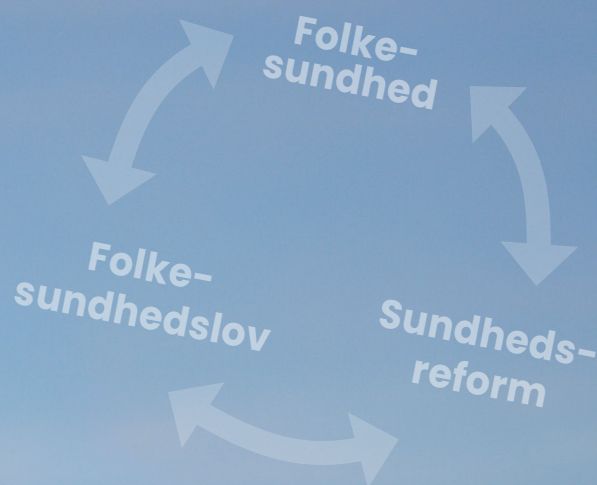


torsdag 8:30

TEMANUMMER

Folkesundhed og den nye lov



Dansk Selskab for ledelse
i Sundhedsvæsenet

10. september 2026

torsdag 8:30

Særtryk af nyhedsbrevet Torsdag 8:30.

Udgivet af DSS, Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet.

Redaktører: Christina Bjørk Petersen, Michaela Schiøtz
og Peter Mandrup Jensen.

Udgivet torsdag den 10. september 2026

Indhold

Alle jublede over side 60 Nu er det alvor. 5

Af Jette Jul Bruun, Christina Bjørk Petersen og Michaela Louise Schiøtz

Folkesundheden er afgørende for sundhedsreformen 10

Af Per Bennetsen og Peter Mandrup Jensen

Seks ting vi kan lære af vores naboer om folkesundhed. 12

Af Niels Sandø og Rasmus Baagland

Fremtidens sundhedsvæsen begynder med folkesundheden. 15

Af Signe Smith Jervelund og Sarah Fredsted Villadsen

Folkesundhedsloven kan blive et fyrtårn i dansk velfærdshistorie 19

Af Charlotte Bach Thomassen

Sæt bindende mål for folkesundhedsloven. 22

*Af Naja Hulvej Rod, Lotus Sofie Bast, Finn Diderichsen, Anders Grøntved,
Dorte Gyrd-Hansen, Charlotta Pisinger, Morten Hulvej Rod, Jasper Schipperijn,
Inge Tetens, Ulla Toft og Janne Tolstrup*

Ny lov må ikke blive parkeringsplads for forebyggelsesarbejdet 26

Af Christina Bjørk Petersen, Michaela Schiøtz, Peter Bentsen og Allan Linneberg

Folkesundhedsloven må ikke ende i skuffen 29

*Af Christina Bjørk Petersen, Michaela Schiøtz,
Anne-Louise Bjerregaard og Jette Jul Bruun*

Forebyggelse er ledelsesopgaven, vi ikke kan vente med 32

Af Camilla Thind Sunesen

Alle jublede over side 60. Nu er det alvor

KRONIK Folkesundhed og forebyggelse er ikke en politisk sællert, men efter lidt forsinkelse kommer folkesundhedsloven omsider til høring.

Tre bestyrelsesmedlemmer i Dansk Selskab for Folkesundhed fortæller her, hvad vi skal kigge efter i udkastet til loven.



**Af Jette Jul Bruun, Christina Bjørk Petersen
og Michaela Louise Schiøtz**

I årevis har aktører efterlyst en folkesundhedslov og kastet misundelige blikke mod Norge, som har haft en sådan i årtier. Sådan en ville vi også have! Med *Aftale om Sundhedsreform 2024* kunne alle folkesundhedsinteresserede så juble over side 60, hvor det fremgik, at en folkesundhedslov skulle blive en realitet.

Sjældent har vi set en enkelt side i en politisk aftale blive nærlæst og fortolket så intensivt. Diskussionerne har været mange siden da.

Nu nærmer loven sig – også selv om den er udskudt et halvt år. Man kunne jo polemisk notere sig det signal om den politiske prioritering, som den udskydelse er udtryk for, for samtidig har man speedet andre dele af reformen op. Folkesundhed og forebyggelse er og bliver ikke en politisk sællert.

Men loven kommer efter sigende snart i høring og i stedet for at klynke over udsættelsen, kan vi jo

bruge den ekstra tid til at vende, hvad vi skal kigge efter i høringsudkastet til loven og i den proces, der følger. For hvad skal der til for, at folkesundhedsloven faktisk flytter folkesundheden?

Udgangspunktet

De fleste er principielt enige om behovet for forebyggelse. For vores middellevetid er ikke prangende, sundhedsadfærden heller ikke. Danmark har fortsat stor social ulighed i sundhed hvoraf en meget betydelig del skyldes risikofaktorer og sundhedsadfærd. Sundhedsvæsenet er under voksende pres.

Bedre forebyggelse og mere fokus på folkesundhed kunne være en af vejene ud af problemerne, som mange også har været inde på, se f.eks. [denne kronik](#).

Kommunalreformen i 2007 placerede da også for første gang et klart ansvar for forebyggelse – både den borgerrettede og den patientrettede, som kommunerne skulle tilrettelægge sammen med regionerne. Men vi har stadig ikke et samlet nationalt styringsgrundlag for folkesundheden, og der er meget begrænsede bindinger og krav, så forebyggelsesindsatser har i høj grad været afhængige af lokal prioritering, økonomiske muligheder og politisk interesse. Det er udgangspunktet for hele sundhedsreformen – inklusive en ny folkesundhedslov.

Hvis en lov skal virke på folkesundheden, skal vi kigge efter tre ting, når loven snart kommer i høring: Loven skal give retning, sikre forpligtelse og samarbejde og sikre, at arbejdet baseres på viden og faglighed.

Formål, mål og prioriteringer

Det er afgørende, at lovens formålsparagraf handler om bedre folkesundhed, og loven skal måles på, om den gør folkesundheden bedre. Hvis folkesundhed er formålet, og det tages alvorligt, følger resten (næsten) af sig selv.

Folkesundhed har i denne sammenhæng to ben: flere gode leveår og mere lighed i sundhed.

Gode leveår er fast defineret som år med godt selvvurderet helbred, uden langvarig sygdom og med godt mentalt helbred, og det er i den betydning, det skal indgå i lovens formålsbeskrivelse. Når

det handler om lighed i sundhed, er det vigtigt, at loven retter sig mod social lighed i sundhed snarere end geografisk. For ganske vist er der behov for at omfordele tilgængelighed af sundhedsvæsenet i Danmark, så dem, der har mest behov, også har den letteste adgang, men folkesundhed skabes primært alle mulige andre steder end i sundhedsvæsenet.

Hvis formålsparagraffen er på plads og har et klart folkesundhedsfokus med elementer, der kan måles på, er det næste, der kræves for at sikre retning, at loven danner ramme for at fastlægge mål, der skal arbejdes med for at opnå bedre folkesundhed. Mange har da også argumenteret klart for bindende nationale mål som en forudsætning for, at loven giver retning for folkesundhedsarbejdet, f.eks. Naja Hulvej Rod og kolleger i [denne kronik](#).

De nationale mål skal være konkrete, målbare og tidsfastsatte, hvis de skal kunne hjælpe med at prioritere, fokusere og følge udviklingen. Målene skal tage udgangspunkt i, hvad der har størst betydning for folkesundheden – de skal være proportionale i forhold til gode leveår og lighed i sundhed.

Det skal indebære, at man på både statsligt, regionalt og kommunalt niveau prioriterer de faktorer og indsatser, som kan forventes at have størst effekt. Derfor må målene bl.a. gælde tobaks- og nikotinforbrug, alkohol, usund kost og fysisk inaktivitet, men også de strukturelle og sociale vilkår, der påvirker menneskers muligheder for at leve et sundt liv.

En proportional folkesundhedsindsats handler samtidig om, at man skal bruge de mest effektive indsatser, og at de skal stå mål med behovet. Målene skal derfor i særlig grad sikre, at man prioriterer arbejdet med de mål, som betyder mest, herunder for de befolkningsgrupper, hvor sundhedsudfordringerne er størst. Desuden skal målene kunne sikre, at der bruges de greb, der er mest effektive. Det handler om, at de mest effektive, vidensbaserede indsatser spredes og implementeres systematisk, og ikke mindst at arbejde med de strukturer og rammer, der former menneskers sundhed og deres muligheder for at træffe sunde valg, den såkaldt strukturelle forebyggelse, som Vidensråd for Forebyggelse skriver i [denne rapport](#).

Klart ansvar på alle niveauer

En folkesundhedslov skal placere ansvaret for folkesundhedsarbejdet, hvor det er mest effektivt. Hvis loven alene placerer ansvar og forventninger hos kommuner og regioner, risikerer vi blot at flytte rundt på ansvaret uden at styrke den samlede indsats, som flere også har påpeget – se f.eks. [dette interview](#).

En folkesundhedslov bør tydeliggøre, hvordan det statslige ledelsesansvar for folkesundheden udmøntes, hvad regionerne præcist skal bidrage med, og hvad kommunernes opgaver er. Hvis ikke alle niveauer forpligtes præcist, risikerer folkesundhed igen at blive noget, som alle har en holdning til, men ingen har et egentligt ansvar for, hvad flere også tidligere har været inde på, som [her](#).

Når lovudkastet kommer, skal man kunne se, hvem der skal gøre hvad – også hvordan staten, som er i besiddelse af nogle af de mest effektive virkemidler på folkesundhedsområdet, selv bindes til masten.

Samarbejde på tværs

Forpligtelsen skal både i stat, regioner og kommuner tydeligt ligge på tværs af politikområder. Princippet om, at sundhed kræver handling på tværs af sektorer og politikområder, har rødder helt tilbage til 1978, hvor det blev slået fast i WHO's Alma-Ata-erklæring om *Primary Health Care*. I dag videreføres dette perspektiv bl.a. gennem principperne om *Health and Well-being in All Policies* og *Health Equity in All Policies*. Disse principper bør være en central, styringsmæssig grundidé i den kommende folkesundhedslov, hvad flere også tidligere har [været inde på](#).

Den tværgående forpligtelse indebærer bl.a., at nye politiske initiativer bør vurderes systematisk i forhold til deres forventede konsekvenser for sundhed og social ulighed i sundhed.

Folkesundhed er en samfundssag.

Det kan f.eks. betyde, at en ny transportpolitik ikke alene vurderes ud fra økonomi, fremkommelighed og klimaaftryk, men også ud fra dens betydning for fysisk aktivitet, luftforurening, trafikssikkerhed og social ulighed i sundhed. På den måde

bliver sundhed ikke et efterfølgende hensyn, men en integreret del af beslutningsgrundlaget på tværs af politikområder.

Det tværgående perspektiv har i årevis været forventningen til kommunerne, og det er nødvendigt, at en folkesundhedslov klargør, at der er samme forventning til staten. Det statslige niveau, som råder over nogle af de mest effektive greb til at fremme sundhed, bør i loven tydeligt være forpligtet til at løfte folkesundhed ind på tværs af ministerier, ressortområder og lovgivning. Det gælder også konsekvenser for folkesundheden, når der udvikles politik på f.eks. social-, beskæftigelses-, uddannelses-, transport-, skatte- og kulturområdet. Erfaringerne fra Norge understreger den pointe, som Sandø og Baagland også [fremhæver her](#).

Hvis både den vertikale og den tværgående forpligtelse er på plads i loven, er vi et godt stykke på vej mod bedre folkesundhed. Men gode folkesundhedsindsatser er komplekse, både fordi de går på tværs af politikområder med forskellige faglige og styringsmæssige logikker, fordi de handler om mennesker, kultur og fællesskaber, og fordi sædvanlige incitamentsstrukturer for prioritering af indsatser ofte ikke fungerer på folkesundhedsområdet, hvor kassetænkning og kortsigtede effektkrav kan spænde ben for at prioritere og implementere de indsatser, der virker på folkesundheden.

Implementering

Der bør derfor i forbindelse med loven komme fokus på at styrke konkret systematisk implementering af det, vi ved virker. Ingen bør (gen)opfinde indsatser hver for sig. Der bør derfor etableres en stærk, samlet implementeringsinfrastruktur, som har indsigter og muskler til at understøtte, at alt det, vi allerede nu ved virker, faktisk også bliver implementeret.

Implementeringsstøtten bør i nogen grad spille sammen med forskning, men hvor forskningsmiljøer samler viden og evidenssikrer, bør selve støtten til implementering og rådgivning herom være en selvstændig prioritering. Der findes for nuvæ-

rende spredte miljøer, som bistår med implementeringsstøtte, men der mangler samling og volumen på arbejdet og der mangler dedikerede ressourcer, og man kunne foreslå, at nogle af midlerne i den forebyggelsesfond, der skal bakke op om Folkesundhedsloven, bruges til systematisk implementeringsstøtte.

Det er at foretrække frem for en tilgang i lighed med den tidligere forebyggelsesfond, hvor man 'lod 100 blomster blomstre' med meget ringe effekt til følge, som det bl.a. fremgik af VIVEs evaluering.

Hvis vi bygger en effektiv implementeringsstøtte op, er der måske noget, nordmændene kan lære af os, hvis vi lykkes, for det forlyder fra det norske, at kommunernes muligheder for at omsætte data og lovkrav til prioriteret handling bl.a. har haft trange kår, fordi den afhænger af adgang til kompetencer, tværsektorielt samarbejde, lokal legitimitet og tilstrækkelige organisatoriske og økonomiske ressourcer. Den centrale læring fra Norge er, at data, anbefalinger og lovkrav ikke kan stå alene.

Monitorering og vidensbasering

Skal vi sætte og forfølge bindende mål, sikre tydelige prioriteringer, reel implementering og opfølgning, forudsætter det data, monitorering og brug af faglig viden. Ellers bliver arbejdet let et spørgsmål om enkeltsager, mavefornemmelser og den dagsorden, der fylder mest her og nu.

Det er vigtigt, at der måles, og det er vigtigt, hvad der måles på. Det, vi måler, får opmærksomhed. Det, vi ikke måler, risikerer at miste prioritet.

Vi taler meget om datadrevet forebyggelse, men data kan ikke drive noget i sig selv. Der er behov for analyse, fortolkning og omsætning af viden til handling, så monitorering bliver et redskab til systematisk læring, prioritering og forbedring. Folkesundhedsloven bør derfor ledsages af et nationalt indikator- og monitoreringsprogram, som kan håndtere de nationale og proportionale mål, forpligtelsen på alle niveauer og de tværgående perspektiver f.eks. som en del af implementeringsinfrastrukturen. Det er en forudsætning for, lovens ambitioner bliver operationaliseret.

Uafhængig rådgivning

Folkesundhed omhandler også menneskers måder at leve på, fællesskabernes måder at fungere på og indretning af samfundet, der potentielt gør konkret adfærd enten lettere eller sværere. Derfor har området også stor, politisk og almenmenneskelig interesse. Det giver risiko for, at skiftende stemninger og politiske vinde slår stærkt igennem. Hvis Folkesundhedsloven skal have effekt, er det vigtigt, at de faglige stemmer på området er stærke og tydelige – også når indsatser eller perspektiver ikke er populære i befolkningen eller politisk bekvemme. Det er derfor vigtigt, at der knyttes uvildig faglig rådgivning til loven og dens implementering.

Det er helt naturligt, at en del af den faglige, uafhængige rådgivning finder sted i regi af Sundhedsstyrelsen, både når det handler om prioritering, gode indsatser og opfølgning. Men derudover bør etableres en faglig instans, som skal rådgive mere overordnet om folkesundhed – et folkesundhedsråd. Det har flere andre også talt for, se f.eks. Hjerteforeningens udspil.

Et sådant råd kan f.eks. lægge sig op ad klimarådets måde at fungere på, dvs. være et uafhængigt ekspertorgan, som regeringen skal rådføre sig med, som med jævne mellemrum udtaler sig om folkesundhedens tilstand og som rådgiver regeringen og folketetinget med udgangspunkt i lovens formålsparagraf og de nationale mål. Rådet bør have faglighed og mandat til at kigge på hele samfundets 'sundhedsaftryk', herunder hvordan beslutninger på alle politikområder påvirker folkesundheden.

En solid basering på data og viden og strukturer, der sikrer, at den viden bringes ind i arbejdet på en forpligtende måde, vil være endnu et vigtigt skridt til at sikre, at loven faktisk kommer til at forbedre folkesundheden.

Loven kan blive en milepæl for folkesundheden

En selvstændig folkesundhedslov er i udgangspunktet en god idé. Men loven er ikke bedre end det, der står i den og det, den følges op af. Faktisk er en svag

Tjekliste til Folkesundhedsloven

Hvad skal vi kigge efter, når vi læser udkastet til Folkesundhedsloven? Her er vores tjekliste:

- Er formålsparagraffen klar og handler den om gode leveår og lighed i sundhed?
- Kommer der nationale mål, og er de
 - bindende?
 - konkrete, målbare og tidsfastsatte?
 - proportionale ift. hvad der betyder mest for folkesundheden?
- Sikrer loven, at de mest effektive metoder bringes i anvendelse?
- Er både stat, regioner og kommuner tydeligt forpligtet – også på tværs af politikområder?
- Etableres en stærk, effektiv implementeringsinfrastruktur?
- Etableres klar monitorering med tilstrækkelige data på relevante niveauer? Sikres systematisk støtte til fortolkning og omsætning af data?
- Tilknyttes stærk, uafhængig faglig rådgivning?

lov værre end ingen lov, for den kan skabe en illusion af handling.

Når en lov først er vedtaget, kan man hævde, at man har håndteret folkesundhedsudfordringen, men hvis vi ikke får en ambitiøs, bindende, klog folkesundhedslov, vil alt blive ved det gamle, hvor den akutte og synlige sygdom får fokus og prioritering i stedet for den langsigtede indsats for at undgå sygdomme på langt sigt. Og så vil vi også de næste mange år se voksende ulighed i sundhed, tusindvis af for tidlige dødsfald, sygdom, funktionsnedsættelser og dårlig trivsel.

Vi krydser fingre for, at folkesundhedsloven formår at sikre, at indsatser prioriteres med størst effektivitet for øje, at alle niveauer forpligtes, at der tages et fælles politisk ansvar på tværs af sektorer, ministerier og forvaltningsområder og at loven skaber den fælles retning, folkesundheden har så hårdt brug for

Mere om forfatterne



Jette Jul Bruun

Medlem af bestyrelsen,
Dansk Selskab
for Folkesundhed.



Christina Bjørk Petersen

Medlem af bestyrelsen,
Dansk Selskab
for Folkesundhed.



Michaela Louise Schiøtz

Medlem af bestyrelsen,
Dansk Selskab
for Folkesundhed.

Folkesundheden er afgørende for sundhedsreformen

KRONIK Det bærende fundament for sundhedsvæsenet er og bliver folkesundheden – og bæredygtigheden i sundhedsvæsen afhænger af, hvor mange mennesker der bliver syge og skal behandles. Forebyggelse er nøglen.



Af Per Bennetsen og Peter Mandrup Jensen

Forebyggelse er en investering. Det påpegede sundheds- og kirkeminister Ida Auken i et interview med A4 Sundhed i august. Og ministerens udmelding lover godt for ambitionsniveauet i den kommende folkesundhedslov.

Sygdom og mistrivsel kan have langvarige og personlige konsekvenser for det enkelte menneske – og store samfundsøkonomiske konsekvenser for os alle. Derfor har Ida Auken også ret i, at forebyggelse er en investering.

Og lad os tage skridtet videre: Folkesundhed selve det bærende fundament under sundhedsvæsenet – og bæredygtigheden afhænger af, hvor mange mennesker der bliver syge og skal behandles.

Derfor er forebyggelse helt centralt, og derfor bør arbejdet med danskernes folkesundhed og triv-

sel være et fælles ansvar, som vi skal løfte på alle niveauer og i brede, tværgående og forpligtende samarbejder.

Og vel at mærke ikke kun i sundhedsvæsenet, men også i bl.a. byplanlægning og tilrettelæggelse af kultur- og fritidstilbud. For folkesundhed handler om meget mere end fraværet af fysisk eller psykisk sygdom. Det handler om det levede liv – hverdagslivet. Ved en fælles indsats kan vi blive bedre til at afbøde ulighed i sundhed – både geografisk, demografisk og socialt.

Det er den gennemgående pointe i dette nummer af *torsdag 8:30*, hvor vi samler de vigtigste perspektiver på folkesundhed, folkesundhedslov og sundhedsreform.

Vi kan ikke behandle os ud af udfordringerne

Folkesundhed er en forudsætning for, at vi kan re-

alisere sundhedsreformens ambitioner om at ruste sundhedsvæsenet til fremtidens behov. Derfor skal forebyggelse fylde mere, og området skal styrkes. Det rejser det centrale spørgsmål: Hvordan omsætter vi ambitionerne og skaber målbare og mærkbare forbedringer i befolkningens sundhed?

I Københavns og flere andre kommuner er der arbejdet strukturelt med forebyggelse og sundhedsfremme i mere end 10 år. Strukturel forebyggelse kommer mange til gode, uden at de aktivt skal opsøge indsatser selv, og det er tilmed en omkostningseffektiv måde at styrke folkesundheden på. Strukturel forebyggelse handler om at tænke forebyggelsesaspekter ind i alt, hvad vi gør. Det handler om at gøre et sundere valg til et nemmere valg. Og det er en god investering.

Folkesundhed skabes i hverdagen

Derfor bør arbejdet med folkesundhed løsnes fra sundhedsvæsenet og forankres i danskernes hverdagsliv – tættere på. I daginstitutioner, på skoler, på arbejdspladser, på legepladser og på cykelstierne. Kommunerne er tæt på borgerne og kan påvirke og følge folkesundheden lokalt. Derfor er det oplagt, at kommunerne med en kommende folkesundhedslov bør have et hovedansvar for området.

Men kommunerne hverken skal eller kan løse opgaven alene. Med oprettelsen af de nye sundhedsråd er der momentum for at styrke samarbejdet mellem regioner og kommuner om den fælles befolkning.

Det gælder bl.a. i forhold til indsatser i alment boligområder og samarbejde med civilsamfundet, hvor både region og kommuner fremadrettet skal endnu tættere på for at agere mere koordineret. Vi skal sammen bygge videre på eksisterende viden, erfaringer og samarbejdsrelationer, så vi i fællesskab får skabt gode løsninger til gavn for borgerne. Det kræver ligeværdighed og vilje til at bruge tilstrækkelig tid på at forstå hinandens perspektiver og løbe samarbejdet i gang.

Fra ord til effekt

Vi håber, at folkesundhedsloven:

- bliver langsigtet, ambitiøs og forpligtende,

- sætter en tydelig retning for arbejdet med at styrke danskernes sundhed og trivsel,
- sikrer en klar ansvarsfordeling på alle politiske niveauer,
- bliver understøttet af styringsmæssige rammer og data, der gør det muligt at følge udviklingen og løbende tilpasse tilbud til lokale behov,
- bygger på internationale erfaringer, så vi står på det, der virker, og
- skaber gode rammer for at ledere i både det offentlige og private kan få målsætninger, visioner og ambitioner til at leve i hverdagen.

Mange kommuner er klar til at gå forrest med initiativer.

Udfordringerne med danskernes folkesundhed er komplekse og kalder på løsninger i tæt samarbejde mellem aktører på flere niveauer. Derfor er der behov for brede samarbejder med bl.a. boligorganisationer, erhvervsliv, vidensorganisationer og civilsamfund.

En bedre folkesundhed bør være en fælles ambition for alle sektorer og forvaltningsområder. Hvis vi skal lykkes med at omsætte den kommende lovgivning til en reel investering i danskernes sundhed og trivsel, skal alle kræfter trække i samme retning.

Mere om forfatterne



Per Bennetsen

Administrerende direktør, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune, medlem af bestyrelsen, DSS.



Peter Mandrup Jensen

Ass. partner, not a box, medlem af bestyrelsen, DSS.

Seks ting vi kan lære af vores naboer om folkesundhed

KRONIK Norge er udpeget som en rollemodel for en dansk folkesundhedslov. Men der er også inspiration at hente i Sverige og Island. Niels Sandø og Rasmus Baagland skaber et overblik over vores nabolandes arbejde med folkesundhed.



Foto: Marius Dalsæg Søtre/Den Norske Turistforening

Kom til Norge, min ven, så skal du se folkesundhed: Den norske lovgivning pålægger kommunerne at tænke sundhedshensyn ind på tværs af forvaltninger.

Af Niels Sandø og Rasmus Baagland

Danmark skal have en folkesundhedslov, så meget er sikkert. Men hvordan den kommer til at se ud, er endnu uklart. Der er mange ønsker og forhåbninger, og mange vil givetvis blive skuffede, for lige nu kan alle se, at dét er loven, der skal løse lige netop deres problem.

Vi ved fra aftalen om sundhedsreformen, at den skal inspireres af bl.a. den norske folkesundhedslov, som blev vedtaget i 2012 og netop er blevet revideret. Men vi kan også søge inspiration i andre lande. Så vi vil her se på, hvad vi kan lære af Norges, Sveriges og Islands arbejde med en folkesundhedslov.

Hvad har deres erfaringer været og hvilke overvejelser giver det anledning til at gøre sig i udformningen og implementeringen af den danske folkesundhedslov?

Sundhed tænkes ind på tværs af forvaltninger

Den norske folkesundhedslov pålægger kommunerne at indtænke sundhedshensyn i deres arbejde. Målet med loven har fra begyndelsen været, at kommunerne skulle have et helhedsblik på sundhed og inddrage sundhedsperspektivet i alle væsentlige beslutninger, som kommunen træffer.

Sundhed skulle med andre ord gennemsyre arbejdet med kommuneplaner. Der er i folkesund-

hedsloven blevet givet stor frihed til at kommunerne kan tilrettelægge og prioritere deres indsatser, blot skal de sikre det tværgående perspektiv, og de skal desuden have et særskilt fokus på ulighed i sundhed, som ifølge loven skal mindskes.

Kommunerne i Norge skal udarbejde en oversigt over den lokale sundhedstilstand og de faktorer, som påvirker den. Staten skal på sin side udarbejde årlige folkesundhedsprofiler til kommunerne og udvikle standarder og anbefalinger for folkesundhedsarbejdet.

Der har ikke været nogen effektmåling af den norske folkesundhedslov, men erfaringerne har været, at den har bidraget med en vigtig infrastruktur for at integrere sundhedshensyn på tværs af forvaltningsområder, og at mange kommuner er blevet bedre til at arbejde systematisk og strategisk med de store folkesundhedsudfordringer. Det har på den måde løftet mange kommuners arbejde med at indtænke sundhedshensyn på tværs af kommunens forvaltningsområder.

Revision af loven

Den norske folkesundhedslov er lige blevet revideret og et særligt opmærksomhedspunkt har her været at tydeliggøre de statslige aktørers ansvar. Det betyder, at staten nu skal spejle det kommunale ansvar, og staten får de samme krav som kommuner med at beskytte, fremme og udjævne forskelle i befolkningens sundhed. Den reviderede lov pålægger staten at arbejde med folkesundhed på tværs af statslige myndigheder og sikre, at de tværsektorielle indsatser er koordinerede og bygger på viden.

Erfaringen har nemlig også været, at opgaven er givet til kommunerne uden at man har haft tilstrækkeligt blik for, at problemer i befolkningens sundhed ikke kun bor og løses i kommunerne.

Der er i revisionen af den norske lov også lagt vægt på, at de folkesundhedsproblemer og indsatser der arbejdes med, også er dem der har størst betydning og hvor der er viden om effektive tiltag. Derudover er evaluering af tiltag i kommuner, regioner og statens arbejde blevet et krav.

Meget af retorikken om den danske folkesundhedslov minder om de ambitioner, der har været

med den norske. Her er det så vigtigt at holde fast i de norske erfaringer med at kombinere et statsligt og et kommunalt ansvar og sikre, at viden om både prioritering og indsatser er til stede.

De svenske folkesundhedsmål

I Sverige har man ikke haft en folkesundhedslov, men til gengæld har man 11 overordnede mål for folkesundhedspolitikken. Målene går på tværs af forvaltningsområder og -niveauer.

De 11 mål er opdelt i tre grupper:

- Sociale forhold – deltagelse, økonomiske og sociale forudsætninger, opvækstvilkår, arbejdsliv, miljøfaktorer.
- Sundhedssektoren – proaktivt sundhedsvæsen for forebyggelse, begrænse smittespredning, sund seksualitet, fysisk aktivitet.
- Hvad vi indtager – levnedsmidler, tobak, alkohol og stoffer.

Implementeringen af de overordnede mål sker i et samarbejde mellem regioner, kommuner og stat, hvor staten bl.a. har ansvaret for at koordinere indsatsen, vejlede kommunerne og udvikle de kerneindikatorer, som skal bruges lokalt. Der er mulighed for, at der kan ske en tilpasning af indsatserne lokalt, så der kan tages højde for de forskelle, der er mellem kommunerne.

En kortlægning af implementeringen viser dog, at der er store udfordringer med at sikre lokal prioritering af målene, mens der på regionalt niveau oftere er fokus på de mere specifikke sundhedsmål.

Indsatsen i Sverige er en mere styret proces, som har taget sit afsæt i et stort kommissionsarbejde, som lå forud for udviklingen af målene. I den proces lader det ikke til, at der er sikret lokalt ejerskab til målene i kommunerne. Desuden peges der i kortlægningen på, at staten ikke er tydelig nok i sin rolle.

Den islandske model

Et tredje eksempel fra de nordiske lande er Island. Her er der heller ikke nogen folkesundhedslov, men et eksempel der er værd at fremdrage, er islæns-

dingenes indsats i forhold til børn og unges brug af rusmidler (alkohol, hash, tobak og stoffer).

Her har der fra slutningen af 1990'erne været et særligt fokus på at styrke de sunde rammer for børn og unge. Nogle af elementerne har været regulatoriske, såsom at hæve aldersgrænsen for køb af tobak og alkohol, hæve prisen på samme produkter og regulere reklamer endnu strammere.

Andre indsatser har haft fokus på at engagere forældre aktivt i indsatsen – ikke med fokus på alkohol og tobak, men med fokus på det gode børne- og ungeliv. Desuden er der satset massivt på, at flere børn og unge skulle deltage i et organiseret fritidsliv.

Der har altså været et fælles fokus lokalt og nationalt, det har været datadrevet, og indsatserne har baseret sig på den bedste viden om, hvad der virker.

Effekterne har været slående. Daglig rygning blandt unge (16 år) er faldet fra 23 pct. i 1998 til 10 pct. i 2018, og andelen der har været beruset inden for de seneste 30 dage er faldet fra 42 pct. i 1998 til seks pct. i 2018. Kendetegnende har været klare mål, som der er arbejdet efter både nationalt og lokalt, tilgængelige data, involvering af borgere, og at indsatserne har baseret sig på den bedste viden.

Samme mål på tværs

Når vi ser på tværs af de tre landes forskellige erfaringer med at styrke folkesundheden, er der efter vores mening nogle læringspunkter, der er værd at tage med.

For det første er der behov for, at loven sikrer, at både nationale og lokale myndigheder arbejder efter samme mål. Det kan både være i forhold til at sikre, at lokale indsatser for at reducere forbruget af tobak/nikotin og alkohol, støttes af statslig regulering. Erfaring fra bl.a. Island peger på, at der er behov for indsatser på begge niveauer. Men det kan også være at sikre, at der ikke er hindringer for at kommunerne i højere grad kan arbejde på tværs af forvaltninger, når de f.eks. arbejder med de sociale determinanter for sundheden.

For det andet er der behov for, at de mål man arbejder efter, også er de mest centrale. Det kan inden for folkesundhedsområdet være tobak/nikotin, alkohol og fysisk aktivitet, og hvis man ser på determi-

nanterne for sundhed, kan der f.eks. peges på børns motoriske udvikling, sproglige færdigheder og deltagelse i fritidsaktiviteter. Det vigtige er, at man vælger nogle klare og centrale mål, som der kan arbejdes efter.

For det tredje er det væsentligt, at der er rum for lokal involvering i hvilke mål, der skal opstilles, at der lokalt kan suppleres med egne mål, og at der er en frihed til at tilpasse indsatserne, som skal være data- og vidensbaserede. Det skal være med til at sikre ejerskabet og prioriteringen lokalt, og det er vigtigt med lokal opfølgning.

For det fjerde er der behov for at sikre data til stat, sundhedsråd og kommuner, som de kan basere deres prioritering på. Her mangler der i dag i høj grad data på børn og unges sundhed og trivsel, ligesom der kan mangle data på den geografiske fordeling inden for kommunerne. Det vil bidrage til, at man lettere kan målrette sine indsatser.

For det femte skal der være fokus på at indsamle og formidle viden om virksomme indsatser både nationalt og lokalt. Det er noget der har været efterspurgt i alle tre lande, og som er lykkedes bedst i Island, som dog også har haft et mere fokuseret mål med deres indsats.

For det sjette vil vi anbefale, at implementeringen af folkesundhedsloven evalueres løbende, så der er mulighed for at lave de nødvendige tilpasninger.

Mere om forfatterne



Rasmus Baagland
Chefkonsulent,
Roskilde kommune.

Niels Sandø
Afdelingschef,
Danske Fysioterapeuter.

Fremtidens sundhedsvæsen begynder med folkesundheden

KRONIK Succeskriteriet for sundhedsvæsenet er færre, der får behov for intensiv behandling – ikke flere, der overlever den, skriver Signe Smith Jervelund og Sarah Fredsted Villadsen fra Institut for Folkesundhedsvidenskab.



Et klassisk eksempel på forebyggelse var den ændrede anbefaling om spædbørns sovestilling fra mave- til rygleje, som medførte, at antallet af tilfælde af vuggedød faldt markant – ikke kun i Danmark, men globalt.

**Af Signe Smith Jervelund
og Sarah Fredsted Villadsen**

Folkesundhed har længe stået i skyggen af det kurative sundhedsvæsen. I årtier har vi bygget vores sundhedsvæsen op omkring sygdom: diagnostisering, behandling og pleje – altså når skaden allerede er sket. Men fremtidens sundhedsvæsen kan ikke basere sig på brandslukning alene. Med en aldrende befolkning, flere kronisk syge og en voksende ulighed i sundhed, bliver det stadig tydeligere: Vi kan ikke behandle os ud af sundhedsudfordringer-

ne. Fremtidens sundhedsvæsen må begynde med folkesundheden.

Det danske sundhedsvæsen gør en stor indsats med imponerende resultater, når det gælder akut og specialiseret behandling. Redning af liv i nødsituationer og behandling af komplekse sygdomme er afgørende, men det ændrer kun i beskedent omfang befolkningens middellevetid.

Forskning viser, at adfærds- og sociale faktorer og samfundsmæssige strukturer har langt større betydning for sundheden end adgang til behandling. Alligevel fokuserer både sundhedspolitik, sundhedsforskning og sundhedsvæsen fortsat primært

på patienten – og for sjældent på at undgå, at borgeren bliver syg og har brug for sundhedsvæsenets intense indsats.

Hvis vi vil sikre, at flere lever lange, gode og sunde liv, og at sundhedsvæsenet fungerer mere bæredygtigt, skal vi have en bedre balance med øget fokus på sundhed i stedet for sygdom. Det er netop det centrale i folkesundhedsvidenskaben. Gennem forebyggelse ønsker vi at reducere forekomsten af sygdom og dets konsekvenser, og forlænge livet med gode år, og med sundhedsfremme styrker vi den enkeltes mulighed for at leve et sundt liv og at opleve meningsfuldhed, velvære, handleevner og livskvalitet.

Folkesundhed handler således om meget mere end KRAM-faktorerne (Kost, rygning, alkohol og motion). Det handler om rammerne for det gode liv: Adgang til sund mad og rent drikkevand, en trykbarndom, uddannelse, gode arbejdsvilkår og stærke fællesskaber. Alt det er vi lykkedes med langt hen ad vejen i Danmark.

Men samtidig står vi overfor vilde problemer – problemer der er kendetegnet af at være komplekse, sammenfiltrede og uden entydige årsager og løsninger. Eksempler på disse er en aldrende befolkning med flere samtidige sygdomme, stigende psykiske lidelser blandt unge, og social ulighed i sundhed og trivsel. Disse udfordringer kan ikke 'løses', kun håndteres. Håndteringen må anerkende den komplekse natur og kræver både mod og tværfaglige kompetencer, der trækker mod mere sundhedsfremme og forebyggelse. Fremtidens sundhedsvæsen skal også være et folkesundhedsvæsen.

Forebyggelse virker – men er underprioriteret

Vi ved langt hen ad vejen, hvad der virker i forhold til forebyggelse. Forebyggelse kan have enorm effekt. Ud over vacciner er et klassisk eksempel den ændrede anbefaling om spædbørns sovestilling fra mave- til rygleje, som medførte, at antallet af tilfælde af vuggedød faldt markant – ikke kun i Danmark, men globalt.

Alligevel bliver forebyggelse ofte nedprioriteret. En af årsagerne hertil er interessekonflikter, hvor

vi endnu ikke har fået godt nok fat. I det nedenstående fremhæver vi nogle af de vigtigste konflikter, der i dag hindrer sundhedsvæsenet i at lykkes bedre med forebyggelse og styrkelse af folkesundheden.

Politisk mod er afgørende

En central konflikt består i, at forebyggelse af komplekse problemer er vanskelige at måle, og det tager tid, før bedre livskvalitet og mindre sygelighed og dødelighed af en given indsats kan dokumenteres. Forebyggelsens potentielle gevinster ligger langt ude i fremtiden, mens behandlingsresultater kan måles og mærkes her og nu.

Politikere belønnes for resultater inden for en valgperiode, ikke for langsigtede forbedringer. Forebyggelse efterspørges som oftest ikke, fordi der ikke er et tydeligt her-og-nu-behov, som det er tilfældet ved behandling af sygdom.

Fra politisk side er der en iboende konflikt i ønsket om at fremme folkesundheden uden at ville regulere for meget gennem lovgivning, da det kan betragtes som en indskrænkelse af individets frihed. Men vi må stille spørgsmålet om, hvorvidt afhængigheds-skabende påvirkninger værner om borgernes frihed?

Denne konflikt kobler til industrien og producenters rolle. F.eks. gør nikotin- og alkoholindustri samt sociale medier og spilleapps alt, hvad der står i deres magt, for at fastholde os i afhængighed. En afhængighed, hvor det godt kan diskuteres om borgernes frihed respekteres.

Hvis vi vil prioritere folkesundhed, kræver det politisk mod og samarbejde på tværs af politiske ståsteder.

Ansvaret er fælles, men sektorgrænser spænder ben

En anden interessekonflikt er den nuværende fordeling af ansvar for sundhedsfremme og forebyggelse, som i dag er spredt ud mellem stat, regioner og kommuner.

Kommunerne har det primære ansvar, men de strukturelle virkemidler – f.eks. regulering af industriens rammer, prisregulering på alkohol, tobak og sukker – ligger hos staten (eller det overstatslige niveau).

Samtidig er der ofte ikke sammenhæng mellem, hvem der betaler for en forebyggelsesindsats, og hvem der høster fordelene. Investering i sunde skolemiljøer eller cykelstier hos kommunerne kommer måske først til gavn mange år senere, når fremtidige generationer bliver mindre syge, hvor så den primære besparelse i form af mindre behandlingsbehov ligger hos regionerne.

Til trods for at det primære ansvar for sundhedsfremme og forebyggelse ligger i kommunerne, er krav og monitorering af arbejdet ikke tilstrækkeligt formaliseret. Derfor skal vi i langt højere grad forpligte såvel det kommunale niveau som alle øvrige niveauer af sundhedsvæsenet. Det kan gøres fx ved at styrke det kommunale sundhedsarbejde med ressourcer, viden og ansvar og indsatser på tværs af forvaltninger, ved at sikre, at statslige love og politikker understøtter sundhedsfremme i hele samfundet, og ved at udvikle incitamentsstrukturer, der belønner sundhedsfremmende initiativer.

Samtidig bør vi i højere grad sikre, at fremtidens sundhedsprofessionelle og -administratorer uddannes med en stærk forståelse for sundhedsfremme og forebyggelsens komplekse natur, så arbejdet bliver styrket, naturligt og integreret i praksis.

Social ulighed i sundhed

I ønsket om at reducere den sociale ulighed i sundhed er der en strømning mod styrkelse af princippet om proportionel universalisme – altså at velfærdssamfundets tilbud skal stå til rådighed for alle, men at de, som har mest behov, skal modtage mest. Men redskaber, kompetencer og rammer til at identificere dem med størst behov og støtte dem med fleksible tiltag bør styrkes.

Dette kan gøres gennem organisatorisk sundhedskompetence, hvor de organisatoriske rammer formes, så de passer til borgeres forskellige vilkår og sundhedskompetenceniveau. For gravide og børn har vi allerede nogle stærke forebyggende tiltag, f.eks. den kommunale sundhedspleje og den regionale svangreomsorg.

Der er dog et stort potentiale i at arbejde med styrkelse af organisatorisk sundhedskompetence og personcentreret tilgang, så de sundhedsprofessionelle

møder borgere med, hvad der måtte fylde for dem. Særligt for borgere i sårbare positioner kan der være sociale og økonomiske udfordringer, som påvirker sundheden negativt. Hvis ikke disse dagsordner bliver forstået, bliver tillid og forståelse ikke altid etableret i mødet, og borgere kan tilbageholde det, som virkelig er på spil, f.eks. symptomer på psykisk mistrivsel.

Inden for rammerne af det eksisterende system kan det være vanskeligt for de sundhedsprofessionelle at lykkes med at etablere en tillidsfuld kontakt, selvom den ofte er afgørende for at sikre kvalitet i det forebyggende og behandlende arbejde. I processen mod mere personcentreret er der behov for styrkelse af samarbejdet med de øvrige kommunale tilbud og civilsamfundstiltag i lokalsamfundet, for eksempel vil fællesskaber til fremme af trivsel og støtte bedre kunne styrkes her.

Hvis vi gennem sundhedsvæsenets forebyggende tiltag vil reducere social ulighed i sundhed, skal vi derfor sikre redskaber, kompetencer og rammer til at styrke en personcentreret tilgang med plads til fleksibilitet og differentiering.

Sundhed i alt politik

Fremtidens sundhedsvæsen kan ikke stå alene med ansvaret for forebyggelses- og sundhedsfremmearbejdet. Vi skal tænke sundhed ind i alle politikområder. Det gælder f.eks. også uddannelse, beskæftigelse, byplanlægning, transport og socialpolitik.

Sundhedsfremme begynder i barndommen, i boligområdet, på arbejdspladsen, i trafikken.

Et godt eksempel er skoleområdet: Vi ved, at højere uddannelsesniveau hænger sammen med bedre sundhed. Men skoler kan også fremme sundhed direkte ved at sikre sunde måltider, fysisk aktivitet og trivsel. Hvis børn får sunde vaner, oplever stærke fællesskaber og gode livsmuligheder tidligt, bærer de det med sig hele livet.

Dog ses der i dag i skolesammenhænge pres på at levere på andre dagsordner (inklusion, digital dannelse, læring) og manglende rammer og kompetencer til at kunne indarbejde sundhedsperspektiver tilstrækkeligt.

Den kommende folkesundhedslov kan rumme

disse takter, men det er vigtigt, at loven sikrer en forpligtelse på tværs af politiske niveauer og på tværs af indsatsområder.

Et paradigmeskifte fra patient til borger

Fremtidens sundhedsvæsen skal således ikke kun behandle sygdom; det skal forhindre, at sygdom opstår. En af sundhedsvæsenets hovedopgaver må derfor være at styrke folkesundheden og forebygge, at borgere bliver patienter. Succeskriteriet skal være færre, der får behov for intensiv behandling – ikke flere, der overlever den.

At bygge et sundhedsvæsen på folkesundhed kræver politisk mod, øget forpligtelse, prioritering og kompetence på det kommunale niveau, øget differentiering, samt sundhed på tværs af sektorer og politikområder. Vi skal turde investere i forebyggelse. Vi skal turde prioritere sundhedsfremme, også når resultaterne først viser sig efter næste valg. Og vi skal turde stå fast, selv når nødvendige strukturelle forandringer møder modstand.

Det begynder med en erkendelse: Sundhed er ikke blot fraværet af sygdom – det er fundamentet for et godt liv.

Mere om forfatterne



Signe Smith Jervelund

Lektor, studieleder, cand. scient.san.publ., ph.d., Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab.



Sarah Fredsted Villadsen

Lektor, cand.scient.san. publ., ph.d., Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab.

Folkesundhedsloven kan blive et fyrtårn i dansk velfærdshistorie

KRONIK Folkesundhedsloven må ikke ende som en fodnote om kommunal forebyggelsespolitik. Det kræver, at vi tør hæve ambitionsniveauet og stå fast på, at folkesundhed er et fælles ansvar. De forpligtende fællesskaber kan give loven flyvehøjde, skriver Charlotte Bach Thomassen, DGI.



Foto: Kristoffer Daugaard, DGI

Ingen kan være imod, at danskerne får længere, sundere liv. Men de ekstra gode leveår skal ikke kun lægges til i slutningen af livet – folkesundhedsloven skal øge livskvaliteten fra vugge til grav, skriver Charlotte Bach Thomassen.

Af Charlotte Bach Thomassen

Når en historiker om 50 eller 100 år ser tilbage på vores tid og udpeger de vigtigste øjeblikke for velfærdssamfundets udvikling, så håber jeg, at hun peger på folkesundhedsloven som fuldkommen afgørende.

Jeg håber, at folkesundhedsloven står som et paradigmeskifte i dansk sundhedspolitik. Et fyrtårn

for fællesskabets betydning for danskernes fysiske, mentale og sociale sundhed. Jeg håber, at folkesundhedsloven skriver sig ind i historien som det øjeblik, hvor vi for alvor tog livtag med uligheden i sundhed og knækkede koden til større livskvalitet og trivsel for alle danskere i alle aldre.

Mange taler om, at vi skal gøre folkesundhedsloven til folkets sundhedslov. Jeg er enig. Og vi skal gøre mere end det. Folkesundhedsloven skal sætte folket i centrum. Folk, som de er, ikke som de bør

være. For løftede pegefingre og velmenende råd rammer kun de allerede omvendte. Folkesundhedsloven skal handle om indsatser, der øger livskvalitet og trivsel. For folkesundhed er netop mere end sundhed, og derfor skal folkesundhedsloven handle om mere end sundhedsindsatser alene.

Netop her har foreningslivet og civilsamfundet en central rolle. Vi er der, hvor Danmark mødes. I idrætsforeningerne mødes vi om en idræt og vi får et fællesskab – for her mødes vi på tværs af job, uddannelse, alder og interesser. Der er folkesundhed i sunde fællesskaber, og der er sunde fællesskaber i foreningslivet.

Hvis vi vil opnå noget nyt, må vi måle på noget nyt

Viden er magt, også i sundhedsverdenen. Data er vigtige for at kunne følge en udvikling, og måltal kan motivere. Derfor er der brug for, at data i videre udstrækning bliver tilgængelige for flere aktører. Som idrætsorganisation og del af civilsamfundet bruger vi data fra mange kilder til at tage beslutninger på et oplyst grundlag, til at følge udviklingen i vores tiltag og til at tilpasse vores indsatser. Data er helt centralt i vores arbejde og jo bedre data, vi har adgang til, jo bedre beslutninger, kan vi træffe.

Men når data gøres til måltal, som bruges som styringsredskab, risikerer de at blive til en snæver spændetrøje, der fjerner motivationen til at prøve nyt. Hvis succes alene måles på om måltal er nået, så skaber vi incitament til at lave indsatser, der leverer på måltallene, men risikerer at overse alle de muligheder, der ligger lige ved siden af.

Derfor er mit håb, at folkesundhedsloven vil indeholde færre begrænsende måltal og flere inspirerende indikatorer. For data kan motivere. Og vi har brug for data, så vi ikke famler i blinde. Vi skal bruge data til at blive klogere og til at udvide mulighedsrummet, ikke til at give vores indsatser skyklapper på.

Mål på fællesskaber, frivillighed og samarbejde

Hvis vi skal lykkes med at øge folkesundheden i Danmark – og det skal vi – så er der ikke brug for mere af det samme. Der er brug for at tænke nyt, og

derfor er der også brug for at måle nyt. Derfor anbefaler DGI (Danske Gymnastik- og Idrætsforeninger), at folkesundhedsloven sikrer, at der måles på:

- Andelen af børn og unge, der deltager i en forening, herunder børn og unge fra udsatte familier.
- Andelen af henholdsvis unge, voksne og seniorer, der er frivillige.
- Andelen af kommuner, der systematisk samarbejder med foreninger om trivsel og livskvalitet for både børn, unge, voksne og seniorer.

Undersøgelser viser, at deltagelse i idrætsforeninger øger børns trivsel,¹ og at unge, der er med i en forening, har større demokratisk selvtillid.² Samtidig kan vi se, at indsatser som fritidspas, der giver økonomisk tilskud til foreningsdeltagelse, gør det muligt for flere børn med forældre på overførselsindkomst eller fra familier med ikke-vestlig baggrund at deltage i foreningslivet.³ Derfor giver det mening at måle regelmæssigt på nøgletal om børn og unges deltagelse i foreningslivet, så udviklingen kan følges og tiltag kan tilpasses.

Den seneste frivillighedsundersøgelse⁴ viser, at der er en sammenhæng mellem både oplevet sundhed og tillid i sociale relationer og frivilligt arbejde. Lad os få flere data om dette – og gerne data, hvor vi bliver endnu klogere på sammenhængen mellem frivilligt engagement, sundhed og trivsel.

På tværs af sektorer

Endelig opstår der en særlig magi, når forskellige sektorer arbejder sammen. Fire ud af fem idrætsforeninger samarbejder allerede i dag med kommunen om tiltag for forskellige målgrupper som seniorer eller udsatte børn og unge. Hele 62 pct. af de adspurgte foreninger vil gerne samarbejde endnu mere med kommunerne.

Når civilsamfundet allerede er skrevet ind i forarbejdet til folkesundhedsloven, er det helt oplagt at måle på samarbejdet mellem det offentlige og foreningslivet, så vi kan følge udviklingen.

Livskvalitet fra vugge til grav

Hvis der skal opsættes konkrete mål for danskernes folkesundhed, bliver flere sunde og gode leveår ofte



Foto: Palle Peter Skov for DG

nævnt. Det er godt. Ingen kan være imod, at danskerne får længere, sundere liv. Men de ekstra gode leveår skal ikke kun lægges til i slutningen af livet.

Folkesundhedsloven skal have fokus på at øge livskvaliteten gennem hele livet fra vugge til grav. Derfor er der brug for et særligt fokus på børn. Fundamentet for et godt og langt liv starter nemlig her.

I idrætsforeningerne lærer børn 'kroppens ABC'. Det handler ikke kun om at lære at sparke til en fodbold eller slå til en fjerbold. Det handler om at lære sin krop at kende. At forstå, at den ikke bare bærer dig gennem livet, men at livet udfoldes gennem kroppen.

Samtidig lærer børn i foreningslivet at indgå i et frivilligt fællesskab sammen med andre. Når rammerne er frivillige og træneren ikke er ansat, giver det noget andet end fællesskabet i skolen og SFO'en. Det skaber livsmestring at være en del af idrætsforeningernes forpligtende fællesskab.

Vores ambition er klar: alle børn og unge skal med i en forening. Gerne en idrætsforening, men allervigtigst et fritidsfællesskab sammen med andre. Det øger trivsel og skaber forudsætningen for livs-lang livskvalitet.

Folkesundhedsloven kan skrive historie – hvis vi tør tænke nyt og stort

Det vil i sig selv være historisk, når Danmark får sin første folkesundhedslov. Men folkesundhedsloven

bør ikke ende som en fodnote om kommunal forebyggelsespolitik. Det kræver, at vi tør tænke nyt og stort. Vi skal turde hæve ambitionsniveauet og udfolde folkesundhedslovens fulde potentiale. Vi skal stå fast på, at folkesundhed er et fælles ansvar, der ikke kun hører til i sundhedsforvaltningen. At alle offentlige niveauer skal forpligtes. Og at de forpligtede fællesskaber kan give loven flyvehøjde.

Folkesundhedsloven kan blive et fyrtårn i dansk velfærdshistorie. Det er muligt, hvis vi tør.

NOTER

- 1 [Idræt har overraskende stor betydning for trivsel og sundhed for 10-13-årige piger | Syddansk Universitet](#)
- 2 [Nyhed: Demokratianalysen 2025 – Dansk Ungdoms Fællesråd](#)
- 3 [DGI | Fritidspas får flere børn og unge med i idrætsforeningerne](#)
- 4 [Frivillighedsundersøgelsen 2024 – vive.dk](#)

Mere om forfatteren



Charlotte Bach Thomassen
Landsformand,
Danske Gymnastik- og Idrætsforeninger (DGI).

Sæt bindende mål for folkesundhedsloven

KRONIK Hvis vores kommende folkesundhedslov virkelig skal rykke noget, skal den indeholde bindende mål for, hvad vi vil opnå med den. Og så skal der løbende og systematisk følges op på disse mål. Det skriver Vidensråd for forebyggelse.



Af Naja Hulvej Rod, Lotus Sofie Bast, Finn Diderichsen, Anders Grøntved, Dorte Gyrd-Hansen, Charlotta Pisinger, Morten Hulvej Rod, Jasper Schipperijn, Inge Tetens, Ulla Toft og Janne Tolstrup

At sundhedsvæsenet er under et massivt og stigende pres, er efterhånden en etableret sandhed. Vi får forholdsmæssigt flere ældre, stadig flere udvikler kroniske sygdomme, funktionsnedsættelse og har flere samtidige sygdomme, samtidig med at der er forholdsmæssigt færre i den arbejdsdygtige alder. Sundhedsvæsenet skal altså imødekomme et øget

behov for behandling i en tid med mangel på personale. Det kalder på en styrket forebyggelsesindsats, så tilgangen af patienter i sundhedsvæsenet mindskes.

Vi kan derfor kun glæde os over, at sundhedsreformen, som regeringen og en række partier indgik og præsenterede i november 2024, stiller krav om at styrke den strukturelle forebyggelse ved at indføre en folkesundhedslov.

Strukturel forebyggelse dækker over tiltag, der forbedrer vilkårene for at leve et liv med et godt fysisk og mentalt helbred for alle i befolkningen.

At styrke den strukturelle forebyggelse er nemlig den helt rigtige vej at gå, hvis vi for alvor skal for-

bedre folkesundheden og forebygge nogle af de store behandlingskrævende folkesygdomme. Det konkluderer vi i rapporten "Strukturel forebyggelse med fokus på kost, tobak og nikotin, alkohol og fysisk aktivitet", som Vidensråd for Forebyggelse offentliggjorde i oktober sidste år.

Rapporten samler forskningen om strukturel forebyggelse og konkluderer bl.a., at en strukturel forebyggelsesindsats både er effektiv og kan medvirke til at nedbringe den sociale ulighed i sundhed.

Men det er afgørende for folkesundhedslovens succes, at der bliver sat konkrete, målbare og bindende mål for, hvad vi vil opnå med den, og at vi jævnligt følger op på, om befolkningens sundhed udvikler sig i den ønskede retning.

Bindende mål øger sandsynligheden for succes

Der er lagt op til, at folkesundhedsloven udelukkende skal udmøntes i kommunalt regi. Det er ærgerligt, for visse sundhedsudfordringer er så væsentlige, at det ikke bør være op til den enkelte kommune, om man vil sætte ind med forebyggelse, f.eks. omkring tobaks- og nikotinbrug, en usund alkoholkultur blandt unge eller mentalt helbred. Dertil kommer, at det nu engang er staten, der har de største muskler, når det kommer til strukturelle forebyggelsestiltag: Afgifter på eller tilskud til varer, øgede aldersgrænser, forbud mod f.eks. tilsætningsstoffer, regulering af markedsføring og så videre.

Vi vil derfor opfordre til, at politikerne i Folketinget præsenterer langsigtede målsætninger, der forpligter alle forvaltningsniveauer, men som kan udmøntes forskelligt på nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Det vil udstikke en retning for kommunerne, som så med udgangspunkt i lokale data for den aktuelle sundhedstilstand kan udarbejde planer med bindende mål for sundhedsudviklingen i kommunen, som monitoreres med et fast interval.

For eksempel mål om, at ingen af kommunens ældre er underernærede, at andelen af unge, der begynder at ryge eller bruge nikotinprodukter halveres, at andelen af borgere med et problematisk alkoholforbrug nedbringes, eller at en vis andel af kommunens borgere er fysisk aktive.

Det skal være op til den enkelte kommune at formulere mål og midler, der passer til deres lokale forhold. For at lette dette arbejde i kommunerne, er der behov for anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. Disse anbefalinger kan med fordel tage udgangspunkt i de mange konkrete og vidensbaserede forslag, vi fremlægger i rapporten om strukturel forebyggelse. Altså, et inspirationskatalog over strukturelle virkemidler som kommunen kan tage i brug i deres lokale kontekst.

Det skal suppleres med en oversigt over hvilke aktører i kommunen, der kan bidrage til at nå målet. Skal der f.eks. være krav om, at kommunens institutioner skal producere måltiderne i egne køkkener, så de ældre i højere grad tager del i madlavningen eller får et større fællesskab omkring måltiderne? Skal håndhævelsen af kravet om tobaks- og nikotinfri skoletid styrkes, eller skal der være flere nikotinfri miljøer på legepladser, spillesteder og sportssanlæg?

Skal en sundere alkoholkultur opnås med restriktioner på antallet af udskænkingssteder eller flere kommunale tilbud om alkoholfri fællesskaber? Skal der gives økonomisk støtte til socialt udsatte børn og unge til kontingent og udstyr til foreningsidræt, eller skal der etableres flere cykelstier, grønne områder og offentligt tilgængelige udendørs faciliteter, som kan anvendes af alle til fysisk aktivitet?

Forebyggelse skal tænkes ind i alle politikområder

Sundhedsreformens tekst peger på, at kommunerne med folkesundhedsloven skal arbejde systematisk og på tværs af velfærdsområder med at styrke folkesundheden, og det ligger også implicit i vores eksempler på strukturelle tiltag oven for, at alle sektorer og politikområder skal bidrage.

Men et samarbejde på tværs af politikområder kræver en fælles forståelse af, hvad det vil sige at bedrive strukturel forebyggelse. I vidensrådets rapport præsenterer vi en definition af begrebet, som kan bidrage til at styrke samarbejdet på tværs af politisk niveau og politikområde om indsatsen.

Strukturel forebyggelse kan ske gennem fire typer af virkemidler: Påbud eller forbud, økonomi-

ske virkemidler som tilskud eller afgifter, fysiske virkemidler som begrænset eller øget tilgængelighed af produkter eller services, og endelig kan det være sociale virkemidler som f.eks. en tilrettelæggelse af arbejds gange på arbejdspladser.

Forskningen peger på, at det har størst effekt, når man bruger forskellige virkemidler på forskellige politiske niveauer inden for forskellige politikområder samtidig.

I vores rapport fra Vidensråd for Forebyggelse præsenterer vi en række strukturelle forebyggelsesindsatser på forskellige politiske niveauer inden for kost, alkohol, tobak og nikotin og fysisk aktivitet. På kommunalt niveau peger vi blandt andet på gratis sund skolemad i folkeskolen, flere cykelstier, alkoholpolitikker på skoler og uddannelsesinstitutioner og flere røg- og nikotinfri miljøer. Men den strukturelle tilgang kan også anvendes i forhold til f.eks. mental sundhed, hvor der ligeledes er behov for en styrket forebyggelsesindsats.

Vi har muligheden for at skabe et lærende system

Bindende mål og løbende monitorering, hvor vi systematisk indsamler viden om befolkningens sundhedsadfærd og helbredstilstand, vil have den afledte gevinst, at vi får skabt et lærende system. Det kan bidrage til, at vi til stadighed bliver klogere på effekten af forskellige tiltag nationalt og lokalt, og hvordan de kan bidrage til at fremme folkesundheden.

Et lærende system vil bidrage til en mere vidensbaseret tilgang til forebyggelse, der sikrer, at vi fremadrettet bruger forebyggelsespengene på de tiltag og indsatser, som vi er mest sikre på effekten af. Og det vil sikre, at kommunerne kan reagere på det, hvis sundhedsudfordringer flytter sig over tid og sted. F.eks. kan der opstå nye sundhedsproblemer hos nye grupper og i nye boligområder.

Som forskere fra mange af landets universiteter er vi i arbejdsgruppen bag vidensrådets rapport vant til at arbejde med den type af vidensindsamling, og vi er klar til at bidrage til denne proces, så forebyggelsesindsatsen bliver til størst mulig gavn for befolkningen.

Kan bidrage til at nedbringe den sociale ulighed i sundhed

En af de helt store fordele ved at prioritere strukturel forebyggelse med en folkesundhedslov er, at det kan bidrage til at nedbringe social ulighed i sundhed.

Selvom Danmark er et velfærdssamfund med fri og lige adgang til mange sundhedsydelser, har vi en stor, og stigende, social ulighed i sundhed. I gennemsnit lever man ganske enkelt længere, jo længere uddannelse og højere indkomst man har.

En væsentlig del af årsagen til denne forskel skal findes i forekomsten af diabetes, lungesygdom, hjerte-karsygdom, kræft og psykisk sygdom, som i højere grad rammer borgere med kort uddannelse og lav indkomst. For at nedbringe den sociale ulighed i sundhed er det altså vigtigt at sætte ind med tiltag, der forebygger disse store folkesygdomme. Og her er det særligt effektivt med strukturel forebyggelse inden for de såkaldte KRAM-faktorer: Kost, tobak og nikotin, alkohol og fysisk aktivitet, kombineret med strukturelle tiltag målrettet socialt udsatte familier samt danskernes arbejdsvilkår.

Essensen af strukturel forebyggelse er, at den regulerer de vilkår, vi alle lever under, med det formål at gøre det sunde valg til det lette valg. Når man gør det, er der større sandsynlighed for, at også dem med få ressourcer og sundhedskompetencer træffer det sunde valg, i modsætning til individuel forebyggelse eller frivillige tilbud, som der er en tendens til, at de stærkeste borgere vælger til.

Samtidig er der brug for at adressere den sociale ulighed gennem strukturelle tiltag rettet mod de mekanismer, der skaber uligheden i første omgang. Det kan f.eks. være via støtte til sårbare familier, målrettede indsatser i almene boligområder og andre steder, hvor vi ser en ophobning af risikofaktorer og sygdomme i befolkningen.

Vi er optimistiske og beredt til at bidrage

Der er al mulig grund til at være optimistisk på folkesundhedens vegne over, at vi nu får en folkesundhedslov her i Danmark. Det giver håb om, at forebyggelsesindsatsen i langt højere grad end hidtil kommer til at skabe langsigtede og vedvarende forbedringer i folkesundheden.

Vi tror på, at en folkesundhedslov kan få stor betydning for befolkningens sundhedstilstand, og vi er beredt til at bidrage til processen fra forskningens side. Vi har konkrete vidensbaserede redskaber til at styrke den strukturelle forebyggelse, vi ved, hvordan man måler på helbredstilstand og sundheds-

adfærd, og vi kan tolke på tal for udvikling og tendenser. Så lad os i fællesskab sætte ambitiøse mål for en forebyggelsesindsats, som kan afhjælpe det enorme pres, der er på sundhedsvæsenet og være til gavn for befolkningen.

Mere om forfatterne



Naja Hulvej Rod

Professor, ph.d., dr.med., centerleder, Center for Komplexitet og Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.



Lotus Sofie Bast

Seniorforsker, ph.d., Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.



Finn Diderichsen

Professor emeritus, læge, dr.med., Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet.



Anders Grøntved

Professor, forskningsleder, centerleder, ph.d., Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet.



Dorte Gyrd-Hansen

Professor, SDU.



Charlotta Pisinger

Professor, ph.d., Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, og Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Frederiksberg Hospital.



Morten Hulvej Rod

Professor, direktør, ph.d., Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.



Jasper Schipperijn

Professor, centerleder, ph.d., Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet.



Inge Tetens

Professor, viceinstituttleder for forskning, ph.d., Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet.



Ulla Toft

Professor, afdelingschef, ph.d., Steno Diabetes Center Copenhagen og Københavns Universitet.



Janne Tolstrup

Professor, ph.d., dr.med., Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Ny lov må ikke blive parkeringsplads for forebyggelsesarbejdet

KRONIK Det er for uambitiøst at reducere folkesundhedsarbejdet til en kommunal opgave. Den kommende folkesundhedslov bør forpligte stat, regioner og kommuner til at tage populationsansvar og tænke sundhedsfremme og forebyggelse ind i alle politikker, skriver fire specialister i klinisk forskning og forebyggelse.



Af Christina Bjørk Petersen, Michaela Schiøtz, Peter Bentsen og Allan Linneberg

Regeringens beslutning om at indføre en folkesundhedslov er et vigtigt og længe ventet skridt med potentiale til at styrke folkesundheden og øge middellevetiden og livskvaliteten i Danmark. Men hvis loven skal gøre en reel forskel, må den ikke nøjes med at blive en symbolsk gestus eller en parkeringsplads for forebyggelsesarbejdet.

Den skal forpligte alle niveauer – både stat, regioner og kommuner – til at tage populationsansvar, sætte klare mål og sikre konkret handling. En effektiv folkesundhedslov skal koordinere indsatsen på

tværs af sektorer og skabe de nødvendige strukturer, der gør forebyggelse til en prioritet.

Spørgsmålet er derfor, hvordan vi sikrer, at loven ikke blot bliver en ambition på papiret, men en reel drivkraft for en sundere befolkning. Kun ved at forankre den i et stærkt populationsansvar kan vi mindske ulighed i sundhed, aflaste sundhedsvæsenet og skabe en sundere fremtid for alle.

En forpligtende og synlig indsats

Der har længe været behov for mere målrettet handling på forebyggelsesområdet. Danmark halter efter på både levealder og antallet af raske leveår. En nyfødt dansker kan i dag forvente at leve kortere end en nyfødt i Sverige og andre lande, som

vi normalt sammenligner os med. Ligesom danskerne også kan forvente at leve færre år uden sygdom sammenlignet med islændinge, nordmænd, og svenskere.

Samtidig står vi overfor en dobbelt demografisk udfordring: En stigende andel af ældre borgere med forventet større behov for pleje og behandling og en faldende andel erhvervsaktive til at finansiere og levere sundheds- og velfærdsydelser.

Som der er lagt op til i den politiske aftale om sundhedsreformen, vil folkesundhedsloven udelukkende gælde kommunerne, men det vil være for uambitiøst at reducere folkesundhedsarbejdet til en kommunal opgave. Folkesundhed og forebyggelse kræver koordinering og vidensdeling på tværs af sektorer og geografiske grænser. Sundhed sker og opstår i hverdagen, på arbejdspladsen, i hjemmet, i skoler, dagtilbud og den lokale idrætsforening, og forudsætningerne skabes gennem tværgående indsatser og reguleringer, som ikke kan løftes af kommunerne alene. Vi skal derfor arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse både på et nationalt og strukturelt niveau og tæt på borgeren i dennes lokale miljø i region og kommune med bidrag fra familien, civilsamfund, virksomheder, forsikringselskaber og pensionskasser. En ambitiøs folkesundhedslov skal sikre, at ingen aktør står alene med ansvaret, men at alle bidrager til en fælles indsats, der forbedrer befolkningens sundhed og livskvalitet.

Arbejdet for at sikre befolkningens sundhed går ofte under radaren og anerkendes ikke. Hvis en kirurg eller dyr medicin redder et menneskes liv ved et hurtigt operativt eller medicinsk indgreb, får det med rette opmærksomhed og anerkendelse. Et liv var i fare – og nu er det reddet!

Folkesundhedsarbejdets værdiskabelse er mere usynlig, langvarig og med fokus på populationer, især når det lykkes bedst. De mest succesfulde indsatser for folkesundheden gør, at mange liv slet ikke kommer i fare, og derfor bliver succesen usynlig.

Eksempler på dette kan være sikring af rent drikkevand og ren luft, skat på tobaksprodukter, gratis uddannelse og socialt sikkerhedsnet, skoletandpleje, lovpligtig brug af sikkerhedssele, fartbegrænsninger, børnevaccinationsprogrammer osv.

Derfor skal vi have en folkesundhedslov, der tænker sundhedsfremme og forebyggelse ind i alle politikker, så vi skaber et solidt fundament for en sund, modstandsdygtig og arbejdsduelig befolkning – også i forhold til kommende sundhedsudfordringer som f.eks. en ny pandemi.

En folkesundhedslov skal derfor forpligte politikere og beslutningstagere på handling, målopfølgning og ansvar. En folkesundhedslov skal samtænke det praksisnære og det borgernære arbejde, og der skal sættes konkrete mål for forbedringer i folkesundheden. Samtidig skal forebyggelse gøres synlig og prioriteret ved at dokumentere og synliggøre effekten af forebyggelsesindsatser. Dette er afgørende for at opnå politisk opmærksomhed og sikre de nødvendige ressourcer

Stærke videns- og forskningsmiljøer

En stærk og ambitiøs folkesundhedslov kræver et solidt vidensgrundlag. For at sikre, at forebyggelsesindsatser er effektive og målrettede, er der behov for stærke regionale videns- og forskningsmiljøer, der lokalt kan undersøge og dokumentere effekten af indsatser og anvende data aktivt.

Den nuværende sundhedslov fastslår, at regionerne skal rådgive kommunerne i forebyggelsesindsatsen, men denne forpligtelse bør styrkes i den kommende folkesundhedslov. Det bør præciseres, at sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser skal være baseret på den bedste tilgængelige evidens med løbende monitorering af kvalitet og effekt. Det kræver stærke videns- og forskningsmiljøer tæt på de beslutningstagere og fagprofessionelle, som træffer de nødvendige beslutninger i sundhedsvæsenet.

Danske Regioner har tidligere foreslået, at der i hver region oprettes folkesundhedscentre til rådgivning, forskning i forebyggelse og styrkelse af samarbejdet mellem kommuner, regioner og civilsamfund. Disse folkesundhedscentre kan også bidrage til at reducere skævheden i forskningsindsatsen ved at prioritere sygdomme med stor samfundsmæssig byrde.

En kortlægning af kommunernes arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse under den nu-

værende sundhedslov har vist stor variation mellem kommunernes tilbud og mangel på kvalitetsstandarder. En ny folkesundhedslov bør forsøge at skabe lige adgang til tilbud om sundhedsfremme og forebyggelse af høj kvalitet.

For at skabe reelle forbedringer i folkesundheden skal viden og data stilles til rådighed for beslutningstagere på tværs af sektorer og fungere som et styringsredskab. Der er samtidig behov for forskning i, hvordan forebyggelsesindsatser formes og implementeres i lokalsamfundet, samt i hvordan vi bedst organiserer sundhedsvæsenet, så ændringer implementeres på et oplyst grundlag og med dokumenteret effekt.

Populationsansvar som nøglen

Med den politiske aftale om sundhedsreformen er der taget et vigtigt skridt med beslutning om indførelsen af en folkesundhedslov.

For at realisere dens potentiale kræver det, at loven bliver en stærk og forpligtende ramme – ikke blot en politisk hensigtserklæring. Folkesundhedsloven skal forpligte alle niveauer til ikke kun at koordinere indsatsen og levere viden og rådgivning af højeste kvalitet, men også til aktivt at tage populationsansvar.

Det betyder, at beslutningstagere på tværs af sektorer og forvaltningsniveauer har et fælles ansvar for at forbedre folkesundheden, reducere ulighed og sikre en mere bæredygtig fremtid for sundhedsvæsenet. Regionerne spiller en central rolle med deres faglige kompetencer, dataindsigt og or-

ganisatoriske styrke. Ved at integrere populationsansvar i forebyggelsesarbejdet kan vi skabe en sundere befolkning og et mere robust sundhedsvæsen.

Mere om forfatterne



Christina Bjørk Petersen

Medlem af bestyrelsen,
Dansk Selskab
for Folkesundhed.



Michaela Louise Schiøtz

Medlem af bestyrelsen,
Dansk Selskab
for Folkesundhed.



Peter Bentsen

Centerchef, cand.scient.,
Center for Klinisk Forskning
og Forebyggelse,
Bispebjerg og
Frederiksberg Hospital.



Allan Linneberg

Centerchef, læge, Center
for Klinisk Forskning og
Forebyggelse, Bispebjerg
og Frederiksberg Hospital.

Folkesundhedsloven må ikke ende i skuffen

KRONIK En folkesundhedslov skal sætte konkrete mål og forpligte politikere til at handle på de største sundhedstrusler, skriver fire medlemmer af selskabet for folkesundhed. Og så skal den angribe ulighed i sundhed der, hvor den opstår, nemlig uden for sundhedsvæsenet.



**Af Christina Bjørk Petersen, Michaela Schiøtz,
Anne-Louise Bjerregaard og Jette Jul Bruun**

I Danmark står vi over for en historisk mulighed med en ny folkesundhedslov, der kan skabe fundamentet for en sundere fremtid for os alle. Men lad os være klare – det er kun en god idé, hvis den indeholder de rette elementer.

Det er på tide, at vi hæver folkesundhedens dagsorden på alle niveauer, også det nationale. En folkesundhedslov må ikke kun handle om enkelte niveauer eller sektors sundhedsopgaver. Den skal handle om, hvordan hele samfundet kan fremme sundheden, også gennem lovgivning og de rette incitamenter på tværs af fagområder, sektorer og civilsamfund.

Vi ved, hvad der koster flest liv og reducerer gode

leveår og livskvalitet i Danmark: Tobak, alkohol, fysisk inaktivitet og ulighed i sundhed.

Vi har stadig mange rygere, og hvert år bliver tusindvis af unge afhængige af nikotin, mens tobaksindustrien fortsætter med at designe produkter, der fastholder dem i afhængighed. Vi ved, at nikotinforgbrug før 25-årsalderen kan skade hjernens udvikling permanent.

Hvis vi ønsker at beskytte vores unge, kan vi ikke vente længere. Ved at hæve aldersgrænsen og stræbe efter en nikotin- og tobaksfri generation kan vi redde tusindvis af liv. Vi ser, at lande med den strammeste tobakslovgivning har færrest unge rygere.

Danmark kan gøre det bedre. Vi har et ansvar for at sikre, at vi ikke lader tobaksindustrien fortsætte med at udnytte unge mennesker, når vi ved, at vi har værktøjerne til at forhindre det.

Og det er absurd, at vi i Danmark stadig tillader 16-årige at købe alkohol, selvom vi ved, at jo tidligere unge begynder at drikke, desto større er risikoen for afhængighed og skader senere i livet. Alkohol er en af de største årsager til kræft og tidlig død, men der mangler politisk handling. Vi ved at lande med højere aldersgrænser har lavere alkoholforbrug blandt unge. En del af en effektiv folkesundhedslov skal være at hæve aldersgrænsen for al alkohol til 18 år – alt andet er uansvarligt.

Når det gælder fysisk inaktivitet, ser det heller ikke godt ud. Hvis fysisk inaktivitet var en virus, ville vi have en pandemi. Kun 30 pct. af voksne danskere bevæger sig tilstrækkeligt til at bevare sundhed og trivsel. Det er ikke holdbart. Med folkesundhedsloven kan vi ændre dette, og Danmark har potentiale til at blive verdens mest aktive land – hvis vi tør satse på det.

Ulighed i sundhed – en voksende kløft vi skal lukke

Sundhed må ikke afhænge af postnummer, uddannelse eller indkomst. Men i dag lever de rigeste i Danmark op til 10 år længere end de fattigste – og kløften vokser. Det er uacceptabelt. Hvis vi ikke handler nu, risikerer vi et samfund, hvor sundhed er forbeholdt for de få.

For at lukke denne kløft er der to afgørende tilgange, som folkesundhedsloven må adressere. Først skal uligheden angribes der, hvor den opstår – nemlig uden for sundhedsvæsenet. Mange af de faktorer, der skaber ulighed i sundhed, ligger i boligforhold, arbejdsforhold, uddannelse og sociale vilkår. Derfor må en effektiv folkesundhedslov ikke kun fokusere på sundhedsområdet, men også på at skabe forandringer på tværs af samfundets sektorer, der kan fremme lighed i sundhed. F.eks. bedre boliger, god adgang til fællesskaber og gode daginstitutioner med kvalitetspædagogik.

Derudover, når vi møder sundhedsvæsenet eller sundhedstiltag, skal der differentieres og prioriteres for at kompensere for den ulighed, der allerede findes. Det betyder, at sundhedsindsatserne skal tilpasses de specifikke behov i forskellige grupper og at de grupper, der er mest sårbare – f.eks. dem, der er længst fra arbejdsmarkedet eller har dårligst sociale forhold – får ekstra støtte.

Den sociale ulighed i sundhed er ikke en naturlov. Det er et resultat af politiske beslutninger eller fraværet af dem. Derfor må folkesundhedsloven ikke blive en politisk uklar ønskeliste. Den skal være et målrettet og forpligtende redskab, der kan skabe de nødvendige strukturelle forandringer. Kun sådan kan vi fremtidssikre et sundere Danmark for alle.

Forpligtende målsætninger og opfølgning er nødvendige

Hvis en folkesundhedslov for alvor skal løfte folkesundheden, skal den være konkret, målrettet og forpligtende. Ellers bliver loven ikke det styringsværktøj, der kan lede til de nødvendige forandringer. Loven skal indebære bindende mål og tydelige pejlemærker, som der kan monitoreres og følges op på. Den skal bl.a. sikre, at der er ambitiøse og konkrete mål for at reducere tobaksforbruget, mindske alkoholforbruget, øge fysisk aktivitet og mindske sundhedsforskelle – og alle aktører forpligtes på at levere de resultater, vi sammen har sat os for.

Vi har ikke brug for flere rapporter, der samler støv. Vi har brug for en folkesundhedslov, der forpligter og skaber reel, varig forandring. Folkesund-

hed er en samfundssag. Folkesundhed kræver politisk handlekraft, klar retning og ambition. Det håber og tror vi på, der er blandt vores politikere. For

tiden er inde til at sikre alle i Danmark en bedre folkesundhed.

Mere om forfatterne



Christina Bjørk Petersen

Medlem af bestyrelsen,
Dansk Selskab
for Folkesundhed.



Michaela Louise Schiøtz

Medlem af bestyrelsen,
Dansk Selskab
for Folkesundhed.



Anne-Louise Bjerregaard

Næstforperson,
Dansk Selskab for
Folkesundhed, chefkonsulent,
Roskilde kommune.



Jette Jul Bruun

Medlem af bestyrelsen,
Dansk Selskab
for Folkesundhed.

Forebyggelse er ledelsesopgaven, vi ikke kan vente med

DEBAT Vi må kræve, at politiske beslutningstagere prioriterer og investerer i forebyggelse, ikke kun som en reaktion på kriser, men som en langsigtet strategi for sundhed, skriver Camilla Thind Sunesen fra Danica.



Af Camilla Thind Sunesen

Da regeringen lancerede kræftplan 5 tidligere på året, blev en velkendt scene gentaget: Debatten kom til at handle om tobaksafgifter. Alle kunne enes om, at priserne er for lave, men ingen turde røre dem. Skatteministeriets regnemaskiner viste nemlig et milliardtab i provenu. Men hvad der ikke regnes med, er de gevinster, som hele sundhedsvæsenet kunne høste: færre kræfttilfælde, kortere indlæggelser med KOL, færre akutte hjerte-kar-forløb.

Når langsigtede gevinster ikke tæller i officielle

budgetmodeller, forbliver forebyggelse ofte en nedprioriteret opgave.

Ser man på Danmarks overordnede sundhedsbudget, er der et velkendt paradoks: Hovedparten af ressourcerne bruges på behandling, mens der kun drypvis investeres i at undgå, at patienterne bliver syge i første omgang. Konsekvensen er et sundhedsvæsen under massivt pres – ikke mindst fordi demografien udvikler sig i den gale retning. Vi bliver flere ældre, flere kronikere og færre hænder. Uden et reelt forebyggelsesfokus kan regnestykket ganske enkelt ikke gå op.

Forebyggelse kræver, at vi tør tænke i langsigt-

tede perspektiver. Det er ikke nok at sætte enkelte projekter i gang eller lave kampagner uden opfølgning. Det kræver en ændring i både kultur og praksis i hele sundhedsvæsenets tilgang til forebyggelse.

Forpligtende målsætninger

Her vil jeg slå et slag for Forebyggelsesalliancens arbejde med 10 forpligtende målsætninger, der sigter mod at forandre vores tilgang til forebyggelse i Danmark. Bag disse mål står en bred vifte af aktører fra Psykiatrifonden, Astma-Allergi Danmark og DSS til SMVdanmark og Danica. Så bred en medlemskare vidner om, at forebyggelse ikke blot er en niche, men en fælles kerneopgave for samfundet.

Dette arbejde er ikke alene vigtigt for sundhedsvæsenets fremtid, men er også i tråd med befolkningens ønsker om øget fokus på forebyggelse, som det fremgår af en undersøgelse fra Voxmeter foretaget på vegne af Danica.

Hele seks ud af 10 mener, at indsatsen for at forebygge langtidssygdom ikke er tilstrækkelig. Faktisk svarer 57 pct. af de adspurgte i samme undersøgelse, at forebyggelse er det vigtigste område, der bør prioriteres på sundhedsområdet. Det understreger, at en bred befolkningsopbakning støtter en styrket indsats inden for forebyggelse.

Forebyggelsens effekt

At forebyggelse virker, har Danica vist med egne tal. Kunder, der benytter flere af vores sundhedsløsninger – f.eks. fysioterapi, psykologhjælp og digitale værktøjer – har 15 pct. lavere risiko for langvarige sygeforløb end kunder med kun én løsning.

Og der er mange penge at hente. F.eks. har Arbejdsbevægelsens Erhvervsråd beregnet, at stressrelaterede lidelser alene koster samfundet 55 mia. kr. årligt. I den forbindelse peger Forebyggelsesalliancen bl.a. på, at stress skal være et officielt henvisningskriterium hos egen læge, så patienter kan få hurtig adgang til psykologhjælp i stedet for at vente til belastningen udvikler sig til langvarig sygdom.

I samme ombæring, foreslår allianceen også at udvide arbejdspladsvurderinger (APV) med konkrete spørgsmål om mental trivsel, så både virksomhe-

der og sundhedsvæsen får redskaber til at handle tidligere.

Sådanne initiativer viser, at vi allerede har løsninger, der kan aflaste et presset sundhedsvæsen og styrke borgernes livskvalitet. Spørgsmålet er derfor ikke, om vi har brug for mere forebyggelse – men om vi som samfund tør tage ansvaret for at omsætte viden til handling.

Fremtiden for forebyggelse

Der er potentiale for at udvikle vores systemer til at være mere forebyggende, men det kræver, at vi bygger en kultur omkring forebyggelse, der ses som en integreret del af sundhedsvæsenet. De 10 målsætninger og forslagene fra Forebyggelsesalliancen giver en konkret handlingsplan, som vi kan implementere for at systematisere vores indsats.

Forebyggelsesalliancens målsætninger kunne desuden inspirere arbejdet med den kommende folkesundhedslov ved at sikre, at forebyggelse ikke kun bliver én blandt mange prioriteter, men en gennemgående strategi i dansk sundhedspolitik. Loven kan dermed fungere som en platform for at implementere konkrete initiativer såsom stress som henvisningskriterium og opdaterede APV'er.

Gode tendenser, men ...

Til trods for at der stadig mangler et politisk gennembrud for fuldt ud at prioritere forebyggelse, er der allerede gode strømninger, og den kommende folkesundhedslov er en af dem. Alligevel er der kun afsat 250 mio. kr. til forebyggelse på landsplan, hvilket svarer til cirka 2,6 mio. kr. per kommune. Det er langt fra tilstrækkeligt til at løfte indsatsen.

Derfor er det bl.a. også afgørende, at Finansministeriets igangværende opdateringer af de økonomiske regnemodeller inddrager forebyggelsens positive effekter og dermed baner vejen for en mere langsigtet og bæredygtig tilgang. For forebyggelse skal ikke betragtes som en udgiftspost, men som en investering i færre sygedage, reducerede behandlingsudgifter og højere trivsel.

Forebyggelse som langsigtet strategi

For at ændre den nuværende kurs kræves der mod,

vision og vedholdenhed. Vi må kræve, at politiske beslutningstagere prioriterer og investerer i forebyggelse, ikke kun som en reaktion på kriser, men som en langsigtet strategi for sundhed.

Det er ikke let. Men det er nødvendigt. Ved at investere i forebyggelse, skaber vi grundlag for et sundhedsvæsen, der ikke bare behandler sygdom, men proaktivt arbejder for at sikre sundhed og trivsel for alle danskere. Det er der brug for.

Mere om forfatteren



Camilla Thind Sunesen

Udviklingsdirektør, Danica.

Hvordan skaber vi et sundere Danmark?

Den kommende folkesundhedslov kan blive et vigtigt vendepunkt. Ikke blot for sundhedsvæsenet, men for hele det danske samfund. Efter årtiers fokus på behandling står vi nu med en mulighed for at styrke det, der kommer før sygdommen opstår: folkesundheden.

I debatten om fremtidens sundhedsvæsen handler meget om ventelister, kapacitet, teknologi og behandling. Men det bærende fundament for sundhedsvæsenet er befolkningens sundhed. Et bæredygtigt sundhedsvæsen afhænger i sidste ende af, hvor mange mennesker der bliver syge, og hvor mange der får behov for behandling. Derfor er folkesundhed ikke et supplement til sundhedsreformen. Det er en forudsætning for, at den lykkes.

Med den kommende folkesundhedslov er der et vindue for at tænke større og mere langsigtet.

I denne udgivelse samles ledere, forskere, organisationer og praktikere om at undersøge, hvad vi kan lære af vores nordiske naboer, diskuterer behovet for bindende mål og politisk ansvarlighed og argumenterer for, at forebyggelse skal tænkes ind i alle politikområder. Samtidig peger de på de værdier, ambitioner og forpligtelser, der må ligge til grund for en lov, som skal gøre en reel forskel for kommende generationers sundhed.

Dette er et indspark til en af de vigtigste velfærdspolitiske diskussioner i vores tid. For spørgsmålet er ikke alene, hvordan vi behandler sygdom bedre. Spørgsmålet er, hvordan vi skaber mere sundhed. Og hvordan kan vi sikre, at den kommende folkesundhedslov bliver begyndelsen på en ny og mere ambitiøs fortælling om dansk velfærd.