

DAGSORDEN:

Tredje møde i Sundhedssektorens Prioriteringsråd:

Hvordan kan forebyggelse mindske presset på sundhedsvæsenet?

Tirsdag den 6. juni kl. 9.00–12.30 – Lægeforeningen, Kristianiagade 12, 2100 Kbh. Ø

1. Velkomst og præsentation af dagens program, v. formand for rådet, Camilla Rathcke, Lægeforeningen

2. Drøftelse af opsamlingen fra sidste møde og den videre proces

3. Drøftelse af temaet: Hvordan kan forebyggelse mindske presset på sundhedsvæsenet?

Under drøftelse af temaet vil der være tre temaoplæg ved medlemmer af Sundhedssektorens Prioriteringsråd

Temaoplæg v Anne Kristine Axelson, ATP

Temaoplæg v/ Camilla Rathcke, Lægeforeningen

Temaoplæg v/ Christian Harsløf, KL

4. Afrunding og tak for i dag: Rådets kommunikation og den videre proces

TEMAINTRODUKTION:

Forebyggelsestiltag kan lette presset på sundhedsvæsenet

I kommissoriet for Sundhedssektorens Prioriteringsråd fremgår, at Sundhedssektorens Prioriteringsråd skal drøfte, hvordan forebyggende tiltag kan mindske presset på sundhedsvæsenet.

Tema: Hvordan kan forebyggende tiltag mindske presset på sundhedsvæsenet?

Nogle af vejene til at lette presset på sundhedsvæsenet, er at forebygge behovet for behandling helt generelt, dvs. før sygdom opstår, eller at forebygge at sygdom forværres eller kompliceres. Presset på sundhedsvæsenet – og på den samlede personaleanvendelse – kan også lattes ved, at sygdom håndteres på lavest mulige kompleksitets-/specialistniveau, uden det udfordrer kvaliteten af behandlingen (det lavest effektive omkostningsniveau).

Rådet ønsker at drøfte, hvordan forebyggelsestiltag kan medvirke til en reel aflastning af sundhedsvæsenet. Herunder hvordan civilsamfundet kan medvirke til blandt andet at modvirke ensomhed og mistro, og herigennem aflaste sundhedsvæsenet.

Drøftelserne sker med følgende formål:

- Bidrage til at frigive arbejdskraft i sundhedsvæsenet
- Understøtte en bedre opgaveløsning i sundhedsvæsenet
- Medvirke til at reducere behovet for behandling
- Bidrage til at ressourcerne bliver brugt på de patienter, der har størst behov

Vedlagt er diskussionsoplæg og tilhørende bilag, der uddyber og rammesætter temaet. For at understøtte en god drøftelse, vil vi i det følgende beskrive og illustrere, hvordan forebyggelse kan aflaste sundhedsvæsenet.

Diskussionsoplæg:

Forebyggelsestiltag kan lette presset på sundhedsvæsenet

Spørgsmål

- Hvordan kan vi sikre, at forebyggelsestiltag kan være med til at lette presset på sundhedsvæsenet på både kort og langt sigt?

Kort- og langsigtet aflastning af sundhedsvæsenet

Frem mod 2050 vil andelen af borgere med kronisk sygdom stige med 33 procent,¹ og der vil allerede i 2030 blive brug for 40.000 flere sundhedspersoner, hvis udviklingen og behovet fortsætter uændret².

Det er ikke realistisk at uddanne og rekruttere sig ud af denne udfordring, og derfor er det centralt at få aflastet sundhedsvæsenet for at skabe balance mellem opgaver og arbejdskraft i sundhedsvæsenet

En af vejene til at aflaste sundhedsvæsenet er sundhedsfremme og forebyggelsestiltag, som kan lette presset på sundhedsvæsenet ved at reducere behovet for sundhedsydelser eller ved at håndtere sundhedsopgaverne på det laveste effektive omkostningsniveau.

Sundhedsfremme og forebyggelse

Sundhedsfremme er at "gøre det sunde valg lettere". Det vil sige fremme den enkeltes sundhed ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere borgernes ressourcer og handlekompetence fx mere idræt i skolen, flere cykelstier og sikre høj trivsel blandt børn og unge³.

Forebyggelse retter sig imod at forhindre, at sygdomme opstår og udvikler sig ved at identificere og hindre/hæmme risikofaktorer og risikoadfærd samt sygdom og sygdomsfølger. Forebyggelse opdeles i primær, sekundær og tertiær forebyggelse alt afhængigt af indsatsens fokus og kan rettes enten mod en hel befolkning eller det enkelte

¹ Ugeskrift for Læger, Fremtiden er multisyg, 2023, [link](#)

² Lægeforeningen, Arbejdskraftanalyse 2023, [link](#)

³ Sundhedsstyrelsen, Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed, 2005, [link](#)

individ⁴ (se bilag A).

Forebyggelse der aflaster

Forebyggelse kan aflaste sundhedsvæsenet på både kort, mellemlangt og langt sigt.

Mange af de tiltag, der bliver iværksat, aflaster sundhedsvæsenet på langt sigt fx ved at forebygge følgesygdomme til rygning, alkoholforbrug og overvægt, der oftest optræder efter flere år. Da arbejdskraftsudfordringen er aktuel også på kort sigt, er det imidlertid også relevant at drøfte tiltag, der kan aflaste sundhedsvæsenet på kort sigt.

Lægeforeningen har udarbejdet en analyse, der identificerer 23 forebyggelsestiltag, som kan være med til at aflaste sygehusvæsenet, og rangordne tiltagene efter effektivitet og tidshorisont (se bilag B). For eksempel har opfølgende hjemmebesøg, der har til formål at sikre et godt og sammenhængende udskrivningsforløb for særligt sårbare patienter, potentiale til på kort sigt at forebygge omkring 9.000 sygehusindlæggelser årligt. Mens indførelsen af en fast læge på plejehjem på kort sigt kan forebygge omkring 1.400 indlæggelser årligt på landsplan⁵.

Rangordning af tiltagene efter effekten på aflastning af sygehusvæsenet eller sundhedsvæsen kan gøre tiltagene mere strategiske og bruges som redskab, når politikere, myndigheder og sundhedsinstitutioner skal vælge hvilke tiltag, de skal prioritere først.

Forebyggelse og sundhedsfremme kræver mere eller mindre arbejdskraft

Nogle forebyggelsesindsatser kræver mere sundhedspersonale end andre indsatser.

Opgaver som fx screening, kontrol af sygdomsforløb og patientskoler, der udføres af sundhedspersonale, letter ikke presset på sundhedspersonalet, selvom de gavner folkesundheden og kan aflaste sundhedsvæsenet på langt sigt. Men fx hjemmetest for klamydia eller covid, kontinuerlige glukosemålere til patienter med diabetes samt digitale løsninger til at hjemmemonitorere kronisk sygdom er tiltag, som ikke er arbejdskraftintensive, og som forebygger kontakt til sundhedsvæsenet.

Arbejdsløsheden generelt blandt sundhedspersonale er meget lav og befinder sig under

⁴ Sundhedsstyrelsen, Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed, 2005, [link](#)

⁵ Lægeforeningen, Forebyggelse af indlæggelser 2023, [link](#)

den naturlige arbejdsløshed, som er den arbejdsløshed, der er i et arbejdsmarked i balance⁶ jf. tabel 2d (se tal og fakta). Når det kommer til forebyggelses- eller sundhedsfremmeindsatser, er den ringe mulighed for at rekruttere mere sundhedspersonale vigtig at tage in mente, når nye indsatser besluttet og skal sættes i gang.

At der ikke er en arbejdskraftreserve blandt sundhedspersonalet, betyder dog ikke, at der ikke er handlemuligheder, når det kommer til at iværksætte sundhedsfremmende eller forebyggende initiativer, der lægger udover det strukturelle niveau (fx forbud og påbud).

Den gode opgavedeling starter på lavest effektive niveau

Sundhedsopgaverne, herunder forebyggelse og behandling, bør varetages på det mindst komplekse eller specialiserede niveau og hvis muligt af borgeren/patienten selv eventuelt understøttet digitalt eller af pårørende/frivillige.

Behandlingsopgaver, der i dag typisk varetages på sygehuse, kan flyttes til fx praksis eller kommuner, hvis kapaciteten og kompetencerne disse steder bliver udvidet hhv. løftet. En sådan kapacitetsudvidelse og et kompetenceløft vil betyde, at færre skal henvises til sygehus, enten mhp. indlæggelse, udredning og behandling eller opfølgende sygdomskontrol. På den led understøttes at flere opgaver kan blive løst på det laveste effektive omkostningsniveau, også i forhold til anvendelsen af personaleressourcer.

Der er også et potentiale i at bruge patientens egne kompetencer til at forebygge forværring af sygdom fx ved at stille digitale redskaber til rådighed og give patienterne den nødvendige viden, de skal have for at kunne håndtere egen sygdom. Det kan også i mange tilfælde være relevant at inddrage pårørende eller frivillige.

Alle kan bidrage

Sundhedsfremme og forebyggelse rækker ud over sundhedsvæsenet og det sundhedsfaglige personale, da risikofaktorerne ofte findes uden for sundhedsvæsenet⁷.

Derfor er der et stort potentiale for at mange kan bidrage til sundhedsfremme og forebyggelse. Det kan være fællesskaber i civilsamfundet, institutioner såsom arbejdspladser og skoler, og det kan være forældre eller pårørende.

⁶ Den naturlige arbejdsløshed er ikke 0 procent, da der altid vil være en vis ledighed i et arbejdsmarked i balance (uden inflation) pga. jobmobilitet mv. I et arbejdsmarked med fuld beskæftigelse vil der være en arbejdsløshed på 4-5 procent.

⁷ Risikofaktorer blandt unge, Sundhedsstyrelsen, 2022 [link](#)

Deltagelse i organiserede fritidsfællesskaber⁸ har en positiv betydning for sundhed og trivsel sammenlignet med uorganiserede fællesskaber⁹. Kun en tredjedel (36 pct.) af 13-15-årige, dyrker en fritidsaktivitet¹⁰. Derfor har foreningslivet en stor rolle at spille i det sundhedsfremmende arbejde. På samme måde kan folkeskolerne være med til at fremme bevægelse og sund kost samt fremme trivsel blandt børn og unge. Tendensen til mistrivsel hos flere og flere børn og unge ses over hele verden, og det mentale helbred er stærkt forbundet med det fysiske helbred¹¹. I Island har de fx haft stor succes med at nedbringe de unges rusmiddelforbrug over en lang årrække qua en bred og mangestrengt indsats fra både myndigheder, institutioner, civilsamfund og familie¹².

Arbejdspladserne spiller en vigtig rolle i at skabe gode rammer for fysisk og psykisk trivsel. Hver dag melder knap fire procent af de danske lønmodtagere sig syge og mere end en tredjedel er væk fra arbejdet i over 30 dage¹³. Arbejdspladser kan arbejde for at reducere stress, sørge for fysiske rammer for færre tunge løft og akavede arbejdsstillinger, og de kan implementere brug af hæve-sænke-borde, frugtordninger, motionstilbud og massageordninger, hvilket alt sammen er med til at forbedre medarbejdernes psykiske og fysiske trivsel.

Børnehaver og skoler kan sikre, at der er gode rammer for fysisk udfoldelse, arbejde med den mentale trivsel og reducere smittespredning blandt især mindre børn ved at højne hygiejnen og sørge for god udluftning.

Udfordringer

Mange forebyggelsestiltag kræver yderligere sundhedspersonale. Hvis forebyggelsestiltag skal virke aflastende på sundhedsvæsenet, er det vigtigt, at de sparer mere sundhedspersonale end de bruger, alternativt at de bruger personalegrupper, hvor der er ledighed eller sikrer, at der sker en kompetenceudvikling blandt personale, så de kan løse flere og mere komplicerede arbejdsopgaver.

En anden udfordring er, at forebyggelsestiltag ikke altid benyttes af de personer, der ville

⁸ Organiserede aktiviteter er dem, hvor tid, sted og varighed er bestemt, der kan være dresscode, som uniformer, og der er regler omkring aktiviteten er monitoreret af voksne.

⁹ Sundhedsstyrelsen, Karakteristika af det mentalt sundhedsfremmende fritidsfællesskab for unge, 2023, [link](#)

¹⁰ Videncenter for Folkeoplysning, 2022, [link](#)

¹¹ Sundhedsstyrelsen, Karakteristika af det mentalt sundhedsfremmende fritidsfællesskab for unge, 2023, [link](#)

¹² Kortlægning af den islandske model, Statens Institut for Folkesundhed, 2021 [link](#)

¹³ Arbejdstilsynet, sygefravær, [link](#)

have størst gavn af det. Det kræver ressourcer og kompetencer at kunne navigere i de mange forskellige forebyggelsestilbud. Det forhindrer tiltagene i at indfri deres fulde potentiale.

Det er heller ikke altid det sted, der bruger ressourcer på forebyggelse, der høster gevinsten ved det. Da vaccination mod mæslinger, røde hunde og fåresyge skulle besluttes tilbage i 1980'erne, var den daværende indenrigsminister i første omgang modvillig, da det krævede omkostninger for staten, hvor der ikke var penge i budgettet. På daværende tidspunkt satte Indenrigsministeriet vacciner gratis til rådighed. Desuden var det ikke staten selv, som ville høste størstedelen af gevinsterne ved vaccinationen, men derimod amterne og forældrene, som ville høste de største gevinster¹⁴. Samme forhold gør sig fx gældende hvis børnehaver eller vuggestuer iværksætter en indsats for at imødegå social ulighed fx dialogisk læsning. Her vil det være skoler, sundhedsvæsen, kommuner og samfundet, der udover barnet vil få de langsigtede gevinster, mens det er institutionen og det kommunale budget, der skal afsætte ressourcerne.

Folkesundhedslov

Norge vedtog i 2012 en folkesundhedslov, der har sat folkesundhed højt på den politiske dagsorden og rammesat sundhedsfremme. Den norske folkesundhedslov fastslår, at folkesundhed er et ansvar i alle sektorer – ikke kun sundhedssektoren, og statslige myndigheder skal vurdere konsekvenser for befolkningens sundhed, hvor det er relevant¹⁵.

Loven har medført et større fokus på bevægelse og sund kost i folkeskolen, og det har fået flere børn til at benytte et fritidstilbud. Lovens formål er ikke blot at fremme folkesundheden, men også at udjævne den sociale ulighed i sundhed.¹⁶

De norske erfaringer tyder på, at en folkesundhedslov kan skabe et selvstændigt fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, hvor disse emner typisk bliver nedprioriteret til fordel for behandling, genoptræning og rehabilitering. Derudover har den norske folkesundhedslov medført en mere struktureret dataindsamling og overvågning af folkesundheden¹⁷.

En dansk folkesundhedslov med bredt fokus på sundhedsfremme må ligeledes formodes at

¹⁴ Sundhedspolitik, 2005 af Kjeld Møller Pedersen

¹⁵ Regjeringen, Norge, helse og omsorg – folkehelseoven, [link](#)

¹⁶ Lovdata, Norge, [link](#)

¹⁷ Dagens medicin, Sådan kan en folkesundhedslov løse vores alvorlige folkesundhedsproblemer, 2020, [link](#)

kunne bidrage til at holde et kontinuerligt fokus på sundhedsfremme og forebyggelse.

Er forebyggelse den enkelte eller samfundets ansvar?

Strukturelle forebyggelsesindsatser såsom aldersgrænser og høje priser afføder ofte en politisk og samfundsmæssig diskussion om, hvorvidt sundhedsfremme og forebyggelse er et individuelt ansvar og den enkeltes frie valg eller om det er samfundets ansvar.

Strukturel forebyggelse har ofte stor effekt, men både politikere og befolkning kan have en oplevelse af, at det er utidig indblanding fra politikere, hvis de vedtager afgifter på tobak og alkohol, der gør produkterne dyrere.

På den anden side er der også politikere og befolkning, der mener, at samfundet har et ansvar for den strukturelle forebyggelse, så befolkningen skånes for forebyggelig sygdom og potentiel tidlig død som følge af fx tobaks- og alkoholforbrug.

Forebyggelse er et middel til et holdbart sundhedsvæsen

Sundhedsfremme og forebyggelse kan både gavne den enkelte, men er også yderst relevant, når det handler om at sikre et holdbart sundhedsvæsen ved aflastning på kort og langt sigte. Derfor er der også relevant at få prioriteret de mest effektive forebyggelsestiltag.

Der er dog stor forskel på, hvor omkostningstunge eller arbejdskraftsintensive forebyggelsestiltagene er. Derfor bør tiltagene prioriteres efter, hvilke der rummer det største potentiale for at mindske sygeligheden, mens de samtidig letter presset på sundhedsvæsenet. Det skal samtidig være realistisk at sikre ressourcer til tiltagene, herunder personaleressourcer i den nuværende situation med mangel på arbejdskraft.

A) Forebyggelsestyper og ansvar

Forebyggelsestyper

Forebyggelse kan inddeles i primær, sekundær og tertiær forebyggelse.

Primær forebyggelse har til formål at forhindre sygdom, psykosociale problemer eller ulykker i at opstå. Målgruppen kan være hele befolkningen eller udvalgte grupper og enkeltindivider. Aktører er sundhedsprofessionelle og professionelle fra andre sektorer, herunder myndigheder. Primær forebyggelse foregår bl.a. i lokalsamfund, skoler og institutioner, på arbejdspladser og inden for den primære og sekundære sundhedssektor. Den lovgivende og regulerende del af primær forebyggelse betegnes strukturel forebyggelse¹⁸.

Sekundær forebyggelse har til formål at opspore og begrænse sygdom og risikofaktorer tidligst muligt. Sekundær forebyggelse anvender systematisk screening og opportunistisk screening som opsporende redskaber, mens interventionsdelen kan omfatte vejledning, behandling, adfærsændring eller mere strukturelle indgreb for at undgå yderligere sygdomsudvikling. Sekundær forebyggelse finder typisk sted i den primære sundhedssektor, men også på sygehuse og i andre sektorer som fx undervisnings- og socialektoren. Sekundær forebyggelse udføres af sundhedsprofessionelle, fx af praktiserende læger, sundhedsplejersker, sygehuspersonale, tandlæger og tandplejere. Målgruppen er befolkningsgrupper eller patienter eller andre borgere med erkendt eller uerkendt sygdom eller risikofaktorer¹⁹.

Tertiær forebyggelse har til formål at bremse tilbagefald af sygdom og forhindre udvikling og forværring af kroniske tilstande, hvor det ikke kun er sygdom, men også følgetilstande til sygdom, der forebygges. Tertiær forebyggelse er målrettet patienter med erkendt sygdom og foregår i sundhedsvæsenet ofte i tværsektorielt samarbejde. Aktørerne er sundhedsprofessionelle i samarbejde med professionelle fra bl.a. socialektoren. Tertiær forebyggelse er defineret ud fra sygdomsstadie, mens rehabilitering er defineret ud fra patientens helhedssituation, inkl. egne behov og ønsker. Tertiær forebyggelse indgår ofte som en naturlig del af rehabiliteringen²⁰.

¹⁸ Sundhedsstyrelsen, Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed, 2005, [link](#)

¹⁹ Sundhedsstyrelsen, Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed, 2005, [link](#)

²⁰ Sundhedsstyrelsen, Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed, 2005, [link](#)

Forebyggelse er meget bredt, og det indebærer mange forskellige indsatser og tiltag. For at illustrere bredden, præsenteres en inddeling af en række forebyggelsesindsatser opdelt på de tre niveauer (se tabel 1a).

Tabel 1A: Oversigt over sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Forebyggelsesindsatserne er inddelt i primær, sekundær og tertiær.

Forebyggelse	
Primær	<ul style="list-style-type: none"> • Tandplejens undervisning i god tandhygiejne • Vaccinationer • Massemedie/kampagner • Folkeskolens seksualundervisning • Børneundersøgelser af læger og sundhedsplejersker • Miljølovgivning
Sekundær	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmæssige tandeftersyn • Screening for livmoderhalskræft • Brystkræft- og tarmkræftscreening • Forebyggende astmabehandling • Tidlig opsporing af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) i almen praksis • Nakkefoldsscanning • Gravides rygeophør • Ind- og udskolingsundersøgelser • Rådgivning om livsstil i almen praksis • Rygestopkursus
Tertiær	<ul style="list-style-type: none"> • Patientskoler • Forebyggelse af knoglebrud ved osteoporose (knogleskørhed) vha. hoftebeskyttere • Forebyggelse af indskrænket bevægelighed ved lammelse • Hygiejneinstruktion til patienter med sygdom i mundhulen • Forebyggelse af tilbagefald hos afhængige alkoholmisbrugere • Rehabilitering efter operation • Forebyggelsessamtaler ved den praktiserende læge med henblik på rygestop hos patient med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) • Normalisering af blodsukker hos diabetespatient • Lindring af kroniske smerter hos kræftpatient.

Myndigheder deler ansvaret for forebyggelse

Sundhedsfremme og forebyggelse udføres både i kommunalt, regionalt og statsligt regi. Kommunerne har det primære ansvar for sundhedsfremme og forebyggelse i Danmark. Kommunerne bestemmer selv, hvordan de udmønter forebyggelsen, bortset fra de lovpligtige tilbud til børn om sundhedspleje og forebyggende hjemmebesøg hos ældre²¹. Eksempler på kommunale forebyggelsesopgaver er tilbud om rygestop, undervisning om alkohol i grundskolen og sundhedscentre til borgere med kronisk sygdom.

Regionernes forebyggelsesindsats er primært knyttet til sygehusene og praksissektoren. Regionale forebyggelsesopgaver er fx helbredsundersøgelser af børn og gravide, vaccinationer og helbredssamtaler samt screening²². Forebyggelsesopgaver i almen praksis omfatter både identifikation af patienter, der har behov for forebyggende tilbud, såsom rygestoptilbud eller patientuddannelse, og ansvaret for den medicinske forebyggelsesindsats²³.

Staten forebygger sygdom i befolkningen gennem politiske initiativer og lovgivning. Strukturel forebyggelse på centralt niveau sker gennem lovgivning i form af påbud og forbud, såsom rygeloven og påbud om sikkerhedsseler, regulering af tilgængelighed og mærkning af fødevarer, afgiftsregulering af sundhedsskadelige og sundhedsfremmende produkter. Sundhedsstyrelsen skal tilbyde rådgivning til kommuner, regioner og ministerier om sundhedsrelaterede spørgsmål, samt oplyse befolkningen om sundhedsrisici og sundhedsgavnlig adfærd²⁴.

²¹ Vallgård, Diderichsen og Jørgensen, Sygdomsforebyggelse, Munksgaard, 2014

²² Vallgård, Diderichsen og Jørgensen, Sygdomsforebyggelse, Munksgaard, 2014

²³ Sundhedsstyrelsen, Regionernes forebyggelsesopgaver, 2009, [link](#)

²⁴ Vallgård, Diderichsen og Jørgensen, Sygdomsforebyggelse, Munksgaard, 2014

B) Forebyggelse af indlæggelser

Rangordning af forebyggelsestiltag

I maj 2023 udgav Lægeforeningen en analyse, som præsenterer forebyggelsestiltag, der kan aflaste sundhedspersonale på hospitalerne. I analysen blev antallet af hospitalsindlæggelser anvendt som kriterie for at vurdere, hvor meget hver indsats kan aflaste sundhedspersonalet.

Formålet med analysen er at bidrage til en debat om prioritering af forebyggelsestiltag med henblik på at forbedre beslutningsgrundlaget for politikere og andre beslutningstagere om de kommende års brug af den begrænsede arbejdskraft, der er til rådighed.

I analysen blev der identificeret 23 forebyggelsestiltag, der både forbedrer folkesundheden og reducerer antallet af indlæggelser. De 23 tiltag er blevet rangeret i tabel 1B efter deres effekt på at aflaste sygehusvæsenet.

Analysens hovedkonklusion er, at der er stort potentiale i at udbrede tiltag, som både har en sygdomsforebyggende og en arbejdsafloadende karakter. Derudover kan det være relevant at se nærmere på, om indsatserne har effekt her og nu eller om der er tale om indsatser, der vil være længere tid om at ændre sygdomsbilledet. Lægeforeningen anbefaler derfor, at der skabes et stærkt videnskabeligt fundament, der sikrer en evidensbaseret vurdering og sammenligning af forebyggelsestiltag, der kan frigøre hænder i det danske sundhedsvæsen.

Tabel 1b: Rangering af forebyggelsestiltag ift. forventet effekt på reduktion i indlæggelsestal og om tiltaget kræver sundhedsfagligt eller andet personale²⁵

Forebyggelsestiltag	Rangering	Tidsperspektiv	Personale
En tværfaglig indsats mod rygning i grundskolen og på ungdomsuddannelser	1	Lang	B
Øget tobaksafgifter: 90 kr. pr. cigaretpakke	2	Lang	A
Bekæmpelse af overvægt blandt børn og unge	3	Lang	C
Styrket medicingennemgang	4	Kort	C
Højere priser på alkohol	5	Mellem	A
Opfølgende hjemmebesøg	6	Kort	C
Øget afgifter på usunde produkter*	7	Lang	A
Fedmemedicin*	7	Mellem	C
Udvidet behandlingsansvar på 72 timer efter udskrivelse fra hospital	9	Kort	C
Rygestopkursus med gratis rygestopmedicin	10	Mellem	B
Fast tilknyttet læge på plejehjem	11	Kort	C
Faldteknik til ældre	12	Mellem	B
Begrænsning på salg af alkohol**	13	Kort	A
Højere aldersgrænse på salg af alkohol**	13	Kort	A
Indsatser for børn og unge med mistrivsel	15	Mellem	C
Tidlig opsporing af begyndende sygdom blandt ældre patienter	16	Kort	C
Flerstrengede indsats mod indlæggelser blandt ældre patienter	17	Kort	C
Behandlingstilbud til patienter ved første psykose	18	Mellem	C
Flere grønne områder	19	Lang	B
Bedre opsporing og rekruttering til alkoholbehandling	20	Mellem	C
Udfas alkohol på ungdomsuddannelser	21	Kort	A
En 20% reduktion i luftforurening i storbyer	22	Lang	B
Implementering af kunstig intelligens til opsporing og behandling af kritisk sygdom	23	Kort	C

A) Strukturelle forebyggelsesindsatser (kræver ikke personale)

B) Forebyggelsesindsatser der kræver personalegrupper uden formel sundhedsfaglig kompetence,

C) Forebyggelsesindsatser der kræver personalegrupper med formel sundhedsfaglig kompetence

²⁵Analysen er baseret på en skrivebordsundersøgelse og der er derfor ikke tale om en udtømmende oversigt over alle typer af forebyggelse, som kan tænkes at have effekt på indlæggelsestallet.

*Øget afgifter på usunde produkter og fedmemedicin vurderes på baggrund af analysen ikke til at have forskellig effekt på aflastning af sundhedsvæsenet.

**Begrænsning af salg på salg af alkohol og højere aldersgrænse på salg af alkohol vurderes på baggrund af analysen ikke til at have forskellig effekt på aflastning af sundhedsvæsenet.

C) Idékatalog

Tabel 1c er et idékatalog, som Lægeforeningen har udarbejdet, over tiltag, der fremmer sundhed eller forebygger sygdom i befolkningen. Tiltagene i idekataloget er ikke nationalt implementeret i Danmark.

Tiltagene har forskellig karakter, som for eksempel forskellig målgruppestørrelse, indsatsområde eller hvorvidt det er strukturelle tiltag. I tabellen skelnes mellem, om tiltagene retter sig mod hele befolkningen, en given målgruppe eller individer med særlig høj eksponering eller sårbarhed.

Der er ikke tale om en udtømmende oversigt over tiltag, men er eksempler på tiltag, der understøtter formålet om en sundere og raskere befolkning.

Tabel 1c: Idekatalog over forebyggelsestiltag

Forebyggelsestiltag	Alle	Gruppe	Individ
Børns tidlige udvikling/Nye forældre			
Screening af fødselsdepression blandt mænd		x	
Forstærke implementering af svangreomsorg og sundhedspleje	x		x
Sikre fuld vaccinationsdækning til børn	x		
Øge tilbud om støttende forældregruppe- og uddannelse	x		
Øge kvalitet og kompetencer i daginstitutioner i udsatte områder		x	
Mistrivsel			
Lettilgængeligt tilbud til børn og unge i mistrivsel			x
Større opmærksom på bekæmpelse af ensomhed			x
Tilbud til personer med psykiske lidelser og samtidigt behandlingskrævende misbrug			x
Skolegang, uddannelse og arbejdsmarkedet			
Gratis sundt skolemåltid til børn	x		x
Identificere børn med højt fravær eller nedsat kognitiv udvikling			x
Skemalægge fysisk aktivitet <1 time/dag i skolen og på ungdomsuddannelser	x		
En tværfaglig indsats mod rygning i grundskolen og ungdomsuddannelser	x		x

Tabel 1C fortsat	Alle	Gruppe	Individ
Sundhedsvæsenet			
Gratis tandlæge	x		x
Gratis patientvejviser			x
Sikre fuld vaccinationsdækning af børn	x		
Mindske brugerbetaling på medicin			x
Faldteknik til ældre		x	
Tidlig opsporing af begyndende sygdom blandt ældre (AI)			x
Kunstig intelligens til opsporing af kritisk sygdom på hospitaler			x
Styrket medicingennemgang		x	
Sundhedsadfærd			
Folkesundhedslov	x		x
Gratis fritidspas (et beløb til børn og unge, som kan bruges på fritidsaktiviteter)	x		
Hæve afgifter på tobak og alkohol	x		
Højere aldersgrænse på køb af alkohol	x		x
Begrænsning på salg af alkohol			x
Hæve priser på fedt, salt, sukker mm.	x		x
Sikre opsøgende rådgivning om rygestop			
Påbud mod rygning offentlige steder	x		
Flere grønne områder	x		x
Medicin mod fedme			x
Bedre opsporing og rekruttering til alkoholbehandling			x
Større udbredelse af rygestopkursus med gratis rygestopmedicin			
Nudging i supermarkeder, fx ingen usunde varer ved kassen			
Arbejds miljø og forurening			
Reducér støj på arbejdspladser	x		
Reducér tunge løft, bøjede stillinger, ensidige gentagne bevægelser	x		
Helbredstjek af social udsatte ansatte		x	
Luftforurening, fx fra brændeovne	x		

Tal og fakta

Hospitalskontakter fordelt på sygdomme

Visse sygdomme er mere ressourcekrævende end andre, da de giver flere kontakter til sundhedsvæsenet. Forebyggelse af disse sygdomme vil kunne bidrage til en reduktion af hospitalskontakter i både somatikken og psykiatrien.

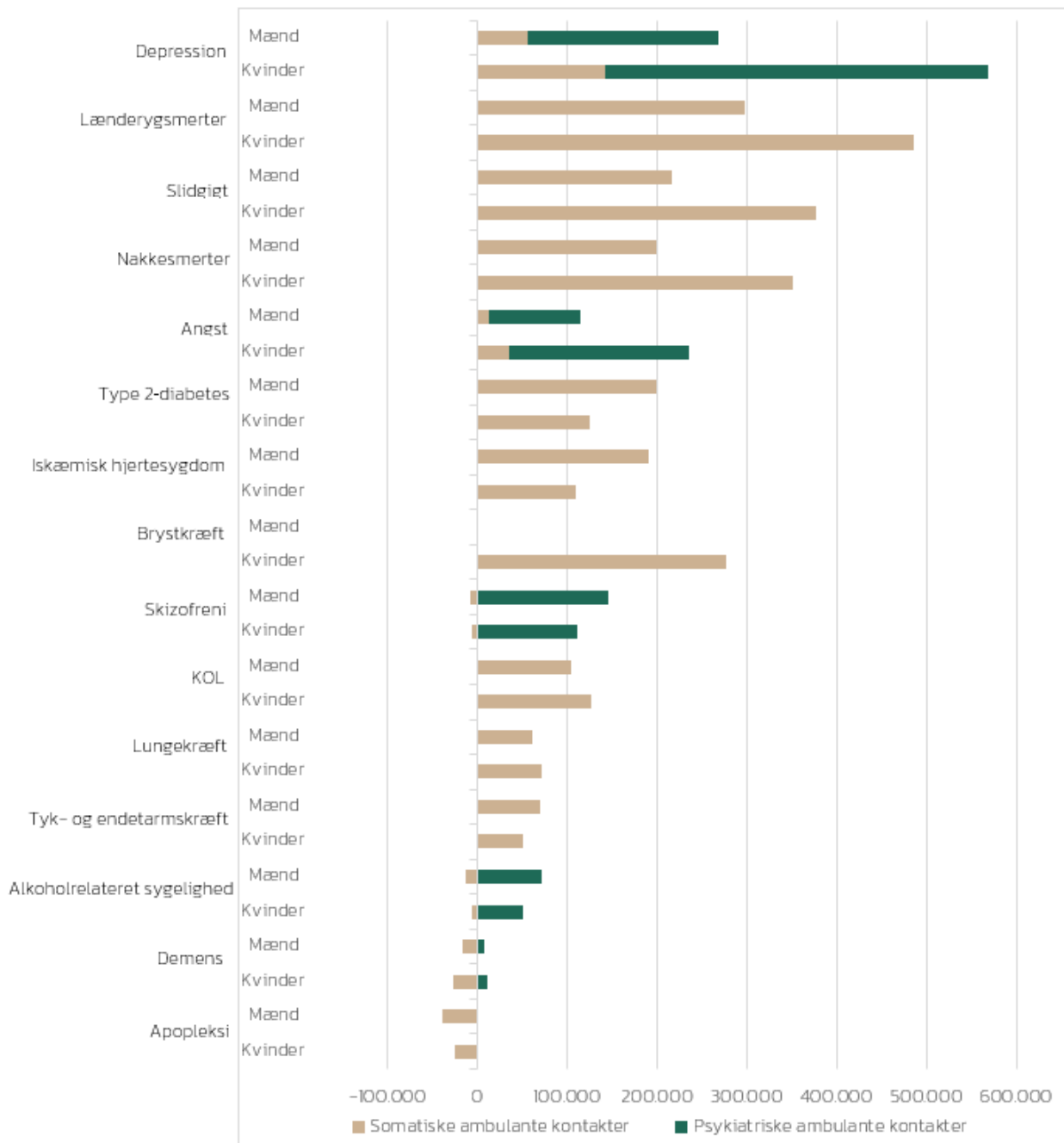
Figur 1d og 2d er fra Sygdomsbyrderapporten 2022²⁶, hvor der udregnes, hvor mange ekstra kontakter gruppen af personer med en given sygdom har sammenlignet med befolkningsgruppen uden denne givne sygdom.

Figur 1d viser antallet af ekstra planlagte somatiske og psykiatriske hospitalskontakter for udvalgte sygdomme, når man sammenligner med befolkningen uden den pågældende sygdom. Der er flest ekstra planlagte somatiske ambulante hospitalskontakter for personer med lænderygsmarter, slidgigt og nakkesmerter. For planlagte psykiatriske hospitalskontakter er der flest ekstra kontakter for personer med depression for både mænd og kvinder.

Figur 2d viser antallet af ekstra akutte somatiske og psykiatriske hospitalskontakter for udvalgte sygdomme. Det højeste ekstra antal akutte somatiske ambulante hospitalskontakter ses blandt personer med henholdsvis depression, lænderygsmarter, nakkesmerter og alkoholrelateret sygelighed. For akutte psykiatriske hospitalskontakter er der flest ekstra kontakter for personer med depression.

²⁶ Sundhedsstyrelsen, Sygdomsbyrden i Danmark 2022, [link](#)

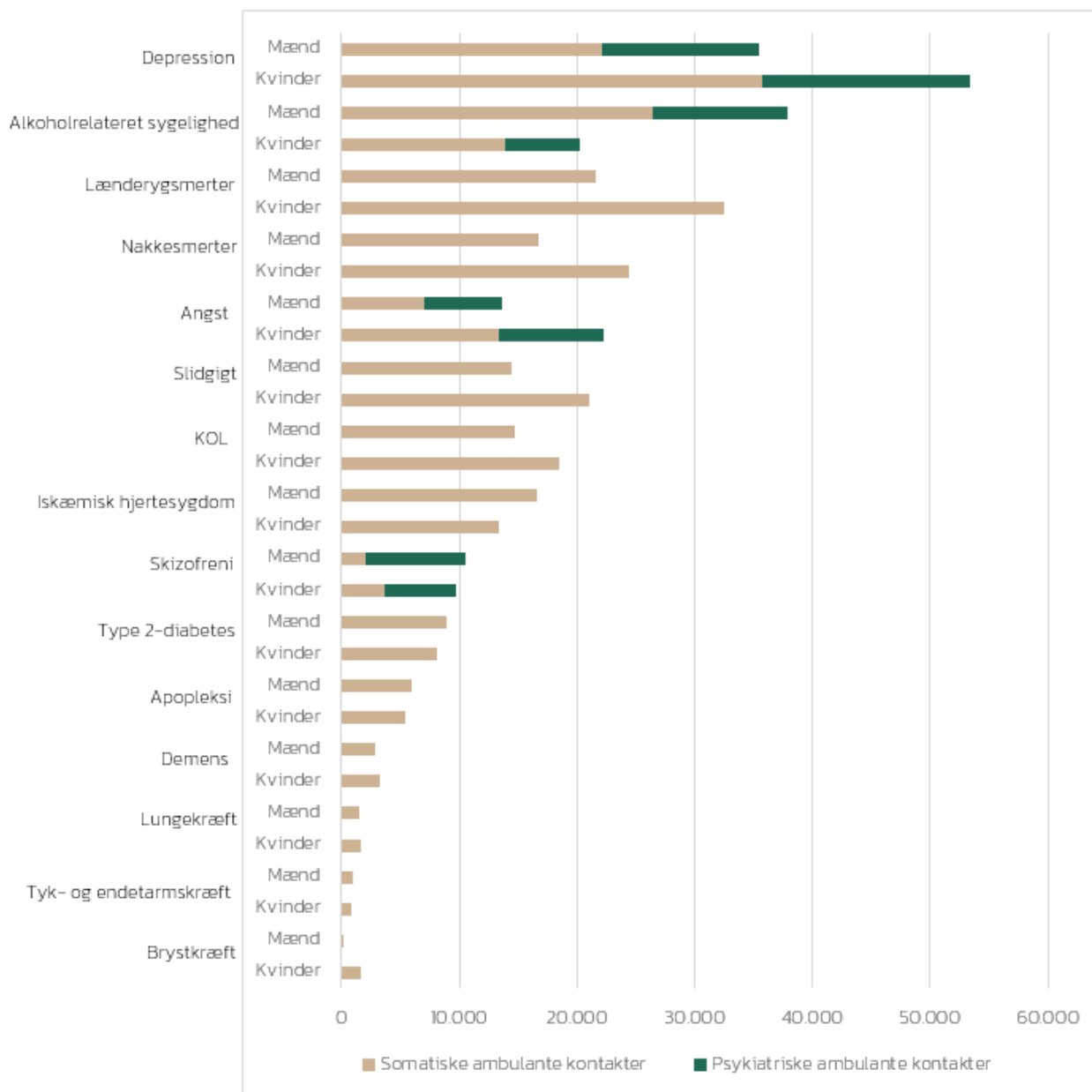
Figur 1d: Ekstra antal planlagte somatiske og psykiatriske ambulante hospitalskontakter blandt mænd og kvinder i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017–2018.



Anm.: Ekstra antal planlagte somatiske ambulante kontakter blandt personer med brystkræft (mænd), lungekræft og tyk og endetarmskræft (mænd) er opgjort blandt personer i alderen 30 år eller derover grundet få ekstra somatiske ambulante kontakter blandt personer i alderen 16–29 år. Ekstra antal planlagte somatiske og psykiatriske ambulante kontakter blandt personer med demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

Kilde: Sygdomsbyrden i Danmark 2022 – Sygdomme (Figur 11.5a)

Figur 2d: Ekstra antal akutte somatiske og psykiatriske ambulante hospitalskontakter blandt mænd og kvinder i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017–2018.



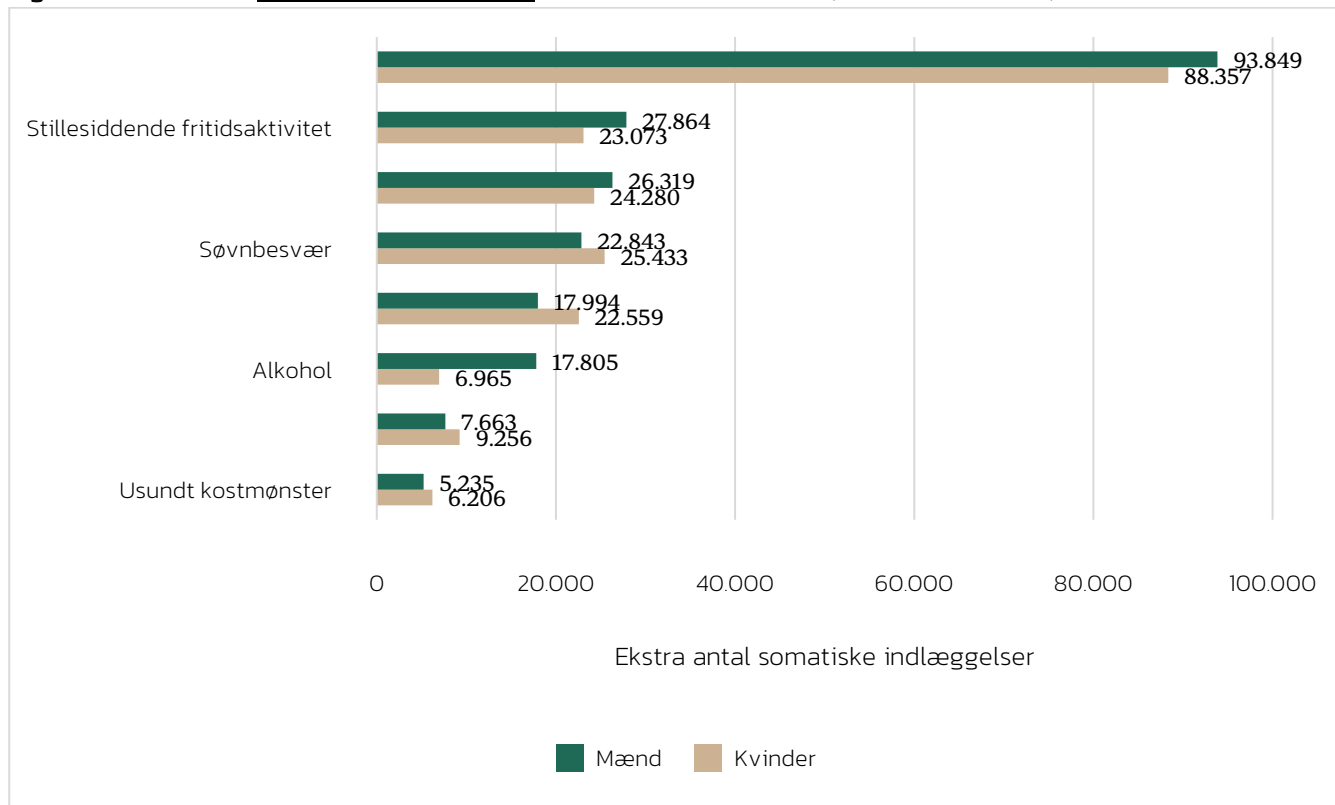
Anm.: Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer med lungekræft, tyk- og endetarmskræft og brystkræft (kvinder) er opgjort blandt personer i alderen 30 år eller derover grundet for få ekstra akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer i alderen 16–29 år. Ekstra antal akutte ambulante kontakter blandt personer med brystkræft (mænd) er opgjort blandt personer i alderen 50 år eller derover. Ekstra antal akutte somatiske ambulante kontakter blandt personer med demens er opgjort blandt personer i alderen 65 år eller derover.

Kilde: Sygdomsbyrden i Danmark 2022 – Sygdomme (Figur 11.5b)

Merindlæggelser fordelt på risikofaktorer

Figur 3d viser antal ekstra somatiske indlæggelser, som er relateret til udvalgte risikofaktorer. Af figuren fremgår det, at rygning er den risikofaktor, der genererer langt flest ekstra indlæggelser på et år.

Figur 3d: Ekstra antal somatiske indlæggelser relateret til risikofaktorer, 16 år eller derover, 2017.

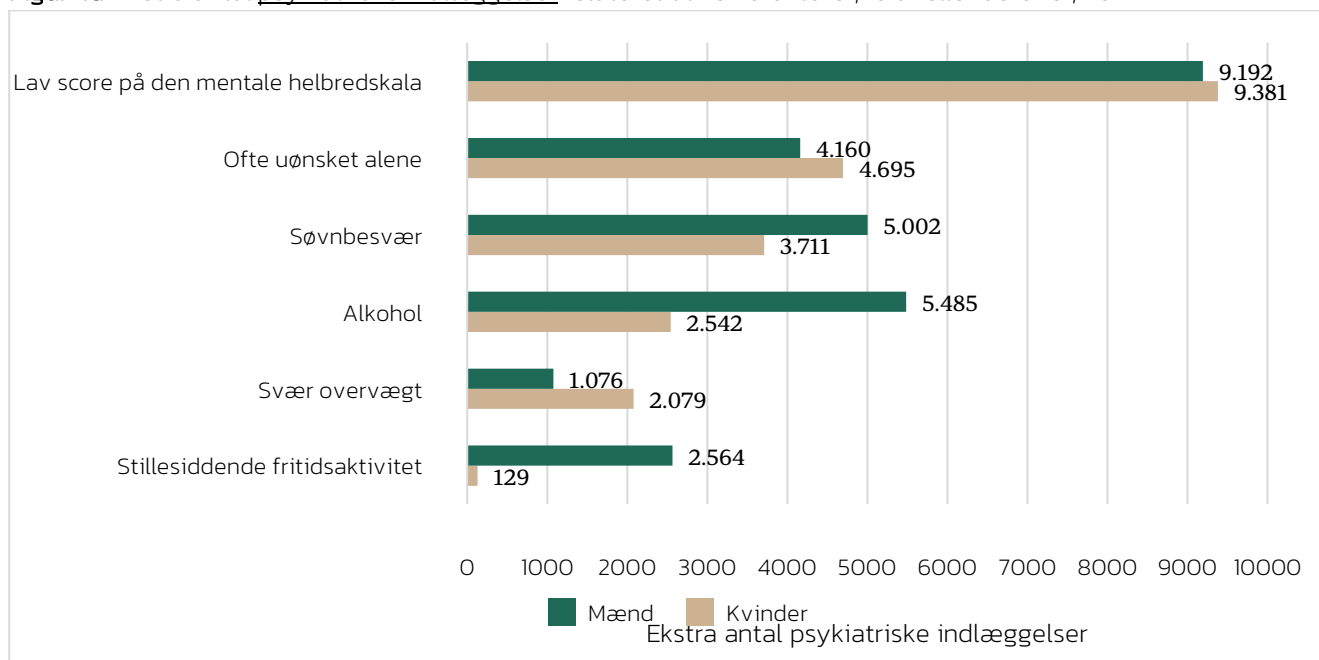


Anm.: Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017 og Landspatientregisteret.

Kilde: Sygdomsbyrden i Danmark 2022 – Risikofaktorer (Figur 1.2.3)

Figur 4d viser antal ekstra psykiatriske indlæggelser, som er relateret til udvalgte risikofaktorer. Af figuren fremgår det, at individer med en lav score på den mentale helbredsskala genererer flest merindlæggelser i psykiatrien. Samtidig fremgår det, at både søvnbesvær og alkohol fører til flere indlæggelser i psykiatrien blandt mænd end blandt kvinder.

Figur 4d: Ekstra antal psykiatriske indlæggelser relateret til risikofaktorer, 16 år eller derover, 2017.



Anm: Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017, og Landspatientregisteret (LPR-PSYK).

Kilde: Sygdomsbyrden i Danmark 2022 – Risikofaktorer (Figur 1.2.4)

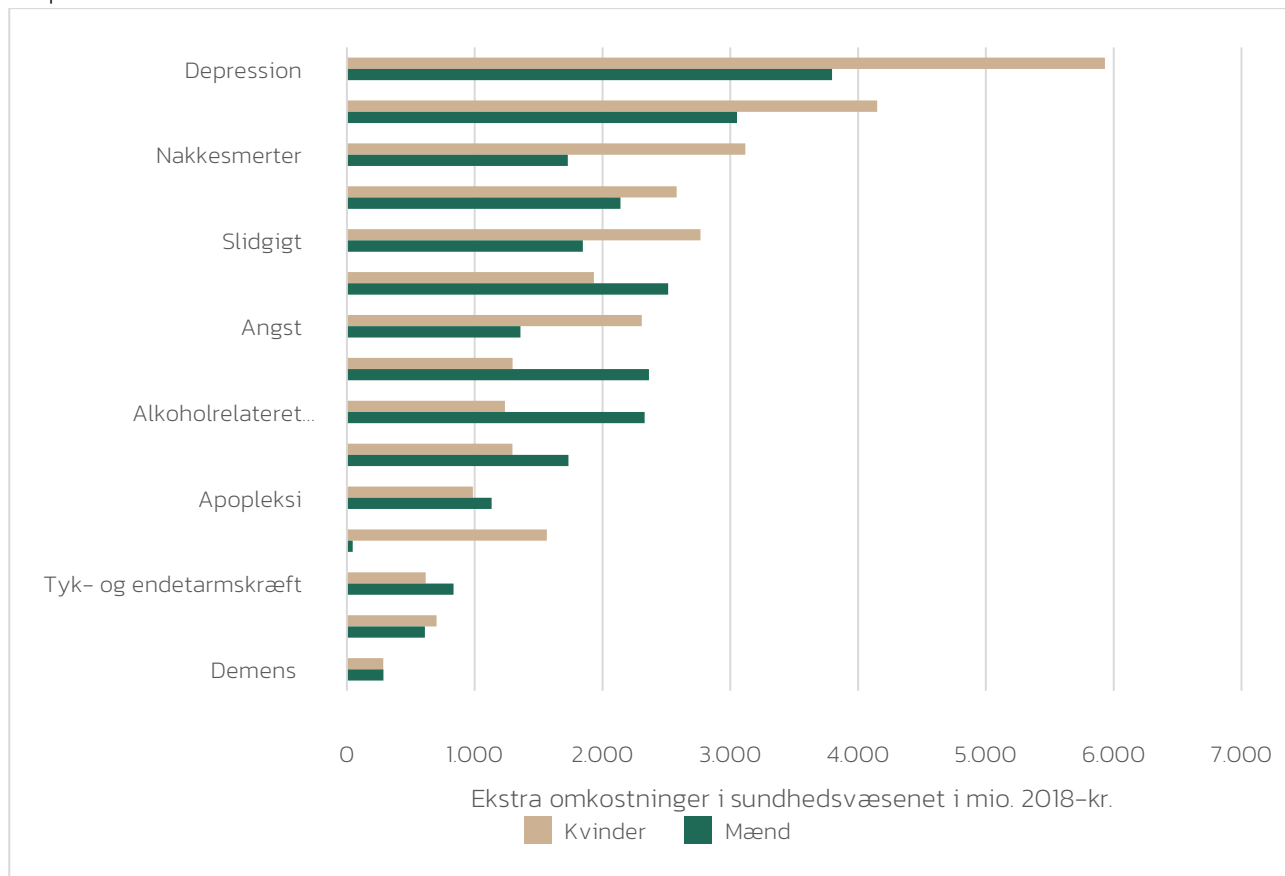
Merudgifter til behandling fordelt på sygdomme

Nogle sygdomme har mange ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet sammenlignet med andre. Hvis man vil spare sundhedsvæsenet flest omkostninger, så bør man fokusere på de indsatser, som forebygger de mest ressourcekrævende sygdomme.

Figur 5d viser ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet for udvalgte diagnoser for både mænd og kvinder. Omkostningerne er opgjort som de samlede omkostninger i både hospitalssektoren og praksissektoren, omkostninger til receptpligtig medicin samt omkostninger til hjemmehjælp²⁷. Det fremgår, at de højeste ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet ses blandt personer med depression samt lænderyg- og nakkesmerter.

²⁷ Sundhedsstyrelsen, Sygdomsbyrden i Danmark 2022, [link](#)

Figur 5d: Ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet blandt mænd og kvinder i Danmark med udvalgte sygdomme i forhold til en referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og CCI. Årligt gennemsnit for perioden 2017–2018.



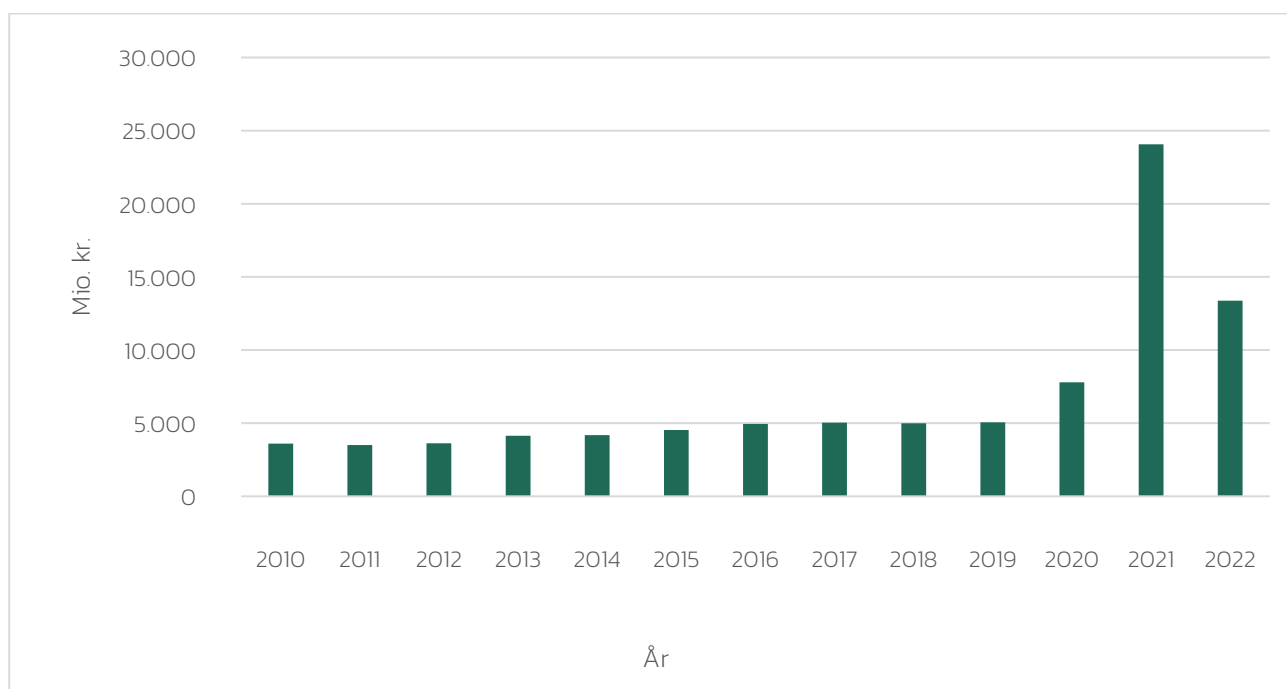
Anm.: For sygdommene depression, skizofreni og angst er medtaget sundhedsøkonomiske omkostninger til psykolog og psykiater. For type 2-diabetes er medtaget sundhedsøkonomiske omkostninger til øjenlæge og fodterapi. For lænderyg smerter, nakkesmerter og slidgigt er medtaget omkostninger til fysioterapi og kiropraktor.

Kilde: Sygdomsbyrden i Danmark 2022 – Sygdomme (Figur 11.9)

Udvikling i udgifter til forebyggelse

Figur 6d viser udviklingen i sundhedsvæsenets udgifter til sundhedsfremme og forebyggelse fra år 2010–2022.

Figur 6d: Udvikling i sundhedsvæsenets udgifter til sundhedsfremme og forebyggelse fra 2010–2022 (løbende priser).



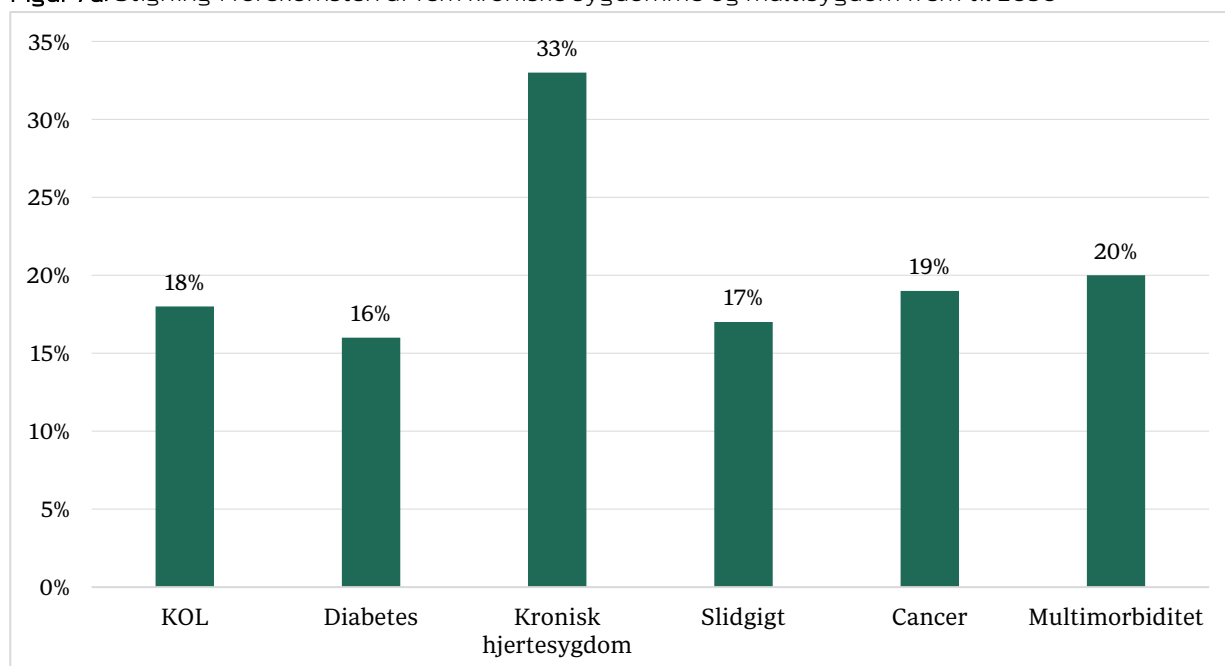
Anm: I 2021 steg udgifterne pga. vaccinationer og testning af covid.

Kilde: Danmarks statistik

Fremskrivningen af kronisk sygdom

Figur 7d og tabel 1d viser den fremtidige udvikling i fem udvalgte kroniske sygdomme frem mod 2050. Figur 7d viser, at særligt andelen af patienter med kronisk hjertesygdom vil stige over de kommende årtier.

Figur 7d: Stigning i forekomsten af fem kroniske sygdomme og multisygdom frem til 2050



Kilde: Videns- og forskningscenter, Region Sjælland, Multisygdom i Danmark – Beskrivelse af sygdomsclustre og social ulighed, 2022

Tabel 1d: Udvikling i forekomsten af fem kroniske sygdomme og multisygdom fra 2021 til 2050

Kronisk sygdom	Prævalens i 2021 ²⁸	Prævalens i 2050
KOL ^A	300.000	354.000
Diabetes ^B	349.000	404.700
Kronisk hjertesygdom ^C	250.000	332.000
Slidgigt ^D	700.000	819.000
Cancer ^E	374.000	445.000
Multimorbiditet ^F	1.200.000	1.440.000

Kilde: Fremskrivning beregnet af Lægeforeningen på baggrund af prævalenser og data fra figur 6d

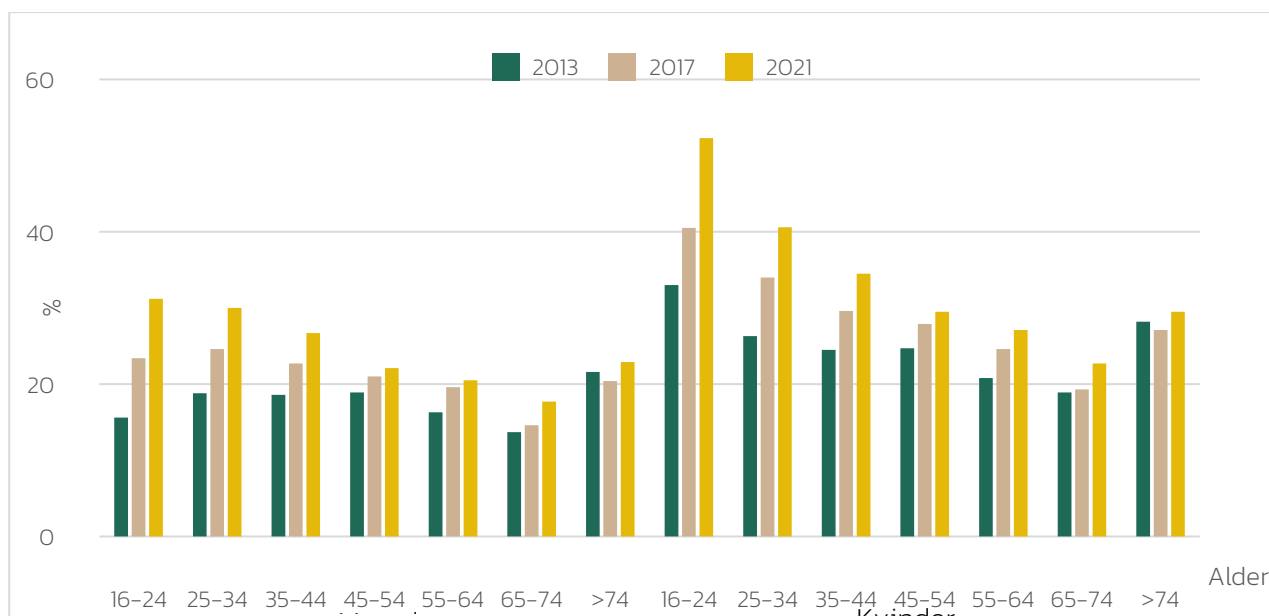
²⁸ *Prævalensopgørelser for kroniske sygdomme varierer fra kilde til kilde

^A Sundhed.dk – KOL, [link](#), ^B Videnscenter for diabetes – Diabetes i tal, [link](#), ^C Videns- og forskningscenter, Region Sjælland, Multisygdom i Danmark 2020, [link](#), ^D Gigtforeningen – Viden om gigt, [link](#), ^E Kræftens bekæmpelse – Nøgletal, [link](#), ^F Ugeskrift for læger – Fremtiden er multisyg, [link](#)

Mistrivsel

Figur 8d viser udviklingen af andelen med en høj score på stressskalaen blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. I alle aldersgrupper under 75 år for både mænd og kvinder er andelen med en høj stressscore steget over tid. Særligt for unge kvinder er stigningen stor, med en udvikling fra 40 procent til over 50 procent fra 2017 til 2021 for kvinder mellem 16 og 24 år.

Figur 8d: Andel, der har en høj score på stressskalaen, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent



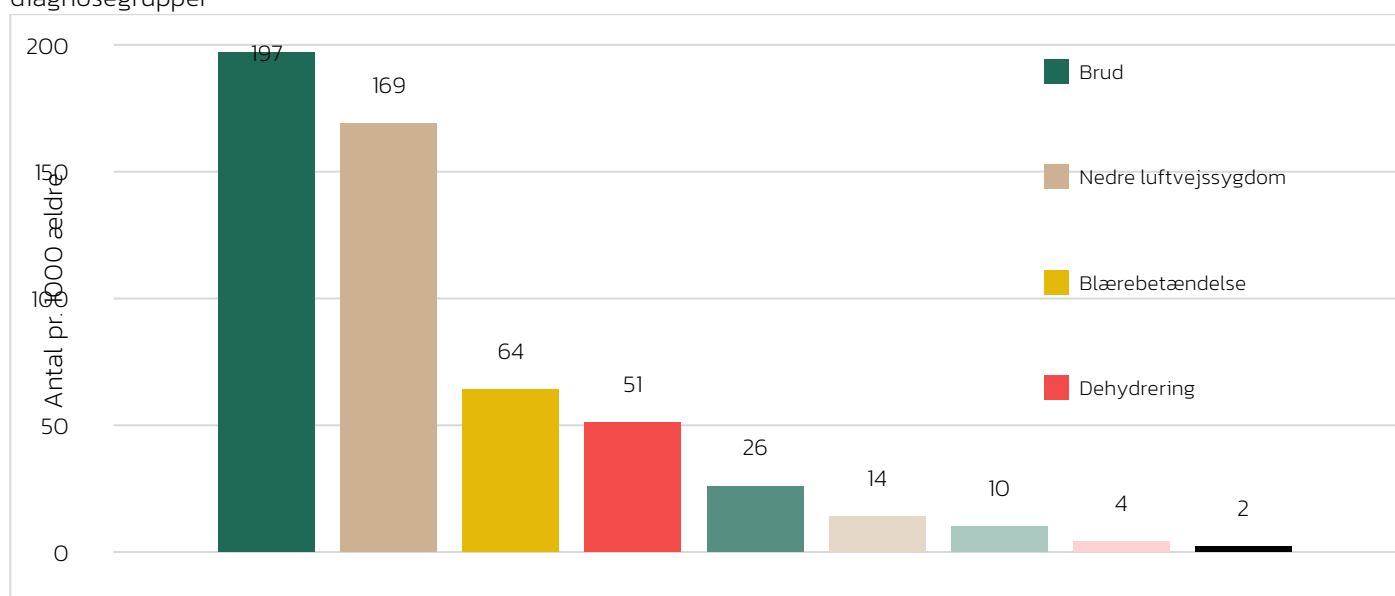
Kilde: Sundhedsstyrelsen, Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021

Forebyggelige sygehusophold

Forebyggelige sygehusophold dækker over indlæggelser for ni sygdomme og tilstande blandt ældre (65+), som kommunerne sammen med regionerne vurderes at have gode muligheder for at forebygge²⁹ (figur 9d).

Figuren viser, at særligt sygehusophold i forbindelse med brud og nedre luftvejssygdom resulterer i en del indlæggelser blandt ældre, der potentielt kunne forebygges.

Figur 9d: Antal forebyggelige sygehusophold pr. 1000 ældre (65+) i hele landet i 2022 fordelt på diagnosegrupper



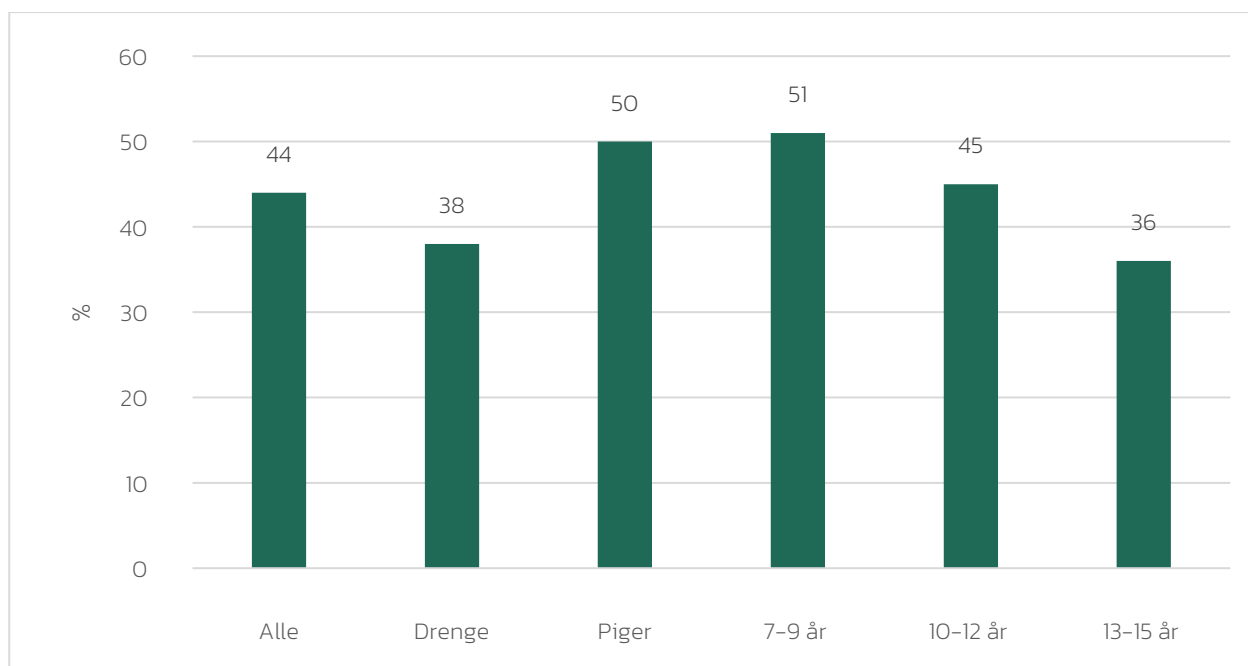
Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2023

²⁹ Esundhed. Forebyggelige sygehusophold blandt ældre (65+), [link](#)

Antal børn i fritidsaktiviteter

Figur 10d viser andelen af børn som dyrker mindst én fritidsaktivitet. Det fremgår, at piger i højere grad dyrker mindst én fritidsaktivitet sammenlignet med drenge, og at andelen af unge som dyrker mindst én fritidsaktivitet falder med alderen. Indsatser som fastholder børn og unge i deres fritidsaktivitet kunne være et led i at forebygge unges mistrivsel.

Figur 10d: Andelen af børn, som dyrker mindst én fritidsaktivitet – fordelt på køn og alder (pct.)



Anm: Figuren viser andelen, der har dyrket minimum én fritidsaktivitet inden for det seneste år. Totalt og fordelt på køn og alder (n=4.379). De respondenter, som har angivet en anden selvangiven aktivitet, er ikke medtaget i tabellen, da de åbne svar også omfatter aktiviteter, der ikke kan kategoriseres som fritidsaktiviteter.

Kilde: Videnscenter for Folkeoplysning, Danskernes fritidsvaner, 2022

Ledighed fordelt efter sundhedsfaglige faggrupper

Figur 2d viser antal ledige og ledighedsprocenten fordelt efter sundhedsfaglige faggrupper fra 1. januar 2023.

Tablet 2d: Antal ledige fordelt efter sundhedsfaglige faggrupper, januar 2023.

	Antal ledige	Ledigheds pct.
Bioanalytiker	90	1,3
Ergoterapeut	200	2,1
Farmakonom	40	1,0
Fodterapeut	20	3,6
Fysioterapeut	310	2,3
Jordemoder	30	1,2
Kiropraktor	30	8,0
Læge	440	3,2
Farmaceut	130	2,1
Psykolog	430	4,2
Psykomotorisk terapeut	100	8,2
Radiograf	20	0,8
Social- og sundhedshjælper	810	1,8
Social- og sundhedsassistent	580	1,2
Sygeplejerske	370	0,6
I alt	3.600	-

Anm.: Omfatter personer, der er medlem af enten Din Sundhedsfaglige A-kasse, Akademikernes A-kasse, FOA og FTFa og modtager arbejdsløshedsdagpenge (ekskl. feriedagpenge) på et givent tidspunkt i januar 2023. Opgørelsestidspunktet på tværs af ledighedsstatistikkerne kan variere.

Kilde: Ledighedsstatistikker fra Din Sundhedsfaglige A-kasse, Akademikernes A-kasse, FOA og FTFa.

Det skal bemærkes, at den skønnede ledighed er forbundet med nogen usikkerhed. Det skyldes, at ledigheden kun omfatter personer, der er medlem af enten Din Sundhedsfaglige A-kasse, Akademikernes A-kasse, FOA og FTFa. Således omfatter ledigheden personer, der er berettiget til arbejdsløshedsdagpenge og hverken personer, der fx er på kontanthjælp, feriedagpenge eller selvforsørgende. Yderligere er ledigheden opgjort i januar og kan være præget af dimittender, der er "på vej i job", ikke mindst for gruppen af 'Læger', hvor nyuddannede læger afventer ansættelse i Klinisk Basis-Uddannelse (KBU) pr. 1. februar-1. april.