

Fysisk aktivitet og variation i arbejdet er også den vigtigste indsats mod muskel- og skeletlidelserne og har positiv virkning på knogleskørhed og endog psykiske lidelser.

Overfølsomhedssygdommene kan nok kun i nogen grad forebygges, men vi ved, at amning betyder meget for den fremtidige risiko, og vi ved, at boligens indeklima er meget afgørende for forløbet af allergisk astma.

Der er en rød tråd i de eksempler, jeg tager frem her, nemlig: At gøre noget ved det har meget lidt med sundhedsvæsenets behandlingsindsats at gøre og meget med befolkningens holdning til egen indsats og meget med de sundhedsprofessionelles holdning til rådgivning og støtte at gøre.

Men der er også behov for at udvikle nye metoder indsatsmæssigt, organisatorisk osv. i forhold til de store folkesygdomme. Vores sundhedsvæsen er i meget høj grad gearret og organiseret efter akut opstået sygdom eller skade, og heroverfor står, at der bliver flere og flere ældre med de svageligheder og sygdomme, som følger med; at jo bedre sygdomsbehandlingen bliver, jo flere overlever og overlever altså også med kroniske lidelser; og en stadig sværere situation for rekruttering af personale til sundhedssektoren, også på grund af befolkningens aldersforskydning.

Det kræver et skifte. De begrænsede ressourcer i sundhedsvæsenet må ikke drænes af principielt forebyggelige sygdomme. Den nødvendige kontakt mellem sundhedsvæsenet og personer med kronisk sygdom må ske, så de sundhedsprofessionelles ressourcer udnyttes mere effektivt. Det forudsætter mere rationelt tilrettede rutiner, der også indebærer, at patienten, familien og de lokale netværk, herunder det frivillige arbejde, inddrages og sættes i stand til at blive inddraget ved patientuddannelse, ved andre uddannelsesformer, ved gode informationsgange osv. Det betyder omlægning af ressourceanvendelsen mellem sektorer og mellem det offentlige og det private.

Helt kontant og konkret kræver udfordringen i hvert fald tre ting.

For det første større vægt på egenindsats og støtte, ved at familie og netværk, skole og arbejdspladser tager et medansvar for de primære forebyggende aktiviteter, f.eks. aktiviteter mod rygning, aktiviteter for fysisk aktivitet, for sundere kost og for ulykkesforebyggelse.

For det andet større vægt på primær forebyggelse på alle niveauer af sundhedsvæsenets arbejde i kontakten med befolkningen.

Og for det tredje større vægt på dannelse af nye samarbejdsformer og netværk i forhold til de enkelte folkesygdomme, netværk, hvori skal indgå professionelle sundhedspersoner. Men det er samtidig et krav, at der skal ske en ressourcebevidst anvendelse af sundhedspersonalet, f.eks. via nye personalekompetencer, nye personalegrupper, samarbejdsformer, samarbejdsmetoder.

Et centralt spørgsmål er, hvordan man bedst støtter den enkelte patient til at etablere nye kostvaner, ændre motionsvaner og ikke mindst at opretholde troen på, at et liv med kronisk sygdom kan forbedres, og at disse forbedringer kan bevares.

Et tilbagevendende emne i denne debat om forebyggelse er jo, hvem der betaler, og hvem der får gevinsten. I nogle sammenhænge hævdes det, at det er kommunerne, der afholder de fleste udgifter, mens det er amterne som sygehusejere, der løber med alle besparelserne. I andre situationer er det måske det omvendte, der gør sig gældende.

Jeg tror, at den enkelte borger sådan set er helt ligeglad, og at det for den enkelte borger forekommer at være en uvedkommende diskussion, om det er den ene eller anden kasse, som betaler for forebyggelse, om det er den ene eller anden kasse, som sparer ved forebyggelse. I sidste ende betaler vi jo alle sammen til alle kasser: stat, amt og kommune.

Jeg vil tage et par eksempler frem på det. Det er f.eks. amterne, der står for og betaler for størstedelen af alkoholbehandlingen her i landet, mens besparelsen falder hos kommunerne i form af færre udgifter til sygedagpenge, bi-standshjælp og eventuelt tvangsfjernelser.

Kl. 10.20

Et andet eksempel er de forebyggende hjemmebesøg hos ældre. Den kommunale opgave betales af kommunerne. En analyse viser, at der er store effekter af det, f.eks. også målt på reduktion i antallet af hospitalsindlæggelser. Det er altså amterne, der får gevinsten.

Når jeg nævner de to modsatte eksempler, er det, fordi jeg synes, det kunne være rigtig interessant i forhold til disse folkesygdomme at få analyseret forholdet mellem udgifter og besparelser i form af pengestrømsanalyser på forebyggelsesområdet, sådan at vi får lidt mere evidens ind i hele den diskussion om, at forebyg-