelserne.

Initiativ 9.8: *Arbejdsmiljøundervisningen i erhvervsuddannelserne skal styrkes.*

Undervisningsministeriet

Arbejdsministeriet

Arbejdsmiljø skal så vidt muligt være et obligatorisk selvstændigt fag på erhvervsuddannelserne, og temaet arbejdsmiljø skal indgå i undervisningen, hvor det findes naturligt. Desuden skal forudsætningerne for at undervise i arbejdsmiljø styrkes dels gennem nye undervisningsmaterialer og en styrkelse af lærernes arbejdsmiljøbaggrund, dels gennem informations- og inspirationsinitiativer i forhold til de faglige udvalg og erhvervsskoler.

## Mål 10 - Ældre

*Ældre skal sikres tilbud, der sigter mod at opretholde deres sociale, fysiske og psykiske færdigheder længst muligt.*

*I programperioden skal:*

- Andelen af fysisk inaktive over 66 år reduceres. Det skal ske ved at iværksætte initiativer, der har til formål at bevare/genopbygge ældres fysiske færdigheder.
- Andelen af socialt isolerede ældre nedbringes. Det skal ske ved at iværksætte initiativer, der har til formål at forebygge og bryde social isolation.

Ældre omfatter en stor gruppe af overvejende raske ældre med få eller ingen begrænsninger i dagligdagen og en mindre gruppe svækkede ældre med betydende færdighedstab. I nogle sammenhænge kan en inddeling i "yngre ældre" (65-80-årige) og "ældre ældre" (80+ årige) være relevant, idet det specielt er efter 80-årsalderen, at forekomsten af færdighedstab øges betydeligt. Ældre udgør således en heterogen gruppe med meget forskelligartede behov for forebyggelse.

Ulighed i sundhed har flere dimensioner, herunder også sociale og aldersbetingede dimensioner. For det første er der blandt ældre - ligesom blandt yngre - betydelige sociale uligheder, og det kan være nødvendigt at behovsorientere den forebyggende indsats. For det andet kan ældre ligesom yngre opnå god effekt af forebyggelse, og alder bør ikke være et argument for at tilbyde en ringere indsats. For eksempel er det veldokumenteret, at ældre opnår ligeså gode resultater af en intensiv rehabilitering efter apopleksi, som yngre.

Ifølge befolkningsprognosen fra Danmarks Statistik vil antallet af 65+ årige stige med 8 procent i løbet af de næste ti år og med 30 procent i løbet af 20 år. I samme tidsrum stiger antallet af 80+ årige med henholdsvis 2 procent og 6 procent.

### **Styrkelse af social- og sundhedsvæsenets indsats over for ældre**

Siden 1. juli 1998 har det været lovpligtigt for alle kommuner at tilbyde alle borgere over 75 år forebyggende hjemmebesøg af kommunens social- eller sundhedsmedarbejdere (i perioden 1996-98 omfattede ordningen ældre over 80 år). Der er store variationer fra kommune til kommune i hvor mange ældre, som modtager hjemmebesøg. Undersøgelser har vist en gunstig effekt af de opsøgende hjemmebesøg, og at det for eksempel er muligt at forebygge indlæggelser og flytning til plejehjem. Effekten synes dog betinget af, at der både sker en social og helbredsmæssig intervention og af, at besøgene følges op.

De forebyggende hjemmebesøg giver gode muligheder for at forebygge social isolation blandt ældre og at sikre tidlige sundhedsfremmende og forebyggende indsatser over for den enkelte ældre. De forebyggende hjemmebesøg skal derfor fortsat kvalitetsudvikles for at sikre gode resultater.

Over 80 procent af alle ældre har mindst én gang om året kontakt med deres praktiserende læge. Lægen er ofte den første, der kontaktes ved problemer af såvel sygdomsmæssig som social karakter. Den praktiserende læge er ofte en person, som de ældre har tillid til. Derfor bør de praktiserende lægers rolle i det forebyggende arbejde blandt ældre styrkes.

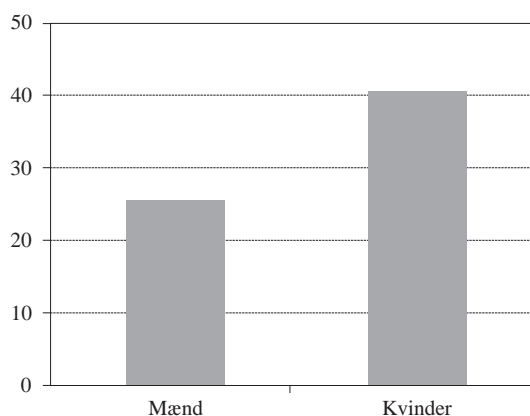
Hverken sygehusloven eller serviceloven fastlægger en klar forpligtelse for henholdsvis amter og kommuner til at varetage genoptræning og vedligeholdelsestræning. Der er ofte tale om en glidende overgang mellem den specialiserede genoptræning i sygehusregi og den vedligeholdelsestræning og forebyggelse af færdighedstab, der normalt varetages i kommunalt eller privat regi. Derfor udsendte sundhedsministeren i 1994 temaudmeldingen "Mellem to stole" om genoptræning med henblik på at styrke koordinationen og samarbejdet mellem amter og kommuner for at sikre ældre borgere gode og sammenhængende vedligeholdelses- og genoptræningstilbud. Men der er stadig behov for at styrke amter og kommuners samarbejde herom.

### Mindskelse af risikofaktorerne

Der er en række risikofaktorer i ældres dagligdag, som gør ældre til en særlig udsat gruppe.

Andelen blandt 67-årige og derover, der hovedsageligt er fysisk inaktive, er klart større blandt kvinder end blandt mænd. 26 procent af de ældre mænd og 42 procent af kvinderne er fysisk inaktive.

*Andel (i procent) blandt ældre (67+ årige) der hovedsageligt har en stillesiddende fritid, opdelt på køn, 1994.*



*Kilde: Sundhed og sygelighed i Danmark 1994, DIKE 1995.*

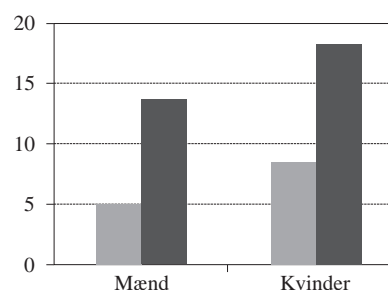
Fysisk aktivitet styrker ældres funktionsevne og har en betydelig forebyggende effekt når det gælder sygelighed og dødelighed.

Endvidere øger fysisk aktivitet både den enkeltes fysiske og psykiske velvære og livskvalitet.

En særlig risikofaktor for ældre er fald. Der er cirka 8.-9.000 årlige tilfælde af brud på lårbenshalsen og det er den enkeltsygdom, der beslaglægger flest sygehussengedage. Mange ældre genvinder ikke førligheden efter et brud og bliver afhængige af fast støtte i dagligdagen. Der er i dag en god viden om forebyggelse af faldulykker, og denne viden skal udbredes i langt højere grad, end det er tilfældet i dag.

Social isolation er ligeledes relativt udbredt blandt den ældste del af befolkningen. Henholdsvis 5 og 8 procent blandt ældre mænd og kvinder er ofte uønsket alene, og henholdsvis 13 og 18 procent blandt ældre mænd og kvinder regner ikke med at kunne få hjælp til praktiske problemer i tilfælde af sygdom.

*Andel (i procent) blandt personer på 67 år eller derover der ofte er uønsket alene og andel der ikke regner med at kunne få hjælp fra andre til praktiske problemer i tilfælde af sygdom, opdelt på mænd og kvinder, 1994.*



*Kilde: Sundhed og sygelighed i Danmark 1994, DIKE 1995.*

De landsdækkende og lokale frivillige organisationer, de mange ældre i menighedsråd, aktivitetscentre, besøgsvenner mv. yder i dag en stor indsats for at hjælpe isolerede ældre. Erfaringer viser at ved at opprioritere frivillig hjælp og besøgsordninger fremmes isolerede ældres sociale kontakter og kontakt til det øvrige samfund. Denne indsats skal derfor søges udbredt. Samtidig skal samarbejdet mellem amter og kommuner på den ene side



og de frivillige organisationer på den anden side styrkes med henblik på at sikre samvirket mellem offentlig indsats og de frivillige sociale organisationers virke.

Sygelighed, ensomhed, isolation og modløshed er faktorer, som har betydning for selvmordsadfærd blandt ældre. Lige så vigtig er imidlertid den angst eller modvilje, som mange ældre nærer i forbindelse med voksende hjælpeløshed og afhængighed af andre.

Ældre er en meget udsat gruppe i trafikken. Blandt andet er risikoen for at blive dræbt betydeligt højere for en ældre end for en yngre fodgænger. Også som bilister er ældre involveret i flere ulykker. For at fastholde en fortsat sikker mobilitet, skal ældres færden i trafikken sikres.

Undersøgelser viser, at der blandt nogle grupper af ældre er en betydelig forekomst af fejl- og/eller underernæring. Gode kostvaner kan om ikke standse svækkelsesprocessen hos ældre så sænke hastigheden af sygdomsudvikling og heraf følgende færdighedstab.

### **Strategier**

Den fremtidige forebyggelsesindsats over for ældre kan inddeles i to kategorier:

- For der første skal der ske en generel opfølgning på social- og sundhedsvæsenets indsats over for ældre. Det skal ske gennem en kvalificering og bedre udnyttelse af de eksisterende rammer og ordninger.
- For det andet skal der ydes en særlig indsats vedrørende risikofaktorerne omkring ældre. Det drejer sig om for eksempel fald, social isolation, selvmord, kost, fysisk aktivitet og trafikulykker.

Indsatsen skal dels sikre, at raske ældre bevarer helbred, psykisk og fysisk funktionsevne og sociale netværk, dels sikre en tidlig indsats i forhold til fysiske, psykiske og sociale problemer samt følgerne af erkendte sundhedsmæssige og sociale problemer.

## **Initiativer**

### **Styrkelse af social- og sundhedsvæsenets indsats over for ældre**

Initiativ 10.1: *De lovpligtige forebyggende hjemmebesøg skal sikres et konkret sundhedsfremmende og forebyggende indhold ved udvikling af kvalitetsudviklingsprogrammer.*

Socialministeriet

Socialministeriet vil i samarbejde med Kommunernes Landsforening, Sundhedsministeriet og relevante faglige og frivillige organisationer i år 2000 gennemføre et par konferencer med henblik på at udvikle og systematisere metoder til blandt andet at identificere sundhedsfaglige og sociale elementer, der bør indgå i de forebyggende hjemmebesøg. Indhold og kvalitet i de forebyggende hjemmebesøg bør udvikles løbende i de amtslige og kommunale samarbejdsfora, ligesom ordningen følges centralt i henholdsvis Socialministeriets følgegruppe vedrørende de forebyggende hjemmebesøg og i Sundhedsministeriets følgegruppe vedrørende sygesikringslovens samarbejdsbestemmelser.

Initiativ 10.2: *Praktiserende læger skal kvalificeres til en øget forebyggende indsats over for ældre.*

Sundhedsministeriet

Den praktiserende læges rolle i forhold til forebyggelse over for ældre udvikles yderligere. Det kan for eksempel ske ved at indgå lokale aftaler mellem amtet og de praktiserende læger om forebyggende hjemmebesøg og lignende eller ved at lægerne skærper forebyggelsesindsatsen i hver konsultation. Der skal udarbejdes vejledninger om de praktiserende lægers indsats over for ældre, blandt andet som grundlag for efteruddannelsesinitiativer i lægekredsforeninger og andre steder.

Initiativ 10.3: *Genoptræning efter sygeperioder og ulykker og ved færdighedstab i øvrigt samt vedligeholdelsestræning skal styrkes.*

Sundhedsministeriet

Genoptræningen skal omfatte fysiske, psykiske og sociale aspekter. Sundhedsministeriet vil i samarbejde med blandt andet Socialministeriet og de kommunale parter udarbejde et idékatalog og iværksætte modelprojekter med henblik på at styrke genoptræningen i sygehusregi og vedligeholdelsestræningen i kommunalt regi samt udvikle hjemmetræningsprogrammer. Aftaler mellem kommuner og amter skal udbredes som det vigtigste redskab til at sikre ældre borgere tilstrækkelige og gode vedligeholdelses- og genoptræningstilbud. Der bør i hvert amt foreligge en aftale mellem amtet og kommunerne om opgavefordeling for træningssområdet for ældre.

#### *Ældre aftaler i Århus Amt*

Århus Amt har indgået såkaldte ældre aftaler med en række kommuner i amtet. Aftalerne består af et grundelement samt en række delelementer. Grundelementet er en samarbejdsaftale mellem kommune og det lokale sygehus om den ældre patients udskrivelse fra sygehus. Som delelementer indgår for eksempel opsøgende hjemmebesøg til ældre med deltagelse af praktiserende læger, styrkelse af genoptræningsområdet og samarbejde på hjælpemiddelområdet. I flere andre amter har man brugt lignende aftalemodeller.

### **Mindskelse af risikofaktorer for ældre**

*Initiativ 10.4: Idræts- og motionstilbud til ældre uden færdighedstab skal udbredes.*

Sundhedsministeriet  
Kulturministeriet

Sundhedsministeriet vil i samarbejde med Kulturministeriet, Socialministeriet, Undervisningsministeriet, de kommunale organisationer samt repræsentanter for idrætten og ældreorganisationerne udarbejde en vejledning eller lignende for at igangsætte og videreudvikle idræts- og motionstilbud for ældre. Kulturministeriet har i 1999 for en treårig forsøgsperiode igangsat et "Idræts-politisk Idéprogram", der blandt andet støtter udvikling af idrætstilbud for ældre - især

den ældreidræt, der ligger uden for den etablerede idræt. Sundhedsministeriet vil opfordre kommuner og amter til at styrke oplysningsindsatsen om idræt for ældre.

*Initiativ 10.5: Amter og kommuner skal sikre en dækkende udbredelse af faldforebyggelse blandt hjemmeboende, plejehjemsbeboere mv.*

Sundhedsministeriet  
Socialministeriet

Forebyggelse af faldulykker skal indgå i forebyggende hjemmebesøg, visitation til nødkald og hjemmehjælp samt ved indlæggelser og skadestuebesøg efter faldulykker. Sund By-netværkets materiale om faldforebyggelse skal udbredes til kommuner, skadestuer og sygehuse. Ældre bør tilbydes differentierede træningsprogrammer, herunder en særlig indsats efter faldepisoder (jf. initiativ 10.3), og faldforebyggelse bør indgå i sundhedsuddannelserne.

*Initiativ 10.6: Social isolation af ældre skal forebygges gennem opprioritering af frivillig indsats over for ældre.*

Socialministeriet

De landsdækkende og lokale frivillige organisationer yder i dag en indsats for at hjælpe isolerede ældre til social kontakt. Der er med den seneste ændring af tips- og lottoloven oprettet en særlig pulje til ældreorganisationer, som yder en social indsats i forhold til ældre. Kommuner og amter skal ifølge servicelovens paragraf 115 årligt udarbejde en redegørelse for den lokale udvikling på det frivillige sociale område. Redegørelserne vil blandt andet give mulighed for en central opfølgning, hvori de frivilliges indsats i forhold til at forebygge social isolation af ældre indgår.

*Initiativ 10.7: Selvmord blandt ældre skal forebygges gennem uddannelse af plejepersonale og udbygget omsorgsindsats.*

Socialministeriet  
Sundhedsministeriet  
Undervisningsministeriet

Gennem grund-, videre- og efteruddannelse skal det sikres, at plejepersonale, herunder

hjemmehjælp og hjemmepleje, kvalificeres til at opfange og reagere på signaler om, at de ældre går med selvmordstanker.

Initiativ 10.8: *Bedre muligheder og sikkerhed for ældre i trafikken.*

Trafikministeriet

Trafikministeriet har igangsat et forskningsprojekt om især ældre fodgængeres opmærksomhed og risikobevindstthed i trafikken med henblik på at forbedre trafiksikkerheden for ældre. Projektet ventes afsluttet i år 2000. Desuden skal projektet "Ældres udendørs mobilitet", som ventes afsluttet i begyndelsen af år 2000, pege på initiativer, der kan forbedre ældres muligheder for at færdes udendørs - både som fodgængere, bilister, cyklister og brugere af kollektiv transport.

Initiativ 10.9: *Ældre bilisters risiko for at blive involveret i trafikulykker skal reduceres.*

Trafikministeriet

Trafikministeriet er i gang med at undersøge behovet for en revision af de nuværende retningslinjer for lægeundersøgelse ved kørekortsfornyelse efter halvfjerdsårsalderen. I forlængelse heraf udarbejdes et eventuelt oplæg til revision. Arbejdet forventes afsluttet med udgangen af 1999.

Initiativ 10.10: *Indsatsen for tidlig opsporing og intervention ved ernæringsproblemer hos ældre skal styrkes.*

Sundhedsministeriet

Fødevareministeriet

Sundhedsstyrelsen og Veterinær- og Fødevaredirektoratet vil udbrede viden via oplysning til selvhjulpne ældre om hensigtsmæssig kost i forbindelse med sygdoms- og svækkelsesperioder. Desuden skal der ske en tidlig opsporing og intervention ved ernæringsproblemer via pleje- og sundhedspersonalet og en styrkelse af samarbejdet mellem forskellige aktører, for eksempel hjemmeplejen og institutionskøkken eller sygehus. En erfaringsopsamling i 2002 skal skabe konsensus om en samlet indsats og fastlægge en ansvarsfordeling. Endvidere skal kommunerne opfordres til, i samarbejde med ældreorganisationer at styrke ordninger, der støtter ældres gode kostvaner (for eksempel madklubber og madudbringning).

Initiativ 10.11: *Influenzavaccinationer til ældre over 65 år.*

Sundhedsministeriet

MTV-instituttet er i øjeblikket ved at gennemføre en medicinsk teknologivurdering af influenzavaccinationer.

## II.4 Mål for forebyggelsesmiljøer (mål 11-14)

### Mål 11 - Grundskolen

*Grundskolen skal udgøre et sundhedsfremmende miljø og give eleverne forudsætninger, så de kan handle for at fremme egen og andres sundhed*

Der skal i forbindelse med skolens undervisning i programperioden arbejdes for:

- at sundhedsundervisningen giver eleverne en bedre baggrund for at handle for at fremme egen og andres sundhed
- at undervisningen, der foregår i det obligatoriske emne sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab, samt i andre fag, for eksempel idræt, hjemkundskab og natur/teknik, i højere grad skaber en sammenhæng med henblik på at opnå en sundhedseffekt, herunder også hos elever med særlige behov.

Skolens miljømæssige rammer skal ved lovgivning og/eller udvikling af en lokal sundhedspolitik sikre:

- et røg-, alkohol- og stoffrit miljø på skolen
- at skolen tilbyder fysiske og tidsmæssige rammer, der inspirerer til blandt andet fysisk aktivitet, og danner baggrund for bedre spisetilbud
- at det psykiske og sociale miljø sikrer eleverne mod mobning og fremmer elevernes selvtilid og ligeværd samt tro på egne og fælles handlemuligheder.

Grundskolen udgør et væsentligt element i børn og unges udvikling og danner samtidig rammen om en væsentlig del af børn og unges hverdag. Grundskolen er derfor et blandt flere miljøer, der påvirker børn og unges handlemåder vedrørende sundhed.

#### **Skolen som sundhedsfremmende miljø**

Skolen er i mange år den daglige ramme om børns liv. Det er derfor afgørende, at skolen udgør et sundt miljø og har en sundhedskultur, der understøtter sunde vaner og befordrer trivsel. Børnenes sundhedsvaner udvikles i et samspil mellem de signaler og vilkår, der gives i familien, skolen, fritidsinstitutionen og lokalsamfundet i øvrigt. Det er derfor vigtigt, at der sker en koordination af disse miljøers bestræbelser på at fremme børns sundhed.

Skolebørns livsstil og levekår har betydning både her og nu og for deres senere voksenliv. En række vaner vedrørende personlig hygiejne, kost, tobak, alkohol og motion

grundlægges i skoleårene og har afgørende betydning resten af livet. På samme måde er børns selvfølelse, livsmod og evne til at overskue og handle i dagligdagen såvel som i pressede situationer i høj grad afhængig af, hvordan skolen bidrager til at udvikle disse egenskaber.

Bortset fra en god tandhygiejne er danske skolebørns sundhedsadfærd på flere områder dårlig sammenlignet med børn i andre lande. Og på nogle områder har der fundet en yderligere negativ udvikling sted i de seneste år. Det gælder *alkohol*, hvor børnene drikker fra en tidligere alder. Ifølge en international undersøgelse har 17 procent af drengene og 12 procent af pigerne i 9. klasse inden for den sidste uge drukket mere end svarende til Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser.

Det gælder også *rygning*, hvor der efter et fald i andelen af elever, der ryger dagligt, nu igen er indtrådt en stigning i 1998. Hovedparten

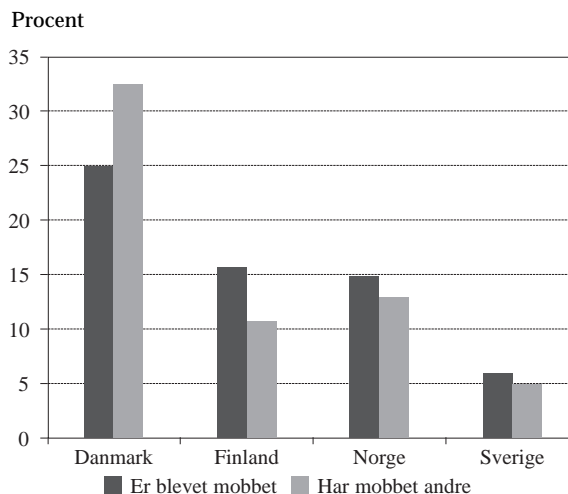
af de unge, der bliver rygere, begynder at ryge, mens de går i grundskolen. Mange undersøgelser har dokumenteret, at rygning "smitter", når det handler om unge. På halvdelen af alle grundskoler med elever på 8.-10. klassetrin er elevrygning fortsat tilladt fra 8. klasse. Et forbud mod rygning vil støtte eleverne i at forblive ikke-rygere og under alle omstændigheder medvirke til at udsætte en eventuel rygedebut.

Når en skole observerer, at udvikling i for eksempel rygning eller alkoholforbrug breder sig som en kultur i en klasse, bør skolen tage initiativer til at ændre denne udvikling.

Gode *kost- og motionsvaner* er vigtige hos skolebørn. Mange skoler prioriterer ikke maden og måltiderne højt i dagligdagen. Et faldende antal børn dyrker motion, og en undersøgelse har også vist faldende kondition blandt skolebørn. Arbejdet med at styrke og støtte børn og unge i at udvikle sunde kost- og motionsvaner skal ikke kun foregå via skolernes undervisning, men skolerne skal også tilbyde børnene reelle muligheder for at spise sundt og dyrke motion.

Også *mobning* er en sundhedsmæssig risikofaktor. Andelen af børn, der trives meget godt i skolen, er blevet mindre, og mobning er meget hyppigere i Danmark end i Norge og Sverige, som gennem mange år aktivt har modvirket mobning. Mange skoler har udarbejdet handlingsplaner til forebyggelse af mobning. Erfaringer viser, at indsatsen giver gode resultater. Denne udvikling skal fremover fremmes, så overvejelser om mobningsforebyggelse og fremme af et trygt og rummeligt læringsmiljø bliver en del af skolernes arbejde med handlingsplaner.

### *Hyppighed af mobning blandt 11-15-årige i fire nordiske lande.*



*Kilde: Psykiatrinformation, feb. 1999, nr. 1, 6. årg.*

Skolen har en række muligheder for at arbejde med sundhed. Skolen kan vedtage en sundhedspolitik, der markerer de mål og værdier, som man betragter som afgørende for elevers sundhed. Derudover kan der arbejdes med det fysiske miljø, det sociale miljø og de individuelle sundhedsvaner og kompetencer i forhold til sundhed.

Ved at give eleverne viden, holdning og handlingskompetence til en positiv sundhedsadfærd og et sundt liv, kan skolen desuden modvirke en negativ effekt fra uheldige sociale kår.

#### *Den Sundhedsfremmende Skole*

På baggrund af et WHO-projekt og med udgangspunkt i Forskningscenter for Miljø- og Sundhedsundervisning på Danmarks Lærerhøjskole i København deltager en lang række skoler landet over i projektet "Den Sundhedsfremmende Skole". I flere projekter er der samarbejde mellem amternes

sundhedsforvaltninger og skolerne. Udgangspunktet for projekterne er læseplanen for det obligatoriske emne, sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab.

### **Sundhedsundervisningen**

I folkeskolen er sundhedsundervisningen forankret i det obligatoriske emne sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab. Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab er ikke tillagt et bestemt antal timer, men undervisningen skal leve op til formålet for det obligatoriske emne, og eleverne skal i løbet af skoleforløbet arbejde med samtlige centrale kundskabs- og færdighedssområder.

Men eleverne arbejder også med forskellige aspekter af sundhed i en lang række af skolens fag. Det gælder i hjemkundskab og idræt, men også i for eksempel natur/teknik, biologi, samfundsfag samt i de to øvrige obligatoriske emner færdselslære samt uddannelses-, erhvervs- og arbejdsmarkedsorientering. Sundhedsundervisning kan foregå i klassens tid, i fagene, i tværfaglige forløb, i forbindelse med særlige arrangementer eller projektopgaver.

Formålet med undervisningen er at udvikle en sund adfærd og handlekompetence i forhold til sundhed hos eleverne, således at de gennem viden, engagement og selvtillid bliver i stand til at forholde sig kritisk og handle for at fremme egen og andres sundhed.

Undervisningen knytter sig til elevernes personlige oplevelser og opfattelser og tager hensyn til elevernes fysiske, psykiske og sociale udvikling. Eleverne skal engageres i aktivt at søge viden, at tage stilling og at overveje egne

og fælles handlemuligheder i forhold til sundhed. Ofte inddrages skolens sundheds-tjeneste og lokalsamfundet i undervisningen.

### *Sundheds- og seksualundervisningen og familiekundskab*

Eleverne skal arbejde med indhold fra følgende ni temaer:

- Personlig vækst og udvikling. Fysisk og psykisk arbejdsmiljø. Miljø og sundhed. Bolig og sundhed. Fred og sundhed. Sundhed, vaner og livsstil. Seksualitet, lyst og sansning. Sex, sundhed og sygdom. Samliv.

Der arbejdes med et bredt og positivt sundhedsbegreb, hvor blandt andet følgende spørgsmål overvejes:

- Hvornår er vi sunde? Har for eksempel familielivet betydning for sundheden? Hvad har vi selv indflydelse på? Er livskvalitet og sundhed det samme? Kan man have et dårligt seksualliv og alligevel være sund? Har sundhed og miljøproblemer noget med hinanden at gøre?

*Kilde: Undervisningsministeriets faghæfte nr. 21*

### **Strategier:**

Der skal i programperioden arbejdes på:

- at styrke skolernes sundhedsundervisning, således at undervisningen i højere grad skaber en sammenhæng med henblik på at opnå en sundhedseffekt også hos elever med særlige behov.
- at styrke skolen som sundhedsfremmende miljø ved lovgivning og/eller udvikling af lokale sundhedspolitikker.

Eleverne skal aktivt inddrages i denne proces, der både medtænker elevernes samlede dag i skole og fritidstilbud, alle skolens ansatte samt skolens brug uden for skoletid.

## Initiativer:

Initiativ 11.1: *Sundhedsundervisningen og skolen som sundhedsfremmende miljø skal kvalitetsudvikles.*

Undervisningsministeriet  
Sundhedsministeriet

I forbindelse med handlingsprogrammet "Folkeskolen år 2000" udvikles redskaber, der skal beskrive faglige forventninger, faglig progression, mål og evaluering i fagene, herunder også i forbindelse med det obligatoriske emne sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab. I perioden 1999-2000 gennemføres et antal seminarer med udvalgte temaer om sundhedsundervisning. I forlængelse heraf vil Sundhedsministeriet og Undervisningsministeriet i samarbejde med Kommunernes Landsforening overveje anbefalinger til kommunerne vedrørende sundhedsundervisning og skolen som sundhedsfremmende miljø.

Initiativ 11.2: *Sundhedsundervisningen i grundskolen skal i højere grad struktureres og koordineres med henblik på at opnå en sundhedseffekt hos eleverne.*

Undervisningsministeriet

Sundhedsundervisningen skal omfatte såvel levevilkårenes som livsstilens betydning for sundheden, med den målsætning at understøtte sund adfærd og handlekompetence i forhold til sundhedsområdet. Der er behov for, at den enkelte skole udarbejder en handlingsplan med henblik på sundhedsundervisningen. Den kommunale sundhedstjeneste skal fungere som konsulenter for undervisningen og kan inddrages direkte heri. Arbejdet vil blive støttet af et inspirationshæfte til skolerne samt konferencer forskellige steder i landet.

Initiativ 11.3: *Der skal udvikles modeller til brug for de enkelte skolers udformning af en sundhedspolitik.*

Sundhedsministeriet  
Undervisningsministeriet  
Fødevarerministeriet

Skolerne skal udforme en sundhedspolitik, der omfatter sundhedsundervisning, det fysiske, psykiske og sociale miljø, fore-

byggelse og samarbejde. Skolebestyrelser, lærere, elever og forældre inddrages i udformningen af sundhedspolitikken. Sundhedsministeriet udformer i samarbejde med Undervisningsministeriet og Fødevarerministeriet et rammeoplæg til brug herfor.

*Et eksempel på indholdet i en sundhedspolitik på skolen:*

1. Sundhedsundervisning. Herunder læseplan, pædagogiske overvejelser, strukturering og organisering, efteruddannelse, antal timer i det obligatoriske emne, idræt, hjemkundskab og eventuelt andre fag, valgfagstilbud.
2. Det fysiske miljø. Herunder politikker angående rygning, alkohol, stoffer, spisetilbud, spisepauser, motion/bevægelse, bygninger, lokaler, udearealer, skolegården, sportspladsen.
3. Det sociale og psykiske miljø. Herunder det sociale klima, mobning, skolen som åbent, demokratisk, udfordrende og stimulerende miljø, ulighed i sundhed, børn med særlige vilkår.
4. Forebyggelse. Herunder skolesundhedstjeneste (skolelæge, sundhedsplejerske, tandlæge med flere).
5. Samarbejde og sammenhæng. Herunder mellem skolens forskellige personalegrupper, med lokalsamfundet i forbindelse med undervisning, med andre institutioner, foreninger med flere i lokalsamfundet, mellem de enkelte elementer i sundhedspolitikken.

Initiativ 11.4: *Skolen som sundhedsfremmende miljø, sundhedsundervisningen og skolernes sundhedspolitik evalueres med henblik på opfølgende initiativer.*

Undervisningsministeriet  
Sundhedsministeriet  
Fødevarerministeriet

Undervisningsministeriet og Sundhedsministeriet vil i samarbejde med Fødevarerministeriet i midten af programperioden evaluere initiativerne 11.1-11.3 med henblik på at undersøge behovet for yderligere initiativer. Evalueringen skal omfatte sundhedsundervisningen, handleplaner for sundhedsunder-

visningen og sundhedspolitikker med videre. Det skal særligt vurderes om og på hvilken måde, initiativerne har haft sundhedseffekt og effekt på udviklingen af elevernes kompetencer i forhold til sundhedsspørgsmål.

*Mere idræt i folkeskolens mindste klasser*

Ballerup Kommune har vedtaget en handleplan for idræt i folkeskolen for at give skolebørn gode idrætsvaner lige fra skolestarten. Fra skoleåret 1999/2000 og frem til 2003 udvides idrætsundervisningen i de yngste klasser, således at alle børn fra børnehaveklasse til 3. klasse får fire timers idræt om ugen.

Planens formål er dels at styrke børnenes kondition, muskelstyrke og udholdenhed, dels at udvikle deres personlige og sociale kompetence via idrætten. For hver elev fastlægges konkrete mål, som årligt evalueres.

Kommunens skoler skal udarbejde deres egne handleplaner for en central placering af idrætten, og lærernes faglige kvalifikationer sikres gennem efteruddannelse. Forældrene vil også blive inddraget tæt i indsatsen.

Initiativ 11.5: *Skolen skal udgøre et miljø, der forebygger mobning.*

Undervisningsministeriet

Undervisningsministeriet vil i samarbejde med Danmarks Lærerforening, Skole og Samfund og Kommunernes Landsforening i skoleåret 1999/2000 udgive et spørgeskema til afdækning af omfanget og graden af mobning på den enkelte skole samt tre pjecer til henholdsvis lærere, forældre og elever med ideer til indsats og måder at forholde sig til problemet på. Materialet udsendes til alle landets skoler. Undervisningsministeriet er gået ind i et tværkommunalt projekt, Uro-net, der i perioden frem til 2001 udvikler forebyggende metoder og samarbejdsmodeller, hvor urolige elever bliver mødt på en konstruktiv og udviklende måde.

*Norske handlingsprogrammer mod mobning*

Et handlingsprogram mod mobning i Bergen i Norge med 2.500 elever i 42 skoler gav følgende positive resultater:

- Mobningsproblemerne blev kraftigt reduceret med 50 procent eller mere.
- Mobningsproblemerne blev ikke flyttet fra skolen til skolevejen.
- Der var en klar nedgang i generel asocial adfærd som hærværk, tyveri, slagsmål og skulkeri.
- Det sociale klima i klasserne blev bedre: bedre orden og disciplin i timerne, mere positiv kammeratskabsånd og en mere positiv indstilling til skolen og skolearbejdet.
- Antallet af nye tilfælde af mobning blev klart mindre end før programmet.
- Samtidig kunne der registreres en stigning i elevernes trivsel på skolen.

*Kilde: Olweus D. Mobning blant skolebarn - grunnleggende fakta og et fremgangsrikt tiltaksprogram. I: Klepp K-I og Aarø LE (ed.): Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid.*

Initiativ 11.6: *Alle grundskoler skal være røgfri områder.*

Sundhedsministeriet

Loven om røgfri miljøer skal ændres, således at grundskolerne bliver røgfri områder (jf. også initiativ 3.3). Ingen elever må ryge på skolen, ingen elever må udsættes for passiv rygning og ingen voksne må ryge i nærheden af eleverne i offentlige eller offentligt støttede grundskoler fra udgangen af år 2001. Dette gælder også skolefritidsordninger og fritidsinstitutioner med lokalefællesskab med skolen.

*Røgfri skoler*

I 1998 havde i alt 41 procent af de danske grundskoler og efterskoler indført et totalt rygeforbud for elever, mens det kun gjaldt 18 procent af disse skoler i 1995.

På skoler med elever på 8.-10. klassetrin var der i 1998 indført rygeforbud på i alt 34



procent af skolerne. Der er imidlertid en stor forskel på skoletyperne. 33 procent af folkeskolerne havde i 1998 indført rygeforbud for eleverne, mens 60 procent af de private grundskoler havde gennemført et rygeforbud for elever - og kun 3 procent af efterskolerne.

En undersøgelse fra 1998 af danskernes rygevaner viser en bred opbakning i befolkningen over for stramninger af rygeregler på skolerne. Cirka 69 procent af de adspurgte gik ind for et forbud mod rygning på skoler.

*Kilde: Tobaksskaderådet, 1998/99.*

Initiativ 11.7: *Der skal ske en bedre tilrettelæggelse af skolernes spisetilbud.*

Sundhedsministeriet

Det drejer sig om udbud af sund mad, god tid til spisning og gode fysiske rammer for spisning. Initiativet knytter sig til Sundhedsstyrelsens femårige initiativ Børn, Mad & Måltider. Den fremtidige indsats skal

bygge på officielle anbefalinger og et udviklingsarbejde, hvor evaluerede modelprojekter kan vise dokumenterede metoder til forbedring af maden og måltiderne i skolen og dermed fremme af børn og unges sundhed og trivsel.

Initiativ 11.8: *Der bør udarbejdes kriseberedskabsplaner eller omsorgsplaner på alle skoler.*

Sundhedsministeriet

Det er et væsentligt sundhedsfremmende tiltag, at alle skoler forholder sig til og lægger planer for, hvordan de vil handle i tilfælde af, at skolens eller institutionens børn, elever eller forældre samt personale kommer i svære livssituationer. Det kan for eksempel være dødsfald, alvorlige ulykker, selvmordsforsøg eller selvmord, skilsmisse mv. Det at have en handleplan giver den enkelte tryghed som basis for handling i stedet for, at situationen skaber afstand og "usynliggørelse" af den eller dem, som er ramt. Skoler og institutioner bør opfordres til at udarbejde sådanne handleplaner.

## Mål 12 - Arbejdspladsen

*Arbejdspladsen skal inddrages aktivt og bredt i initiativer for forebyggelse og sundhedsfremme.*

*I programperioden skal:*

- Virksomhedernes arbejdsmiljøarbejde styrkes.
- Den sundhedsfremmende arbejdsplads udbredes mest muligt til private arbejdspladser og der etableres sundhedsfremmende politikker på alle offentlige arbejdspladser.
- Virksomhedernes forebyggende arbejdsmiljøarbejde koordineres med forebyggelses- og sundhedsfremmeinitiativer.
- Virksomhederne i højere grad påtage sig et socialt medansvar.

Arbejdsmiljøet på virksomhederne har en betydelig indflydelse på medarbejdernes fysiske og psykiske sundhedstilstand og deres levetid. Både offentlige og private arbejdspladser er en naturlig indgang til forebyggelse og sundhedsfremme med henblik på at forbedre befolkningens sundhed.

Arbejdspladsen kan bidrage ved at forebygge skader som følge af selve arbejdet og ved at tilvejebringe sundhedsfremmende tiltag. Desuden kan virksomhederne påtage sig et socialt medansvar ved blandt andet at forebygge udstødning fra arbejdspladsen og fremme de sociale aspekter i personalepolitikken.

Det danske samfund har oplevet en velslandsstigning gennem de seneste år. Man kunne forvente, at det ville medføre et tilsvarende løft i arbejdsmiljøet og i befolkningens sundhedstilstand. Men det er ikke tilfældet. Arbejdsmiljøet og sundhedstilstanden halter stadig bagefter. Derfor vil et af de områder, der skal sættes yderligere fokus på i de kommende ti år, være arbejdsmiljø og sundhedsfremme på arbejdspladsen.

Samtidig er der forskel på befolkningens sundhedstilstand fra erhverv til erhverv. Forskelle i sundhed mellem forskellige jobgrupper inden for samme socialgruppe viser, at også arbejdsmiljøet har en indflydelse på den enkeltes sundhed. Det er derfor

vigtigt at kombinere arbejdsmiljø og sundhedsfremme på danske arbejdspladser. Således er indsatser på arbejdspladsen et væsentligt bidrag til målet om at begrænse uligheden i sundheden i befolkningen - hvor i øvrigt også indsatser, der sikrer rummeligheden på arbejdspladsen, spiller en stor rolle.

### **Forebyggende arbejdsmiljø**

Danmark har i forhold til andre lande et højt arbejdsmiljøniveau. Men et fortsat betydeligt antal anmeldte arbejdsulykker og arbejdsbetingede lidelser gør, at der er behov for yderligere at styrke arbejdsmiljøindsatsen. Med dette som udgangspunkt igangsatte regeringen i 1996 sit handlingsprogram "Rent arbejdsmiljø år 2005" - et program som var udarbejdet i samarbejde med arbejdsmarkedets parter. Regeringen har med programmet sat fokus på en intensiveret forebyggende arbejdsmiljøindsats, der skal ske via en intensivering og målretning af virksomhedernes daglige arbejdsmiljøarbejde.

Der er desuden behov for en forbedring af overvågningen af arbejdsmiljøet samt forskning på danske arbejdspladser for blandt andet at sikre, at man opnår et mere præcist billede af arbejdsmiljøforholdene. Der skal skabes en bedre mulighed for at følge arbejdsmiljøudviklingen samt at dokumentere effekten af gennemførte indsatser og øvrige virksomhedsrettede aktiviteter.

En række jobgrupper er særligt ramt, når det gælder sygdomme, der fører til indlæggelse på sygehus. Der skal derfor ydes en særlig og målrettet indsats over for disse jobgrupper. Denne indsats vil være et væsentligt bidrag til at mindske den sociale ulighed i sundhed.

*Forstærket arbejdsmiljøindsats inden for ti særligt udsatte jobgrupper*

Arbejdsministeren har fremlagt en arbejdsmiljøplan som skal supplere handlingsprogrammet "Rent Arbejdsmiljø år 2005". Handlingsplanen sætter bl.a. fokus på en forstærket indsats inden for ti særligt farlige jobgrupper.

De ti udpegede jobgrupper omfatter jobs med betydelige arbejdsmiljøproblemer. Det gælder blandt andet hjemmehjælpere, sygehjælpere/social- og sundhedsassistenter inden for ældreområdet samt chauffører og slagteriarbejdere, hvis arbejdsmiljø er præget af for eksempel psykosociale risikofaktorer (stress) eller stillesiddende eller andet fastlåst arbejde

Der iværksættes således først og fremmest virksomhedsprojekter over for de valgte faggrupper. For hver af jobgrupperne udarbejdes en aktivitetsplan, der skal give arbejdsmiljøet et ekstra skub fremad.

*Kilde: Oplysninger fra Arbejdsministeriet og Arbejdstilsynet 1999.*

Endvidere sker en stor del af trafikulykkerne, med og uden personskade, i arbejdstiden. Det er derfor vigtigt at inddrage trafikikkerhed som en del af arbejdspladsens forebyggende politik.

### **Sundhedsfremme på arbejdspladsen**

Efterspørgslen efter sundhedsfremmende aktiviteter på arbejdspladsen har gennem de seneste år været stigende - og efterspørgslen kommer både fra virksomhedsledelse og medarbejdere. Lokale erfaringer fra projekter med sundhedsfremme på arbejdspladserne viser, at medarbejderne generelt er meget motiverede for at deltage i aktiviteterne. Arbejdspladsen er derfor et godt forum for

forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter.

En del amter og staten har siden begyndelsen af 1990'erne igangsat forskellige initiativer. For eksempel har omkring halvdelen af amterne gennem medlemsskabet af det danske Sund By-netværk gennemført en livsstilsrettet indsats på arbejdspladser i amtet. Ligesom stadig flere virksomheder tilbyder deres ansatte velfærdsgoder som medlemskab af motionscenter og sund kantine. Ligeledes indgår tilbud om hjælp til rygestop og behandling for alkoholmisbrug som sundhedsfremmende aktiviteter på flere virksomheder.

Arbejdspladsen kan spille en vigtig rolle som forum for sundhedsfremme, for eksempel gennem motionsaktiviteter, sundere kantiner, rygepolitik og -afvænnning, alkoholpolitik og støtteordninger for misbrugere. Der er behov for, at virksomhederne i de kommende år går stadig mere aktivt ind i sundhedsfremmende aktiviteter.

### **Integration af arbejdsmiljø og sundhedsfremme**

Der er et stort potentiale i at kombinere virksomhedernes initiativer inden for arbejdsmiljø med sundhedsfremmeinitiativer for at forbedre medarbejdernes sundheds- og helbredsforhold. Der findes dog endnu ikke de store erfaringer med at kombinere sundhedsfremme og arbejdsmiljø i en integreret tilgang.

Den lovpligtige udarbejdelse af en arbejdspladsvurdering (APV) kan spille en væsentlig rolle i forhold til at integrere de to områder. Udover at bidrage til et mere systematisk arbejdsmiljøarbejde på virksomhederne, kan APV'en også anvendes i forhold til andre problemområder. Der er således mulighed for, at virksomheder og deres ansatte i APV'en identificerer andre sundhedsrelaterede problemstillinger, og i tilknytning hertil iværksætter sundhedsfremmende aktiviteter på arbejdspladsen.

Der har traditionelt været skelnet mellem arbejdsmiljø og livsstil. Denne skelnen er

næppe i alle tilfælde holdbar, idet vilkårene i arbejdslivet har indflydelse på den enkeltes muligheder for at vælge en sund livsstil. Og omvendt vil den enkeltes sårbarhed over for en række risikofaktorer i arbejdsmiljøet være påvirket af individets livsstil. Det gælder for eksempel faktorer som stress og stillesiddende arbejde/livsstil, der både optræder i arbejdsliv og privatliv.

Der skal derfor i programperioden tages fælles initiativer mellem arbejdsmiljø- og sundhedsmyndigheder.

### **Virksomhedernes sociale ansvar**

I 1994 indledte regeringen kampagnen "Det angår os alle" - et initiativ om virksomhedernes sociale medansvar. Heri blev det betonet, at virksomhederne havde et socialt ansvar i forbindelse med at forebygge udstødning fra arbejdspladsen for eksempel ved nedslidning, sygdom eller personlige kriser; at integrere kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister på arbejdsmarkedet; at åbne arbejdspladsen for flygtninge, indvandrere, mennesker med nedsat arbejdsevne og handicappede; samt at fremme de sociale aspekter i personalepolitikken, for eksempel støtte til forældre med småbørn.

Der er fortsat behov for at styrke virksomhedernes sociale ansvar og arbejdsmarkedets rummelighed med henblik på at modvirke marginalisering og fremme befolkningens sundhed og trivsel.

### **Strategier:**

I de kommende ti år skal indsatsen vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse på arbejdspladsen koncentrerer om, at

- styrke virksomhedernes indsats vedrørende arbejdsmiljø og yde en særskilt indsats over for særligt udsatte jobgrupper, med henblik på at mindske den sociale ulighed i sundhed
- udbrede sundhedsfremme på arbejdspladsen integrere og sammenkæde arbejdsmiljø og sundhedsfremmeinitiativer
- fremme, at virksomhederne påtager sig et socialt ansvar for at hindre udstødning og marginalisering.

## **Initiativer**

### **Bedre arbejdsmiljø**

Initiativ 12.1: *Den forebyggende arbejdsmiljøindsats skal intensiveres.*

Arbejdsministeriet

Regeringens handlingsprogram "Rent arbejdsmiljø år 2005" sætter fokus på en intensiveret forebyggende arbejdsmiljøindsats, opstiller de overordnede mål for den forebyggende arbejdsmiljøindsats og udgør en fælles ramme for alle arbejdsmiljøaktørers indsats frem til år 2005. Realiseringen af handlingsprogrammets visioner forventes at ske via en målretning af arbejdsmiljøaktørernes samlede arbejdsmiljøindsats.

Initiativ 12.2: *Der skal iværksættes en særlig arbejdsmiljøindsats over for særligt udsatte jobgrupper.*

Arbejdsministeriet

Arbejdsministeren har inden for rammerne af "Rent arbejdsmiljø år 2005" udarbejdet en handlingsplan for at forbedre arbejdsmiljøet. Handlingsplanen skal blandt andet bidrage til at udjævne den øgede kløft i sygelighed mellem forskellige jobgrupper. Som led i handlingsplanen vil Arbejdsministeriet i løbet af 1999 igangsætte en række initiativer, som vil løbe over de næste år: Forstærket arbejdsmiljøindsats inden for ti særligt farlige jobgrupper; aktiviteter i forhold til det rummelige arbejdsmarked; ulykkesforskning samt skærpet arbejdsmiljøovervågning.

### *Forebyggelse af cementeksem*

Omkring 1980 blev man opmærksom på det store antal murere og betonstøbere, som hvert år pådrog sig "cementeksem". Årsagen til lidelsen er en allergi over for kromsalte, der findes i råvarerne til den cement, der anvendes til mørtel og beton. Derfor ønskede man at opfange de aktive kromsalte, uden at ændre cementens egenskaber på en let og billig måde. Danske læger og kemikere fandt en let metode, nemlig at iblande et jernholdigt stof i cementen, hvorved kromsaltene blev ændret til en virkningsløs forbindelse. Effekten her

var dramatisk: I løbet af en syvårs periode blev risikoen for at få kromallergi ved håndtering af den nye kromsvage cement nedsat til en ottendedel. Det vil sige, at nye årgange af murere og betonstøbere i praksis ikke vil blive syge.

Initiativ 12.3: *Overvågningen af arbejdsmiljøet skal forbedres.*

Arbejdsministeriet

Der skal skabes en bedre mulighed for at følge arbejdsmiljøudviklingen samt at dokumentere effekten af gennemførte initiativer. Som et led i aktiviteterne skal der gennemføres en lønmodtagerundersøgelse i år 2000.

Initiativ 12.4: *Forskning i arbejdsulykker skal intensiveres.*

Arbejdsministeriet

Forskningen intensiveres gennem en tostrengt strategi, som løber over perioden 1999-2002. For det første vil Arbejdstilsynets aktiviteter blive styrket og rettet mod at iværksætte en øget formidling og undervisning til virksomheder. For det andet vil Arbejds miljøinstituttet i tæt samarbejde med Arbejdstilsynet, arbejdsmiljøprofessionelle og virksomheder i stærkt belastede brancher gennemføre en forskningsindsats for at opbygge, hjemtage og formidle viden til brug for forebyggelse af arbejdsulykker, samt måling af effekten af disse.

Initiativ 12.5:

Trafikministeriet

*Trafiksikkerhed skal fremmes som en del af arbejdspladsens forebyggende politik.*

Trafikministeriet har iværksat et forsøg med trafiksikkerhedshandlingsplaner i private virksomheder med henblik på at kortlægge og synliggøre virksomheders omkostninger og ulemper (for eksempel sygedagpenge, produktionstab og forsikring af køretøjer) i forbindelse med medarbejdernes trafikulykker i arbejdstiden. I forlængelse heraf vil Trafikministeriet i 1999 iværksætte en evaluering af forsøget og uddanne firmakonsulenter, der kan yde bistand til virksomheder,

som ønsker at gennemføre trafiksikkerhedsplaner, samt udarbejde en vejledning i at udarbejde trafiksikkerhedshandlingsplaner i virksomheder.

### **Sundhedsfremme på arbejdspladsen**

Initiativ 12.6: *Sundhedsfremme på arbejdspladsen skal udbredes, og der skal etableres forsøg med integration af sundhedsfremme med arbejdsmiljøarbejdet og virksomhedernes sociale medansvar.*

Sundhedsministeriet

Arbejdsministeriet

Det gennemprøvede program "Sundhedsfremme på arbejdspladsen" vil blive udbredt også til mindre arbejdspladser, og der vil blive etableret forsøg med integration af sundhedsfremme med arbejdsmiljøarbejdet og virksomhedernes sociale medansvar. Sundhedsministeriet vil eventuelt indgå aftaler med et eller flere amter med videre herom. Lokalt anbefales de lokale sundhedsfremmeenheder at oprette lokale kontaktudvalg med deltagelse af relevante parter på arbejds- og sundhedsområdet.

#### *"Sundhed på arbejdspladsen"*

Sundhedsstyrelsen tog i 1992 initiativ til, sammen med LEGO Gruppen, Tobakskaderådet, Hjerteforeningen og den daværende Levnedsmiddelstyrelse at udvikle og afprøve et modelprojekt omkring sundhed på arbejdspladsen. Erfaringerne fra projektet "Hjertelig sundhed", som projektet blev kaldt, viste, at de fleste medarbejdere er meget motiverede, og at arbejdspladsen er et godt forum for sundhedsfremmeaktiviteter. Sundhedsstyrelsen har ligeledes i samarbejde med blandt andet Sund By-netværket udgivet en serie hæfter om alkohol, kost, tobak og motion med titlen På vej mod en sundere arbejdsplads. Disse hæfter er udsendt via amterne til alle arbejdspladser med mere end 25 medarbejdere.

*Kilde: Oplysninger fra Sundhedsstyrelsen og Sund By-netværket, 1999*

Initiativ 12.7: Sundhedsfremmende politikker på alle offentlige arbejdspladser.

Sundhedsministeriet  
Arbejdsministeriet

Sundhedsministeriet vil undersøge mulighederne for at gennemføre sundhedspolitikker på alle offentlige arbejdspladser, som omfatter alt personale og i relevant omfang de borgere, der opholder sig i offentlige lokaler. Det skal ske ved en række anbefalinger vedrørende indholdet i samt udarbejdelsen og forankringen af sundhedspolitikkerne.

Initiativ 12.8: Røgfrie miljøer skal fremmes på alle arbejdspladser.

Sundhedsministeriet  
Arbejdsministeriet

Det bør være et grundlæggende ret, at ingen ufrivilligt udsættes for passiv rygning i deres hverdag. Derfor vil Sundhedsministeriet i samarbejde med Arbejdsministeriet i programperioden undersøge muligheder for at sikre røgfrie miljøer på alle arbejdspladser (jf. også initiativ 3.5).

Initiativ 12.9: Indsatsen for tidlig intervention over for personer med et sundhedsskadeligt alkoholforbrug på arbejdspladsen skal udbygges.

Sundhedsministeriet

Sundhedsministeriet vil fortsat udvikle modeller og metoder for indførelse af alkoholpolitik på arbejdspladsen (APPA) med henblik på at understøtte hensigtsmæssige alkoholvaner hos medarbejderne samt støtte og hjælpe eventuelle medarbejdere på vej ud i eller allerede ude i misbrug. Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for monitorering mv. i relation til alkoholpolitik på arbejdspladsen. Indsatsen over for de enkelte virksomheder skal forankres lokalt (jf. initiativ 4.2).

Initiativ 12.10: Sunde kostvaner på arbejdspladsen skal fremmes.

Fødevarerministeriet

Arbejdspladsen skal fremme medarbejdernes sunde kostvaner. Der bør derfor udvikles modeller og metoder til at indføre kostpolitik på arbejdspladser. Fødevarerministeriet skal

udsende oplysningsmateriale til brug for kvinder om for eksempel sunde opskrifter eller kursusmateriale om tilberedning af sund mad. Medarbejderne skal samtidig have mulighed for at vælge sunde måltider, for eksempel gennem en mærkningsordning (se initiativ 5.6 og 5.7).

Initiativ 12.11: Idræt på arbejdspladsen skal fremmes.

Kulturministeriet

Dansk Firmaidrætsforbund (DFIF) har oprettet et selvstændigt sekretariat til at markedsføre "Virksomheds-Trim", som blandt andet tilbyder professionel hjælp til opbygning af motion på arbejdspladsen, målrettede kurser og inspiration til instruktører på virksomheden samt afvikling af aktivitetsdage for medarbejdere på arbejdspladsen med program, rekvisitter og instruktør. Projektet gennemføres i et samarbejde mellem Dansk Firmaidrætsforbund og Institut for Idræt, Odense Universitet.

Initiativ 12.12: Sund trafik skal integreres i arbejdslivet.

Trafikministeriet

Trafikministeriet udarbejder en cykelpolitisk handlingsplan til fremme af sikker cykeltrafik. Handlingsplanen skal blandt andet indeholde en vejledning til virksomheder om, hvorledes de kan udarbejde transportplaner for deres medarbejdere, herunder fremme af firmacykler og pendlercykler. Desuden overvejes en opfordring til, at cykelstier anlægges, hvor der er behov for dem i forhold til arbejdspladser for at fremme brugen af cyklen som transportmiddel til og fra arbejde.

### **Integration af arbejdsmiljø og sundhedsfremme**

Initiativ 12.13: Sundhedsfremmende aktiviteter skal integreres i sikkerhedsarbejdet.

Arbejdsministeriet

Sundhedsministeriet

Der skal for det første iværksættes en erfaringsopsamling med eksempler på virksomheders sundhedsfremmende aktiviteter, som traditionelt ikke er omfattet af arbejdsmiljøbegrebet. For det andet skal der udvikles

metoder til medlemmer af sikkerhedsorganisationen, (SiO), så de i højere grad er i stand til at koordinere og bearbejde problemstillinger i samarbejde med virksomhedernes samarbejdsudvalg. For det tredje skal "Sundhed på arbejdspladsen" introduceres i sikkerhedsarbejdet for at opnå en større bevidsthed om sundhedsfremme i en bred kreds af offentlige og private virksomheder. Arbejdsministeriet og Sundhedsministeriet udvikler endvidere modeller for integration mellem arbejdsmiljøarbejdet og sundhedsfremmearbejdet.

*Initiativ 12.14: Der skal iværksættes forebyggende initiativer i forhold til stress og manglende motion på jobs, der er præget af stillesiddende arbejde.*

Arbejdsministeriet  
Sundhedsministeriet

Arbejdsmiljø- og sundhedsmyndighederne vil i perioden 1999-2001 etablere fælles initiativer, som skal omfatte erfaringsopsamling og udvikling af samarbejde mellem myndighederne. Sundhedsfremme og arbejdsmiljø i forhold til belastede job udvikles - særligt for faggrupper, der er præget af helbredsproblemer, og hvor der kan identificeres risikofaktorer i både arbejdsmiljø og livsstil, som kan spille sammen og gensidigt forværre hinanden. Sundhedsfremme skal integreres i forbindelse med en brancheindsats inden for kontor- og administrationsbranchen i 2001.

*Initiativ 12.15: Arbejdsmiljø, sundhed og trivsel til søs skal styrkes.*

Erhvervsministeriet

Inden år 2005 skal der være sket en væsentlig reduktion i antallet af alvorlige ulykker og dødsulykker som følge af arbejdet om bord på skibe samt en væsentlig reduktion i antallet af dødsfald som følge af sygdom ombord. Søfartsstyrelsen har formuleret en række initiativer, der indebærer regeldannelse, synsvirksomhed (kontrol), uddannelse, forskning og udvikling, informationsvirksomhed og holdningsbearbejdning. Initiativerne omfatter indsatser under overskrifterne "Sundt skib projekterne", "Fra novice til ekspert" samt et projekt om HIV/AIDS.

**Virksomhedernes sociale medansvar**

*Initiativ 12.16: Virksomhedernes sociale medansvar skal styrkes.*

Socialministeriet

Kampagnen "Det angår os alle", som begyndte i 1994, er et led i regeringens langsigtede overvejelser om at forny velfærdssamfundet og skabe et rummeligt arbejdsmarked, hvor virksomhederne også påtager sig et socialt medansvar. Initiativet lægger vægt på holdningsbearbejdning på de enkelte virksomheder og bygger på frivilligt partnerskab mellem virksomheder, offentlige myndigheder og arbejdsmarkedets organisationer. Initiativet er planlagt for årene 1999-2002 og omfatter blandt andet undersøgelser, konferencer samt skriftligt materiale/redskabspjecer, netværksdannelser, modelprojekter og metodeudvikling.

*Projekt arbejdsfastholdelse i Holsted, Brørup og Vêjen kommuner*

Projektet er et samarbejde mellem DA, LO, Socialministeriet, Ribe Amt, Lægekredsforeningen og de tre kommuner. Hvis en syg eller fraværstruet medarbejder på en virksomhed ønsker at planlægge et arbejdsfastholdelsesforløb, tilrettelægges der på virksomheden et planlægningsmøde. Samtalen omfatter typisk medarbejderen, arbejdsleder, tillidsrepræsentant og sikkerhedsrepræsentant, men kan også inkludere patientens egen læge, kommunens socialrådgiver, projektmedarbejderen, BST-medarbejder m.v.

Erfaringer fra projektet viser, at denne nyorientering af det socialmedicinske, lokale samarbejde har haft forebyggende virkning.

*Initiativ 12.17: Der skal tilrettelægges rummelige arbejdspladser til at fastholde ældre på arbejdsmarkedet.*

Arbejdsministeriet

Der skal skabes et vidensgrundlag for, at virksomhederne kan tilrettelægge mere rummelige arbejdspladser, som fastholder ældre arbejdstagere på arbejdsmarkedet i større

omfang, end det er tilfældet i dag. Det skal ske via et projekt, som undersøger effekten af forskellige forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger, og som gennemføres i et aktivt samspil med virksomheder og rele-

vante organisationer, herunder bedriftssundhedstjenester, arbejdsmedicinske klinikker, Arbejds miljøinstituttet m.fl.

Kommunen og lokalområdet er en vigtig



## Mål 13 - Lokalsamfundet

*Forebyggelse og sundhedsfremme skal udvikles og styrkes i den lokale social- og sundhedstjeneste.*

*I programperioden skal*

- kommunernes forebyggelsesaktiviteter styrkes
- samarbejdet mellem den lokale sundhedstjeneste og socialtjeneste intensiveres for at sikre effektive forebyggelsesindsatser særligt over for svage borgere.
- Borgernes nærmiljø i lokal- og boligområder i stigende grad være målet for sundhedsfremme og forebyggelse.

ramme om borgernes hverdag. Derfor er lokalsamfundet en væsentlig indgang til forebyggelses- og sundhedsfremmende indsatser over for borgerne. De mindre kommuner udgør som regel et lokalområde i sig selv, hvorimod der i de større kommuner ofte findes flere afgrænsede lokalområder, hvor der vil være behov for decentrale forebyggelsestilbud.

Udtrykket "den lokale social- og sundhedstjeneste" dækker over den kommunale social- og sundhedstjeneste og de alment praktiserende læger. Desuden dækker udtrykket "lokal" lokalområder i kommunen.

Lokalområdet er en meget vigtig indgang til at forebygge den sociale ulighed i sundhed. Det er her en lang række faggrupper i deres daglige virke har kontakt til udsatte og svage grupper. Det gælder både kommunernes social- og sundhedsforvaltninger og de praktiserende læger, men også de decentrale enheder, som mange kommuner har etableret. Der skal derfor i de kommende år ske en styrkelse af arbejdet og samarbejdet i lokalsamfundet.

**Styrkelse af den kommunale**

### **sundhedsplanlægning**

Siden 1994 har kommunerne efter sygesikringsloven i hver kommunal valgperiode udarbejdet en sundhedsredegørelse som led i den amtskommunale sundhedsplanlægning. Kvaliteten af de kommunale sundhedsredegørelser er meget vekslende. De kommunale sundhedsredegørelser skal blandt andet indeholde en redegørelse for den eksisterende indsats på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet. Desuden beskrives, vurderes og prioriteres de kommende års sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats.

Til brug for tilrettelæggelsen af indsatsen på sundheds- og socialområdet er der udviklet såkaldte "sundhedsprofiler", som beskriver den aktuelle sundhedstilstand i kommunerne. Den kommunale sundhedsprofil er et vigtigt og brugbart redskab for kommunernes planlægning og samarbejde på sundheds- og socialområdet. Der er behov for fortsat at forbedre dokumentationsgrundlaget. Her er registrering af sociale sager eller lokale sundhedsprofiler for delområder i en kommune relevante redskaber.

Med henblik på at støtte og tilskynde kom-

munerne til en forstærket forebyggende indsats, skal der gennem erfaringsudveksling samt udviklings- og videntcentre sikres den fornødne metodeudvikling på forebyggelsesområdet samt en udbredelse af gode forebyggelsesmetoder.

### **Bedre samarbejde mellem social- og sundhedstjenesten**

Social- og sundhedstjenesten har en tæt kontakt til store dele af lokalbefolkningen. Cirka 90 procent af befolkningen er årligt i kontakt med deres praktiserende læge, cirka 95 procent af småbørnsfamilier tager imod tilbud om besøg af sundhedsplejersker og cirka 29 procent af de over 67 årige modtager hjemmepleje.

Det lokale forebyggelses- og sundhedsfremmearbejde forudsætter et tæt samarbejde mellem på den ene side offentlige forvaltninger og institutioner, og på den anden side borgere eller beboere, frivillige organisationer m.m. for at sikre effektive forebyggelsesindsatser især over for svage borgere. Arbejdsmarkedets parter spiller desuden en vigtig rolle. Det er nødvendigt med såvel et tværsektorielt som et tværfagligt samarbejde. Dette må yderligere betones i den fremtidige udvikling.

### **Forebyggelse og sundhedsfremme i boligområdet**

Borgernes nærmiljø i form af lokal- og boligområdet danner rammen om og grundlaget for en væsentlig del af befolkningens hverdagsliv. For småbørnsfamilier, arbejdsledige og ældre spiller lokalområdet en særlig stor rolle. Lokal- og boligområdet udgør et velegnet miljø for målrettede opsøgende initiativer (tidlig opsporing) blandt andet over for ensomme ældre eller indvandrere.

### **Strategier**

Initiativerne i lokalsamfundet retter sig særligt mod tre temaer:

- For det første vil der blive taget initiativer til støtte for en forstærket kommunal indsats på forebyggelsesområdet ved at forbedre

planlægning, erfaringsudveksling mv.

- For det andet vil der blive taget initiativer til at tilskynde til et større lokalt samarbejde mellem social- og sundhedssektoren i den enkelte kommune.
- For det tredje fremmes lokale initiativer i selve lokalområdet med henblik på at gøre tilbudene mere tilgængelige samt at tilstræbe mere sunde boliger og nærmiljø.

## **Initiativer**

### **Styrkelse af den kommunale sundhedsplanlægning**

*Initiativ 13.1: Kommuner og amter opfordres til at udarbejde politikker på livstilsområderne: tobak, alkohol, kost og motion.*

Sundhedsministeriet  
Fødevarerministeriet

De kommunale politikker kan indeholde overvejelser om værdigrundlag, mål og konkrete indsatser og dække borgerne, kommunens ansatte og kommunens institutioner. Sundhedsministeriet vil støtte udviklingen ved at udarbejde idékataloger, vejledninger m.m., som det allerede er sket med materialet "Motion i lokalmiljøet - en del af sundhedsplanlægningen".

*Initiativ 13.2: Lokale erfaringer om decentrale forebyggelsestilbud skal udbredes.*

Sundhedsministeriet  
By- og Boligministeriet

Gode erfaringer med lokale forebyggelsestilbud til borgerne skal udbredes mest muligt, som det for eksempel er sket ved aftale med Horsens som videntcenter for bysundhed, Sund By-netværket og Netværket for forebyggelseskonsulenter. Sundhedsministeriet og By- og Boligministeriet følger initiativet med Horsens som videntcenter for bysundhed. Erfaringsformidlingen sker også via formidlingscentre, netværk, modelcentre m.v. Et særligt initiativ vedrørende implementering og udvikling af forebyggelsesindsatser er de såkaldte forebyggelsesaftaler (se initiativ 15.5).

*Initiativ 13.3: Kommunerne opfordres til at ind-*

*drage en systematisk gennemgang af sygedagpengesager, kontanthjælpssager og førtidspensionssager i tilrettelæggelsen af indsatser.*

Sundhedsministeriet

Socialministeriet

Analysen af de sociale sager - som kendes fra Sønderjyllands Amt - kan sikre en bedre planlægning af forebyggelsesaktiviteter og kvalitetsudvikling af den sociale indsats. Der udvikles en fælleskommunal model. Embedslægerne tilbyder kommunerne datagrundlaget for en kommunal basissundhedsprofil (se initiativ 15.6), der sammen med ovennævnte analyse kan udgøre et godt grundlag for initiativer i den kommunale sundhedsredegørelse.

#### *Ændring af sygedagpengeloven*

Den 1. april 1997 kom der nye regler på sygedagpengeområdet. Formålet med bestemmelserne er bl.a. at sikre, at der sker en hurtig opfølgning fra kommunens side, så der er større sikkerhed for, at den sygemeldte ikke falder ud af arbejdsmarkedet. Kort skitseret medfører bestemmelserne:

- Socialforvaltningens opfølgning skal ske senest otte uger fra første sygedag og derefter hver 8. uge. Dette skal ske ved personlig samtale med den sygemeldte.
- Senest når man har været sygemeldt i seks måneder, skal socialforvaltningen udarbejde en opfølgningsplan sammen med den sygemeldte.
- Virksomheden og de faglige organisationer skal medinddrages i opfølgningen.
- Alle arbejdsgivere, dvs. både offentlige og private, der udbetaler løn eller dagpenge under sygdom, har pligt til at underrette den sygemeldtes bopælskommune, når sygefraværet har varet i fire uger.

*Initiativ 13.4: Der udvikles et sundhedsinformationssystem for kommuner med henblik på at styrke den lokale planlægning af forebyggelsesindsatsen.*

Sundhedsministeriet

Sundhedsministeriet undersøger mulighederne for at etablere kommunale sundheds-

informationssystemer, som gør det muligt for de store kommuner at følge sundhed og trivsel på delområder af kommunen, og herudfra tilrettelægge indsatsen.

#### **Bedre samarbejde mellem social- og sundhedssektoren**

*Initiativ 13.5: Der skal tilvejebringes forudsætninger for øget tværfagligt lokalt samarbejde.*

Sundhedsministeriet

De praktiserende lægers muligheder for at indgå i et tættere samarbejde med den kommunale social- og sundhedstjeneste skal fortsat forbedres. Det kan blandt andet ske ved at udarbejde vejledninger, etablere henvisningsmuligheder og organisering (for eksempel netværk).

*Initiativ 13.6: Den lokale social- og sundhedstjeneste skal intensivere arbejdet med tidlig opsporing af sundhedsrisici.*

Socialministeriet

Sundhedsministeriet

Det drejer sig for eksempel om omsorgssvigt, misbrug, spiseforstyrrelser, alvorlig mobning, psykisk og fysisk vold samt selvmordsadfærd. Socialministeriet og Sundhedsministeriet iværksætter sammen med andre relevante parter initiativer, som sikrer efteruddannelse til medarbejdere, der arbejder direkte med de svageste stillede borgere for at kvalificere dem til bedre at opfange signaler på begyndende problemer samt styrke borgernes selvværd og handlekompetencer. Desuden iværksættes metodeudvikling til fremme af tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, samt forskning i årsager til udstødning og marginalisering.

#### *Forløbsundersøgelsen "Børns opvækst"*

Forløbsundersøgelsen af en generation børn blev igangsat i 1995 af Socialforskningsinstituttet i samarbejde med en arbejdsgruppe bestående af forskere fra andre forskningsmiljøer. Undersøgelsen er bl.a. et led i opfølgningen af regeringens handlingsplan for de svageste stillede børn og unge fra februar 1994.

Det er undersøgelsens formål at fremskaffe

grundlæggende repræsentativ viden om børns opvækstvilkår og udvikling, herunder belyse og finde forklaringer på de sammenhænge, der kan konstateres mellem børnenes levevilkår og deres senere tilværelse. Der vil hermed fremkomme en grundlæggende viden om bl.a. årsager til udstødning og marginalisering.

*Initiativ 13.7: Der skal mere sundhed ud af den sociale sektors arbejde, og der skal mere lighed ud af sundhedsvæsenets arbejde.*

Socialministeriet  
Sundhedsministeriet

Socialministeriet og Sundhedsministeriet har påbegyndt et samarbejde for at reducere den sociale ulighed i sundhed. Som led heri: indsamles lokale erfaringer på området med henblik på at udarbejde et idékatalog til en mere effektiv indsats i social- og sundhedssektoren; afholdes regionale model- eller forsøgskonferencer om velfærd og trivsel for svage grupper; støttes lokale modelprojekter, som udvikler fælles forebyggelsesmetoder for de to sektorer. I forbindelse hermed udvikles og iværksættes særlige, sammenhængende initiativer for socialt dårligt stillede grupper, for eksempel stofmisbrugere, alkoholmisbrugere og psykisk syge samt visse etniske grupper.

### **Forebyggelse og sundhedsfremme i boligområder**

*Initiativ 13.8: Kommunernes udbygning af behovsorienterede og åbne tilbud i relation til småbørn (0 - 6 år) i lokale boligområder vurderes.*

Sundhedsministeriet

Sundhedsministeriets følgegruppe vedrørende de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge skal drøfte en styrkelse af den tværfaglige indsats i løbet af 1999. Det skal blandt andet undersøges, om mange kommuners forsøg med åbne tilbud eller egentlige familiecentre bør intensiveres.

*Initiativ 13.9: De sociale netværk og tilbud til*

*de svage stillede borgere skal styrkes i lokalsamfundet/boligområder og bruges aktivt i sundhedsfremme.*

Socialministeriet

Regeringens byudvalg har prioriteret den boligsociale indsats i de mest belastede lokalsamfund og boligområder, blandt andet for at fremme sundheden blandt borgerne. Derfor er der igangsat boligsociale projekter, processtøtteordning til beboerrådigerordninger/kommuner og kvarterløftprojekter. I de kommende år skal der blandt andet sættes yderligere på at fremme sociale netværk/tilbud målrettet de svage stillede borgere.

*Markkloppen - en ressource i Næstved. Et projekt for dagpengeberettigede ledige i individuel jobtræning*

Markkvarteret i Næstveds østlige bydel består af både et parcelhusområde og et alment boligbyggeri. Især i det almene boligbyggeri bor en del med udenlandsk baggrund. Befolkningens indkomstniveau ligger relativt lavt, og en del er på overførselsindkomst. Området har i de sidste par år været præget af aktiviteter iværksat af regeringens Byudvalg med midler til at ansætte beboerrådiger og forskellige aktiviteter.

Projekt "Markkloppen" er opdelt i faser: Introduktionsforløb, etableringsfase, konkretiseringsfase, konsolideringsfase, PR-fase, produktionsfase, personlig handlingsplan og udslusningsfase. Udviklingen af de kreative evner er vigtig for deltagerne, da det kan give dem mulighed for at se nye veje i for eksempel jobmuligheder. Projektet er gået ind i sin anden projektperiode, der varer frem til efteråret 1999.

*Kilde: Håndbogen "I gang", Socialministeriet 1999.*

*Initiativ 13.10: Der skal etableres forsøg med*

*henblik på at skaffe egnede permanente boliger til særligt udsatte sociale grupper.*

By- og Boligministeriet

By- og Boligministeriet vil i samarbejde med Socialministeriet og de kommunale organisationer i perioden 1999-2001 igangsætte en forsøgsordning, der har til formål at indsamle erfaringer og stimulere udviklingen af nye anderledes botilbud til udsatte grupper, især hjemløse, sindslidende med eller uden misbrug, stof- og blandingsmisbrugere og alkoholikere.

*Initiativ 13.11: Støtte til forsøgsbyggeri med sunde boliger, herunder allergivenlige boliger. Forskning i boligens indeklimaproblemer.*

By- og Boligministeriet

By- og Boligministeriet har igangsat en løbende forsøgsordning, hvorunder der kan gives støtte til forsøgsbyggeri med henblik på at fremskaffe viden, erfaringer og dokumentation for etablering af sunde bygninger og boliger. By- og Boligministeriet har endvidere iværksat et fireårigt forskningsprogram

om bekæmpelse af skimmelsvampevækst i bygninger. Programmet indledtes i 1998.

*Initiativ 13.12: Der skal ydes støtte til udvikling af nye og tværgående fysiske rammer til idræt, fritid og kultur i lokalsamfundet.*

Kulturministeriet

Lokale- og Anlægsfonden har fået nye muligheder for at støtte alle former for byggeri inden for kultur- og fritidsområdet, herunder anlæg til idræt, ungdomsformål, friluftsliv m.v. Fonden støtter arkitektonisk nyskabende projekter, der tager udgangspunkt i den frivillige indsats, og som hviler på brugerindflydelse og -styring, projekter, der inddrager børn og unge eller flere brugergrupper samt projekter i de indre områder af storbyerne. Endvidere tages der særligt hensyn til personer med handicap. Fonden kan støtte inden- og udendørs anlæg, nyopførelser og renoveringer, udbygning eller nyindretning af eksisterende anlæg (jf. initiativ 5.13).

Sundhedsvæsenet har et stort potentiale og

## Mål 14 - Sundhedsvæsenet

### *Sundhedsvæsenet skal styrke indsatsen i forebyggelse og sundhedsfremme.*

Almenpraksis og hospitalerne skal i programperioden systematisk udvikle og indføre veldokumenterede og effektive sundhedsfremme- og forebyggelsesaktiviteter i det daglige arbejde. I programmets tiårige periode skal:

- forebyggelsesindsatsen i almen praksis og på sygehusene udvikles og kvalitetsudvikles
- almen praksis og sygehusene systematisk indføre veldokumenterede og effektive sundhedsfremme- og forebyggelsesaktiviteter i det daglige arbejde.
- de praktiserende lægers forebyggende indsats styrkes, blandt andet ved nye henvisningsprocedurer
- sundhedsvæsenets forebyggende indsats og udviklingen på området forebyggende medicin vurderes
- sundhedsvæsenet udvikles til en sundhedsfremmende arbejdsplads.

en lang tradition for forebyggende arbejde.

Cirka 90 procent af befolkningen er årligt i kontakt med deres praktiserende læge, cirka 700.000 er årligt indlagt på landets sygehuse. Der foretages godt 4,5 mill. ambulante besøg i sundhedsvæsenet. De praktiserende læger vurderer selv, at de bruger 30 procent af deres tid til forebyggelse, heraf 19 procent til forebyggende undersøgelser af gravide og børn samt til vaccinationer og 11 procent til forebyggende aktiviteter i øvrigt.

Patienterne er motiverede til at drøfte deres livsstil, levekår og forebyggelse, når de kommer i kontakt med sundhedsvæsenet. En undersøgelse har således vist, at 80 procent fandt det i orden, at deres praktiserende læge på eget initiativ tog spørgsmål om tobak, alkohol m.v. op under en konsultation.

Den alment praktiserende læge er nok den professionelle på forebyggelsesområdet, som har den bredeste kontakt med befolkningen. De praktiserende læger møder i deres dagligdag den sociale ulighed i sundhed. Således går gruppen af ikke-erhvervsaktive (det vil sige arbejdsløse, førtidspensionister, pensio-

nister og uddannelsessøgende) oftere til læge end andre grupper. Det svarer i øvrigt til, at sygeligheden og dødeligheden er højere i denne gruppe end i andre befolkningsgrupper.

Det betyder, at den praktiserende læge er en nøgleperson, når det gælder en forstærket indsats for at nedbringe den sociale ulighed i sundheden.

#### **Nye forebyggelsesydelse og henvisningsmuligheder**

Gennem de seneste år har der været en meget positiv og perspektivrig udvikling inden for sundhedsvæsenets forebyggende arbejde.

De alment praktiserende læger har igangsat et udviklingsarbejde ved at forestå udarbejdelsen af kliniske vejledninger til almen praksis, for eksempel vejledning om forebyggelse af iskæmiske hjertesygdomme. Der er gennemført forsøg med forebyggende helbredssamtaler, indgået lokale aftaler om forebyggende indsatser mellem enkelte amter og amtets praktiserende læger samt aftalt en særlig forebyggelsesydelse i landsoverens-

komsten for de praktiserende læger.

Inden for sygehusvæsenet er adskillige sygehuse gået i gang med mere systematisk at igangsætte forebyggende aktiviteter, for eksempel rygeafvænnning m.v. for hjertepatienter (hjerterehabilitering) og kostrådgivning til gravide med svær overvægt. Indsatsen ligger i forlængelse af den forebyggende indsats, som dele af sygehusvæsenet allerede yder til for eksempel sukkersygepatienter.

Udviklingen inden for sundhedsvæsenet skal videreføres og forstærkes. Det er et indarbejdet princip, at veldokumenterede, effektive behandlinger altid indføres i sundhedsvæsenet. Noget tilsvarende bør også gælde for forebyggende interventioner.

Arbejdet med kliniske vejledninger for god forebyggelsespraksis i almen lægepraksis og i sygehusvæsenet skal videreudvikles. Målet er, at der inden for en kortere årrække foreligger kliniske vejledninger på de væsentligste områder af det forebyggende potentiale inden for almen praksis og sygehusvæsenet.

Der skal udvikles og tilbydes egentlige forebyggende ydelser til de relevante patientgrupper inden for sygehusvæsenet. Det gælder for eksempel hjertepatienter. Her foreligger i øvrigt allerede veldokumenterede programmer, som umiddelbart kan implementeres. Indsatsen omfatter blandt andet rygeafvænnning, kostvejledning, motion og egenomsorg. Der er tale om en omkostningseffektiv forebyggelsesindsats. For eksempel koster det 64 gange så meget at redde et leveår for en hjertepatient ved hjælp af kolesterolsænkende medicin, som det koster at redde et leveår ved professionel rygeafvænnning.

På 43 procent af sygehusene tilbyder man patienterne rygestop, enten via skriftligt materiale eller via bistand fra en uddannet rygestopinstruktør.

Der er i 1999 etableret et netværk af sundhedsfremmende sygehuse i Danmark med tilslutning fra 30-40 sygehuse. De tilsluttede

sygehuse repræsenterer halvdelen af landets sygehussenge.

#### *Netværk for forebyggende sygehuse i Danmark*

Som led i Sund By-planen blev Bispebjerg Hospital i 1994 udnævnt til modelhospital for det forebyggende sundhedsarbejde i København. Bispebjerg Hospital påtog sig i august 1998 opgaven som national koordinator for Health Promotion Hospitals i Danmark.

Netværket har tilmeldt 36 sygehuse, som dækker halvdelen af landets sygehuse.

Formålet med det nationale netværk er:

- at sætte fokus på sygehusenes rolle og ansvar for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme
- at samarbejde om udvikling og organisation af tilbud og programmer for forebyggelse og rehabilitering
- at samarbejde og koordinere indsatsen vedrørende information
- at samarbejde omkring forskningsprojekter
- at udveksle erfaringer samt at fremme og koordinere uddannelsesaktiviteterne inden for forebyggelsen.

De praktiserende lægers forebyggende indsats skal fortsat målrettes og kvalificeres. Det er yderligere påkrævet af, at det må forudses, at der i de kommende år bliver færre praktiserende læger. Derfor bør der tilvejebringes nye forebyggelsesmuligheder eller -tilbud, som den praktiserende læge kan henvise til eller anbefale patienten at søge. Der kan for eksempel være tale om nye forebyggelsesydelser i sundhedsvæsenet eller tilbud fra sygdomsbekæmpende foreninger, oplysningsforbund, idrætsforeninger m.v. Emner for tilbudene kunne for eksempel være rygeafvænnning, kostvejledning, motion, rygskoler, astmaskoler.

I øvrigt har sundhedsvæsenet et særligt ansvar for at forebygge sygdom i forbindelse med brug af lægeordineret medicin. En undersøgelse har vist, at ca. 10 procent af indlæggelserne på en medicinsk afdeling

skyldes bivirkninger og forkert brug af lægemidler.

### **Vurdering af sundhedsvæsenets forebyggende indsats**

Udviklingen skal følges op med vurderinger af indsatsen. Det gælder sygehusvæsenets forebyggende initiativer, og det gælder den forebyggende indsats i almen praksis.

Mens sygehusvæsenet i 1994 fik til opgave at varetage forebyggende opgaver, indeholder sygesikringsloven intet om de praktiserende lægers og andre yderes rolle og opgaver inden for forebyggelsen. Sundhedsministeriet vil tage initiativ til at vurdere de praktiserende lægers rolle og muligheder inden for forebyggelsesområdet som oplæg til en eventuel revision af sygesikringsloven med henblik på at styrke og tydeliggøre de praktiserende lægers forebyggende opgaver.

Udviklingen på lægemiddelområdet går hurtigt. Det må forventes, at der i løbet af programperiodens ti år vil blive sendt nye forebyggende lægemidler, herunder vacciner, på markedet. Denne udvikling bør følges nøje af hensyn til selve grundlaget for det forebyggende arbejde, men også af samfundsøkonomiske og prioriteringsmæssige grunde.

### **Det sundhedsfremmende sundhedsvæsen**

Sundhedsvæsenet skal være sundhedsfremmende for ansatte, patienter og besøgende. Sundhedsvæsenet og dets personale har en særlig forpligtelse til at støtte og deltage i målsætningen om den sundhedsfremmende arbejdsplads. Sundhedspersonalet bør være sig bevidst, at de indtager en rollemodel i forhold til befolkningen som sådan.

79 procent af de danske sygehuse havde i 1997-98 en målsætning om, at der kun må ryges, hvor særlig skiltning tillader det, 8 procent havde en målsætning om ingen rygning på sygehuset. 38 procent af sygehusene oplyste, at de havde tilbud til de ansatte om hjælp til rygestop.

### **Strategier**

Sundhedsvæsenet indtager en central plads i folkesundhedsprogrammet. Programmet lægger først og fremmest op til

- at fagligt udvikle og udbrede sundhedsvæsenets forebyggende indsats, blandt andet ved egentlige forebyggelsesydelse og henvisninger til forebyggelsestilbud
- at vurdere sundhedsvæsenets forebyggende indsats og metoder med henblik på stillingtagen til ændringer i lovgivning, anbefalinger og strategier
- at udvikle sundhedsvæsenet som sundhedsfremmende for patienter, besøgende og ansatte.

## **Initiativer**

### **Nye forebyggelsestilbud og henvisningsmuligheder**

*Initiativ 14.1: Der skal udarbejdes kliniske vejledninger for god forebyggelsespraksis for almen praksis og sygehusvæsenet.*

Sundhedsministeriet

Sundhedsstyrelsen nedsætter en referencegruppe om kliniske vejledninger for god forebyggelsespraksis i almen praksis og i sygehusvæsenet. Referencegruppen skal styrke og fagligt udvikle den forebyggende indsats i sundhedsvæsenet ved at initiere og koordinere udarbejdelsen af nye kliniske vejledninger samt implementeringen heraf ved efteruddannelsestilbud m.v. Arbejdet med kliniske vejledninger og tilhørende efteruddannelseskurser er påbegyndt i blandt andet regi af Dansk Selskab for Almen Medicin.

### *Evidensbaseret, klinisk vejledning på hjerteområdet*

For at opdatere de praktiserende læger om forebyggelse i almen praksis på hjerteområdet udgav Dansk selskab for almen medicin (DSAM) i december 1998 en evidensbaseret, patientcentreret klinisk vejledning om "Forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom med særligt henblik på dyslipidæmi". Vejledningen er blevet sendt til alle landets praktiserende læger og opsummerer en række nyere undersøgelser, der



omhandler forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom. Vejledningen fokuserer på den multifaktorielle indsats i forebyggelsen af iskæmisk hjertesygdom både ved livsstilsændringer og farmakologisk behandling. Vejledningen tager udgangspunkt i det enkelte individ, og giver lægen og patienten mulighed for i fællesskab at vælge strategi for at forebygge sygdommen, herunder information om den individuelle risiko for at få iskæmisk hjertesygdom.

*Initiativ 14.2: Der skal være kvalitativt gode rehabiliteringstilbud til for eksempel hjerte- og sukkersygepatienter samt patienter med rygelunger.*

Sundhedsministeriet

Sundhedsministeriet igangsætter et udviklingsforløb på foreløbig tre år fra år 2000 med henblik på at udbrede og fagligt udvikle de eksisterende tilbud i sundhedsvæsenet om rehabilitering inden for hjerte-, sukkersyge- og lungeområdet. Rehabiliteringstilbuddene søges senere udvidet til andre relevante områder for eksempel rehabilitering i forbindelse med hjernesker.

*Rehabiliteringsprojekt på Grenå Centralsygehus:*

På Grenå Centralsygehus, der har påtaget sig rollen som sundhedsfremmende sygehus i Århus Amts sygehusvæsen, har man iværksat et rehabiliteringsprojekt kaldet "Livet efter en blodprop i hjertet". Projektet henvender sig til patienter med blodprop i hjertet, og har til formål at give patient og pårørende en viden, som på længere sigt gør dem i stand til at justere livsstil og håndtere sygdomssituationer. Fra foråret 1999 indledes et udvidet rehabiliteringsprojekt, hvor patienterne tilbydes gymnastik en gang ugentligt og hver anden uge undervises enten af en klinisk diætist eller har en samtale med en sygeplejerske om medicinering, mestrings m.v.

*Initiativ 14.3: Der skal udvikles procedurer for henvisning af patienter i risikogrupper og udar-*

*bejdes lokale oversigter over henvisningsmulighederne.*

Sundhedsministeriet

De centrale sundhedsmyndigheder tager initiativ til at udvikle procedurer for henvisning af patienter i risikogrupper til tilbud om rådgivning og støtte ved for eksempel rygeophør eller -reduktion, kostvejledning, reduktion af alkoholforbrug m.v. Tilbuddene kan ligge i sundhedsvæsenet, i en sygdomsbekæmpende forening, under folkeoplysningen eller lignende steder. Der udfærdiges kataloger til praktiserende læger og sygehuse med lokale henvisningsmuligheder for risikogrupper.

*Initiativ 14.4: Sygehusenes journaloptegnelser skal anvendes til en forstærket forebyggende indsats.*

Sundhedsministeriet

Journaloptegnelser om patienternes livsstil og levekår skal nyttiggøres i forhold til patienter i risikogrupper og patienter, hvor behandlingsresultatet vil kunne påvirkes negativt af for eksempel rygning, for stort alkoholforbrug, svær overvægt. Patienterne tilbydes målrettede risikoreducerende foranstaltninger.

*Initiativ 14.5: Indsatsen over for gravide med misbrugsproblemer skal intensiveres*

Sundhedsministeriet

Gravide med misbrugsproblemer skal identificeres og gives tilbud om fuld professionel støtte til skadebegrænsning. Opgaven kan for eksempel varetages af en familieambulatoriefunktion i det enkelte amt. Sundhedsstyrelsen tager initiativ til at udvikle instrumenter til opsporing af misbrug hos gravide samt informationsmateriale til jordemødre og praktiserende læger (se også initiativ 8.16).

*Initiativ 14.6: Der skal være sammenhæng i behandlingsforløbet for patienter med misbrug af*

*både medicin og alkohol.*  
Sundhedsministeriet

Sundhedsstyrelsen tager initiativ til at af-dække behovet for retningslinjer vedrørende behandling af patienter med et blandingsmisbrug af medicin, alkohol, hash og lignende, herunder at beskrive eksisterende modeller for god praksis.

Initiativ 14.7: *Der skal sættes ind over for misbruget af afhængighedsskabende lægemidler.*

Sundhedsministeriet

Sundhedsministeriet tager stilling til, om alle afhængighedsskabende lægemidler skal gøres kopieringspligtige. I dag registrerer og overvåger embedslægerne og Sundhedsstyrelsen den enkeltes læges ordination af visse afhængighedsskabende former for medicin, for eksempel sove- og nervemedicin samt smertestillende medicin. En udvidelse af kopieringspligten vil medvirke til at sikre en fagligt forsvarlig anvendelse.

Initiativ 14.8: *Der skal iværksættes en styrket indsats for at nedbringe sygdom på grund af forkert lægemiddelbrug.*

Sundhedsministeriet

Der etableres en rationel lægeordination, der sikrer optimal medicin i optimale doser. Det skal ske gennem udarbejdelse af behandlingsvejledninger, hvor læger instrueres i diagnose og afhængigt af denne vejledes i valg af lægemidler for at sikre patienter en effektiv behandling.

Initiativ 14.9: *Finansieringen af forebyggelsesydelse i sundhedsvæsenet skal ligestilles med finansieringen af andre ydelser.*

Sundhedsministeriet

I takt med udviklingen af nye, egentlige forebyggelsesydelse i sundhedsvæsenet, som for eksempel rehabiliteringsydelse til patienter i risiko- eller højrisikogruppen bør det sikres, at finansieringen af de nye ydelser inddrages i forbindelse med de løbende ajourføringer af takstsystemer, økonomistyringssystemer m.m.

**Vurdering af sundhedsvæsenets forebyggende indsatser**

Initiativ 14.10: *De praktiserende lægers rolle og muligheder i det forebyggende arbejde skal styrkes.*

Sundhedsministeriet

Sundhedsministeriet vil foretage en vurdering af de praktiserende lægers og andre yderes fremtidige rolle og muligheder på forebyggelsesområdet. På baggrund heraf vil ministeriet tage stilling til, om sygesikringsloven bør revideres som led i en forstærket forebyggende indsats i almen praksis. I vurderingen vil indgå erfaringer med lokale tillægsaftaler på forebyggelsesområdet til sygesikringsoverenskomsten, erfaringer med landsdækkende forebyggelsesydelser samt erfaringer med tilbud om forebyggende helbredssamtaler i almen lægepraksis over for bestemte befolkningsgrupper.

*Landsoverenskomsten om almen lægegering*  
Sygesikringens forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation har den 16. april 1999 indgået aftale om ændring af landsoverenskomsten. Ifølge den indgåede aftale skal der blandt andet indgås tillægsaftale vedrørende iværksættelse af forebyggende og/eller sundhedspædagogiske ydelser. Der er tale om mulighed for honorering af praktiserende lægers opsøgende hjemmebesøg hos ældre samt for deres deltagelse i forsøgsordninger.

Initiativ 14.11: *Den forebyggende indsats i sygehussektoren skal kortlægges og vurderes.*

Sundhedsministeriet

Sundhedsministeriet initierer en kortlægning og vurdering af omfang såvel som indhold i det forebyggende arbejde i sygehussektoren som baggrund for den videre udvikling. Undersøgelsen bør gentages i programperioden.

Initiativ 14.12: *Udviklingen af nye, forebyggen-*

*de lægemidler skal følges og vurderes.*

Sundhedsministeriet

Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen følger udviklingen på området for forebyggende medicin. I løbet af planperioden igangsættes et udredningsarbejde.

#### **Det sundhedsfremmende sundhedsvæsen**

Initiativ 14.13: *Arbejdspladser inden for sundhedsvæsenet udarbejder alkohol- og tobakspolitikker.*

Sundhedsministeriet

Sundhedsvæsenet opfordres til at udarbejde alkohol- og tobakspolitikker. Sundhedsmi-

nisteren vil fremsætte forslag om en skærpeelse af loven om røgfri miljøer, således at blandt andet sygehusene fremover skal være røgfri for personale, besøgende og indlagte (jf. initiativ 3.4).

Initiativ 14.14: *Sygehusene skal være sundhedsfremmende arbejdspladser.*

Sundhedsministeriet

Indsatsen har samme sigte som programmets mål 12 om "Sundhed på arbejdspladsen" og er nærmere beskrevet herunder. Der er tale om et vedvarende og pågående initiativ (se for eksempel initiativerne 12.6 og 12.7).

Amterne og kommunerne forestår langt

## II.5 Strukturmaal (maal 15-17)

### Maal 15 - Samarbejde mellem stat/amt/kommune

*Der skal etableres en klar og entydig ansvars- og opgavefordeling mellem stat, amter og kommuner med hensyn til sundhedsfremme og forebyggelse.*

Der skal i programperioden sikres en klar og entydig ansvars- og opgavefordeling, ved

- at samarbejdsmodeller for sundhedsplanlægningen og det løbende samarbejde udmeldes i sundhedsministerens redegørelser for sundhedsplanlægningen for år 2002-2005 og år 2006-2009.
- at eksisterende og nye forebyggelsesopgaver beskrives
- at opgavernes fordeling aftales eller i øvrigt fastlægges
- at den nationale forebyggelsesindsats styrkes ved indgåelse af lokale aftaler med enheder med særlige ekspertise.

størstedelen af det forebyggende arbejde i Danmark. De amtslige og kommunale institutioner m.v. danner rammen om mange menneskers dagligliv, for eksempel dag- og døgninstitutionerne, folkeskolen, ungdomsuddannelserne og diverse botilbud. Amterne og kommunerne varetager væsentlige opgaver i forbindelse med det ydre miljø og trafikken.

Det offentlige sundhedsvæsen - de forebyggende sundhedsordninger, sygesikringsområdet og sygehusvæsenet - har meget omfattende kontakter med borgerne.

Amterne og kommunerne har et virkeligt stort potentiale for en forebyggende og sundhedsfremmende indsats, og amter og kommuner løser allerede i dag store og betydende opgaver på forebyggelsesområdet.

#### **Udbygget samarbejde**

Forebyggelse og sundhedsfremme forudsætter en tværfaglig og tværsektoriel indsats. Det er af væsentlig betydning for indsatsen og dens effektivitet, at der etableres et velfungerende samarbejde ikke mindst mellem staten, amterne og kommunerne.

Samarbejdet skal omfatte både løsningen af

konkrete forebyggende aktiviteter og sundhedsplanlægningen.

Tilrettelæggelsen af samarbejdet i de enkelte amter - mellem amtet og kommunerne i amtet - afhænger af lokale forudsætninger og behov. Til inspiration for amter og kommuner vil Sundhedsministeriet opstille forskellige samarbejdsmodeller på baggrund af lokale erfaringer. Det gælder både samarbejdsmodeller i forbindelse med selve sundhedsplanlægningen og samarbejdsmodeller for det konkrete forebyggende arbejde.

Et af sundhedsplanlægningens vigtige formål er at styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommuner og amter, blandt andet gennem at give forebyggelsesarbejdet en politisk forankring.

Sundhedsplanlægningen er et meget væsentligt redskab for koordineringen og samarbejdet mellem amter og kommuner på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet. Bestemmelserne for sundhedsplanlægningen trådte i kraft den 1. januar 1994. De afspejler en udvikling med en bredere sundhedsplanlægning, som blev igangsat i flere amter og enkelte kommuner i slutningen af 1980'erne

og begyndelsen af 1990'erne.

Bestemmelserne om sundhedsplanlægningen forpligter amterne til at udarbejde amtslige sundhedsplaner og kommunerne til at udarbejde kommunale sundhedsredegørelser for en fireårig periode. Kravene er størst til de amtslige planer. I forbindelse med starten af en ny planperiode skal sundhedsministeren udsende en redegørelse. Bestemmelserne om sundhedsplanlægning er en del af sygesikringsloven.

Resultatet af den første planperiode 1994-97 viser, at forebyggelse og sundhedsfremme er blevet en integreret del af det lokale sundhedsarbejde. Både Sundhedsministeriets gennemgang af sundhedsplanlægningen 1994-97 og en undersøgelse foretaget af Kommunernes Landsforening viser dog behov for et fortsat tættere samarbejde og mere langsigtet og sammenhængende planlægning og koordination.

I sundhedsministerens redegørelse "Samarbejde om sundhed 1998-2001" er erfaringerne fra den første planperiode gennemgået. De kommunale sundhedsredegørelser har i meget varieret omfang været inddraget i den amtslige planlægning. Redegørelsen lægger derfor op til, at amter og kommuner i den igangværende planperiode konkretiserer og beskriver de forventninger, man har til hinanden, på hvilken måde de kommunale sundhedsredegørelser skal indgå i amtets sundhedsplanlægning samt hvilke resultater, man på denne baggrund forventer.

Sundhedsministeriet vil ved udgangen af denne planperiode evaluere, om og hvordan amter og kommuner har fulgt anbefalingerne om en øget inddragelse af de kommunale redegørelser i amternes sundhedsplanlægning.

Sundhedsministeren vil ved de kommende planperioders start i henholdsvis år 2002 og år 2006 særligt behandle samarbejdet mellem stat, amt og kommune på forebyggelsesområdet.

For at styrke samarbejdet om aktuelle og forestående forebyggelsesopgaver vil Sundhedsstyrelsen nedsætte et koordinationsforum med deltagelse af kommunale repræsentanter m.v.. Sundhedsstyrelsen vil desuden etablere særlige temagrupper inden for prioriterede forebyggelses- og sundhedsfremmetemaer.

### **Forebyggelsesopgaver, deres fordeling og udvikling**

Forebyggelsen er under udvikling. Nuværende opgaver bliver fagligt udviklet og nye opgaver og metoder kommer til.

Sundhedsfremme og forebyggelse er en opgave for såvel amter som kommuner. Opgaver og ansvar er ikke på alle områder klart defineret, og ansvaret er ikke entydigt fordelt mellem stat, amt og kommune. Problemet er kaldt "de delte opgaver" eller "gråzone-problemet". Mange amter og kommuner drøfter løbende, hvordan "gråzoneopgaverne" bedst kan varetages og afstemmes.

Af hensyn til indsatsens effektivitet bør der tilstræbes en høj grad af entydighed i opgavefordelingen. Imidlertid vil det også fremover være en af de grundlæggende forudsætninger for en stor del af det forebyggende arbejde, at det er tværfagligt og tværsektorielt. Som eksempel kan nævnes indsatsen over for alkoholmisbrugere og deres nærmeste pårørende.

Opgavernes fordeling på forebyggelsesområdet drøftes løbende. Senest har opgavekommissionen overvejet problemstillingen om det delte ansvar. Kommissionen fandt ikke anledning til at tildele amtsrådet en egentlig ny kompetence til at stå for den regionale koordinering af forebyggelsesarbejdet, med henvisning til de eksisterende muligheder for koordination inden for sundhedsplanlægningens rammer og samarbejdet mellem amtskommunerne og kommunen.

Sundhedsministeriet vil, som led i præciseringen af opgaverne og opgavefordelingen, i

forbindelse med hver ny planperiode redegøre for de centrale sundhedsmyndigheders nuværende og fremtidige opgaver på forebyggelsesområdet.

Amternes og kommunernes opgaver vil blive gennemgået med henblik på at få en afklaring af mulighederne for en klar og entydig opgavefordeling samt mulighederne for og erfaringerne med lokale aftaler om fordeling og varetagelse af forebyggelsesopgaver, som det blandt andet kendes fra Nordjyllands amt. Erfaringerne fra forebyggelsesarbejdet viser desuden, at såfremt amter og kommuner aftaler og koordinerer deres indsats, opnås den største effekt og den bedste udnyttelse af ressourcerne.

Sundhedsministeriet vil med jævne mellemrum udsende en oversigt over dels eksisterende forebyggelsesordninger og -tilbud, dels potentielle forebyggelsesydelse. Oversigten vil give det enkelte amt og den enkelte kommune et overblik over udviklingen på forebyggelsesområdet ved beskrivelserne af nye, dokumenterede forebyggelsesydelse.

I takt med udviklingen af forebyggelsesindsatsen kan det være relevant at tage stilling til en præcisering og placering af nye, dokumenterede forebyggelsesydelse for eksempel ved aftaler, i overenskomster eller egentlig lovgivning.

Flere amter og kommuner har i betydeligt omfang bidraget til udviklingen på forebyggelsesområdet. Der er udviklet nye forebyggelsesydelse, nye strategier og nye metoder. Også uddannelses- og forskningsinstitutioner samt udviklingscentre m.v. har spillet en væsentlig rolle for udviklingen.

Sundhedsministeriet vil i højere grad end hidtil inddrage den lokale ekspertise i udviklingen af den forebyggende indsats på nationalt plan. Det vil ske ved, at Sundhedsministeriet indgår aftaler om udvikling, rådgivning, uddannelse, evaluering m.v. med lokale aktører, som har en særlig stor ekspertise inden for et af programmets prioriterede områder. Aftalerne vil

sikre, at en særlig ekspertise udbredes til resten af landet. Aftalerne vil være åremålbe-grænsede.

### **Strategier**

Som led i en forstærket indsats skal:

- Samarbejdet mellem stat, amter og kommuner udvikles.
- Forebyggelsesopgaverne udvikles og beskrives og forebyggelsesopgavernes fordeling mellem stat, amter og kommuner præciseres.

Folkesundhedsprogrammets mål for samarbejde og klarhed på forebyggelsesområdet lægger op til en løbende udvikling af rammerne for opgaveløsningen, hvor der er fleksibilitet i opgaveplaceringen, men samtidig fastholdelse af ansvar.

### **Initiativer**

Initiativ 15.1: *Samarbejde mellem stat/amt/kommune skal udvikles i flere stadier i programperioden.*

Sundhedsministeriet

Udviklingen af samarbejdet mellem stat, amt og kommune om forebyggelse er en proces. Samarbejdet i forbindelse med indsatserne i forhold til de enkelte risikofaktorer, målgrupper og forebyggelsesmiljøer skal styrkes. Og der skal samtidig ske en udvikling af samarbejdet i forbindelse med sundhedsplanlægningen. Sundhedsministeren vil i sine redegørelser ved starten af planperioderne år 2002-2005 og år 2006-2009 samle de væsentligste erfaringer for den forløbne periode og på den baggrund melde ud om det fremtidige samarbejde.

Sundhedsministeriet vil tage initiativ til dels at opstille modeller for samarbejdet mellem amter og kommuner om både sundhedsplanlægningen og den konkrete forebyggende indsats, dels at evaluere amternes inddragelse af de kommunale sundhedsredegørelser i sundhedsplanlægningen ved udgangen af indeværende planperiode.

Sundhedsstyrelsen nedsætter et "koordina-

tionsforum på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet" mellem stat, amt og kommuner. Sundhedsstyrelsen vil desuden nedsætte faglige temagrupper i forbindelse med særligt prioriterede forebyggelsestemaer.

*Initiativ 15.2: De statslige opgaver i forhold til amter og kommuner på forebyggelsesområdet skal tydeliggøres.*

Sundhedsministeriet

På forebyggelsesområdet sker til stadighed en udvikling af opgaver, opgaveløsninger og opgavefordelinger. For at bidrage til en effektiv varetagelse af opgaverne vil Sundhedsministeriet periodisk gøre status og udarbejde redegørelser for de centrale sundhedsmyndigheders nuværende og fremtidige opgaver på forebyggelsesområdet. Det vil ske i forbindelse med starten af planperioderne år 2002-2005 og år 2006-2009.

*Initiativ 15.3: Amternes og kommunernes opgaver vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme skal udvikles. Opgavefordelingen på forebyggelsesområdet skal præciseres.*

Sundhedsministeriet

Sundhedsministeriet nedsætter et udvalg, der skal undersøge mulighederne for og erfaringerne med at opstille kriterier for opgavefordelingen mellem amter og kommuner, for at fastlægge en overordnet fordeling af forebyggelsesopgaverne mellem landets amter og kommuner og for at indgå amtslige aftaler om fordeling af opgaver.

*Initiativ 15.4: Der udarbejdes en vejledning til amter og kommuner over forebyggelsestilbud til borgerne.*

Sundhedsministeriet

Sundhedsministeriet tager initiativ til at få udarbejdet en oversigt over eksisterende fore-

byggelsesordninger og -tilbud samt over de supplerende forebyggelsesydelse, som behandles under forskellige mål i dette program. Oversigten udsendes i efteråret 1999. Oversigten vil blive ajourført og udsendt op til næste planperiode år 2002-2005.

*Initiativ 15.5: Der indgås aftaler med særlig forebyggelsesekspertise om varetagelse af konkrete udviklings- og implementeringsopgaver.*

Sundhedsministeriet

Til støtte for gennemførelsen af programmets forskellige mål indgås en række forebyggelsesaftaler mellem de centrale sundhedsmyndigheder og lokale aktører, som besidder en særlig faglig ekspertise og kapacitet på et specifikt forebyggelsesområde. Det kan for eksempel dreje sig om amter, kommuner, forsknings- og uddannelsesinstitutioner, sygdomsbekæmpende foreninger og sundhedsfaglige selskaber. Aftalerne skal omfatte udviklings-, evaluerings- og konsultative opgaver i forhold til landets øvrige aktører. Forebyggelsesaftalerne indgås på en tidsbegrænset kontrakt.

*Initiativ 15.6: Embedslægerne tilbyder kommunerne datagrundlaget for kommunale sundhedsprofiler.*

Sundhedsministeriet

Embedslægerne skal i hver planlægningsperiode tilbyde kommunerne datagrundlaget for en kommunal basissundhedsprofil, der kan danne grundlag for de kommunale redegørelser.

Forskning og tilvejebringelse af konkret

## Mål 16 - Forskning

*Forebyggelse og sundhedsfremme skal baseres på forskning for at sikre valg af velunderbyggede indsatser i forebyggelsen.*

I programperioden skal der:

- Sikres tilgængelige og opdaterede data vedrørende befolkningens sundhedstilstand.
- Sikres stabile miljøer for forskningsindsatser i forebyggelse vedrørende middellevetid og den sociale ulighed i sundhed.
- Sikres forebyggelsesforskning især inden for to områder: faktorer for befolkningens sundhedsadfærd (årsagsudredende studier) og effektiviteten af forebyggelsesmetoder (interventionorienterede studier).
- Sikres, at den tilgængelige viden om forebyggelse og forebyggelsesmetoder samles og videreformidles, samt at der sker en øget koordination og informationsudveksling vedrørende relevante forskningsprojekter vedrørende forebyggelse.

viden om befolkningens sundhedstilstand og levevilkår danner grundlaget for en målrettet, veldokumenteret og gennemprøvet forebyggelsesindsats. Det er derfor vigtigt at sikre en fortsat forskning i sundhedsfremme og forebyggelse i de eksisterende forskningsmiljøer eksempelvis gennem forskningsnetværk (centerkonstruktioner) eller via strategiske forskningsindsatser som for eksempel det igangværende tværvidenskabelige forskningsprogram om sundhedsfremme og forebyggelse.

Den biomedicinske forskning er grundlæggende som forudsætning for erkendelse af de sygdomsvoldende mekanismer og risikofaktorer, og som sådan også en forudsætning for forebyggelsesforskning i forbindelse med udvikling af nye interventioner. Det gælder for eksempel den nødvendige udredning af årsagerne bag udvikling af brystkræft.

Der drives forskning i risikofaktorer i befolkningens omgivelser, der kan påvirke sundhedstilstanden og dødeligheden. Det drejer sig om forskning i for eksempel luftforurening i udeluft, fødevarerikkerhed, indeklimaproblemer, særligt skimmelsvampvækst i boliger, samt arbejdsulykker og trafikikkerhed.

Forskning i forebyggelse hviler desuden på

undersøgelser, der følger befolkningens sundhedstilstand, livsstil og levekår samt tilvejebringer viden om sammenhængen mellem risikofaktorer og sundhedstilstand. Det drejer sig om de store befolkningsundersøgelser, der omfatter store befolkningsgrupper, der følges over årtier med lejlighedsvis kliniske undersøgelser. Disse undersøgelser suppleres med store spørgeskemaundersøgelser, der undersøger befolkningens selveplevede helbred.

Der er i dag en betydelig viden på dette felt, men det er vigtigt at sikre, at dokumentationen også i fremtiden er stede. Samtidig er der på nogle områder behov for en hyppigere indsamling af data.

Der er særligt to områder, hvor der er et stort behov for at styrke forebyggelsesforskningen. Her er viden i dag kun sporadisk.

For det første mangler der viden om baggrunden for vores sundhedsadfærd. Det drejer sig for eksempel om viden om, hvorfor folk ryger. Derfor skal der i de næste ti år særligt sættes på årsagsudredende studier af determinanter for sundhedsadfærd, der har betydning for den dårlige middellevetid og den sociale ulighed i sundhed. Forskning i determinanter for sundhedsadfærd er grund-



laget for at iværksætte interventioner.

For det andet er der et stort behov for betydelig mere viden om, hvilke strategier der mest hensigtsmæssigt kan anvendes over for forskellige befolkningsgrupper. Denne viden er for eksempel særlig vigtig i relation til målet om at reducere den sociale ulighed i sundhed og livsstil. Derfor skal der i de kommende ti år foretages interventionsorienterede studier, med henblik på at bidrage med viden om, hvilke forebyggelsesmetoder der er effektive over for hvilke befolkningsgrupper.

Der er behov for, at man også på forebyggelsesområdet mere systematisk indsamler viden om dokumenterede effektive forebyggelsesindsatser. Der skal derfor etableres et center, hvor al tilgængelig viden om effektive forebyggelsesmetoder samles. Centret skal medvirke til at sikre valg af velunderbyggede indsatser på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet.

## Initiativer

Initiativ 16.1: *Forskningen inden for sundhedsfremme og forebyggelse skal øges.*

Sundhedsministeriet

Der skal i programperioden ske en løbende styrkelse af de prioriterede forskningsområder, som sikrer stabile miljøer for forebyggelsesforskning særlig rettet mod problemerne vedrørende danskernes dårlige midlellevetid og den sociale ulighed i sundhed. Stabiliteten skal sikres ved at skabe kontinuitet i forskningsbevillingerne.

Initiativ 16.2: *Der skal oprettes en centerfunktion, som skal sikre indsamling og formidling af dokumentation om forebyggelse.*

Sundhedsministeriet

Der oprettes et murstensløst center bestående af forskningsinstitutioner på forebyggelsesområdet. Centret skal dels fremme

brugen af effektive forebyggelsesmetoder og dels skabe større overblik over relevant forebyggelsesforskning, herunder: indsamle evalueringer fra lokale, regionale, nationale og internationale forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter; formidle denne viden til relevante aktører (for eksempel amter, kommuner, forskningsinstitutioner og forskningsråd); udarbejde en database med igangværende forebyggelsesforskning; skabe et overblik over den eksisterende dataindsamling af relevans for forebyggelsesforskningen.

Initiativ 16.3: *Det skal sikres, at der til stadighed findes tilgængelige og opdaterede data om befolkningens sundhedstilstand.*

Sundhedsministeriet

Dataindsamling, statistikproduktion og dokumentationsarbejde i øvrigt på forebyggelsesområdet skal styrkes. DIKES Sundheds- og Sygelighedsundersøgelser er en væsentlig datakilde i det forebyggende arbejde. Der skal i programperioden gennemføres en hyppig dataindsamling af høj kvalitet.

Initiativ 16.4: *Der vil blive iværksat forskning og undersøgelser med henblik på at belyse den sociale ulighed i sundhed.*

Socialministeriet

Sundhedsministeriet

Det skal ske ved for det første at undersøge hvilke årsager og mekanismer, der skaber social ulighed i sundhed, for det andet hvordan man når de socialt og sundhedsmæssigt svage grupper, og for det tredje effekten af indsatsen for at reducere den sociale ulighed i sundhed. Det skal bl.a. dels ske ved, at ministerudvalget vedrørende den "sociale arv" igangsætter et udredningsarbejde, dels ved at udarbejde en udredning om eksisterende forskningsbaseret viden om de ulighedsskabende mekanismer inden for levekår og livsstil. Desuden skal der bl.a. løbende fokuseres på udvikling og dokumentation af metoder, der retter sig mod udliggning af de sociale forskelle i sundhed.

En lang række faggrupper inden for sund-

## Mål 17 - Uddannelse

*Forebyggelsesarbejdet skal professionaliseres ved at styrke forebyggelse som element og tankegang i grund-, efter- og videreuddannelse af social- og sundhedspersonale samt andre relevante faggrupper.*

I programperioden skal

- forebyggelse placeres centralt i sundhedsuddannelserne, samt i efter- og videreuddannelse af sundhedspersonale.
- det forebyggende sundhedsarbejde placeres mere centralt i en række øvrige uddannelser med strategisk betydning for forebyggelse og sundhedsfremme.

heds-, social- og uddannelsessektoren arbejder dagligt med opgaver i relation til forebyggelse og sundhedsfremme.

En bred og varieret uddannelsesindsats om forebyggelse over for disse faggrupper, der via deres arbejde er i daglig kontakt med store dele af befolkningen, vil være et væsentligt bidrag til en forstærket forebyggende indsats.

Særligt er der et behov for uddannelse, herunder efter- og videreuddannelse af de professionelle, som især beskæftiger sig med svage og udsatte grupper.

### **Forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsuddannelserne**

Forebyggelsen har gennem årene fået en mere fremtrædende placering i mange sundhedsuddannelser. Der er dog fortsat behov for at styrke forebyggelseselementet i nogle af uddannelserne og i øvrigt at få integreret forebyggelsen som en del af værdigrundlaget i sundhedsuddannelserne.

Inden for det sidste årti er der vokset et helt nyt folkesundhedsmiljø frem, blandt andet initieret af de nye uddannelser inden for det sundhedsvidenskabelige område - det vil sige kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab og MPH-uddannelsen (Master of Public Health). Der er store forventninger til, at de nye uddannelser vil sætte deres præg på indsatsen ved at styrke forebyggelsen såvel

kvantitativt som kvalitativt.

### **Forebyggelse og sundhedsfremme i andre uddannelser**

En række faggrupper arbejder med personer med sociale, fysiske og psykiske problemer, hvor sundhedsmæssige forhold ofte kan udgøre en del af problemerne. For en lang række faggrupper indgår forebyggelses- og sundhedsopgaver som led i deres arbejde. Hovedopgaverne ligger på andre felter; men forebyggelse og sundhedsfremme er en del af arbejdet. Det gælder for eksempel socialrådgivere, socialpædagoger, pædagoger, lærere, psykologer m.fl. Disse faggrupper skal sikres et relevant forebyggelseselement i deres uddannelser.

Også personale med administrative opgaver - på ledelsesplan og i den daglige administration af social- og sundhedsvæsenet - bør have indsigt i forebyggelsesopgaven.

### **Efter- og videreuddannelse i forebyggelse og sundhedsfremme**

Det er vigtigt for forebyggelsesindsatsen, at det eksisterende personale i sundheds-, social- og uddannelsessektorerne sikres en løbende efter- og videreuddannelse.

Mens der årligt nyuddannes cirka 13.000 i sundhedsuddannelserne, er der i sundhedssektoren ansat cirka 120.000 faguddannede, som i meget varieret grad har fået uddannelse på forebyggelsesområdet gen-

nem deres grunduddannelse eller ved efteruddannelse. Det samme forhold gør sig gældende for socialektoren og uddannelsesområdet.

Derfor er det meget væsentligt, at der sættes ind på efter- og videreuddannelse af det ansatte personale. En indsats her er afgørende for at opnå hurtige resultater af en forstærket forebyggende indsats.

### **Strategier**

Arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse skal professionaliseres i løbet af de kommende ti år.

- Det skal først og fremmest ske ved at sikre forebyggelsen en mere fremtrædende plads inden for sundhedsuddannelserne.
- For det andet skal andre uddannelser på social- og uddannelsesområdet sikre en øget inddragelse af forebyggelse i uddannelsesforløbene.
- For det tredje skal der ydes en særskilt indsats på efter- og videre uddannelsesområdet.

Uddannelsesindsatsen skal varieres i indhold og omfang for de respektive personalegrupper, primært afhængigt af gruppernes erhvervsområde samt kontakthyppighed med forebyggelsesrelevante spørgsmål.

## **Initiativer**

### **Uddannelse**

*Initiativ 17.1: Der skal for de nye folkesundhedsuddannelser foretages en vurdering af uddannelseskapacitet i forhold til behov. Kontakten til det praktiske forebyggelsesarbejde skal sikres.*

Sundhedsministeriet

Undervisningsministeriet

De centrale myndigheder iværksætter en årlig registrering af optaget på kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab og på MPH-uddannelsen samt antallet af færdiguddannede. Uddannelseskapaciteten skal vurderes i forhold til behov. Der skal sikres veludbyggede kontakter mellem de to uddan-

nelser og det praktiske forebyggende arbejde i amter og kommuner, blandt andet for at fastholde uddannelsernes fokus på forebyggelsesopgaven.

*Initiativ 17.2: Kendskabet til folkesundhedsuddannelser skal udbredes.*

Sundhedsministeriet

Folkesundhedsuddannelserne er tilrettelagt blandt andet med henblik på ansættelse af kandidaterne inden for forebyggelsesområdet i stat, amter og kommuner. Det kan være med projekt-, udrednings-, planlægnings-, uddannelsesopgaver m.v. Der er stadig tale om relativt nye uddannelser. For at udbrede kendskabet og dermed anvendelsen af de nye kandidater opfordres uddannelsesinstitutionerne til at afholde informationsmøder for og udarbejde informationsmateriale til de potentielle aftagere.

*Initiativ 17.3: De kliniske sundhedsuddannelser skal orientere uddannelsen mere mod forebyggelse af høj kvalitet.*

Sundhedsministeriet

Undervisningsministeriet

De kliniske sundhedsuddannelser, herunder til læge, sygeplejerske, ergoterapeut, fysioterapeut m.v. skal bevare det kliniske hovedsigte, men orienteres mere mod forebyggelse, specifikt tilpasset de enkelte uddannelser. Det kan ske ved, at de enkelte uddannelsesinstitutioner foretager en gennemgang og revision af deres studieordninger for at sikre relevante forebyggelselementer og forebyggelsestankegang.

*Initiativ 17.4: Uddannelser med stor kontaktflade til børn og unge samt risikogrupper i voksenbefolkningen skal gennemgås med henblik på at tilbyde uddannelseselementer om sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.*

Socialministeriet

Undervisningsministeriet

For sådanne uddannelser, for eksempel lærer- og pædagoguddannelserne og socialrådgiveruddannelsen, er der behov for nærmere at få vurderet mulighederne for inden for de enkelte fags rammer at tilbyde relevante uddannelseselementer inden for forebyggelse og sundhedsfremme.

*Initiativ 17.5: Ernæringsundervisning på de højere uddannelser, herunder på efter- og videreuddannelser, skal fremmes.*

Fødevareministeriet

Fødevareministeriet tager kontakt til de højere læreanstalter for at udbygge og systematisere ernæringsområdet, således at der også undervises i betydningen af for eksempel forurening, økologi, genteknologi og funktionelle fødevarer. Ernæringsundervisning skal i øvrigt indgå i nødvendigt omfang i andre uddannelser som en del af forebyggelsesindsatsen.

### **Efter- og videreuddannelse**

*Initiativ 17.6: Der skal foretages en vurdering af de videreuddannelser, der retter sig mod forebyggelsesrelevante områder.*

Sundhedsministeriet

Socialministeriet

Undervisningsministeriet

Sundhedsministeriet tager initiativ til at vurdere, om videreuddannelserne på særligt forebyggelsesrelevante områder bør revideres med henblik på en styrkelse af forebyggelsesindsatsen. Det drejer sig om

videreuddannelserne ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole (sygeplejersker og jordemødre), ved Ergo- og Fysioterapeutvidereuddannelsen samt for specialuddannelserne vedrørende sygeplejersker. Tilsvarende foretages en gennemgang af relevante speciallægeuddannelser (for eksempel i samfundsmedicin og almen medicin), af de tandlægelige videreuddannelser og af videreuddannelserne for pædagoger og socialrådgivere.

*Initiativ 17.7: Der skal tilskyndes til en øget efteruddannelse af relevante personalegrupper.*

Sundhedsministeriet

Socialministeriet

Undervisningsministeriet

En løbende og øget efteruddannelse vil medvirke til en hurtigere og mere målrettet indsats på forebyggelsesområdet, for eksempel ved efteruddannelse af personalegrupper inden for sundheds- og socialuddannelserne. Sundhedsministeriet vil i den forbindelse tage initiativ til en redegørelse for amternes og kommunernes eksisterende efteruddannelsesindsats og planer for fremtidig efteruddannelse på området.

# Del III: Overvejelser over programmets gennemførelse og virkemidler

## III.1 Hvad er “folkesundhed” ?

Arbejdet med folkesundheden handler om de muligheder og vilkår, som en befolkning har for at leve sundt – og hvorvidt dette lykkes. Dette arbejde har en lang tradition bag sig. Således kan man blandt en række centrale områder for folkesundheden nævne vaccinationsprogrammer, klassisk hygiejne (kloakering og vandforsyning), svangreprofylakse og sundhedspleje, ernæring, skolesundhed, bedriftssundhedstjeneste, tandpleje, levnedsmiddelkontrol samt hygiejne i offentlige institutioner, smitteopsporing og smittebekæmpelse, forureningskontrol og forureningsbekæmpelse.

Det var sådanne indsatser, som gav afgørende resultater for befolkningens sundhed i den klassiske medicinske revolution (1850-1950). Fokus lå her især på hygiejne og på oplysning.

Med gennembruddet for den biomedicinske revolution i midten af 1900-tallet, som medførte den næsten totale udryddelse af mange alvorlige smitsomme sygdomme, skabtes en fremskridtstro, der en overgang førte fokus væk fra de grundlæggende idéer i folkesundhedsarbejdet.

Men livsstilssygdommenes vækst vendte billedet. Livsstilssygdomme som hjerte-karsygdomme, kræft og muskel-skeletsygdomme blev de dominerende årsager til sygdom og død, og da der ikke fulgte et tilsvarende revolutionerende behandlingsgennembrud over for disse sygdomme, måtte den forebyggende tanke igen komme i fokus.

Arbejdet blev i vidt omfang domineret af individrettet oplysningsarbejde i form af mange større befolkningsrettede kampagner.

Men samtidig har arbejdet med folkesundhed under denne meget synlige og derfor stærkt bemærkede overflade fået en drejning mod et mere solidt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om forebyggelsen. Ikke mindst amter og kommuner har stået for denne udvikling.

Udviklingen har også nedtonet tendenserne til en individualistisk og undertiden moraliserende tilgang til arbejdet for folkesundheden. Ligesom der rettes fokus på de politisk-økonomiske dimensioner og på de generelle vilkår for sundhed og sygdom.

## III. 2 Sundhed, kultur og sociale vaner

Sundhed skabes i et samspil mellem det enkelte individ og samfundet. De væsentligste forudsætninger for den enkeltes sundhed er på den ene side viden om, hvad der er sundhedsskadeligt, og hvad der fremmer sundheden, og på den anden side færdigheder i og rammer for at omsætte denne til praktisk handling – i dagligdagen.

Er dette samspil dårligt, enten fordi den enkelte ikke kan omsætte viden til handling i sin hverdag på (grund af manglende færdigheder eller motivation), eller fordi rammerne for hverdagen ikke tillader det, kan forebyggelse og sundhedsfremme virke moraliserende eller i værste fald føre til skyldfølelse hos den enkelte.

En lang række sygdomme ligger mere eller mindre uden for den enkeltes kontrol. Det gælder smitsomme sygdomme, egentlige epi-

demier, miljøpåvirkninger m.v. Risikoen for at blive syg afhænger her af den samfundsmæssige indsats på det enkelte område.

Andre sygdomme hænger sammen med den enkeltes livsstil. Det gælder således for sygdomme relateret til alkohol- og tobaksforbrug, kostvaner og fysisk aktivitet. Disse vaner er socialt og kulturelt betingede, men er også et resultat af individuelle valg. Vaner etableres og fastholdes således i et komplekst og gensidigt samspil mellem individ og omgivelser. Lovgivning, markedsforhold (pris og tilgængelighed), tilrettelæggelsen af hverdagen og ikke mindst kulturelle faktorer er af afgørende for en befolknings sundhed.

Disse mønstre skaber, sammen med levevilkårene, rammerne for vore valg. Disse rammer er i fokus for folkesundhedsprogrammet.

*Vaner og normers udvikling:* Før 1940'erne var det ikke acceptabelt, at kvinder røg offentligt. Sådan har det været i Sydeuropa indtil 1980'erne. Offentlig øldrikning af flasker som acceptabel adfærd kendes kun i Danmark. For få årtier siden bød man, når folk mødtes, på kaffe – i dag er det meget ofte alkohol, der tilbydes. At spise uden for de faste måltider blev for år tilbage anset som uacceptabelt, mens det nu i stigende grad er accepteret, at de enkelte familiedlemmer spiser, når det passer ind i den enkeltes "program", og det er også meget normalt, at der er forbundet noget spiseligt med det at se fjernsyn.

Det er således ikke alene et individuelt forårsaget problem, at der ryges mere i nogle socialgrupper end andre. Der kan være tale om en tilpasning til for eksempel en presset arbejdsituation eller et kollegialt fællesskab og dets normer.

De fleste forældre er foruroligede over deres store børns alkoholforbrug. Men de færreste reagerer. Der eksisterer nemlig en norm om, at børn skal lære at drikke alkohol i hjemmet, og at de skal have et afslappet eller et naturligt forhold til alkohol. Den liberale børneopdra-

gelse i Danmark har som et væsentligt værdigrundlag, at børn skal gøre deres egne, selvstændige erfaringer. Forældre undlader derfor at markere, at alkohol ikke er noget for børn.

De sociale og kulturelle normer ændres kun vanskeligt af enkeltindivider, der tager særstandpunkter. De ændres snarere ved, at der politisk udmeldes et andet standpunkt, som der argumenteres for, og som følges op af handlinger. Det er nødvendigt, at det offentlige agerer, markerer og går i dialog om risici. Det er på den måde, at holdningerne til spirituskørsel er blevet ændret.

At forbedre folkesundheden kræver ændrede adfærdsmønstre, men ikke nødvendigvis voldsomme ændringer – set fra den enkeltes synspunkt. Små ændringer, udført af mange, giver store resultater.

### III. 3 Redskaber i folkesundhedsprogrammet

Folkesundhedsprogrammets væsentligste virkemiddel er at skabe *sundere rammer* for dagliglivet. Derfor indeholder programmet mål for en sammenhængende indsats for at videreudvikle de store systemer, der udgør rammerne for vores daglige sundhedsadfærd, så de fremmer et sundere og mere sikkert liv for befolkningen. Det gælder skolen, arbejdspladserne, lokalsamfundet og sundhedsvæsenet.

Man bør bevidst gennemgå de fysiske rammer, arbejdsrutiner og regelsæt, og i hvert tilfælde undersøge, om disse har negative eller positive sundhedseffekter. Hvis man herefter følger planlagt op på denne gennemgang, opnås resultater, der også får betydning ved at spredes til andre dele af samfundslivet for eksempel via familien.

Under målene i folkesundhedsprogrammet indgår relativt få initiativer med egentlig *massekommunikation*, og altid med det formål at give konkrete, realiserbare forslag til handling.

Denne form for kommunikation anvendes, hvor problemernes udbredelse og alvor gør det velbegrunderet at rette indsatsen mod hele befolkningen.

Den langt overvejende del af programmets forslag til *kommunikationsindsats* rettes mod myndigheder, faggrupper, institutioner m.v., for at illustrere sammenhængen mellem sundhed og sygdom, argumentere for og motivere til indtænkning af sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse i arbejdet, samt for at tilvejebringe grundlaget for en stadig stigende professionalisering af forebyggelsesarbejdet i alle sektorer.

I flere af folkesundhedsprogrammets mål indgår forslag om vedtagelse af *politikker* – på statsligt, amtsligt, kommunalt og lokalt niveau. Disse sundhedspolitikker kan ses som formelle erklærede beslutninger, som tages af myndigheder, organisationer eller grupper.

Anvendelse af politikker, i betydningen at opstille mål og redskaber for et bestemt problems løsning, er veludviklet inden for forebyggelse på trafikområdet og på arbejdstilsynets område. I bredere forstand kendes politikker også på uddannelsesområdet og på kulturområdet, for eksempel idrætspolitik.

Sundhedspolitikker bygger typisk på tre typer af forudsætninger. For det første en sundhedsfaglig dokumentation om sammenhængen mellem sundhed og sygdom og for eksempel tobak eller alkohol. For det andet viden om sundhed og sygdom i den konkrete befolkningsgruppe eller i et lokalområde (for eksempel hvor meget bliver der røget, hvor og hvem ryger). For det tredje de involveredes medvirken og egen forståelse af problemer og praksis på området (for eksempel *hvorfor* bliver der røget, *hvorfor* selv beskedne hastighedsoverskridelser er farlige m.v.).

Sundhedspolitikker er at betragte som en konkretisering af en strategis overordnede formål. Således kan en kommune vælge at drøfte og udforme en politik vedrørende alkohol. Der kan derved skabes en mere forståelig sammen-

hæng, for eksempel for ungdomsgruppen, således at bevillinger, regler for uddannelsessteder og skoler, idrætsklubber m.v. har en overordnet idé og sammenhæng.

Hvordan strategier og politikker implementeres er et spørgsmål om metoder og midler. Visse dele af en sådan politik vil ligge inden for kommunen selv (bevillinger m.v.), mens andre forudsætter medvirken af andre i lokalsamfundet (organisationer, virksomheder m.v.). En kommunal alkoholpolitik vil i dette eksempel klargøre for alle, hvad målet og virkemidlerne er og dermed sikre, at den "ene hånd ved, hvad den anden gør" – altså skabe en meningsfuld sammenhæng, også set fra de berørtes synsvinkel.

Et virkemiddel med et stort udviklingspotentiale er etablering af en række *nye ydelser* med forebyggende indhold. Det drejer sig om først og fremmest om ydelser til risikogrupper som gravide med stort alkoholforbrug og rehabilitering af hjertepatienter ved rygeafvænnning og kostændringer. Men også om mere "bløde" former for tilbud om rygeafvænnning i almindelighed, tilbud til alkoholstorforbrugere, der ikke kan karakteriseres som egentlig alkoholkere m.v.

Disse forebyggelsesydelser skal organisatorisk udvikles og forankres, oftest i forbindelse med eksisterende ordninger (for eksempel den praktiserende læge og sygehusvæsenet) men også gennem udvikling af helt nye samarbejdsformer, for eksempel mellem de nævnte ordninger og folkeoplysningen. Motion og kost vil være velegnede områder for en sådan udvikling.

Overordnet er *professionalisering* af forebyggelsen et af programmets centrale mål. Forebyggelsen skal ske på et fagligt sikkert grundlag og prioriteres efter, hvilken effekt den har på sundhedstilstanden.

Denne udvikling er nået langt på trafik- og arbejdsmiljøområdet samt i arbejdet med det ydre miljø.

I de forløbne to årtier er der på sundhedsvæsenets område sket en gradvis stigende vækst i professionernes interesse for forebyggelsen. Denne interesse har konkret udmøntet sig i en stærk vækst inden for den anvendelsesorienterede forskning på området og i etablering af flere forskningsmiljøer, både på universiteterne og på sektorforskningsinstitutioner.

I de senere år er der ligeledes etableret flere uddannelser på videnskabeligt niveau, rettet mod folkesundhedsproblemer. De etablerede kliniske uddannelser har ligeledes integreret forebyggelse af høj kvalitet i uddannelsesplanerne.

Disse forhold har givet grundlag for en vækst i udarbejdelsen af kliniske retningslinier med forebyggende og rehabiliterende sigte, for eksempel vedrørende hjertepatienter i almen praksis. Denne type værktøjer har et klart potentiale i retning af hurtig og effektiv udbredelse af programmets grundlæggende initiativer.

Forebyggelsesområdet har indtil nu ikke lidt under mangel på idéer, men måske manglet koordinering og prioritering og frem for alt systematiske undersøgelser af metodernes effekt. *Evaluering* på mange niveauer vil derfor også blive et fremtrædende værktøj i den videre professionalisering af programmets initiativer.

#### **Nogle centrale virkemidler i folkesundhedsprogrammet**

##### *Opstilling af sundhedspolitikker på alle niveauer*

- Ved lovgivning (tobak, alkohol)
- Institutionspolitikker i børnehaver, for sygehuse m.v.
- Sundhedsfremmende arbejdspladser.

##### *Nye ydelser*

- Rygeafvænning
- Rehabiliteringsprogrammer
- Programmer for alkoholstorforbrugere
- Programmer for gravide misbrugere
- Diætvejledning ved overvægt og hjertesygdom.

##### *Implementering og udvikling*

- Forebyggelsesaftaler
- Evalueringer.

##### *Professionalisering*

- Uddannelse samt efter- og videreuddannelse
- Prioriteret anvendelsesorienteret forskning
- Egentlige vejledninger til udmøntning af lovgivning
- Kliniske retningslinier
- Handlingsplaner for bestemte temaer
- Vejledninger m.v. for god forebyggelsespraksis.

### III.4 Effektiv forebyggelse

#### **Hvad kan forebygges?**

I folkesundhedsprogrammet er der fremsat en række forslag til indsatser, hvor den eksisterende viden om effektive forebyggelsesmetoder og indsatser er inddraget. Derudover er der også foreslået indsatser, hvor der endnu ikke er fuld dokumentation for metodernes virkning, men ligger vurderinger fra fagfolk til grund. Desuden er der medtaget forslag, som kræver, at der indledningsvis gennemføres forsknings- og undersøgelsesvirksomhed. Dette vil på længere sigt kunne skaffe dokumentation for, om der er tale om effektive forebyggelsesmetoder, det kan betale sig at iværksætte i større omfang.

Nedenstående eksempler på effekt af forebyggende indsatser viser, at resultatet af indsatserne er blevet målt på forskellige niveauer af processen i spændvidden fra iværksættelse til måling af egentlig forebyggelse af sygdom/ tidlig død. Øget viden om, hvordan man selv kan forebygge, opbygning af tro på, at man selv kan ændre noget, og deltagelse i aktiviteter med et forebyggende sigte er vigtige skridt på vejen til forebyggelse. Mål for nedsættelse af for eksempel tobaks- og alkoholforbruget viser, om befolkningens risiko for sygdom/død af disse årsager er blevet mindre.



Det endelige mål – at befolkningen faktisk bliver mindre syg og ikke dør for tidligt – kan således vurderes afhængigt af, hvor lang tid der forventes at gå fra forebyggelsesindsatsen indledes til effekten viser sig. For forebyggelsesområder som ulykker og infektionssygdomme kan effekten vise sig meget hurtigt, for andre områder som kroniske sygdomme, (for eksempel hjertesygdomme og lungekræft) må der regnes med en vis latenstid, før effekten rigtig slår igennem. Befolkningens aktuelle og tidligere livsstil vil påvirke den fremtidige, samlede sundhedstilstand.

### **Eksempler på effekten af forebyggelsesindsatser**

På en række områder er det historisk og aktuelt vist, at en målrettet indsats kan nytte, således at risikoen for forringet livskvalitet, sygdom og tidlig død mindskes. Det gælder forebyggelse af infektioner ved hygiejniske foranstaltninger og vaccinationer, forebyggelse af ulykker og andre helbredsskader i arbejdsmiljøet, forebyggelse af ulykker i trafikken, forebyggelse af pludselig uventet spædbarnsdød, forebyggelse af diverse helbredsmæssige problemer ved børneundersøgelser, forebyggelse af livmoderhalskræft ved screening m.v.

I det følgende gives nogle eksempler på, hvad der konkret er opnået ved forskellige typer af forebyggelsesindsatser. Eksemplerne er valgt således, at de kan illustrere effekten af forebyggelse bredt, men de skal ikke opfattes som udtømmende for viden om effektiv forebyggelse.

De første eksempler handler om ændring af livsstil. På grund af den vigtige rolle, som rygeafvænningsprogrammet har i folkesundhedsprogrammet, er der lagt særlig vægt på dette emne.

#### **Ydelse: Rygeafvænnings**

Tobaksrelateret sygelighed kan dels forebygges gennem indsatser, der medfører, at unge ikke begynder at ryge, dels ved at rygere ophører med at ryge.

Godt 20 procent af alle danskere over 15 år er holdt op med at ryge (eksrygere), og 43 procent af alle rygere ønsker at holde op. Typisk forsøger rygere at holde op med at ryge 3-4 gange, inden det lykkes.

Det er dokumenteret, at rygere, der ophører med at ryge, nedsætter deres risiko for sygelighed og død betragteligt. Effekten sætter ind straks efter rygeophør, og i løbet af de næste 10-15 år er der en stadig aftagende risiko for tobaksrelateret sygelighed og død. En person, som ophører med rygning før halvtredsårsalderen, nedsætter i løbet af de næste 15 år risikoen for at dø med 50 procent i forhold til, hvis personen blev ved med at ryge.

Ved rygeophør er risikoen for at få lungekræft ti år senere 30-50 procent mindre, sammenlignet med risikoen ved fortsat rygning, og risikoen for at få andre tobaksrelaterede kræftsygdomme mindskes ligeledes. Risikoen for at få iskæmisk hjertesygdom (forkalkninger i hjertets kranspulsåre) er halveret allerede et år efter rygeophør, sammenlignet med risikoen ved fortsat rygning, og rygeophør mindsker risikoen for tilbagefald hos personer, der allerede har iskæmisk hjertesygdom. Ligeledes er der en betragtelig reduktion af risikoen for slagtilfælde (blodprop i hjernen) og dårligt blodomløb i benene.

Rygestop nedsætter desuden risikoen for sygdom i luftvejene (bronkitis, lungebetændelse mv.). Hos en person, der allerede har alvorlig kronisk luftvejs sygdom med besværet vejrtrækning, forbedres lungefunktionen, og dødeligheden nedsættes i forhold til, hvis personen vedblev med at ryge. Rygeophør før graviditeten forebygger, at børnene fødes undervægtige på grund af moderens rygning, og selv rygestop i løbet af graviditeten har en gavnlig effekt på barnets fødselsvægt.

Effekten af rygeophør på tobaksrelateret sygelighed og død er således ikke blot veldokumenteret, men der findes også veldokumenterede, effektive rygeafvænningsmetoder, som er cost-effective. De mest effektive metoder er professionel vejledning og støtte og behand-

ling med nikotinsubstitution (for eksempel nikotinplaster eller nikotintyggegummi). For at kunne vurdere effekten af rygeafvænningsinterventioner, skal man sammenligne andelen, der ophører med at ryge i henholdsvis interventionsgruppen og en kontrolgruppe. På denne måde kan man tage højde for den andel af rygerne, der holder op med at ryge uden at have medvirket i interventionsprojekter (baggrundseffekten). Baggrundseffekten vil være forskellig i forskellige interventionsundersøgelser, idet den bl.a. afhænger af sammensætningen af interventionsgruppen (og dermed kontrolgruppen). Gravide vil for eksempel spontant ophøre med at ryge i højere grad end andre befolkningsgrupper.

Effekten af de ovennævnte metoder, målt ved den øgede andel, der i forhold til en kontrolgruppe stadig er røgfri et halvt år efter interventionen, varierer mellem 2 og 8 procentpoint ved enkeltindsatser. Hvis flere indsatser kombineres, kan effekterne som hovedregel lægges sammen. For eksempel medfører intensiv støtte en øgning i andelen, der er afvænnet fra rygning på 8 procentpoint, og behandling med nikotinsubstitution medfører en øgning på 8 procentpoint, mens en kombination af de to metoder vil føre til en øgning på 16 procentpoint i andelen, der er afvænnet fra rygning (i forhold til kontrolgruppen). Effekten af rygeafvænningsintervention kan også udtrykkes ved, at nikotinsubstitutionsbehandling generelt fordobler sandsynligheden for, at personen bliver røgfri.

Råd og vejledning fra sundhedspersonale, for eksempel den praktiserende læge, har en vel-dokumenteret effekt, og selvom kortvarig rådgivning kun resulterer i en øgning i andelen, der er røgfri efter et halvt år på 2-3 procentpoint (i forhold til kontrolgruppen), så medfører det effekt på befolkningens sundhed. Mere udførlig vejledning og gentagne konsultationer hos lægen eller andre professionelle behandlere forbedrer effekten. Individuelle behandlinger og gruppebehandlinger giver samme effekt ved de langvarige indsatser.

I lande som USA, England og Sverige har man,

på baggrund af grundige undersøgelser af den samlede eksisterende viden vedrørende effekten af rygeafvænningsmetoder, udarbejdet vejledninger for rygeafvænnning.

I Danmark har blandt andre sundhedsforvaltningen i Københavns Kommune afholdt kurser i rygeafvænnning for borgere i kommunen. Kurserne varer i alt 10 timer og strækker sig over seks uger. De personer, der tilmelder sig, er et bredt udsnit af kommunens borgere. I 1998 var andelen af rygere, der stadig var røgfri efter ét år, 21 procent. Da der ikke indgår en kontrolgruppe i undersøgelsen, kan tallene ikke sammenlignes med tallene ovenfor.

I Sverige har man beregnet, at rygeafvænnning er betydeligt mere cost-effective end for eksempel blodtryksbehandling. Udgifterne til rådgivning om rygestop beregnes til 3.000-10.000 svenske kroner pr. vundet leveår, og ved behandling med nikotinsubstitution beregnes udgifterne til 5.000-15.000 kroner. Til sammenligning koster blodtryksbehandling 150.000-200.000 kroner pr. vundet leveår.

I Sverige har man konkluderet følgende: "De videnskabelige undersøgelser som findes tilgængelige viser, at enkle spørgsmål fra sundhedspersonale om rygevaner, koblet til bestemte informationer om at ophøre med at ryge samt råd om behandling med nikotinsubstitution (til motiverede rygere, som ryger mere end 10-15 cigaretter daglig) er cost-effective, når det sker som rutine".

### **Information: Alkohol, viden om genstandsgrænser**

På alkoholområdet har Sundhedsstyrelsen siden 1990 afholdt årlige Uge 40-kampagner rettet mod den voksne befolkning. Formålet har været at øge befolkningens viden om et sundhedsmæssigt forsvarligt alkoholforbrug, det vil sige genstandsgrænserne, og at øge den generelle opmærksomhed og debat om alkoholspørgsmål med henblik på nedbringelse af antallet af alkoholrelaterede skader på længere sigt. Evalueringer har vist, at en støt stigende

andel af befolkningen har haft kendskab til egen genstandsgrænse, fra 32 procent i februar 1993 til 62 procent i februar 1998. Det konkluderes også fra Sundhedsstyrelsen, at grænserne er bedst kendt af dem, der drikker over grænserne, og at forbruget især nedsættes af denne gruppe. I oktober 1998 mente 87 procent, at alkoholcampagnerne var en god eller en meget god idé.

### **Information: Befolkningsrettede kampagner mod forhøjet indhold af fedt i kosten**

Levnedsmiddelstyrelsen (nu Veterinær- og Fødevaredirektoratet) gennemførte fra 1991 og fem år frem en række ernæringskampagner med det formål at forebygge sygdom og fremme sundhed ved at reducere indtaget af fedt og øge indtaget af kulhydratrige levnedsmidler. Kampagnerne blev primært gennemført i massemedier og i butikker og et gennemgående element var opskrifter, tips, og artikler m.m., der lagde op til debat. Hovedbudskaberne var, at danskerne skulle bruge mindre fedtstof på brødet og tilberede fedtfattige sovs. Resultaterne viste en udvikling i forbruget af fedtstof på brød svarende til en gennemsnitlig reduktion på 25 procent. Også for de grupper, der traditionelt ikke interesseret sig for sundhed og kostvaner, sås ændringer – for eksempel hos mænd og hos de 30-60-årige. Disse resultater bygger på selvrapporterede data, og kan dække over en intenderet adfærd. Det kan dog konkluderes, at ernæringskampagner sammen med andre tiltag har formået at ændre kulturen i befolkningen, og har gjort det acceptabelt at bruge mindre fedtstof på brød.

### **Ydelse: Astmaskoler**

Internationale undersøgelser har vist en stigende forekomst af astma og allergi. Astma er den hyppigste kroniske sygdom hos børn med en forekomst blandt danske skolebørn på omkring 5-7 procent.

Et vigtigt led i forebyggelsen af astmasymptomer og et centralt punkt i retningslinier for behandling og opfølgning over for mennesker med astma er at undervise dem i sygdommens karakter, dens behandling og forebyggelse. Herved uddannes de til selv at være opmærksomme på forværringer og til at kunne tage disse i opløbet. Deres egenomsorg styrkes, når de kan tage et medansvar og være aktive i behandlingen.

Et sådant undervisningstilbud gives bl.a. på astmaskoler. Her modtager astmapatienter et kort undervisningsforløb, ofte kombineret med tilbud om kostundervisning og motion. Undervisningsforløbet skal være kort for at undgå at fastholde patienter i en sygdomssituation. Undervisningen varetages på forskellig vis, men det er vigtigt, at alle aktører i behandlingen involveres. Undervisningsforløbet indeholder ofte en opfølgning.

På astmaskolen i Odense, der oprettedes i 1991, evaluerede man i 1995 resultaterne ved hjælp af spørgeskemaundersøgelser, foretaget på forskellige tidspunkter. Ca. 600 astmabørn i alderen 6-18 år deltog initialt i undersøgelsen. Besvarelserne viste, at deltagelse i denne undervisning betød en øget viden og varig bevidsthed om tilstand samt en formålstjenlig selvmonitorering og sundhedsadfærd. Samtidig rapporterede børnene en nedsat sygelighed målt på sygdomsfravær og lægebesøg.

I en mindre undersøgelse afsluttet i 1993 på Amtssygehuset i Gentofte deltog unge voksne astmapatienter i et undervisningsforløb. Sammenlignet med kontrolgrupper, der ikke gik i astmaskole, påvistes en forbedret lungefunktion og en øget livskvalitet, men undersøgelsen kunne ikke påvise ændringer grupperne imellem målt på andre faktorer. I en helt ny undersøgelse fra Norge blandt astmapatienter og patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse, der begge modtog et sådant kort undervisningsforløb, viste sammenligning med kontrolgrupper en objektivt målt let forbedret lungefunktion og en øget livskvalitet, men kun hos astmapatientgruppen.

### **Ydelse: Hjerterehabilitering på Bispebjerg Hospital, hjertemedicinsk klinik Y**

Det har i en årrække været kendt, at der kan opnås store helbredsgevinster ved rehabilitering af hjertepatienter, og undersøgelser tyder på, at det er muligt at reducere hyppigheden af genindlæggelser med op mod 40 procent.

Hjertemedicinsk klinik Y på Bispebjerg Hospital har udarbejdet et ambulant rehabiliteringsprogram, som tilbydes til alle hjertepatienter med behov for rehabilitering. Behandlingen tilbydes via en særlig hjerterehabiliteringsklinik. Patientbehandlingen organiseres tværfagligt med inddragelse af læge, sygeplejerske, fysioterapeut, diætist, socialrådgiver og sekretær.

Alle patienter gennemgår et individuelt tilpasset hjerterehabiliteringsprogram over en seks ugers periode med hovedvægt på livsstilsændringer. Programmet omfatter fysisk træning, psykosocial støtte, patientundervisning ("patientuddannelse"), praktiske øvelser i tilberedning af hjertevenlig kost samt støtte til rygeophør. I behandlingsforløbet foretages klinisk kontrol med henblik på løbende justering.

Ud fra den eksisterende viden vil rehabiliteringsindsatsen medføre en reduktion i antallet af indlæggelser på hjertemedicinsk klinik Y med op mod 600 indlæggelser/år svarende til 3.600-6.000 sengedage eller 10-15 heldøgnsenge på årsbasis. Udgifterne til indsatsen er beregnet til 3.000 kr./patient. Til sammenligning er sengedagsprisen på Bispebjerg Hospital 3.700 kr.

De kommende år bliver behandlingsindsatsen systematisk evalueret med henblik på om patienterne får det bedre, ændrer livsstil og er tilfredse med behandlingen. Herudover registreres genindlæggelseshyppigheden og sygelighed/dødelighed.

### **Lovgivning: Indførelse af blyfri benzin og påvirkning af koncentrationen af bly i blodet.**

Bly har flere dokumenterede, sundhedsskadelige effekter. Børn er særligt følsomme, idet bly blandt andet påvirker børns centralnervesystem, herunder indlæringssevnen. Selv ved små koncentrationer af bly har man påvist skader, og hidtil har man ikke fundet en nedre grænse, under hvilken bly må anses for uskadeligt for børn.

Blyholdig benzin har udgjort en af de væsentligste blyforureningskilder. I 1970'erne indeholdt benzin omkring 0,5 gram bly pr. liter, hvilket medførte en årlig luftforurening i Danmark på ca. 1.000 tons bly. Siden er bly stort set fjernet fra benzin, således at under 10 procent af benzin i dag indeholder bly (op til 0,15 g/l).

Effekten af denne intervention er klart dokumenteret ved målinger af danskernes indhold af bly i blodet. Senest i 1998 har en dansk undersøgelse vist, at blyindholdet i blodet hos danskerne er faldet signifikant i forhold til tidligere, tilsvarende undersøgelser.

### **Bedre rammer: Arbejdsmiljø og sunde børn**

Arbejdstilsynet gennemførte i 1993-1995 indsatsen "Arbejdsmiljø og sunde børn" med det formål at øge bevidstheden om sammenhængen mellem påvirkninger på arbejdspladsen og reproduktionsskader. Indsatsen bestod af tre elementer: En landsdækkende oplysnings- og vejledningsindsats, en brancherettet indsats i tre udvalgte brancher (laboratorier, tandteknikere/dentallaboratorier og gartnerier) samt en generel tilsynsindsats i alle øvrige brancher. Indsatsen medførte, at der blev gennemført en række konkrete forbedringer, som, udover at reducere risikoen for reproduktionsskader, også satte fokus på de faktorer i arbejdsmiljøet, som var årsag til skaderne. Resultatet heraf var en øget bevidsthed om, at det er nødvendigt at forebygge og foretage vurderinger

af arbejdsmiljøet på den enkelte arbejdsplads. Samtidig blev der med indsatsen sat fokus på et emne, der ikke tidligere var særligt prioriteret i virksomhedernes sikkerheds- og sundhedsarbejde. Det er således blevet mere acceptabelt at tale om reproduktionsskader, og flere virksomheder har udarbejdet en egentlig graviditetspolitik.

### **Lovgivning: Trafiksikkerhed: Sikkerhedsseler – øjeblikkelig effekt**

Pr. 1. januar 1976 blev der indført en lov om påbudt brug af sikkerhedsseler for førere og forsædepassagerer i person- og varebiler. Selve lovens virkning blev belyst fra forskellige synsvinkler. Nogle af resultaterne skal refereres her. Fra 1975 til 1976 skiftede cirka halvdelen af kørende personer fra ikke at bruge sele til at bruge sele. For disse "nye" selebrugere faldt antallet af hospitalsindlæggelser med cirka 30 procent, svarende til 500-600 færre hospitalsindlæggelser på årsbasis. Ud fra registreringer af skader på 15 hospitaler kunne det konstateres, at især hovedskader blev reduceret. Der var ikke et fald i antal dræbte bilister i 1976, men dette blev blandt andet tilskrevet, at der var en stigning i trafikmængden og i alkoholbetingede ulykker, samt at kun 26,6 procent af de dræbte brugte sele i ulykkesøjeblikket.

## **III.5 Oversigt over øvrige samfundsindsatser med betydning for folkesundheden**

Folkesundheden er et resultat af en række påvirkninger. Det gælder arbejdsmarkedet, boligsektoren, uddannelsessystemet, den sociale sektor, fødevarerproduktionen, miljøområdet m.v. Sundhedsvæsenet er en af disse betydende sektorer, men de grundlæggende sundheds- og risikofaktorer er resultat af et samvirke mellem alle disse sektorer. Forebyggelsen bygger derfor grundlæggende på en stadig forbedring af disse sektors bidrag til sundheden og nedbringelse af risikofaktorerne for folkesundheden.

Forebyggelsesprogrammet skal medvirke til at fokusere på en forstærket forebyggelsesindsats, rettet mod det aktuelle og fremtidige sygdomsbillede.

Programmet omfatter således en række initiativer af grundlæggende karakter, der gennemføres og videreudvikles parallelt med programmets mål. Det gælder blandt andet nedenstående planer og programmer.

### **Miljøbeskyttelse**

Miljø- og Energiministeriets område omfatter beskyttelse af mennesker, miljø og natur. Tiltag, som primært sigter mod at forebygge forurening eller at opretholde et godt og vel fungerende miljø, vil i mange tilfælde som en følgevirkning også medføre beskyttelse af befolkningens sundhed. Som eksempler kan nævnes begrænsning af udledning af kemiske stoffer til havmiljøet samt forbud mod udledning af stoffer, der nedbryder ozonlaget.

Andre indsatsområder har en mere direkte tilknytning til beskyttelse af sundheden. Befolkningen kan blive udsat for sundhedsskadelige stoffer på forskellige måder, enten direkte ved brug af stoffer eller produkter eller indirekte gennem drikkevand, luft og fødevarer, hvortil de kemiske stoffer kan være spredt som følge af udslip ved produktion, anvendelse og bortskaffelse.

På luftforureningsområdet er der regler for udledning til luften fra virksomheder (herunder kraftvarmeanlæg og forbrændingsanlæg) og trafik. Kravene her er i vid udstrækning baseret på beskyttelse af befolkningens sundhed.

Pesticider er kemikalier, der tilsigtet spredes i miljøet. Her varetager Miljø- og energiministeriet godkendelsesproceduren for midlerne, hvor det sikres, at de pågældende pesticider kan nedbrydes i naturen, ikke opkoncentreres i vore fødevarer eller udvaskes til grundvandet. Et vigtigt område for Miljø- og Energiministeriet er endvidere at sikre drikkevand af

høj kvalitet, det vil sige sikre grundvandet/drikkevandet mod mikrobiel og kemisk forurening.

Ved siden af indsatsen mod forurening af luft, jord og vand foregår der også en produkt- og kemikalieorienteret indsats, hvor brugen og spredningen af problematiske stoffer for miljø og sundhed søges begrænset/standset. På dette område fokuseres der i øjeblikket især på ikke-nedbrydelige miljøgifte, stoffer der kan være allergi- eller kræftfremkaldende samt stoffer, der kan virke hormonforstyrrende eller påvirke forplantningsevnen.

### **Luftforurening**

Gennem de senere år er man i stigende grad blevet opmærksom på luftforureningens sundhedsskadelige effekter. Luftens indhold af små partikler anses i dag for særlig problematisk. De små partikler forekommer især i byer, hvor trafikken udgør en dominerende del af det samlede udslip til luften. En række udenlandske undersøgelser har fundet en sammenhæng mellem partikelindhold i luften og øget sygelighed og dødelighed i befolkningen, hovedsageligt som følge af luftvejslidelser og hjerte-karsygdomme.

En reduktion af partikelniveauet i danske byer med cirka en tredjedel vurderes således at kunne nedbringe dødeligheden på landsbasis med flere hundrede dødsfald om året.

Der er arbejdet på mange forskellige måder for at reducere luftforureningen fra transportsektoren. Med virkning fra 1990 har Folketinget vedtaget skærpede krav til udslippet for personbiler, og fra 1998 er der indført en afgiftsmæssig differentiering af benzin efter indholdet af benzen, samt en differentiering af dieselaftgiften. Trafikministeriet har i perioden 1992-95 ydet tilskud til fremme af mindre miljøbelastende teknologi i busser. Siden 1995 har der været afsat midler i den såkaldte trafikpulje til udvikling af projekter vedrørende miljøvenlig busteknologi, montering af katalysatorer og partikelfiltre samt andre projekter, som kan medvirke til at begrænse luftforureningen i byerne.

Også i EU-regi er der iværksat flere initiativer med henblik på at kontrollere og reducere partikelindholdet i luften. Der er således fastsat strengere krav til partikeludslip fra biler, og nye skærpede grænseværdier for partikler er under vedtagelse.

Herhjemme bør der fremover etableres et mere formaliseret samarbejde mellem relevante ministerier med henblik på prioritering, planlægning og gennemførelse af forskningsmæssige opgaver vedrørende effekter og begrænsning af luftforurening.

Specielt med hensyn til partikelforureningen bør der iværksættes forskning til undersøgelse af de sundhedsskadelige effekter i relation til partikelniveauerne i danske byer. Blandt andet bør påvirkningerne med hensyn til øget dødelighed og sygelighed i befolkningen undersøges, både i forbindelse med akut udsættelse (forureningsepisoder) og i forbindelse med kronisk udsættelse af forhøjede niveauer i byer. Endvidere er det af betydning at karakterisere partikelforureningen og dens kilder mere detaljeret samt udpege særlige risikogrupper for forureningen, samt særligt kritiske (betydelige) eksponeringssituationer.

### **Fødevarsikkerhed**

Regeringens indsats for fødevarsikkerhed er, især på det mikrobiologiske område, særdeles omfattende, som det fremgår af "Regeringens fødevarerpolitiske redegørelse" fra januar 1998 og senest i publikationen "Danmark som foregangsland - Fødevarsikkerhed" fra november 1998. Den kan overordnet opdeles i to indsatsområder: En særlig målrettet indsats mod sygdomsfremkaldende mikroorganismer i fødevarer og en særlig målrettet indsats for rene og sikre fødevarer. Formålet med indsatsen er at forbedre fødevarernes kvalitet og sikkerhed og derigennem sikre forbrugerne mod sundhedsrisici.

Det anslås, at fødevarer årligt giver anledning til 160.000 til 200.000 sygdomstilfælde som følge af sygdomsfremkaldende mikroorganis-

mer, herunder salmonella, campylobacter, yersinia, E.coli O 157, listeria mv.

Fyldestgørende regler og en effektiv kontrolindsats i alle produktions- og afsætningsled skal sikre, at forbrugerne kan have tillid til, at den enkelte producent lever op til sit ansvar for rå- og fødevarernes sundhedsmæssige kvalitet. Forudsætningen for sikker fødevarerproduktion, relevante regler og en effektiv kontrol er viden om fødevarer og fødevaringrediensers beskaffenhed og konsekvenserne af teknologiske, bakteriologiske, kemiske og miljømæssige påvirkninger.

Udgangspunktet for Fødevarerministeriets arbejde vedrørende fødevarer sikkerhed de kommende år er, at regeldannelse og -administration, kontrol og vidensopbygning skal bygge på forsigtighedsprincippet.

Det konkrete og operationelle indhold af forsigtighedsprincippet skal skabes gennem et uafhængigt forsknings- og udviklingsarbejde af høj kvalitet og gennem en målrettet indsats i det internationale arbejde. Gennem forsigtighedsprincippet arbejder ministeriet for at undgå sundhedsskadelige forekomster af produktionshjælpemidler i fødevarer som for eksempel pesticid- og medicinrester. Ligeledes fastsættes grænseværdier for restkoncentrationer af medicin i fødevarer under hensyntagen til forsigtighedsprincippet. For at hindre at der opstår resistensproblemer, har man generelt en restriktiv holdning til medicinforbrug i husdyrproduktionen og finder, at medicin alene bør anvendes målrettet i sygdomsbekæmpende øjemed.

For at sikre forbrugerne mod sundhedsrisici er der således under Fødevarerministeriet blandt andet iværksat en særlig indsats for bekæmpelse af zoonoser. Endvidere er der etableret salmonellahandlingsplaner for svin og fjerkræ. Herudover overvåges udvalgte fødevarers indhold af næringsstoffer, tilsætningsstoffer, nitrat, pesticider PCB, mykotoksiner m.v.

Forskningen i fødevarer kvalitet- og sikkerhed vil også blive intensiveret. Fødevarerministeriets Rådgivende Forskningsudvalg/Forskningsse-

kretariat udarbejder i øjeblikket et forskningsprogram med henblik på at dæmme op for øgede problemer i forbindelse med forekomst af zoonoser i fødevarer. Samtidig vil man styrke vidensgrundlaget ved anvendelse af tilsætningsstoffer, herunder den sundhedsmæssige effekt ved anvendelse af disse stoffer.

Programmet vil omfatte tre hovedområder: Sygdomsfremkaldende bakterier, tilsætningsstoffer og fødevarerallergi. Initiativet er planlagt til perioden 1999-2003.

### **By- og Boligsocialt arbejde**

By- og Boligministeriet har med den "Bypolitiske Redegørelse" fra februar 1999 markeret, at bypolitik også er velfærdspolitik. Regeringen vil fortsat aktivt arbejde for en afbalance- ret og bæredygtig udvikling af byerne. Der skal tages fat på de generelle udfordringer, der kan give alle byer gode betingelser for at være et godt sted at bo, arbejde og leve.

Der har gennem de senere år i en række byer været klare tendenser til en øget social opsplitning mellem forskellige byområder og bebyggelser. De socialt dårligt fungerende områder er karakteriserede ved en højere frekvens af arbejdsløshed, dårligt fungerende familier, vold, kriminalitet og hærværk end andre byområder. I forbindelse med Byudvalgets arbejde blev problemernes omfang kortlagt i midten af 1990'erne, og det konstateredes, at ca. 250.000 mennesker – svarende til fem procent af befolkningen – bor i områder, som deres kommune betegner som særligt socialt belastede.

Regeringen kan ikke acceptere, at velfærden og velstanden er særligt truet for borgere i belastede byområder. Derfor besluttede Regeringens Byudvalg allerede i slutningen af 1997 at fortsætte såvel beboerrådgiverordningen som de sociale aktiviteter i yderligere en periode på fem år (1998-2002) i de mest trængte byområder. Endvidere indgår byudvalgets bysociale arbejde nu som et centralt element i udmøntningen af regeringens "Bypolitiske Perspektiv- og Handlingsplan".

Regeringen vil også fortsætte den helhedsorienterede by- og boligsociale indsats med fokus på byfornyelse, kvarterløft og andre sammenhængende løsninger i de belastede byområder. Indsatsen overfor de svage grupper på boligmarkedet, herunder opprioritering af den sociale og kriminalitetsforebyggende indsats i udsatte byområder, skal også forstærkes.

Selvom der ikke er nogen direkte sammenhæng mellem socialgrupper og sundhedsmæssigt dårlige boligforhold, og dermed en boligmæssig forklaring på forskelle i sundhedsforhold, er der med den helhedsorienterede by- og boligsociale indsats skabt rum for initiativer, der reducerer uligheden i velfærd og levevilkår for borgerne i de forskellige boligområder, bydele og kommuner.

### **Forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord**

“Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark” blev offentliggjort i 1998. I 1999 er der med tilknytning til Sundhedsministeriet, Socialministeriet og Undervisningsministeriet for en fem-årig periode nedsat en referencegruppe til at forestå opgaver i forbindelse med implementeringen og koordineringen af anbefalingerne i handlingsplanen. Regeringen vil fortsat aktivt understøtte arbejdet med opfølgningen.

I handlingsplanen anbefales, at personer, der er selvmordstruede, skal identificeres og uanset eventuel psykisk sygdom, misbrug, alder, køn eller etnisk baggrund tilbydes et relevant behandlingstilbud. Det anbefales, at et øget kendskab til risikofaktorer udbredes, og at indsatsen over for risikogrupper styrkes. Det nævnes bl.a., at det er nødvendigt med en intensiveret opfølgningsindsats over for psykisk syge og misbrugere, og at der over for ældre, unge og efterladte må rettes opmærksomhed på øget risiko for selvmordsadfærd. I planen er der peget på nødvendigheden af en række initiativer til styrkelse af den enkeltes ressourcer og minimering af samfundsmæssige belastninger. Der er i planen anbefalinger på uddannelses-

området, idet styrkelse af uddannelse ses som en nødvendig forudsætning for, at de øvrige anbefalinger kan blive ført ud i livet. Det anbefales bl.a., at alle faggrupper, som er i kontakt med selvmordstruede personer, sikres en basal viden om selvmordsadfærd på grunduddannelsen og videre- og efteruddannelser. Endelig anbefales, at der tilvejebringes øget viden om selvmordsadfærd gennem forbedret statistik og øget forskning.

Planen bygger på en lang række erfaringer fra amter, kommuner og frivillige organisationer, hvor der er igangsat enkeltstående initiativer til en styrket forebyggende indsats. Der lægges op til, at planen skal gennemføres i et samarbejde mellem stat, amter, kommuner og mellem professionelle og frivillige organisationer, idet der peges på at det er nødvendigt med en udstrakt tværfaglig og tværsektoriel indsats.

### **Narkotikapolitik/-indsats**

Der anslås at være cirka 12.500 injektionsmisbrugere i Danmark. Stofmisbrugsproblemet antages at være voksende, idet der udbydes stadig mere stof på det illegale marked, hvor prisniveauet er faldende. Hash er det mest udbredte narkotika, herefter følger de hårde stoffer amfetamin og heroin, ligesom det nye amfetaminlignende stof ecstasy synes at finde større anvendelse. Der var cirka 270 dødsfald blandt stofmisbrugere i Danmark i 1998.

Narkotikamisbrug er et sammensat problem, der kræver samarbejde på tværs af faggrænser og sektorer. Indsatsen mod narkotikamisbruget er derfor både en opgave for lokale og centrale myndigheder, både hvad angår forebyggelse, behandling og kontrol.

Den danske narkotikapolitik bygger på forbudet mod ikke-medicinsk anvendelse af narkotika kombineret med en vedholdende og målrettet, forebyggende indsats, et flerstrengt koordineret socialt og medicinsk behandlingstilbud og en effektiv kontrolindsats.

Narkotikaforebyggelsen hviler på princippet



om forbud mod narkotika, et højt oplysnings- og informationsniveau samt påvirkning af de sociale levevilkår, hvor især belastende opvækstforhold, for ringe voksenkontakt og udskillelse i forhold til uddannelsesforhold er afgørende for, at en mindre gruppe blandt ungdommen er sårbare over for en eksperimentel brug af narkotika, som senere i mange tilfælde fører til egentligt misbrug.

I forebyggelsen lægges vægt på såvel landsdækkende oplysningsvirksomhed som direkte støtte til enkeltpersoner og mindre grupper i en mere konkret målrettet indsats.

I samarbejde med amter og kommuner gennemføres en række initiativer for at intensivere forebyggelsen af misbrugsproblemer blandt unge. Rusmiddelkulturen blandt unge overvåges lokalt, med henblik på at opfange nye trends i rusmiddelkulturen samt iværksætte særlige informationsindsatser og tiltag målrettet de unges dagligdag, herunder ungdomsuddannelserne.

Behandlingsindsatsen i forhold til stofmisbrugere er det offentlige ansvar og opgave. Den offentlige indsats suppleres af arbejdet i de frivillige organisationer og selvejende, private institutioner. Herved sikres en bredspektret indsats med mulighed for mere fleksible, utraditionelle og alternative behandlings- og omsorgstilbud.

Udgangspunktet er en individuel og behovsorienteret behandling af og differentierede målsætninger for den enkelte stofmisbruger, hvor egentlig stoffrihed ikke er den eneste målsætning, men hvor eksempelvis også hensynet til at højne livskvaliteten for stofmisbrugeren er afgørende.

Et stadig vigtigere element i behandlingen af narkomaner i Danmark har været stoffet metadon. Fra slutningen af halvfjerdserne besluttede man at indføre længerevarende forløb med metadonbehandling for de hårdest belastede stofmisbrugere, som et led i den samlede behandling.

Man var bevidst om, at der udover de stofmis-

brugere, som man håbede kunne opnå en normaliseret stoffri tilværelse, bestod en restgruppe, for hvem resocialisering primært ville bestå i en fysisk restaurering, mennesker man i øvrigt måtte opgave at gøre stoffri. Og endelig var der en lille gruppe, som kunne leve en normal tilværelse, blot de fik metadon. Fra midten af firserne har behandlingsindsatsen været koncentreret om metadonbehandling. Der er cirka 4.500 stofmisbrugere i metadonbehandling.

Kontrolindsatsen til bekæmpelse af narkotika varetages af politiet. Der lægges vægt på, at indsatsen rettes mod de personer og organisationer, der nationalt og internationalt står bag den ulovlige handel med narkotika, men også mod handelen på gadeplan. Hertil kommer lovgivningen (baseret på EU-regler) om kontrol med handel med og anvendelse af visse varer, for eksempel acetone, der benyttes ved ulovlig fremstilling af syntetiske narkotika. Kontrollen på dette område varetages af toldvæsen og politi.

### III. 6 Programmet evaluering og monitorering

#### **Formål med evaluering af folkesundhedsprogrammet**

Der vil i tiårsperioden løbende ske en evaluering og monitorering af folkesundhedsprogrammet. Formålet hermed er dels at vurdere folkesundhedsprogrammets effekt på folkesundheden, dels at åbne op for, at der undervejs i forløbet kan foretages forbedringer af indsatserne.

Indsatserne i folkesundhedsprogrammet strækker sig fra afprøvning af nye ideer til anvendelse af etablerede metoder og procedurer. Der skal anvendes forskellige strategier til evaluering af indsatserne alt efter hvilket trin de er på. Der kan således blive tale om at evaluere struktur, for eksempel indpasning af helbredssamtaler i sundhedsvæsenet, at evaluere indsatsen fra dem, der udfører forebyggelsen, at evaluere processen, for eksempel hvilke borgere og hvor mange,

der deltager i en indsats, og endelig at evaluere de resultater af indsats og proces, som faktisk betyder forebyggelse af helbredsproblemer.

Vurderingen af om de mål, standarder og succeskriterier, der er blevet opstillet for interventionen, er nået, kaldes her resultatevaluering. Det er vigtigt at være opmærksom på, at en resultatevaluering både kan ske med kvantitative og kvalitative data. På nuværende tidspunkt er resultatevalueringen af programmet udelukkende baseret på kvantitative data, men der vil senere blive udarbejdet evalueringstrategier for de kvalitative mål.

Et andet formål med en evaluering er at give feedback til interventionens udførere således, at indsatsen kan blive justeret. Der kan være et stort behov herfor i en situation, hvor interventionen er ny og under tilpasning. Der planlægges derfor evalueringer af, hvorledes gennemførelsen af initiativerne forløber. Det vil være et væsentligt element i den løbende kvalificering og udvikling af folkesundhedsprogrammets indsatser.

### **Resultatevaluering**

Omfanget af folkesundhedsprogrammets mål medfører, at evaluering af effekt i høj grad kommer til at ske på makroniveau. Det vil for eksempel sige, at nationale, repræsentative tal for udviklingen i andelen af dagligrygere vil blive anvendt som mål for effekten af indsatserne på tobaksområdet. Det er vigtigt at være opmærksom på, at det på denne baggrund ikke er muligt at afgøre, om ændringer skyldes interventionen eller andre forhold. Dette forudsætter specielle undersøgelser og forskningsbaserede evalueringer.

En anden metode, hvormed effekten af en indsats kan vurderes, er at undersøge befolkningens kendskab til de budskaber, der indgår i kampagner, for eksempel vedrørende genstandsgrænser, alkohols skadevirkninger og trafiksikkerhed. Fortsat kan man dog ikke være sikker på, at netop indsatsen er årsagen til en eventuel øget viden.

Samtidig med udgivelsen af folkesundhedsprogrammet udgiver Sundhedsministeriet en rapport, "Nøgletal om forebyggelse og folkesundhed". Hovedformålet med denne rapport er at bidrage med dokumentation til folkesundhedsprogrammet. Da rapporten udkommer ved programperiodens begyndelse, danner den grundlag for de senere opfølgninger, der løbende skal bidrage til den samlede resultatevaluering af folkesundhedsprogrammet.

En evaluering af hvert enkelt af programmets mål og programmets samlede effekt vil blive foretaget forud for starten af de kommunale planlægningsperioder i 2002 og 2006 (se afsnit I.3).

Udviklingen i danskernes middellevetid vil blive monitoreret med et interval på ét år, mens udviklingen i tabte gode leveår vil blive monitoreret cirka hvert tredje år. Udviklingen i danskernes sundhedsvaner (tobak, alkohol, fysisk aktivitet og kost) forventes at kunne monitoreres med et interval på mellem et og tre år. Sundhedsministeriet og DIKE er ansvarlige for afrapporteringen af data.

Som tidligere omtalt forestår der stadig et arbejde med tilrettelæggelsen af den kvalitative resultatevaluering.

### **Justering af indsatsen**

Det er vigtigt, at der undervejs i programperioden foretages evalueringer af de konkrete initiativer med henblik på at justere og forbedre disse.

De instanser, der er ansvarlige for gennemførelsen af de enkelte initiativer, er ligeledes ansvarlige for, at der løbende foretages evaluering af struktur, indsats og proces.

Da folkesundhedsprogrammet er dynamisk, og initiativerne vil blive tilpasset eller ændret undervejs i programperioden, kan evalueringen af alle elementer af programmet ikke lægges fast en gang for alle. Monitorering og evalueringsmetoder vil blive justeret i takt med ændringerne af programmet.