

Beslutningsforslag nr. B 54. Fremsat den 1. februar 1994 af Birgitte Husmark (SF), Gade (SF) og Rahbæk Møller (SF)

## **Forslag til folketingsbeslutning**

### **om forbedrede rammer for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse**

Folketinget opfordrer regeringen til at skabe rammer for et udviklingsprogram, der styrker handlingsrettet udviklingsarbejde og forskning inden for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

Formålet er at forbedre befolkningens sundhed og få en øget og samordnet viden om, hvordan en sundhedsfremmende og forebyggende indsats bedst kan iværksættes.

I opbygnings- og omstillingsfasen skal der lægges vægt på at skabe demokratiske processer mellem befolkningen og de professionelle. Der lægges vægt på at bryde sektorielle og professionelle barrierer.

Der skal lægges særlig vægt på at styrke indsatsen omkring levestandardsforskningen, der omfatter mange sektorer i samfundslivet f.eks.

arbejdsliv, uddannelse, fritid, medier, trafik, eksternt miljø og fysisk planlægning. Der skal afsættes særlige ressourcer, der målrettes i forhold til sårbare grupper som f.eks. flygtninge, arbejdsløse og særlige grupper af misbrugere samt deres familier og pårørende.

Til styring af programmets indhold og ressourcer skal der oprettes et selvstændigt udviklingscenter, som koordinerer den decentrale indsats.

Til centret knyttes et rådgivende forskningsudvalg til at forestå sagkyndige vurderinger af forskningsprojekter.

Udviklingsprogrammet skal gennemføres over en 5-årig periode med en bevilling på 50 mio. kr. i 1995 til etablering og en årlig bevilling på 125 mio. kr. gældende fra 1995 (1995-kr.).

## Bemærkninger til forslaget

*Forbedrede rammer for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.* Forslagsstillerne ønsker med forslaget, at Folketinget forbedrer vilkårene og de økonomiske betingelser for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

I 1984 underskrev Danmark WHO's strategi »Sundhed for alle år 2000«. Med en indsats over en 5-årig periode fra 1994 vil Danmark kunne nå nogle af de mål, som blev sat for næsten 10 år siden.

Forskning i sundhedsfremme og forebyggelse drejer sig om ændringer i samfundet, i miljøet og hos det enkelte individ med henblik på at fremme sundhed.

Det er nødvendigt at dreje den traditionelle medicinske forskning fra en ensidig naturvidenskabelig infaldsvinkel til også at omfatte samfundsvidenskabelig og humanistisk forskning.

For at sikre en langsigtet indsats for sundhedsfremme og forebyggelse ønskes lokale udviklingsprojekter med befolkningens involvering opprioriteret. Ligeledes ønskes den tværfaglige og tværsektorielle indsats opprioriteret.

*Styrkelse af det enkelte menneske, det sociale netværk og fællesskabet giver øget sundhed.* Sundhed er ikke kun det enkelte menneskes problem. Det er almen viden, at levevilkår som f.eks. nedslidning ved arbejde, dårlige boliger, usund kost, arbejdsløshed, ensomhed og et belastet ydre miljø koster mange leveår og giver ringe livskvalitet.

Mange mennesker er socialt og sundhedsmæssigt truet. I lokalsamfundene udstødes mange mennesker på grund af arbejdsløshed, dårlige sociale vilkår, dårlige boligforhold, handicap og alder. Svage sociale netværk medvirker til, at tendensen forstærkes. Social udstødning medfører ofte, at det enkelte menneskes sundhed trues af et dårligt helbred.

Meget sundhedsfremmende og forebyggende arbejde handler om at praktisere social retfærdighed og at give øgede handlemuligheder for den enkelte i lokalområdet.

*WHO's sundhedsfremmende strategi – 20 års historie.* Sundhedsfremmende strategier er ikke noget nyt. Det er igennem mange år blevet beskrevet, hvordan sociale forhold, miljø og arbejdsmiljø indvirker

på den enkeltes sundhed. I nyere tid rækker aktuelle sundhedsfremmende strategier internationalt set tilbage til 1970'erne. Der er fra WHO's side blevet fremlagt en række dokumenter, som understreger betydningen af en decentraliseret sundhedstjeneste, der involverer lokalbefolkningen og nærmiljøet for at skabe bedre sundhed for alle.

Nærværende forslag skal ses i sammenhæng med WHO's sundhedsprogram »Sundhed for alle år 2000«, Alma Ata-deklarationen fra 1978 og Ottawa Charter 1986.

På trods af vedtagelserne er WHO's brede sundhedsbegreb ikke slået igennem i tilrettelæggelse af indsatsen i det danske sundhedsvæsen. Der er heller ikke tegn på, at det er slået igennem ved den økonomiske ressourcefordeling. Det er fortsat sådan, at der via de økonomiske bevillinger sker en nedprioritering af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde.

*Den tidligere regerings forebyggelsesprogram.* I den borgerlige regerings forebyggelsesprogram blev der gjort rede for den eksisterende viden om de største sundhedstrusler i dagens Danmark, vurderet ud fra befolkningens dødelighed og sygdomsmønstre. Det blev påpeget, at den måde, vi lever vores liv på, har betydning for vores sundhedsmæssige problemer. Risikofaktorerne er i programmet stærkt forbundet med selvvalgte livsstilsfaktorer, og kun enkelte faktorer knyttes til levevilkårene. I den politiske del af programmet blev der næsten ensidigt sat fokus på livsstilsfaktorerne.

Den tendens blev yderligere fulgt op af den tidligere sundhedsminister Ester Larsens redegørelse til Folketinget i foråret 1991. Sundhedsfremme blev her ensidigt defineret som handlemuligheder hos den enkelte. Den tendens finder forslagsstillerne forkert og bekymrende.

Mange mennesker er i vores samfund reelt afskåret fra at fremme deres sundhed. Det drejer sig ofte om mennesker, der er belastede på flere områder. De har behov for hjælp og støtte fra andre og fra samfundets side, når deres sundhed skal fremmes. De skal have

øgede muligheder for et bedre livsindhold og bedre levevilkår.

Der er tale om vidt forskellige mennesker og grupper af mennesker, der har det fælles præg, at deres sundhed er truet og deres handlemuligheder er ringe eller ikke eksisterende. Det drejer sig om børn i socialt belastede miljøer, børn af misbrugende forældre, sent udviklede børn og unge, nedslidte kvinder og mænd med følgevirkninger efter et dårligt arbejdsmiljø, førtidspensionister, hjemløse, arbejdsløse, indvandrere, flygtninge og nogle gamle.

Problemerne er mangeartede. Det er de svageste, der løber risikoen for at blive glemt i sundhedsprofessionernes kamp for egen meritering og synliggørelse.

Sampillet med sundhedsvæsenet er kompliceret, og der skabes ofte nye problemer. Det er en vanskelig opgave at finde nye veje og bedre samarbejdsformer både tværfagligt og på tværs af sektorer, når sundheden skal fremmes.

*Dansk samfundsmedicinsk forskning fik i 1992 både pæne og dårlige karakterer af et internationalt bedømmelsespanel.* Forskning i sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse handler om at finde årsagssammenhænge og virkemidler. Det drejer sig også om at anvise veje for anvendelse af resultaterne af den eksisterende forskning. Der er ofte lang vej fra viden til handling.

I »International Evaluation of Danish Health Research« (Sofierapporten) får Danmark pæne karakterer for den epidemiologiske forskning, der kortlægger befolkningens sygdomsmønstre og de mulige årsager hertil. Det er forudsætningerne for den epidemiologiske forskning, som fremhæves som en positiv faktor. Her peges specielt på, at Danmark som et gennemregistreret samfund også har forholdsvis let ved at finde data, som kan bruges i en bredere sammenhæng.

Derimod vurderes selve den generelle helsetjenesteforskning som værende for ringe. Det påpeges, at der mangler en overordnet målsætning, prioritering og strategi. Der mangler et forskningsmiljø for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, og der mangler politisk vilje til at anvende den forskning på området, som rent faktisk eksisterer.

Efter udgivelsen af WHO's »Sundhed for alle år 2000« har der udviklet sig et internationalt forskningsmiljø, der forsøger at udforme disse tanker i praksis. Det er væsentligt, at den forskning, som beslutningsforslaget lægger op til, har kontakt med dette forskningsmiljø og i det hele taget foregår på et højt kvalitetsniveau med publicering i tidsskrifter underkastet faglig bedømmelse. Det rådgivende forskningsudvalg skal derfor sammensættes af danske og

udenlandske forskere, der kan forske på bedste internationale niveau.

*Sundhed på tværs – af sektorer.* Forskning og udviklingsarbejde inden for sundhedsfremme og forebyggelse har grænser mod sektorer. Det er ikke kun en sag for sundhedsvæsenet. Derfor er studier af, hvordan de forskellige sektorer sammen kan orientere sig mod sundhedsfremme og forebyggelse en vigtig del af effektiviseringen og omstillingen. Udviklingsarbejde og forskning inden for feltet kan derfor omfatte studier af sammenhængen med de andre sektorer af samfundslivet f.eks. arbejdslivet, skolen, fritiden, medierne, trafikken, det eksterne miljø og den fysiske planlægning.

Et andet og sjældent nævnt forskningsområde er sundhedsøkonomiske studier. De økonomiske midler er begrænsede, og økonomiske argumenter er meget slagkraftige i den politiske debat. På den ene side fremføres det, at forebyggelse ikke betaler sig set ud fra et økonomisk synspunkt. På den anden side fremføres det, at samfundet producerer sygdom, som koster samfundet mange penge, og at øget forebyggende indsats vil mindske behandlingsbehovet og give et billigere sygehusvæsen.

Det er forslagsstillernes opfattelse, at man almindeligvis ikke kan stille regnestykket op på den måde. Sundhed og sygdom kan ikke altid modstilles. Dog finder man det yderst interessant, at Arbejdstilsynets økonomisk-statistiske kontor for nogle år siden offentliggjorde, at udgifterne til skader, der kunne tilskrives arbejdsmiljøet, beløb sig til 28 mia. kr. årligt.

Der findes derudover nogen forskning vedrørende metoder og resultater til bestemmelse af omkostningseffektivitet på tværs af sektorer, der producerer sundhed/usundhed. Forskningen vurderes som utilstrækkelig. Der ønskes yderligere undersøgelser af initiativer inden for sundhedsfremme og forebyggelse, som går på tværs af sektorer, og som belyser såvel de samfundsmæssige omkostninger/gevinster som de individuelle omkostninger/gevinster.

*Sundhed på tværs – af professioner.* En knækket naturvidenskabelig indfaldsvinkel. Hidtil har forskningen inden for sundhedssektoren hovedsagelig været udført af læger, som ud fra en naturvidenskabelig forskning har defineret sandheden.

Den fremtidige indsats skal have sin forankring i en tværfaglig indsats. Det er nødvendigt at inddrage andre sundhedsprofessionelle end læger i den sundhedsvidenskabelige forskning. De nuværende ændringer af sygdomsmønstret kræver andre indfaldsvinkler end tidligere. De sundhedsprofessionelle i Danmark har en god uddannelse af høj kvalitet. Samlet vil de kunne yde en målrettet indsats. Der kan byg-

ges på de erfaringer, som foreligger i de decentrale og centrale forskningsenheder, ligesom vi kan inddrage de erfaringer, som udlandet ligger inde med.

I de senere år har andre grupper af sundhedspersonale end læger fået en forskeruddannelse, så forudsætningerne for tværfaglig forskning begynder nu at være til stede. Men det er nødvendigt at gøre en indsats for at sikre, at mulighederne udnyttes, og at niveauet lægges tilstrækkelig høj.

*Etablering af et udviklingscenter. En central enhed med et netværk af lokale centre.* Til varetagelse af de overordnede mål foreslår forslagsstillerne, at der etableres et selvstændigt udviklingscenter. Udviklingscenteret skal have selvstændig kompetence.

Udviklingscenteret er betegnelsen for et samlende organ, der opbygger et netværk af lokale ressourcer og formidlingspersoner og lokale centre.

*Temaer som fælles ramme.* Udviklingscenteret skal formulere afgrænsede temaer. Forslaget er begrundet i følgende:

Sygelighed rammer ikke ligeligt i den danske befolkning. De lavest placerede sociale grupper, ufaglærte og mennesker uden for erhverv bærer hovedparten af sygeligheden, og de har de dårligste levevilkår. Der sker en ophobning af dårlige levevilkår og sociale begivenheder i »onde cirkler«. De »onde cirkler« kan brydes bl.a. gennem forbedring af arbejdsmiljøet, trafikmiljøet, det eksterne miljø, uddannelse, bedre sociale foranstaltninger og forbedring af den næste generations opvækst.

Mange mennesker har det psykisk dårligt, og mange flere er ensomme. Alkoholisme, narkotika- og medicinmisbrug må ses som et udtryk for, at der er noget galt. Miljøbelastninger, arbejdsløshed og dårlige livsstilmønstre rammer skævt i den danske befolkning. Der er nu årligt i Danmark omkring 1.400 selvmord. Dvs. at 2 procent af alle dødsfald skyldes selvmord. Det er 2,5 gange flere, end der dør i trafikken. Tallet placerer Danmark højt på den internationale rangliste.

En forudsætning for et effektivt sundhedsfremmende og forebyggende arbejde er, at aktiviteterne foregår, hvor mange mennesker har deres primære tilknytning, nemlig i bolig- og lokalmiljøet. I det forebyggende arbejde skal der udvikles processer, som involverer den lokale befolkning. Der skal lægges vægt på handlingsrettede processer, som f.eks. anvendes inden for aktionsforskning. Der skal lægges en særlig vægt på at involvere befolkningen, som også skal være med til at definere, hvad der skal forskes i.

*Rådgivning og koordinering.* Udviklingscenterets

opgave er at samle den decentrale erfaring og viden og koordinere denne, så den i samlet og vurderet form kan formidles til bl.a. amter og kommuner. En øget fælles viden på området vil med stor fordel kunne indgå i en kommende planlægning af amternes og kommunernes sundhedsplanlægning. På den måde vil der indgå en gensidighed i udviklingscenterets arbejde.

Udviklingscenteret kan for at skabe størst mulig opbakning omkring initiativerne og for at få de mange forskelligartede interesser frem holde årlige konferencer og etablere et netværk af erfaringsgrupper.

*Barrierer for sundhed på tværs.* Udviklingscenteret er ansvarligt for, at der sker en decentralisering af det sundhedsfremmende arbejde, samtidig med at der sker en central koordination af indsatsen. Koordinationen af det lokale arbejde kan foregå på flere forskellige niveauer, idet der kan være tale om koordinering på det primærkommunale niveau, det amtskommunale niveau og på landsplan.

*Sund formidling.* Udviklingscenteret har samtidig til opgave at bidrage til en central erfaringsopsamling og til spredning af information og afslutningsvis bistå med en opfølgning, der også kan omfatte ændret retteltpasning og ændret lovgivning.

Som tidligere nævnt bør forskningsresultaterne publiceres i internationale tidsskrifter for at sikre kvaliteten og forbindelsen til det internationale forskningsmiljø. Til gengæld er det vigtigt, at der sker en formidling af resultaterne til danske brugere.

Denne formidlingsfase skal ofres en særlig opmærksomhed. Sådan som forslagsstillerne har set på formidlingens rolle, er der to sider af den sag.

Forskningens karakter vil være en anden end den, der kendes fra den kliniske forskning. Derfor må selve forskningsprocessen ofres særlig opmærksomhed også med hensyn til formidling fra forsker til bruger. I mange projekter med sundhedsfremme og forebyggelse som forskningsemne har brugeren en anderledes aktiv rolle sammenlignet med kendt sundhedsvidenskabelig forskning. Derfor vil der bl.a. være nogle metodemæssige/etiske overvejelser, som løbende skal diskuteres.

Dertil kommer resultatformidlingen, som ofte forsummes i udstrakt grad. Det er et krav, at alle projekter og rådgivning i forbindelse med projekter indbefatter en formidlingsfase.

Når der lidt usædvanligt lægges vægt på denne del i bemærkningerne til forslaget, er grunden, at effekten af sundhedsfremme i stor udstrækning hænger sammen med formidlingen, hvorved dette bliver et ufravigeligt krav.