

Nationale folkesundhedsprogrammer i de nordiske lande

Direktør Finn Kamper-Jørgensen

Statens Institut for Folkesundhed

Resumé

Danmark, Finland, Norge og Sverige har nu politisk vedtagne, nationale folkesundhedsprogrammer, der indeholder overordnede mål og strategier for den videre udvikling af nationens sundhed, hvilket især skal ske gennem forstærket sundhedsfremme og forebyggelse. De overordnede mål for landene er ret ens, hvorimod strategier, indsats og virkemidler kan variere. Det svenske program er det mest velfærdorienterede. I nærværende artikel gives der en oversigt over programmernes mål, delmål og strategier. Folkesundhedsprogrammerne er kommet for at blive som en vigtig del af en nations velfærds- og sundhedspolitik.

Ved et nationalt folkesundhedsprogram forstås i denne artikel et politisk vedtaget dokument, der på nationalt niveau beskæftiger sig med overordnede mål, strategier og indsatser vedrørende nationens fremtidige sundheds- og sygdomsudvikling og lægger særlig vægt på sundhedsfremmende og forebyggende indsats i samfundets forskellige sektorer.

Danmark, Finland, Norge og Sverige har i dag sådanne eksplicitte dokumenter på nationalt niveau [1-4].

Formålet med denne artikel er at give en introducerende, komparativ beskrivelse af de politisk vedtagne programmer, suppleret med elementer af vurdering, baseret på program-evalueringssystematik. Der foreligger på nuværende tidspunkt ikke litteratur, der beskriver, sammenligner og evaluerer de nordiske, politisk vedtagne programmer.

Udvikling og forhistorie

Det er verdenssundhedsorganisationen WHO's strategiske koncept og dokumenter »Sundhed for alle år 2000« fra slutningen af 1970'erne, der har været inspirationsgrundlaget for nationale programmer. I Danmark tilsluttede regeringen sig i midten af 1980'erne WHO's strategiske koncept. Den seneste revision af WHO-strategien er fra 1998 og betegnes »Sundhed i det 21. århundrede« [5].

I Danmark har vi haft tre nationale programmer:

- 1989: Regeringens forebyggelsesprogram [6].
- 1999: Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008 – et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen [7].
- 2002: Regeringens program: »Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010« [1].

I Finland har man haft flere versioner af brede, WHO-relaterede programmer. Den seneste version er fra 2001 og har betegnelsen: »Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015« [2].

Den svenske regering har med Riksdagens accept i 2003 vedtaget det hidtil eneste program: »Mål för folkhälsan« [4] og i Norge fik regeringen i 2003 med Stortingets accept gennemført programmet: »Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken« [3].

Alle nordiske programmer bygger på en teoretisk forståelse af sundhed og sygdom betinget af mange faktoreres indflydelse, bl.a. livsstil og sundhedsvaner, miljø og levevilkår, genetiske og biologiske faktoreres betydning, sundhedsvæsenets indsats samt den demografiske profil i befolkningen. Strategien for at ændre disse forhold er derfor indsatser i næsten alle samfundssektorer og i privatlivet såvel som i det offentlige liv. I alle nordiske folkesundhedsprogrammer lægges der betydelig vægt på at ændre befolkningens livsstil og sundhedsvaner. De overordnede mål for programmerne er næsten enslydende. Der er en del forskelle i strategier og virkemidler imellem de nordiske programmer

Træk af udviklingshistorien er i øvrigt uddybet i en lærebog om forebyggende sundhedsarbejde [8].

Processer

Processerne bag tilblivelsen af de nationale programmer er uhyre kompleks [9]. Der er væsentlige forskelle mellem den danske og den svenske tilblivelsesproces.

Relevante danske hjemmesider

- www.folkesundhed.dk (Folkesundhedsprogrammets hjemmeside)
- www.folkesygdom.dk (Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside for folkesygdomme)
- www.im.dk (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, se sygdomsforebyggelse)
- www.sst.dk (Sundhedsstyrelsens hjemmeside, se forebyggelse, dokumentation)
- www.si-folkesundhed.dk (Ugens tal for folkesundhed, Statens Institut for Folkesundhed)
- www.ssi.dk (Statens Serum Institut, se forebyggelse)
- www.sund-by-net.dk (Sund by-netværkets hjemmeside)
- www.forebyggendesygehuse.dk (Netværk af forebyggende sygehuse)
- www.sundhed.dk (generel sundhedsportal)

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Overordnede mål		
1. <i>Længere liv med højere livskvalitet</i> : Danskernes middellevetid skal øges markant. Samtidig skal antallet af gode leveår øges, og helbredsbedingede begrænsninger i sociale og fysiske udfoldelsesmuligheder mindskes. 2. <i>Social lighed i sundhed</i> : Den sociale ulighed skal reduceres mest muligt – først og fremmest ved at forstærke indsatsen for at forbedre sundheden for de dårligst stillede grupper.		
Mål for en forstærket indsats		
Risikofaktorer	Aldersgruppe	Forebyggelsesarenaer
3. Tobak	8. Børn	11. Grundskole
4. Alkohol	9. Unge	12. Arbejdspladsen
5. Kost og motion	10. Ældre	13. Lokalsamfundet
6. Svær overvægt		14. Sundhedsvæsenet
7. Trafikulykker		
Struktur mål		
15. Samarbejde mellem stat/amt/kommune		
16. Forskning		
17. Uddannelse		

Figur 1. Den danske regerings folkesundhedsprogram 1999-2008. Oversigt over programmets fokuseringer.

Allerede ved tilblivelsen af det første danske program i 1989 anvendte man en arbejdsmodel med en række hovedkomponenter. Der bliver taget udgangspunkt i nationens sundhedstilstand, baseret på foreliggende dokumentation og evidens. Der arbejdes tværsektorielt i en ekspert-embedsmands-model. Den horisontale koordination samordner 10-15 ministerier, og ministre og sundhedsministeriet er koordinatorer. Den vertikale koordination etablerer kontakten mellem stat, amter og kommuner samt andre partnere. Tidshorisonten for arbejdet er relativ kort – typisk et år eller mindre. Der er ikke tid til bred og folkelig debat. Der er som regel bindinger for folkesundhedsprogrammet i det konkrete og aktuelle dokument for regeringsgrundlaget. Den politiske vurdering kommer dog alment sent ind i billedet, baseres på en regeringsbeslutning med efterfølgende inddragelse af Folketinget. Derefter udmøntes det vedtagne program. Dette har i grove træk været arbejdsmodellen bag de hidtidige danske programmer

Den svenske tilblivelsesmodel er helt anderledes. Her etablerede man fra starten en parlamentarisk komité med repræsentanter for alle Riksdagens politiske partier samt visse eksperter. Man startede med en værdidiskussion. Arbejdet har stået på i mere end tre år med stor inddragelse af det professionelle folkesundheds-Sverige og med betydelig folkelig debataktivitet. Der er undervejs publiceret et betydeligt antal rapporter og udredninger, der er sendt i bred høring. Slutteligt har den svenske regering forelagt Riksdagen et omfattende dokument til politisk beslutning. Undervejs fra betænkning til endeligt politisk resultat er der sket flere politisk betingede

ændringer, bl.a. er brede velfærdsmål blevet en del reduceret. I Sverige implementeres den vedtagne politik nu gennem omfattende indsatser.

I Finland har man brugt et såkaldt eksternt *policy review* med involvering af et WHO-panel til kritisk granskning af finsk sundhedspolitik og til fremsætning af anbefalinger om det fremtidige folkesundhedsprogram [10].

Fra organisationsteori ved man, at der kan være endog betydelig sammenhæng mellem proces og resultat. Det må derfor forventes, at det svenske program har en bedre politisk og folkelig forankring end det danske, samt at det svenske program er bredere velfærdsorienteret end det danske.

Hvor det brede, svenske program er mere løsrevet fra den aktuelle politiske situation, er de to seneste danske folkesundhedsprogrammer til dels formet af det samlede regeringsgrundlag mellem de involverede politiske partier. De danske programmer fra 1999 og 2002 skal forstås i deres helhed ved samlæsning med det aktuelle regeringsgrundlag. Eksempelvis havde miljøområdet – som en af sundhedens determinanter – sit eget stærke program under den tidligere SR-regering. Området var stedmoderligt omtalt i folkesundhedsprogrammet fra 1999. I VK-regeringens 2001-folkesundhedsprogram har miljøområdet nu sin egen selvstændige placering, samtidig med at der findes et separat regeringsprogram på området. Når man sammenligner forskellige landes folkesundhedsprogrammer, indgår der derfor et vist element af »tilfældighed« og politisk tradition i, hvad der er inden for, og hvad der er uden for begrebet et folkesundhedsprogram. Det kan derfor være svært at foretage en stringent sammenligning og analyse af de publicerede folkesundhedsprogrammer.

Overordnede målsætninger

Inspirationen fra de overordnede målsætninger for WHO's sundhedsstrategi er tydelig i alle nordiske landes folkesundhedsprogrammer. WHO talte om et længere liv, et sundere liv, et rigere liv samt lighed i sundhed.

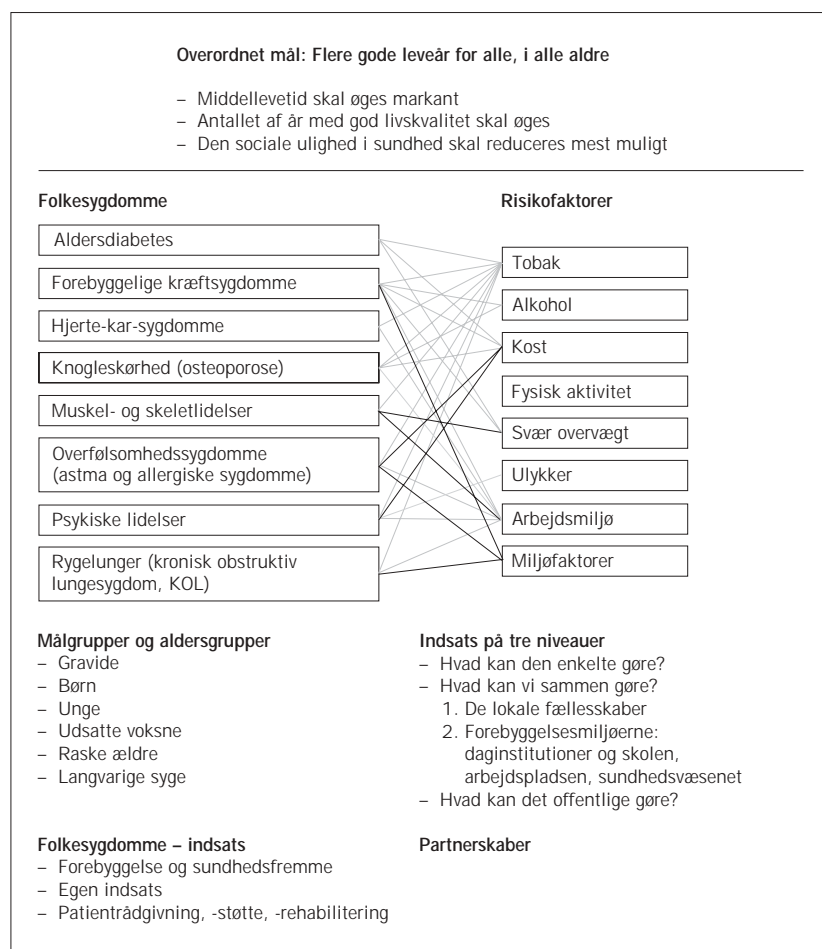
De overordnede mål for de danske folkesundhedsprogrammer 1999 og 2001 fremgår af **Figur 1** og **Figur 2**.

I Sverige er det overordnede nationale folkhälsomål formuleret således: »Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen«. Den finske regering har i sit nye program fastholdt de WHO-relaterede målsætninger. I Norge formuleres de overordnede mål således: »Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper, kvinner og menn«.

En anekdote påstår, at disse overordnede og strategiske målsætninger af kritikere, der betragter sådanne verbale formuleringer som tom papirsnak, blev mødt af den tidligere, danske direktør for WHO, *Halfdan Mahler*, med modspørgsmålet: Har den franske revolutions slogans om frihed, lighed og broderskab ændret noget i denne verden? Anekdoten illustrerer spændvidden i opfattelserne af sådanne overordnede målsætninger.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Figur 2. Den danske regerings program: Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. Oversigt over programmets fokuseringer.



Det er interessant at konstatere, at de overordnede målsætninger har overlevet regeringsskift i de nordiske lande – måske et fortsat udtryk for den overordnede velfærds- og lighedstradition, der findes i den såkaldte nordiske velfærdsmodel.

Delmål, strategier og handlingsplaner

I de nordiske landes folkesundhedsprogrammer opereres der typisk med delmål og strategier og i nogle programmer også med handlingsplaner. Som helhed er det karakteristisk, at folkesundhedsprogrammerne opererer på et ret højt abstraktions- og strateginiveau. De henvender sig ikke primært til lægen eller sygeplejersken i deres daglige funktion og heller ikke til lokalpolitikeren. Hertil behøves mere konkrete handlingsplaner, kliniske retningslinjer mv.

Danmark

Oversigter over de seneste to danske programmets fokuseringer fremgår af Figur 1 og Figur 2. De overordnede mål er vidtgående uændrede. Analysen af den stagnerende danske middellevetid har initialt været en igangsætter for danske mål og strategier. I det efterfølgende program betones målsætningen og strategierne om det sunde liv og det gode liv kraftigere.

1999-programmet (Figur 1) fokuserede på sundhedens de-

terminanter og gik ind på risikofaktorer med særlig vægt på livsstil og sundhedsvaner, aldersgrupper, forebyggelsesarenaer og strukturmål. I tilslutning til mange delmål er der anført eksakte kvantitative målsætninger som f.eks. at reducere en risikofaktor med X procent i programmets tiårige periode. Der gives også mange eksempler på aktiviteter. Monitorering af udviklingen indgår med vægt i strategien. Finansielle incitamenter indgår stort set ikke.

I 2002-programmet ændres strategien noget. Der opereres nu både med otte konkrete folkesygdomme og med determinanter for sygdom og sundhed (Figur 2). Begrebet patientrettet forebyggelse indføres. De kvantitative mål findes ikke længere, men udviklingen forudsættes fulgt gennem et monitoreringsprogram baseret på måling af vigtige indikatorer. Ved at ændre risikofaktorerne i befolkningen gennem en sundhedsfremmende og forebyggende indsats ændres sygdomsmønsteret. Vi ved foreløbig, at sundhedsvanerne (i relation til tobak, alkohol, fysisk aktivitet, kost) igennem en del år har ændret sig i en mere sundhedsfremmende retning [11], og at man allerede inden for visse sygdomsgrupper, f.eks. hjertesygdomme og visse kræftformer, kan se reduceret sygelighed og dødelighed [12]. Hertil kommer så bedre resultater fra den behandlende indsats i sundhedsvæsenet. Også ændring af levevilkår som arbejdsmiljø og det fysiske miljø (Figur 2) spiller en rolle.

Partnerskaber mellem offentlige og private betones, og der gives systematisk eksempler på indsats på tre niveauer: Hvad den enkelte kan gøre, hvad vi sammen kan gøre, og hvad det offentlige kan gøre. De otte folkesygdomme kommer også i fokus. Tanken er, at der skal udvikles nationale strategiplaner på området. Der er allerede udviklet en handlingsplan om diabetes [13], og der arbejdes eksempelvis i Sundhedsstyrelsens kræftstyregruppe med spørgsmålet om forebyggelige kræftsygdomme. Andre strategiplaner er på vej.

En øget indsats over for de i Figur 2 nævnte risikofaktorer er på vej, og der er f.eks. allerede publiceret »Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt – forslag til løsninger og perspektiver« samt et omfattende handlingsprogram for bedre arbejdsmiljø. En bred vifte af virkemidler indgår i programmerne. Finansielle incitamenter omtales dog stort set ikke.

Med udgangspunkt i Danmarks politisk-administrative opbygning forudsættes der både i 1999- og 2002-programmet en afgørende decentral indsats for at opnå resultater.

Der blev i 2001 gjort status over folkesundhedsarbejdet [14]. Folkesundhedsprogrammerne har haft en dagsordensfastsættende effekt i den forebyggende og sundhedspolitiske debat. Det er interessant at konstatere, at et nationalt program for folkesundhed generelt har vundet genklang i amtskommunernes sundhedsplanlægning. En lov om sundhedsplanlægning, hvori der indgår en pligt for amtskommunerne til at beskæftige sig med sundhedsfremme og forebyggelse, har formentlig været instrumental i denne sammenhæng, ligesom sygehuslovens nuværende udformning inkluderer forebyggelse.

I Danmark har eksistensen af folkesundhedsprogrammer også haft indflydelse på forsknings- og uddannelsespolitikken, f.eks. ved at der nu er etableret nye uddannelser, den folkesundhedsvidenskabelige kandidatuddannelse, Master of Public Health, forskerskole i folkesundhedsvidenskab. I forskningsrådenes strategiplaner betones forskning i sundhedsfremme og forebyggelse.

Sverige

Delmålene og strategierne for det svenske folkesundhedsprogram har i højere grad end i det danske karakter af et samtidigt velfærdsprogram, fordi man i det svenske fokuserer meget mere på demokrati og velfærd end man gør i de danske mere sundheds- og sygdomsorienterede programmer. Svenskerne har i øvrigt ikke haft problemer med middellevetidsudviklingen. Derfor har man kunnet koncentrere sine overvejelser om andre vigtige forhold.

De 11 svenske nationale delmål er formuleret således: 1) delaktighed och inflytande i samhället, 2) ekonomisk och social trygghet, 3) trygga och goda uppväxtvillkor, 4) ökad hälsa i arbetslivet, 5) sunda och säkra miljöer och produkter, 6) en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, 7) gott skydd mot smittspridning, 8) trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa, 9) ökad fysisk aktivitet, 10) goda matvanor och säkra livsmedel, 11) minskat bruk av tobak och alkohol,

et samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadevirkningar av överdrivet spelande.

Programmet er under udvikling og vil bl.a. føre til et omfattende monitoreringsprogram. Som leder af et internationalt evalueringspanel af svensk *public health*-forskning anser forfatteren det for sandsynligt, at en styrket svensk forskningsindsats på området vil blive et af virkemidlerne i den fortsatte svenske udvikling. Et nyt redskab i folkesundhedspolitikken vil blive anvendelse af sundhedskonsekvensvurderinger af andre sektors programmer og politikforslag. Med ændringen af Statens Folkhälsoinstitut har Sverige fået et stærkt centraladministrativt organ med betydelige resurser.

Norge

I den norske stortingsmelding »Resepter for et sunnere Norge« fremhæves der fire hovedstrategier for udviklingen den næste tiårsperiode: 1) skabe gode forudsætninger for å kunne ta ansvar for egen helse, 2) bygge allianser for folkehelse, 3) helsetjeneste: forebygge mer for å reparere mindre og 4) utvikle ny kunnskap.

Dette første egentlige nationale dokument er nu under videre udvikling og implementering. Man har hidtil betonet kommunernes indsats og undladt nationale strategidokumenter.

Finland

I det finske folkesundhedsprogram »Hälsa 2015« anlægges der en langsigtet og bred strategi, der resulterer i 36 strategiske delmål. I Finland har man fortsat visse problemer med middellevetiden. Der indgår velfærdspolitiske mål og aldersrelaterede mål i strategien samt aktørstrategier, og man ønsker på ny i 2010 en ekstern evaluering af den nationale sundhedspolitik. Der indgår desuden et omfattende monitoreringsprogram.

Virkemidler

I alle programmer går man ind på programmets virkemidler – i Danmark således lovgivning, sundhedspolitikker, forebyggelsesydelse, opsporing, netværk, kommunikation og dialog, uddannelse, forskning og dokumentation, implementering og udvikling samt monitorering. I alle programmer erkendes det, at kundskabsgrundlaget skal forbedres, at der skal foretages metodeudvikling af interventionsmetoder, at monitorering af indikatorer er vigtigt, og at der skal være tale om en bred vifte af indsatser for at nå programmets mål og delmål.

Det svenske program taler i sit overordnede mål om at skabe samfundsmæssige forudsætninger for en god sundhed, og som konsekvens heraf fokuseres der meget på de samfundsmæssige virkemidler.

Virker folkesundhedsprogrammer?

Der er ingen tvivl om, at disse programmer har haft en dagsordensfastsættende virkning, både i den offentlige debat og i sektorpolitikkerne. Programmerne har derfor stor idemæssig

og strategisk betydning. Der er heller ingen tvivl om, at de længstvirkende programmer fra Danmark og Finland har givet bidrag til ændret sygelighed og dødelighed for visse hjerte-kredsløbs-sygdomme og visse kræftsygdomme gennem ændring af risikofaktorerne for disse sygdomme. Derudover viser evalueringer og evidensbaserede resuméer af enkeltstående interventioner, der indgår i folkesundhedsprogrammerne, at der kan opnås effekt på livsstil og sundhedsvaner, på dele af levevilkår såsom arbejdsmiljø og fysisk miljø samt på arbejdet i sundhedssektoren. Arbejdet med målsætningen om lighed i sundhed har vist sig at være meget vanskeligt – og så vidt vides med ingen eller sparsomme resultater hidtil.

Kritikere af det danske folkesundhedsprogram, bl.a. *Vallgård* [15], fokuserer i kritikken især på for stor fokusering på sygdom og på livsstilsændringer og mangel på interesse for ændring af levevilkårene. Desuden afsættes der ikke ordentlige budgetmidler til udviklingen.

Folkesundhedsprogrammerne er kommet for at blive som en vigtig del af en nations velfærds- og sundhedspolitik.

Korrespondance: *Finn Kamper-Jørgensen*, Statens Institut for Folkesundhed, Svanemøllevej 25, DK-2100 København Ø. E-mail: fkj@niph.dk

Antaget: 3. marts 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Regeringen. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, september 2002.
2. Social- og Helsevårdsministeriet. Statsrådets principbeslut om folkehølsprogrammet Hålsa 2015. Helsingfors: Publikationer 2001:5.
3. Helsedepartementet. Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Oslo: St.meld.nr 16 (2002-2003). Stortinget & sosialkomiteen, 2003.
4. Regeringen, socialdepartementet. Mål för folkhälsan. Stockholm: Regeringens proposition 2002/03:35.
5. WHO. Sundhed i det 21. århundrede. Rammen for sundhed for alle politikken i WHO's europæiske region. København: Dansk Sygeplejeråd i samarbejde med Sundhedsministeriet, 1998.
6. Sundhedsministeriet. Regeringens forebyggelsesprogram. Dokumentationsdel + programdel. København: Sundhedsministeriet/Komiteen for Sundhedsoplysning; 1989.
7. Sundhedsministeriet. Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008 – et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen. København: Sundhedsministeriet; 1999.
8. Kamper-Jørgensen F, Almind G. Forebyggende sundhedsarbejde – baggrund, analyse og teori, arbejdsmetoder. 4. udg. København: Munksgaard, 2003.
9. Kamper-Jørgensen F. The Danish Government Programme on Public Health and Health Promotion 1999-2008, a case study. Policy Learning Curve Series no. 5. København: WHO Regional Office and European Centre for Health Policy; 2001.
10. WHO. Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future. Copenhagen: Regional Office for Europe, 2002.
11. Kjølner M, Rasmussen NK, eds. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
12. Sundhedsstyrelsen. Dødsårsagsregisteret 2000. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. 2004:1. www.sst.dk/februar 2004
13. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Handlingsplan om diabetes. November 2003 www.im.dk/februar 2004
14. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Status 2001 for folkesundhedsarbejdet. København, 2002.
15. Vallgård S. Governing people's lives. Eur J Public Health 2001;11:386-92.

Forekomsten af allergisk luftvejssygdom i Danmark

Forskningsleder Allan R. Linneberg

Amtssygehuset i Glostrup, Københavns Amts ForskningsCenter for Forebyggelse og Sundhed

Allergisk luftvejssygdom kan manifestere sig som allergisk rinit og allergisk astma. Den underliggende mekanisme ved allergisk luftvejssygdom omfatter en immunologisk reaktion, som initieres, når allergen bindes til allergenspecifikt immunoglobulin E (IgE) på overfladen af IgE-sensibiliserede mastceller i luftvejene.

I talrige undersøgelser i lande fra den industrialiserede og velstillede del af verden har man rapporteret om stigninger i forekomsten af allergisk luftvejssygdom over de seneste årtier. Formålet med denne artikel er at give en status over vores viden om udviklingen i forekomsten af allergisk luftvejssygdom i den danske befolkning.

Allergisk rinit

På Statens Institut for Folkesundhed gennemfører man regelmæssigt landsdækkende interviewundersøgelser af repræsentative stikprøver af den danske befolkning (sundheds- og sygelighedsundersøgelserne). Resultater fra disse undersøgelser viser signifikante stigninger i forekomsten af selvrapporteret allergisk rinit (snue) i perioden fra 1987 til 2000 (**Tablet 1**) [1]. Konsistent hermed har spørgeskemaundersøgelser i den vestlige del af Københavns Amt vist signifikante stigninger i forekomsten af symptomer på allergisk rinit fra 1989 til 1998 [2]. Ovennævnte undersøgelser inkluderede ikke objektive målinger, og man kan derfor ikke udelukke, at de rapporterede stigninger skyldes en øget erkendelse af sygdom og symptomer. Påvisning af IgE-sensibilisering er et accepteret objektivi mål for tilstedeværelsen af allergisk luftvejssygdom. De mest anvendte og accepterede metoder til påvisning af IgE-sensibilisering er priktestning i huden med allergener og måling af allergenspecifikt IgE i serum. Få undersøgelser har inkluderet