

Indholdsfortegnelse

Abstract	3
Indledning	5
Problemstilling	5
Forebyggelse i Danmark	9
Empiri - Forebyggelsespakkerne	14
Tobak	17
Formål og antal rygere	18
Omkostninger	19
Lovgivning og rammer	21
Vidensgrundlag	22
Anbefalingerne	22
Kompetencer og monitorering	24
Fysisk aktivitet	24
Formål og antal fysisk inaktive	24
Omkostninger	25
Lovgivning og rammer	27
Vidensgrundlag	27
Anbefalinger	28
Kompetencer og monitorering	29
Teori	33
Økonomisk analyse	33
Former for økonomisk analyse	34
Økonomisk evaluering	36
Cost effectiveness analysis	39
Incitamentanalyse	42
Metode	43
Cost effectiveness analysis – tilgang til analysen	44
Analyse	45
Forebyggelsespakke – Tobak	45
Cost effectiveness analysis	45
Incitamentanalyse	54

Forebyggelsespakke – Fysisk aktivitet.....	56
Cost-effectiveness analyse	57
Incitamentanalyse	63
Diskussion	65
Konklusion.....	67
Litteraturliste	70
Artikler	70
Bøger	70
Forebyggelsespakker.....	70
Internetsider (set d.30.06.13)	70
Publikationer	73
Statistik og retsinformation	74

Abstract

This paper is about the Danish Health Prevention and the latest edition from the Board of Health. In 2012 the Board of Health published a number of so called “prevention packs”. These are all related to a specific issue concerning health habits and its contents are a number of recommendations to preventive interventions. The goal of each pack is to prevent and reduce the number of people who are having an unhealthy lifestyle. The preventive measures are based on current knowledge and are considered efficient. These are encouraged by the the Organisation of Municipalities to be implemented in all the municipalities. In this paper the focus lies on two of these packs, the one concerning *tobacco* and the one about *physical activity*. These two are selected based on a target group, the unemployed. Statistics shows that the unemployed have larger numbers than the employed on health habits as smoking and physical inactivity. This causes an inequality between social groups in the Danish society. Many of the unemployed are stressed by their current situation and especially the ones with long periods of unemployment and a lower level of education can have stress. This can be factor that decreases their health in general.

The goal of this paper is to show if the aforementioned packs are cost-efficient to be used on the target group.

For this purpose economic evaluation is used and there will also be used an incentive analysis to show if the unemployed are willing to take advantage of the prevention measures. Economic evaluation is used on an aggregated level so all the recommendations can be analyzed and not just one of them. The incentive analysis are based on Grossmans Consumer Choice Theory, which involves a view on health as a fundamental commodity – used to achieve utility and health as an investment to accomplish more days to work and therefore make more money.

These two methods represent both the normative and the positive side of economic analysis.

The analysis shows that there are possible monetary savings to be had in the future, if the goal of the preventions are to be successful. There are also possible improvements on the overall health. These are though only possible improvement and are therefore not guaranteed. However the incentive analysis shows that in spite of a great knowledge about the deterioration that these health habits bring with them, the unemployed continue to have a high number of smokers and physical inactive and they are unemployed so they have no reason to make investments in their own health.

Former Danish prevention programs have all had the overall goal of extending the lifespan of the Danish people. Furthermore most of the former Danish prevention programs have had an individualistic approach to prevention – the responsibility is ones own and the overall goal of extending the lifespan of the Danish

people. This is in spite of several experts have proclaim structural interventions as taxes on tobacco, regulations and restrictions are they way to reduce these unhealthy habits. It seems to be a political choice not to make structural interventions even though this could help reach goal of a longer lifespan for the Danish people.

The Board of Health's prevention program will not be cost-efficient for the target group if they won't participate. This is the result with an individualistic approach. The current way of forming prevention programs have not seemed to be working and the social gap in Danish society is high – there could perhaps be thought in different lanes if a reduction on future health cost a desirable relative to the unemployed in Denmark.

Indledning

Denne opgave omhandler forebyggelse på sundhedsområdet i Danmark. Forebyggelsesarbejdet er den proces, der hæmmer, hindrer eller reducerer en uønsket tendens.¹ I denne opgave er fokus rettet mod usunde valg i forhold til livsstil. Forebyggelse er ikke et nyt begreb, men det er stadig et højaktuelt emne. Det nyeste tiltag indenfor forebyggelse på sundhedsområdet er Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Forebyggelsespakkerne er en samling af anbefalinger, der er rettet mod kommunerne som hjælp til deres forebyggelsesindsatser indenfor forskellige områder.

Der er en synlig udvikling i Danmark, der viser en social gradient i forhold til sundhedsadfærd, nogle grupper er mere sunde end andre. En af de grupper er arbejdsløse. Arbejdsløse har ikke gunstige tal, hverken i forhold til antal rygere eller fysisk inaktive. På trods af flere årtiers forebyggelsesindsatser har der ikke været samme udvikling i livsstil for de arbejdsløse, som for de beskæftigede.

Den sociale ulighed i sundhed, som forskellen belyser, har længe været på den politiske dagsorden, men tendensen er stadig stigende. Der er nu sat fokus på Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker i håb om, at disse kan have en gavnlig effekt på den stigende ulighed.

Generelt har der været kritik omkring manglende økonomiske midler på forebyggelsesområdet. Samtidig skal der foretages politiske beslutninger om, hvordan landets begrænsede ressourcer skal udnyttes bedst muligt. Disse to stemmer ikke overens, eftersom effekterne af forebyggelsestiltagene først er synlige i fremtiden, men kun hvis der investeres i disse nu.

Dette leder op til opgavens problemfelt. Er det omkostningseffektivt at benytte Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker med henblik på at nå arbejdsløse? Forestående projekt er skrevet med udgangspunkt i min interesse i og tidligere arbejde med netop dette område indenfor sundhedssektoren.

Problemstilling

Forebyggelsesarbejdet i Danmark har haft et skiftende fokus op gennem tiden. I 1930'erne var fokus rettet mod det faldende børnetal og den sociale nød, der kunne opstå som følge af sygdom.²

Senere var fokus på de samfundsøkonomiske konsekvenser, der opstod som følge af det øgede pres på landets sundhedssektor. I 1970'erne var udgifterne til sundhedssektoren store og man vidste allerede dengang, at den fremadrettet ville omfatte en stor del af de offentlige udgifter. Dette medførte en række tiltag fra forskellige aktører på sundhedsområdet, hvor et væsentligt element i disse tiltag blev forebyggelse.³

¹ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 18

² Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 37

³ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 37

I 1987 blev Sundhedsministeriet etableret og fremlagde sit første forebyggelsesprogram i 1989. Efterfølgende har de skiftende regeringer også bidraget med forskellige programmer og initiativer, hvor der i høj grad har været fokus på forebyggelse. Initiativerne har hovedsageligt båret præg af forskning på området. Middellevetiden i Danmark og social ulighed i sundhed fik eksempelvis politisk opmærksomhed i 1990'erne som følge af en analyse foretaget af Middellevetidsudvalget.⁴ Analysen viste, at, som følge af usunde livsstilsvaner, havde middellevetiden i Danmark ikke udviklet sig så hensigtsmæssigt som tilsigtet. Udvalget påpegede i analysen, at hovedparten af de tidlige dødsfald kunne have været blevet forebygget.⁵

I 2007 overtog kommunerne ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til borgernes sundhed.⁶ På nuværende tidspunkt er kommunerne pressede rent økonomisk. Den Nationale Sundhedsprofils resultater viser, at der stadig er risikofaktorer, der spiller en væsentlig rolle for den danske sundhed – eksempelvis tobak, alkohol og fysisk inaktivitet. Ifølge publikationen er der mulighed for at forebygge de sygdomme, der er opstået som følge af risikofaktorerne ved livsstilsændringer.⁷ Dette indikerer, at der potentielt er besparelser at hente på sundhedsområdet, hvis forebyggelsesarbejdet kan gennemføres. Dette gælder de økonomiske omkostninger, der ellers ville have været som følge af dårligt helbred i forbindelse med usunde livsstilsvalg. Ulempen ved at investere i forebyggelse for kommunerne er, at effekterne af forebyggelsesindsatserne ofte er usynlige eller i hvert fald har en langsigtet effekt. Kan det så retfærdiggøres, at kommunerne investerer midler på dette område?

Forebyggelse har en effekt, det er der ikke tvivl om. Flere eksperter påpeger, at det kan betale sig at investere i sundhed. Dette gælder både omkostningsmæssigt og for folkesundheden.⁸ Kjell Møller Pedersen mener dog, at der på nuværende tidspunkt investeres for lidt på området, og at der skal flere midler til, hvis; ”de skal prioritere at have en ordentlig sundhedsfremme og et reelt forbyggende arbejde”.⁹

Ifølge Kjell Møller er tendensen i kommunerne, at akutte behov prioriteres over planlagte operationer og disse prioriteres over forebyggelse.¹⁰ Anny Winther, formand for KL' Social- og Sundhedsudvalg har pointeret, at kommunerne selv har taget stilling til, hvilke forebyggelsestiltag, der har haft bedst effekt. Hun

⁴ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 38-40

⁵ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 39

⁶ <http://www.sum.dk/Sundhed/Kommunale%20sundhedsopgaver.aspx>

⁷ <http://www.sst.dk/publ/Publ2010/CFF/Sundhedsprofiler/DenNationaleSHP.pdf>, 3

⁸ <http://www.ftf.dk/magasinet-resonans/nummer/artikel/eksperter-samfundet-investerer-for-lidt-i-sundhed/>

⁹ <http://www.ftf.dk/magasinet-resonans/nummer/artikel/eksperter-samfundet-investerer-for-lidt-i-sundhed/>

¹⁰ <http://www.ftf.dk/magasinet-resonans/nummer/artikel/eksperter-samfundet-investerer-for-lidt-i-sundhed/>

påpeger besværligheden i ikke at arbejde ud fra konkret viden omkring hvilke tiltag, der virker.¹¹ Sundhedsminister Astrid Kragh italesatte denne problematik ved en tale ved KL's sociale temamøde i Maj 2012. I talen henviste hun til Sundhedsstyrelsens kommende "forebyggelsespakker".¹² Sundhedsstyrelsen udkom nemlig i efteråret 2012 med en mulig løsning i form af forebyggelsespakkerne. Dette er en samling anbefalinger, der, ifølge Sundhedsstyrelsen, er blevet bevist effektive i forebyggelsesarbejdet. Anbefalingerne er udformet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med en række faglige eksperter. Formålet med disse pakker er;

*" ... at bidrage til at styrke folkesundheden gennem en kommunal forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats af høj faglig kvalitet"*¹³ (Sundhedsstyrelsen)

Et gennemgående tema for de 9 forebyggelsespakker er social ulighed i sundhed. En årsag til dette kan være, at det særligt er en bestemt gruppe af borgere, der har udfordringer på sundhedsområdet. På trods af flere undersøgelser viser, at der er en sammenhæng mellem lav uddannelse og indkomst og sundhed, har der ikke været nogen udvikling på området i næsten 30 år.¹⁴ Derimod er uligheden steget inden for de år. Det er blevet omtalt som *The Scandinavian Welfare Paradox of Health* - Danmark har minimale økonomiske forskelle i samfundet, men ikke et reduceret uligheden i sundhed.¹⁵

Stigningen i uligheden viser, at forebyggelsestiltag der har været i denne tid, ikke har kunnet nå den målgruppe, der, ifølge flere undersøgelser, har flest sundhedsudfordringer. Ifølge KL er tendensen også, at det i højere grad er veluddannede danskere, der videreformidler information omkring sund livsstil til handling.¹⁶

Den nuværende regering ønsker også at mindske uligheden i sundheden og lover i deres regeringsgrundlag at "gøre op med denne stigende ulighed".¹⁷

Der er også et økonomisk incitament for redueringen af ulighed i sundhed. Hvis de individer der har den mest usunde livsstil kan blive begunstiget af forebyggelsestiltag, vil dette være en stor besparelse på Danmarks fremtidige sundhedsudgifter. Derfor er der også stort potentiale i forebyggelsespakkerne, både for folkesundheden og økonomisk. KL ansøgede også i sommeren 2012, at kommunernes kommende forebyggelsestiltag skal tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens pakker. Derudover opfordrede KL

¹¹ <http://www.kl.dk/Sundhed/Kommunerne-er-klar-til-at-bruge-forebyggelsespakker-id106537/>

¹² <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Taler/KLs-sociale-temamoede-maj-2012.aspx>

¹³ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SSTIntro.pdf> s.6

¹⁴ <http://www.information.dk/310293>

¹⁵ Sundhedsstyrelsen 2011, 16

¹⁶ <http://www.kl.dk/Om-KL/Oget-fokus-pa-sundhed-kraver-ogsaa-oget-fokus-pa-forebyggelse-id103240/>

¹⁷ <http://www.information.dk/310293>

kommunerne til at afvikle igangværende indsatser, der ikke stemmer overens med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.¹⁸ Men kan forebyggelsespakkerne nå den målgruppe, hvor indsatserne i høj grad vil gavne? Dette er ifølge eksperterne, for eksempel de arbejdsløse eller førtidspensionister.¹⁹ Sundhedsministeren understøtter vigtigheden af at indsatserne målrettes de ønskede befolkningsgrupper.²⁰

Derfor er målgruppen i denne opgave arbejdsløse. De er en del af den målgruppe, der har store sundhedsudfordringer, og derfor vil der være en potentiel stor besparelse og folkesundheden vil få et løft, såfremt forebyggelsespakkernes anbefalinger kan nå denne målgruppe. Ifølge flere undersøgelser bevæger arbejdsløse sig for lidt og ryger for meget.^{21 22 23} Derfor vil pakkerne omkring fysisk aktivitet og tobak udgøre den empiriske del af undersøgelsen. Formålet er at belyse om pakkernes anbefalinger har potentiale for at nå målgruppen og herigennem opnå en mulig økonomisk besparelse for kommunerne. Det vil i denne opgave blive undersøgt ved hjælp af en teoretisk analyse med udgangspunkt i økonomisk evaluering. En opfattelse af formålet med at benytte økonomisk evaluering er "... to help people make specific descisions".²⁴

Dette er også formålet med at benytte metoden i denne opgave. Metodens principper bliver benyttet på et aggregeret niveau, hvilket gør det muligt at sammenholde flere af forebyggelsespakkernes anbefalinger på en gang.

Fokus bliver ikke på monetære enheder, men ressourcer. Dermed vil konkrete udregninger ikke blive foretaget, men metoden vil stadig fremlægge, om de udvalgte forebyggelsespakker er omkostningseffektive og samtidig give praktisk indsigt i, hvad en eventuel implementering indebærer.

Der er stadig begrænsede midler i det offentlige og der skal gerne være en gevinst for kommunerne, både økonomisk og for individet, hvis forebyggelsespakkerne skal implementeres for at nå målgruppen. Flere undersøgelser viser, at hidtidige kampagner ikke har haft en indvirkning på denne målgruppe.

Opgavens problemformulering lyder herfor:

Med udgangspunkt i de overordnede rammer for økonomisk evaluering, vil det være omkostningseffektivt at indføre Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker; tobak og fysisk aktivitet med henblik på at nå arbejdsløse?

¹⁸ <http://www.kl.dk/Sundhed/Kommunerne-er-klar-til-at-bruge-forebyggelsespakker-id106537/>

¹⁹ <http://www.kl.dk/Om-KL/Oget-fokus-pa-sundhed-kraver-ogsaa-oget-fokus-pa-forebyggelse-id103240/>

²⁰ <http://www.information.dk/310293>

²¹ <http://www.sundhedsprofil2010.dk/Pages/Home.aspx>

²² <http://www.bt.dk/nyheder/arbejdsloese-skal-dyrke-motion>

²³ <http://jyllands-posten.dk/ditliv/sundhed/ECE4532653/arbejdsloese-ryger-mest/>

²⁴ Morris et al. 2007, 237

Arbejdsløse er en bred betegnelse at benytte i en opgave. Dette indebærer, at der ikke sondres mellem uddannelseslængde, uddannelsesmæssige baggrund, etnicitet eller alder. De undersøgelser der inddrages i opgaven laver heller ikke denne sondring. Derfor vil der heller ikke i denne opgave blive sondret i forhold til de førnævnte faktorer.

Forebyggelse i Danmark

Det følgende afsnit vil starte med en historisk gennemgang af forebyggelse i Danmark. Dette er for at få en forståelse, hvordan forebyggelse tidligere er blevet adresseret i Danmark. Ydermere kan den historiske gennemgang give et indblik i tidligere politiske tiltag og tanker, der i nogen grad stadig er aktuelle i dag. Der vil også løbende blive inddraget positive og kritiske perspektiver på de danske forebyggelsesprogrammer.

I 1930'erne og 1940'erne omhandlede interessen for forebyggelse det faldende børnetal. Nogle årtier senere – i 1970'erne – havde sundhedssektorens omkostninger udviklet sig i sådan grad, at sundhedssektoren optog en betydelig del af de offentlige udgifter. Som følge af denne udvikling fremlagde forskellige sundhedsaktører en række forskellige forebyggelsesinitiativer på sundhedsområdet. Ligeledes nedsatte den daværende regering et såkaldt *sundhedsprioriteringsudvalg* – hvor en stor del af dette udvalgs fokus var på forebyggelse.²⁵

Der opstod en kritik af den etablerede lægevidenskab på grund af, hvis udgangspunkt var de fremskridt, der var indenfor behandling fratog fokus fra forebyggelse. De tekniske fremskridt resulterede også i en voldsom vækst indenfor sygehusvæsenet. Der var ikke mange konkrete ideer fra sundhedsprioriteringsudvalget omkring forebyggelse. Udvalget havde dog fokus på tiltagene skulle være ”bred samfundsmæssig indsats”. Efter de teknologiske fremskridt indenfor behandling opstod der flere lokale initiativer - blandt andet foranlediget af ildsjæle i boligområderne, fagforeninger og sygdomsbekæmpende foreninger. Disse initiativer og tanker bag dem fik større og større politisk indflydelse.²⁶

I 1980 blev der oprettet et Forebyggelsesråd på nationalt niveau – som følge af sundhedsprioriteringsudvalget. Formålet med oprettelsen af rådet var en styrkelse af det sundhedsfremmende arbejde og forebyggelsesarbejdet. Disse elementer skulle bredes ud på flere faggrupper og der skulle arbejdes på tværs af sektorer – det brede sundhedsbegreb. I 1987 blev sundhedsafdelingen adskilt fra Indenrigsministeriet og heraf opstod Sundhedsministeriet. I relation til dette blev det Det Nationale Forebyggelsesråd omdannet og deres handlingsbeføjelser blev fjernet – det fik hermed en rådgivende rolle. Det kaldes i dag Det Nationale Råd for Folkesundhed. Sundhedsministeriet

²⁵ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 37

²⁶ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 37

startede med to større projekter; Regeringens forebyggelsesprogram og en samlet sundhedslov. Sidstnævnte blev aldrig vedtaget, dog er elementer af den blevet brugt til sundhedsplanlægningsloven. Regeringens forebyggelsesprogram blev fremlagt i 1989 og det indeholdte bidrag fra 12 ministerier.²⁷

Forebyggelsesprogrammet indeholdte både en dokumentationsdel og en programdel. Dokumentationsdelen af forebyggelsesprogrammet bestod blandt andet af faglige redegørelser af forskellige sygdomsgrupper samt faglig baggrund for ernæring, tobak – og alkoholpolitikken. Bidragene fra de 12 ministerier er også redegørelser – af deres ansvar og initiativer i forhold til forebyggelse.²⁸ Målsætningerne og initiativerne, formuleret af de centralt placerede myndigheder, kunne ikke gennemføres uden et samarbejde med blandt andet patientforeninger og de decentrale myndigheder. Forebyggelsesprogrammet bidrog med koordinering og prioritering – derudover har programmet også bidraget med rammerne for opfølgning af de førnævnte initiativer. De indsats der blev rettet fokus mod var blandt andet ulykker, kræft og hjertekarsygdomme – samt ernærings-, tobak og alkohol politikker. Der var dermed et sygdomsperspektiv, men de sidstnævnte politikker har relation til livsstilsområdet.

Regeringens forebyggelsesprogram fra 1989 blev i år 2000 stærkt kritiseret af Lars Iversen, professor i forebyggelse. Han mente, at programmet manglede klare målsætninger og konkrete handlingsforslag. Han mente, at programmet lænede sig for meget op af elementer som eksempelvis oplysning og lokalt samarbejde som løsning på de sundhedsmæssige problemstillinger. I hans vurdering havde programmet fra 1989 ingen mærkbare resultater, fordi det "... hverken kostede noget eller krævede politisk vilje eller organisatoriske ændringer".²⁹

Opfølgningen af programmet skete i 1991. I 1994 kom sundhedsplanlægningsloven. Denne lov indebærer, at kommuner (og de gamle amter) skulle "forholde sig til sundhedsfremme og forebyggelse i deres planlægning og indsats".³⁰ Samme år fremlagde Middellevetidsudvalget deres analyser, der blandt andet viste en ugunstig udvikling i middellevetiden. Udvalget påpegede yderligere i deres analyse, at en stor del af de dødsfald, der var årsag til den ugunstige udvikling, kunne have været forebygget. Deres følgende forslag var indsats, hvis hensigt blandt andet var at ændre befolkningens sundhedsvaner. Det var også i henhold til dette, at det såkaldte *80-20 problem* blev fremlagt første gang.³¹ 80-20 problemet var en "..., sundhedsmæssig og samfundsmæssig marginalisering af ca. 20 % af befolkningen".³² De alment

²⁷ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 38

²⁸ Kamper-Jørgensen s.38-39

²⁹ http://www.ugeskriftet.dk/lf/UFL/ufl99_00/smud/ufl2002/l_s/32106.htm

³⁰ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 39

³¹ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 39

³² Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 40

praktiserende læger ønskede også et øget fokus på forebyggelse, da der var et højt antal besøgende i deres praksisser.

I løbet af 1990erne kom der på flere områder øget fremgang i forebyggelsesindsatserne. I disse år blev kampen mod tobakken blandt andet intensiveret, der kom nye forebyggelsesydelse i almen praksis og der kom et øget fokus på 80-20 problemet – både politisk og indsatsmæssigt. I 1997 blev Sundhedsministeriet forebyggelsesstrategi fremlagt, hvis grundlæggende værdigrundlag blev videreført i nyere indsatser. Undersøgelser viste, at befolkningen var blevet bevidst omkring sundhed og optaget af sundhedsspørgsmålet, dog fulgte danskernes adfærd ikke helt med denne bevidsthed.³³

I 1999 fremlagde SR regeringen et folkesundhedsprogram, der blandt andet omhandlede at skabe sundere rammer i hverdagen. Det er et tiårigt handlingsorienteret program, som SR præsenterede. Programmets forudsætninger indebar blandt andet forbedring for folkesundhed. Derudover ville programmet være tværgående, opstille sundhedsmål samt have en ti årig gennemførselsperiode. De overordnede mål for folkesundhedsprogrammet er et "længere liv med højere livskvalitet" og "social lighed i sundhed".³⁴ Sundhedsprogrammet har kvantitative mål og programmet appellerer til monitorering af målene. Eksempelvis skal middellevetiden øges med minimum 2 år. Derudover indebærer det første mål også, at der opnås flere antal gode leveår og at middellevetiden skal indhentes, så der ikke er så stor en forskel i middellevetid i forhold til i andre lande. Endnu en målsætning er at; "Sundhedsvæsenet skal styrke indsatsen i forebyggelse og sundhedsfremme".³⁵

Virkemidlerne for folkesundhedsprogrammet indebærer blandt andet sundhedspolitikker, nye ydelser som rygeafvænningsprogrammer, rehabiliteringsprogrammer samt diættevejledning. Baggrunden for programmets målsætning er både udviklingen indenfor sundhedsområdet, men også som følge af Middellevetidsudvalgets resultater. Disse resultater viste blandt andet en overdødelighed. Ifølge udvalget var årsagen til denne overdødelighed danskernes livsstil, der involverer et stort forbrug af tobak og alkohol, for lidt motion og for fed mad. Udviklingen viste yderligere, at der var sociale forskelle i danskernes sundhed. Det overordnede fokus blev derfor middellevetiden i Danmark og lighed i sundhed. Folketingen støttede op om programmet i år 2000.³⁶ Året efter viste en undersøgelse foretaget af indenrigs – og sundhedsministeriet, at programmet havde haft en mærkbar effekt. Middellevetiden var steget – sammenlignet med andre europæiske lande var den dog stadig lav – og der er flere gode leveår til de ældre. Et område hvor der ikke var til at se en effekt var med henblik på lighed i sundhed.³⁷

³³ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 40

³⁴ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 41

³⁵ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 42

³⁶ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 43

³⁷ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 43

Lars Iversen finder det som et "prisværdigt" mål at øge middellevetiden, særligt at det er en målbar faktor. Han nævner dog at livskvalitet – målt som selvvurderet helbred – som et andet mål. Han påpeger, at der ikke er opgjort de økonomiske udgifter forbundet med implementeringen af programmet. Finanslovsforslaget i 2000 afsatte dog 20 mio. kr. ekstra til forebyggelse og sundhedsfremme om året. Lars Iversen vurderer, at der skal flere penge til at opnå programmets målsætning. Han henviser til en amerikansk undersøgelse og nævner et beløb på 250 mio. kr. på tobaksområdet, hvis målsætningen i programmets mål skal opnås.³⁸

Ulighed i sundhed er relevant i forhold til forebyggelse. Flere undersøgelser viser, at visse former for forebyggelse ikke kan nå enkelte grupperinger indenfor samfundet. Disse grupperinger er eksempelvis borgere med lavt uddannelsesniveau, lav indkomst, manglende arbejde eller manglende personlige ressourcer.³⁹

I 2002 fremlagde VK regeringen et nyt folkesundhedsprogram *Sund hele livet*. I dette sundhedsprogram er 11 ministerier repræsenteret. De overordnede mål ligner dem fra tidligere folkesundhedsprogrammer – øge middellevetiden, bedre livskvalitet og reducere af ulighed i sundhed. Programmet indeholder 8 folkesygdomme, som indsatserne og det overordnede fokus er koncentreret omkring. Ligeledes indeholder programmet 8 risikofaktorer, hvoraf 5 af disse er livsstilsrelateret samt målgrupper for indsatserne.⁴⁰ I dette program er der mere tyngde på sygdomsforebyggelse end på sundhedsfremme. Ligeledes har sygdomsbegrebet fået mere fokus i dette program end i det tidligere.⁴¹ Der er i høj grad fokus på, at sundhed er et fælles ansvar og alle aspekter af samfundet bør tage del i at skabe sundhed. Dette gælder både individet, familien, netværk samt det offentlige.⁴² I folkesundhedsprogrammet *Sund hele livet 2002-2010* fremføres specifikke virkemidler, der vil blive benyttet for at opnå målsætningerne i programmet. Virkemidlerne er brede og indeholder både stærke og svage virkemidler - blandt andet lovgivning, sundhedspolitikker, monitorering og kommunikation.⁴³

Der er ikke nævnt finansielle incitament er ikke nævnt i programmet. Det er også et begrænset budget afsat til startfasen af disse tiltag, dog forventes de enkelte kommuner selv at dække omkostningerne som led i deres planproces. Størstedelen af sundhedsfremme og forebyggelse er blevet kommunernes ansvar – efter dette har været afprøvet gennem en lang række tidsbegrænsede projektperioder.⁴⁴

³⁸ http://www.ugeskriftet.dk/lf/UFL/uf199_00/smud_ud/uf12002/l_s/32106.htm

³⁹ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 44

⁴⁰ Statens Institut for Folkesundhed 2007,38

⁴¹ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 46-48

⁴² Statens Institut for Folkesundhed 2007,38

⁴³ Regeringen 2002, 59-60

⁴⁴ Kamper-Jørgensen & Almind 2003, 48

Dansk Sygeplejeråd (DSR) kritiserede VK regeringens *Sund hele livet*. DSR efterspurgte mål, der ville forpligte samt en tilførelse af tilstrækkelige økonomiske midler til at gennemføre det. I en publikation udgivet af DSR omtaler de VK regeringens program som værende en "række uforpligtende hensigtserklæringer".⁴⁵

I 2007 kom en revidering af sundhedsloven, der pådrog kommunerne ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse.⁴⁶ Ministeriet for Sundhed og forebyggelse fik ansvaret for den overordnede planlægning og regioner ansvaret for den patientrettede forebyggelse samt samarbejde med kommunerne omkring de kronisk syge. Et argument for tildelingen af ansvaret til kommunerne var, at de er nærmere borgerne og de har muligheden for at skabe tværgående indsatser.⁴⁷

I 2008 nedsatte den daværende VK regering Forebyggelseskommissionen. Denne skulle udforme anbefalinger, hvis hensigt var at opnå regeringens målsætning, der var en 3-årig forlængelse af danskernes levetid. Dette skulle ske indenfor de følgende 10 år.⁴⁸ Forebyggelseskommissionen udgav i 2009 52 anbefalinger til dette formål. Nogle af disse anbefalinger var blandt andet; fordobling af tobaksafgiften (i forhold til 2009), rygestopkurser, billedadvarselmærkning på tobak, større støtte til foreningsbaseret idræt og udarbejdelse af lokalplaner der vil fremme fysisk aktivitet.⁴⁹ Forebyggelseskommissionen lægger i udgivelsen vægt på, at sundhed er et personligt ansvar, men samfundet skal understøtte dette ansvar med rammer og tilbud.⁵⁰

Efter kommunerne overtog det primære ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme, er der opstået en problematik i forhold til kommunernes nu også stod med ansvaret for at erfare, hvilke forebyggelsesindsatser der er effektive. Anni Winther, formand for KL's Social og sundhedsudvalg, pointerede i 2012, at uden nationale, faglige anbefalinger er det besværligt at arbejde effektivt med forebyggelse, da evidensen mangler.⁵¹

SRSF regeringen fremlagde deres sundhedspolitik i deres regeringsgrundlag i 2011. Heri pointeres, at regeringen vil give sundhedsbehandling med høj kvalitet og reducere uligheden i sundhed. De vil skabe nationale mål for folkesundheden, hvor forebyggelse skal være en væsentlig faktor for at opnå disse mål.

⁴⁵ Dansk sygeplejeråd 2006, s.5

⁴⁶ <http://www.sum.dk/Sundhed/Kommunale%20sundhedsopgaver.aspx>

⁴⁷ Forebyggelseskommissionen 2009, 13

⁴⁸ <http://www.sum.dk/Sundhed/Forebyggelse/Forebyggelseskommissionen.aspx>

⁴⁹ Forebyggelseskommissionen 2009, 15-18

⁵⁰ Forebyggelseskommissionen 2009, 14

⁵¹ <http://www.kl.dk/Sundhed/Kommunerne-er-klar-til-at-bruge-forebyggelsespakker-id106537/>

Regeringsgrundlaget udtrykker også en intention om at øge afgifter på blandt andet tobak, alkohol og sukker.⁵² Astrid Kragh, sundhedsminister, pointerede ligeledes vigtigheden i at reducere uligheden i sundhed i et debatindlæg i Berlingske i marts 2013.

I en tale på KL's sociale møde i 2012 belyser ministeren også de livsstilssygdomme, der præger det danske sundhedsvæsen. Hendes løsning på livsstilssygdommene og uligheden i sundhed er forebyggelse. Hun pointerer yderligere i hendes tale, at selvom sundhed er et personligt ansvar, påvirkes dette af omgivelserne – hendes mål er at gøre det sunde valg til det lette valg. Dette har regeringen gjort, ifølge ministeren, ved at hæve afgifter på blandt andet tobak og alkohol. Dette bliver pointeret i forhold til kommunernes efterspørgsel på "klare rammer – f.eks. afgifter og forbud, som understøtter den kommunale indsats".⁵³ Afgifter er i dag et stadig et højaktuelt emne. Øges afgifterne kan dette afholde unge for at begynde med at ryge, men Liberal Alliance ser gerne afgifterne reduceret – da dette kan give et finansielt afkast. Dette blev fremlagt i forbindelse med regeringens vækstpakke i foråret 2013.⁵⁴ Der har også været argumenter for at øgede afgifter vil øge grænsehandlen, dette har Kræftens Bekæmpelse dog modargumenteret og får medhold i af en svensk undersøgelse. Det er blevet belyst, at grænsehandlen kan stige umiddelbart, men "... efter kort tid går rygerne igen ned i kiosken efter smøger".⁵⁵

I forhold til at kommunerne ligeledes har efterspurgt viden om indsatser og om implementering af indsatser på tværs – belyser ministeren Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Ifølge ministeren kan disse blive benyttet til at skabe en ensartethed og give kvalitet i forebyggelsesindsatser.⁵⁶

Empiri - Forebyggelsespakkerne

I forbindelse med forebyggelsesarbejdet har Sundhedsstyrelsen udarbejdet de såkaldte *forebyggelsespakker*. Disse pakker har Sundhedsstyrelsen udviklet i samarbejde med faglige eksperter, hvoraf nogle af disse er kommunale eksperter. Det bliver dog ikke i pakkerne præciseres, hvilke typer af eksperter, der har været en del af udformningen. Pakkerne indeholder anbefalinger, der skal hjælpe til det kommunale forebyggelsesarbejde. Pakkerne er opdelt i hæfter. Hæfterne er opdelt efter emne og indeholder anbefalinger, der appellerer til samtlige aldersgrupper og differentierer ikke mellem raske og syge borgere. Dog giver Sundhedsstyrelsens hjemmeside et overblik i form af samlinger af anbefalingerne

⁵² Regeringen 2011, 43

⁵³ <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Taler/KLs-sociale-temamoede-maj-2012.aspx>

⁵⁴ <http://jyllands-posten.dk/indland/ECE5365097/liberal-alliance-lavere-afgifter-pa-cigaretter/>

⁵⁵ <http://www.cancer.dk/Nyheder/nyhedsartikler/2012kv2/dyre+cigaretter.htm>

⁵⁶ <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Taler/KLs-sociale-temamoede-maj-2012.aspx>

målrettet en specifik målgruppe som eksempel *Ældre borgere* eller *Unge*. Overblikket er møntet på relevante ledere og medarbejdere.⁵⁷

I 2012 blev 9 pakker udgivet, og samtidig udgav Sundhedsstyrelsen yderligere et introduktionshæfte. De første hæfter, der blev udgivet, var; alkohol, fysisk aktivitet, mental sundhed, tobak og seksuel sundhed samt introduktionshæftet.⁵⁸

Forebyggelsespakkerne skal fungere som et værktøj for de kommunale aktører. Formålet med pakkerne er, at disse skal hjælpe til prioritering og kvalitetssikring af forebyggelsesarbejdet.⁵⁹ Pakkerne er udviklet i samarbejde med faglige eksperter, hvorfor der påpeges viden og faglighed bag pakkernes anbefalinger. Anbefalingerne er opdelt på to niveauer - grundlæggende indsatser og udviklingsindsatser. Forskellen er i forhold til, hvornår der kan ses resultater og hvor stor viden der er bag indsatserne. De grundlæggende indsatser er "relativt veldokumenterede", der er let adgang til de implicerede målgrupper og der forelægger "betydelige kommunale erfaringer". På udviklingsniveau er viden på området ikke så stærk og anbefalinger på dette niveau indebærer ofte, udvikling af kompetencer, samarbejde og opsøgende arbejde. Anbefalinger er inddelt i kategorier, der opdeler indsatserne, disse er; rammer, tilbud, informationsindsatser og undervisning samt tidlig opsporing.⁶⁰

Pakkerne indeholder, ifølge Sundhedsstyrelsen, tiltag, der er bevist effektive⁶¹;

"Effektiv vil sige, at indsatserne, der bygger på et varierende vidensniveau, er sammensat, så der er størst mulig sandsynlighed for at opnå den ønskede positive effekt på borgernes sundhed".

(Sundhedsstyrelsen - Introduktionspakken 2012, 18)

Gennem en række fælles retningslinjer, angivet af de forskellige pakker, er ambitionen, at pakkerne skal gøre det muligt for kommunerne at skabe ensartethed på forebyggelsesområdet.⁶² Dette har også været et ønske fra Danske Regioners side. I høringsvaret om Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker fra april 2012

⁵⁷ <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kommunal%20sundhedsplanlaegning/sst-FBpakker.aspx>

⁵⁸ <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kommunal%20sundhedsplanlaegning/sst-FBpakker.aspx>

⁵⁹ <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kommunal%20sundhedsplanlaegning/sst-FBpakker.aspx>

⁶⁰ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SSTIntro.pdf> , 16

⁶¹ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SSTIntro.pdf> , 18

⁶² <http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2012/ForebyggelseKommunerneStyrkesMedFagligePakker.aspx>

understregede Danske Regioner behovet for, at den kommunale indsats skulle give "kvalitetsløft og strømligning".⁶³

Som hjælp til kommunerne til at få forebyggelsespakkerne anbefalinger implementeret i praksis har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i 2012 afsat en pulje på 13 millioner kroner til et Center for Forebyggelse i Praksis. Målet med centret er at sikre den ensartethed og kvalitet, der er hensigten med pakkerne.⁶⁴

Ulighed i sundhed er gennemgående tema i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Ifølge introduktionshæftet har anbefalingerne i de forskellige pakker; "rammesættende indsatser, der har en effekt på hele befolkningens sundhedsadfærd og dermed også en stor effekt i forhold til ulighed".⁶⁵ Pakkerne indeholder dog også målrettede indsatser, hvis hensigt er at nå socialt udsatte borgere.⁶⁶

Ulighed i sundhed karakteriseres i Sundhedsstyrelsens introduktionshæfte til forebyggelsespakker som; "... klare sociale forskelle i forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed".⁶⁷ Usunde vaner ses mere ved socialt dårligt stillede borgere – set i forhold til indkomst og uddannelse. Ifølge tidligere udgivelser fra sundhedsstyrelsen (*Ulighed i sundhed – årsager og indsatser 2011* og *Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunerne gøre? 2011*) er rygning, alkohol og fysisk inaktivitet er nogle af de livsstilsområder, der særligt påvirker uligheden i sundhed.⁶⁸

Denne ulighed i sundhed har været en stigende tendens indenfor de sidste 20 år.⁶⁹ Det er en problematik, den nuværende sundhedsminister ønsker at løse. I en udtalelse fra slutningen af 2012 siger ministeren, at hun ønsker at komme den stigende ulighed til livs.⁷⁰ Sundhedsministeren anskuer den sociale ulighed som "et meget stort problem".⁷¹ Regeringen planlægger at udforme nationale mål om, hvordan den danske folkesundhed skal være om ti år. Et af regeringens mål vil også være "begrænsning af ulighed i sundhed".⁷²

⁶³ http://www.regioner.dk/~media/Mediebibliotek_2011/SUNDHED/Publikationer%20og%20h%C3%B8ringssvar/Danske%20Regioners%20h%C3%B8ringssvar%20om%20Sundhedsstyrelsens%20forebyggelsespakker.ashx

⁶⁴ <http://im.dk/Aktuelt/Nyheder/Forebyggelse/2012/November/regeringen-giver-13-mio-kr-til-nyt-forebyggelsescenter.aspx>

⁶⁵ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SSTIntro.pdf> , 5

⁶⁶ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SSTIntro.pdf> , 5

⁶⁷ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SSTIntro.pdf> , 11

⁶⁸ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SSTIntro.pdf> , 11

⁶⁹ Sundhedsstyrelsen 2011 (Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunerne gøre?), 5

⁷⁰ <http://www.sf.dk/presse/nyheder/2012/12/10/lige-sundhed-for-buschauff%C3%B8r-og-direkt%C3%B8r>

⁷¹ <http://politiken.dk/tjek/sundhedogmotion/ECE1626413/uddannelse-baner-vejen-for-et-langt-og-sundt-liv/>

⁷² <http://politiken.dk/tjek/sundhedogmotion/ECE1626413/uddannelse-baner-vejen-for-et-langt-og-sundt-liv/>

Der er også et økonomisk incitament for at reducere den sociale ulighed i sundhed. Tendensen resulterer, ifølge en publikation fra Sundhedsstyrelsen, i stigende udgifter på sundhedsområdet.⁷³ Den potentielle besparelse og gevinst på folkesundheden giver en årsag til det gennemgående tema i forebyggelsespakkerne – ulighed i sundhed.⁷⁴

Som tidligere nævnt er det blevet kommunernes ansvar at skabe sunde rammer for borgerne. Dog har flere kommuner ikke haft de nødvendige ressourcer eller den nødvendige viden til at klare denne opgave ifølge forskningschef på Anvendt Kommunal Forskning (AKF) og tidligere formand for Forebyggelseskommissionen Mette Wier. Hun er positiv over det store fremskridt, pakkerne skaber på forebyggelsesområdet. Derudover pointerer hun fordelene ved pakkerne, da disse fremhæver effektive tiltag, der dermed forhindrer ressourcespild for kommunerne.⁷⁵ KL's formand for Social og sundhedsudvalget Anny Winther anbefaler kommunerne, at bør gennemgå eksisterende forebyggelsesindsatser i forhold til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker og se om nogle indsatser ikke stemmer overens. Disse anbefales afviklet og ligeledes opfordres det fra KL, at; "... de kommuner, der endnu ikke har implementeret alle indsatser på grundniveau, begynder implementeringen i løbet af 2013".⁷⁶

I det nedenstående gennemgås to af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. De to udvalgte pakker er baseret på de to største sundhedsudfordringer for opgavens målgruppe; arbejdsløse. Derfor er anbefalinger relateret til eksempelvis børn og unge udelukket fra den følgende gennemgang. De udvalgte pakker er: Tobak og fysisk aktivitet.

Tobak

Forebyggelsespakken der omhandler tobak var en ud af de ni pakker, Sundhedsstyrelsen fremlagde i efteråret 2012. Pakkerne er opdelt i forhold til samme afsnit, der er i pakkerne.

Løbende vil der blive inddraget yderligere opstøttende empiri fra samme kilder, som forebyggelsespakkerne har refereret til. Dette er for at uddybe pointerne i forebyggelsespakkerne, hvorfor der ikke ændres noget af hensyn til betydning. Pakkerne er læsevenlige, men for at foretage en mere dybdegående analyse er det bagvedliggende materiale relevant. De publikationer der blandt andet bliver inddraget er *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark* og *Folkesundhedsrapporten* Begge af Statens Institut

⁷³ Sundhedsstyrelsen 2011 (Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunerne gøre?), 5

⁷⁴ <http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2012/ForebyggelsespakkerIHoering.aspx>

⁷⁵ <http://www.bt.dk/danmark/bred-kampagne-skal-pifte-den-lokale-kamp-for-sundhed-op>

⁷⁶ <http://www.kl.dk/Sundhed/Kommunerne-er-klar-til-at-bruge-forebyggelsespakker-id106537/>

for Folkesundhed. Resultaterne i disse rapporter er opnået gennem interview og datakilder som Dødsårsagsregistret, DANCOS, SUSY og Landspatientregistret.⁷⁷

Formål og antal rygere

Forebyggelse på tobaksområdet indebærer at begrænse andelen af rygere. Pakkens anbefalinger skal bruges til at udforme planer og indsatser, der har denne hensigt.

Den Nationale Sundhedsprofil fra 2010 viste, at ca. 21 pct. af den danske befolkning er rygere. Derudover er 5 pct. lejlighedsvis rygere og 28 pct. var forhenværende rygere. Den aldersgruppe hvori der er størst andel af rygere er aldersgruppen fra 50-59 år. Dette er tilfældet både for mændene og kvinderne.⁷⁸

Der er også 10 pct. af befolkningen, der bliver karakteriseret som "storrygere", dette betyder, at de ryger mere end 15 cigaretter om dagen. Yderligere er der en kategori af "smårygere" - disse ryger mellem 1-14 cigaretter om dagen.⁷⁹

En publikation fra Sundhedsstyrelsen i 2011 belyser sammenhængen mellem rygning og andre sygdomme, som kræft og risikoen for hjertesygdomme – hvor de mindre ressourcestærke grupper i samfundet har en større risiko. En undersøgelse fra 2008 viser, at der er et procentvis højere antal rygere ved de etniske minoriteter i Danmark.⁸⁰

En rygevaneundersøgelse fra 2011 viser, at cirka halvdelen af rygerne har planer om at stoppe med at ryge. Tallene varierer afhængig af år og forfatter – eksempelvis viser en undersøgelse fra Den Nationale Sundhedsprofil i 2010, at antallet af rygere der ønskede at stoppe var på ca. 70 pct.⁸¹ Der kan dog være faktorer, der gør det besværligt for personer at stoppe med at ryge. *Folkesundhedsrapporten* fra 2007 pointerer, at afhængighed af rygning kan resultere i at rygning bliver et middel til at opnå "nydelse og afslapning".⁸² Rygning kan dermed være en måde at kontrollere individets egne følelser på. Rygning bruges dermed også som et middel til at dæmpe ubehagelige følelser af stress og angst.⁸³ Dette støttes blandt andet op af Peder Bæk, formand for foreningen af Ledige Behandl Os Ordentligt. Han kommenterer i 2011 på en undersøgelse, der viste at arbejdsløse ryger mere end gennemsnittet. Han vurderer, at grunden kan være, at de arbejdsløse er under stort pres.⁸⁴

⁷⁷ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 86-87

⁷⁸ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 4

⁷⁹ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 87

⁸⁰ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 4-5

⁸¹ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 5

⁸² Statens Institut for Folkesundhed 2007, 229

⁸³ Statens Institut for Folkesundhed 2007, 229

⁸⁴ <http://www.information.dk/telegram/268789>

Omkostninger

Der er både omkostninger i forhold til folkesundheden og økonomiske omkostninger, som kan relateres til rygning.

Det er i udgivelsen *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark* blevet opgjort, at ca. 24 pct. af alle dødsfald i Danmark kan relateres til rygning.⁸⁵ Statens Institut for Folkesundhed opgjorde i 2012, at der hvert år dør ca. 14.000 danskere som følge af rygning og ca. 900 danskere som følge af passiv rygning. Halvdelen af rygerne dør, inden de når at blive 70 år.⁸⁶ I alt mistes der ca. 215.000 leveår i som følge af tobaksrelaterede dødsfald. Dette svarer til 15 leveår, der gennemsnitlig mistes for rygere. Dette resulterer også i tab i middellevetiden i forhold til personer, der aldrig har røget.

Storrygere forventes at miste mellem 8,5 – 10 år afhængig af køn og smårygere mister ca. 5 år – samme for begge køn. Forhenværende rygere forventes at miste mellem 1,5 -2,3 år – igen afhængig af køn. Overdødeligheden er højest i alderen 35-64 år, og størst hos storrygerne.⁸⁷

En amerikansk undersøgelse fremlagt i artiklen *The total lifetime health cost savings of smoking cessation to society* af Susanne Rasmussen et al. viser dog, at efter 16 års rygestop for rygere (der tidligere havde røget under 21 cigaretter) blev dødsrisikoen den samme, som personer der aldrig har røget.⁸⁸

Rygning øger risikoen for flere sygdomme – uanset mængde øges risikoen.⁸⁹ Udgivelsen *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark* viser, at risikoen øges afhængig af mængden af rygningen, debutalder, antal af år med rygning og tidspunktet for eventuelt rygestop.⁹⁰

Overlæge og chef for Center for Forebyggelse Torben Jørgensen pointerede i en artikel fra 2006, at flere der har gennemgået kurser om livsstilsændringer, ofte vender tilbage til det gamle mønster – dog er den midlertidige pause kunne ”udskyde livsstilssygdommene nogle år – og derved forhøjet livskvaliteten og sparet udgifter til medicin og hospitalsophold”.⁹¹

Sygdomsbyrden er også relevant i forhold til omkostninger. Prævalensen for langvarig belastende sygdom stiger med alder og mængden hos smårygere og storrygere i forhold til personer, der aldrig har røget. Der er flest storrygere, der lider af langvarig belastende sygdom, hvor dem med færrest er smårygerne. Mange

⁸⁵ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 87

⁸⁶ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 6

⁸⁷ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 89

⁸⁸ Rasmussen et al. 2005, 604

⁸⁹ Statens Institut for Folkesundhed 2007, 222

⁹⁰ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 86

⁹¹ <http://www.ftf.dk/magasinet-resonans/nummer/artikel/eksperter-samfundet-investerer-for-lidt-i-sundhed/>

eks-rygere har ligeledes langvarig belastende sygdom, årsagen til dette kan være differencen mellem mængden af rygning i denne gruppe.⁹² Rygere forventes dermed både at leve i færre år, samtidig med at muligheden for sygdom i disse leveår øges. Dette støttes op af Sundhedsstyrelsens udgivelse *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. Denne viser, at den forventede levetid for en person, der aldrig har røget er 53,6 år, hvoraf 11,6 af disse år forventes at være med sygdom. For rygere i alle kategorierne (storrygere, eks-rygere og smårygere) er restlevetiden lavere, men antal år med sygdom større – størst ved storrygere som er 13,4 år, eksrygere 14,5 år og smårygere 13,5 år.⁹³ Storrygere forventes at miste 10,5 færre leveår uden ”langvarige belastende sygdom” i forhold til de, der aldrig har røget før. Derudover har rygere ofte generelt ringere helbred og er oftere mere afhængig af hjælp i deres sidste leveår. *Folkesundhedsrapporten* viser yderligere, at rygere generelt vurderer egen livskvalitet som ringe.⁹⁴ Dette understøttes af *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*, hvor en tabel belyser antallet af kvalitetsjusterede leveår sammenlignet med forventet restlevetid. Dette er målt ud fra 25-årige, der tilhører de forskellige kategorier. Antallet af kvalitetsjusterede leveår (gode leveår) er størst ved aldrig rygere og lavest ved storrygere. Eksrygernes tal overstiger både storrygerne og smårygerne – 45,9 gode leveår sammenlignet med henholdsvis 38,9 år og 43,9 år.⁹⁵

Statens Institut for Folkesundhed opgjorde i 2012, at sundhedsvæsenet udgifter forbundet med rygning medfører et årligt merforbrug på 3,5 mia. kr. per år. Yderligere resulterer rygning i produktionstab, da rygning medfører sygefravær, førtidspension og tidlig død. Tal fra 2006 viser, at rygere har ca. 2,7 millioner ekstra kontakter til deres praktiserende læge om året og at rygere (og forhenværende rygere) har 150.000 ekstra indlæggelser – ligeledes opgjort på årsbasis. Arbejdsmarkedet mærker også effekten af rygning, da dette resulterer i mere end 2,5 mio. fraværsdage fra arbejdsmarkedet.⁹⁶

Kommunernes omkostninger forbundet med rygning svarer til 9,8 mio. kr. årligt for en kommune på gennemsnitlig størrelse. Derudover medfører rygning udgifter på førtidspension. Tal fra 2012 viser, at 3657 førtidspensionister er blevet dette som følge af rygning.⁹⁷ Tidligere tal på samme type undersøgelse har vist, at det særligt er storrygerne, der udgør en stor del af førtidspensionister, hvor rygning er en faktor.⁹⁸

En artikel udgivet i 2005 i *European Journal of Public Health* udformet af Susanne R. Rasmussen belyser, at de forventede kommunale besparelser ved et vellykket rygestop - afhængig af hvornår rygestoppet lykkes.

⁹² Statens Institut for Folkesundhed 2006, 89-90

⁹³ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 90

⁹⁴ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 6

⁹⁵ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 91

⁹⁶ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 7

⁹⁷ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 9

⁹⁸ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 95

Hvis en 35-årig mand stopper med at ryge, giver det en økonomisk besparelse på 28.400 kr. årligt, stopper han først som 50-årig mindskes besparelsen til 12.800 kr. Et rygestop i en sen alder udløser også en kommunal besparelse, dog igen mindre end de foregående. Stoppes der som 65-årig er besparelsen 3700 kr.⁹⁹. En anden artikel af KR Olsen *Cost-effectiveness of the Danish smoking cessation interventions: Subgroup analysis based on the Danish Smoking Cessation Database* fra 2006 har vurderet, at omkostningerne (gennemsnitlige) for et rygestoptilbud er 10.100 kr. pr. vundne leveår – besparelserne er dog ikke indregnet heri.¹⁰⁰

Foruden de finansielle omkostninger foranlediget af rygning, der er repræsenteret i pakken, viser det understøttende materiale også, at tidlig død resulterer af rygning er omkostningsfuldt. Tal fra 2006 viser, at omkostningerne relateret til tidlig død øges med 575 mio. kr.¹⁰¹

Lovgivning og rammer

Et EU direktiv fra 2001 resulterede i, at der ved dansk lov i 2002 blev fastsat grænseværdier for indholdet i cigaretter, indholdet af nikotin, tjære og kulilte skal stå uden på pakken samt advarsler ligeledes uden på pakken.¹⁰² Retorikken i advarslerne er siden blevet skærpet – dette skete i 2011.¹⁰³

I 2007 kom loven om røgfri miljøer - denne blev yderligere revideret i 2012. Loven om røgfrit miljø indebærer, at rygning ikke er tilladt indenfor på for eksempel arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner, serveringsteder samt kollektive transportmidler. Fra august 2012 er det forbudt at ryge på uddannelsesinstitutioner, der optager unge under 18 år – dette gælder matriklen og både voksne, ansatte og de unge. Der er dog undtagelser til rygeforbuddet - for eksempel arbejdspladser, hvis der anskaffes rygekabine eller lignende. Ligeledes må der ryges på serveringsteder, hvis disse er under 40 m².¹⁰⁴ Denne lov har blandt andet haft til formål at reducere udsættelsen for passiv røg.¹⁰⁵

I 2008 blev det forbudt i Danmark at sælge tobak til unge under 18 år. Samme år blev det ligeledes forbudt at reklamere for tobak¹⁰⁶, der er dog undtagelser til dette forbud som eksempelvis prisskilte.¹⁰⁷

Der er altså en aldersgrænse, der gælder indkøb af tobak og ligeledes er der i Danmark ved lovgivning gennemført restriktioner på tobaksområdet – der begrænser hvor der må ryges.

⁹⁹ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 9

¹⁰⁰ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 9

¹⁰¹ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 96

¹⁰² <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=121336>

¹⁰³ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=135884>

¹⁰⁴ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> 10

¹⁰⁵ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=11388>

¹⁰⁶ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> 10

¹⁰⁷ <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=121329>

Ifølge rygestopbasen har 87 ud af landets 98 kommunerne som minimum et rygestopkursus. Sundhedsstyrelsen vurderer, at der er ca. 8.000 uddannede rygestoprådgivere i Danmark. Fra årene 2009-2011 modtog ca. 1.000 personer Kræftens Bekæmpelse grundkursus som rygestoprådgiver. Ifølge Sundhedsstyrelsens forventes en gennemsnitlig størrelse kommune at nå 400-500 borgere med et rygestoptilbud.¹⁰⁸

Vidensgrundlag

Det vidensgrundlag der arbejdes med i Danmark har udgangspunkt i WHO's rammekonvention *Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)* – som Danmark tilsluttede sig i 2004. Denne forpligter de implicerede lande til at arbejde med de ”mest effektive instrumenter for at begrænse brugen af tobak”. Disse instrumenter er bevist effektive, og involverer blandt andet; forbud og afgifter samt tilbud og information.

En vurdering fra WHO i ”*The World Health Report 2002*” lyder, at en 10 pct. stigning i pris på cigaretter vil sænke forbruget af tobak med 4-6 pct. I 2003 resulterede en ændring i toldreglerne, at prisen på cigaretter i Danmark faldt.¹⁰⁹

WHO's rammekonvention anbefaler, at indsatser på tobaksområdet skal iværksættes på flere niveauer og at indsatserne er omfattende og spiller sammen. Centrale elementer der anbefales indebærer; fremme af rygestop, fremme af røgfri miljøer og forebyggelse af rygestart. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om tobak anerkender, at udgangspunktet i det danske forebyggelsesarbejde er i henhold til FCTC.¹¹⁰

Anbefalingerne

Forebyggelsespakken om tobak er inddelt i fire indsatsområder; Rammer, Tilbud, Informationsindsatser og undervisning samt tidlig opsporing. Hvis kommunerne har begrænsede ressourcer, anbefales det af Sundhedsstyrelsen, at koncentration bør være rettet mod de indsatser, der omhandler rammer og rygestop – dette gælder også tidlig opsporing.

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker og de faglige eksperter bag anbefaler følgende grundlæggende indsatser. Anbefalingerne i kategorien ”rammer” indebærer en tobakspolitik samt skabelsen af røgfri miljø indendørs.

Indsatser der vil have effekt på længere sigt – altså anbefalinger på udviklingsniveau, er røgfri matrikler på alle kommunens ejendomme og røgfrihed i arbejdstiden. Anbefalinger på rammeområdet involverer også,

¹⁰⁸ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 28

¹⁰⁹ Statens Institut for Folkesundhed 2007, 230

¹¹⁰ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 11

at der iværksættes opsøgende og systematiske indsatser, der ligeledes har langsigtede effekter. Disse indebærer, at kommunen skal udbrede tendensen til røgfri miljøer både inden – og udendørs. Derudover skal kommunen udføre lignende indsatser på ikke-kommunale arbejdspladser. Formålet er at sprede kendskab om røgfri miljøer og få indført tobakspolitikker.¹¹¹

Der er også udformet en række anbefalinger i pakken omkring rygestoptilbud. Her anbefales, at der primært enten henvises til nationale rygestopkurser eller at kommunen udbyder såkaldte reaktive rygestoptilbud. Disse tilbud kører løbende og er åbne for alle interesserede. En anden anbefaling på grundniveau indebærer rekruttering og målrettede tilbud. Der er nogle grupperinger i samfundet, der er mere sårbare med henblik på rygning eller har en høj rygeprævalens – dette er blandt andet borgere på overførselsindkomster, kortuddannede og etniske danskere. Til disse grupper anbefales opsøgende indsatser. På udviklingsniveau inddrages opsøgende indsatser i både boligmiljøer med højt antal af rygere samt udvalgte private arbejdspladser.¹¹²

Der er også en række anbefalinger, der henvender sig til information og undervisning. Her menes, at kommunerne grundlæggende skal understøtte nationale kampagner om rygning og dele information om nationale rygestoptilbud til borgerne i den pågældende kommune. Derudover anbefales det at informere kommunale institutioner og fritidsmiljøer omkring fordelene ved røgfri miljøer. Hvis dette ønskes udviklet, anbefales selvstændige kampagner og informationsindsatser rettet mod kommunens borgere og løbende information og samarbejde med lokale foreninger. Samarbejde med kommunens lokale foreninger er en indsats på udviklingsniveau.¹¹³

Ifølge Sundhedsstyrelsen er tidlig opsporing et af de punkter, der bør være fokus på - på trods af eventuelle manglende ressourcer. Et forslag fra Sundhedsstyrelsen er, at der etableres et samarbejde med de praktiserende læger, tandplejer og sundhedsplejersken, så disse kan henvise til materiale og eventuelle kommunale rygestoptilbud.¹¹⁴

¹¹¹ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 16-17

¹¹² <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 18-19

¹¹³ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 20-21

¹¹⁴ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 22-23

Kompetencer og monitorering

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at indsatsen på tobaksområdet bliver koordineret af en person, der som minimum besidder uddannelsen som rygestoprådgiver. Det er også vigtigt, at de ansatte, der er involveret i indsatsen på tobaksområdet, løbende udvikler sig og opbygger de nødvendige kompetencer.¹¹⁵

Monitorering kan, ifølge pakken, foregå ved hjælp af Den Nationale Sundhedsprofil – her kan udviklingen følges, da Sundhedsstyrelsen udarbejder en ny publikation med nye tal hvert fjerde år. Derudover kan kommunerne tilmelde sig Rygestopbasen. Gennem denne kan kommunerne tilmelde individer og grupper, og derefter få årlige resultater om resultaterne. Den sidste mulighed, der opstilles i pakken, er, at kommunerne kan betale STOPlinjen til opfølgning og registrering i Rygestopbasen.¹¹⁶

Fysisk aktivitet

Forebyggelsespakken om fysisk aktivitet var også en af de første pakker, Sundhedsstyrelsen udkom med i 2012. Fysisk aktivitet i dette henseende omhandler al bevægelse, der øger energiomsætningen. Fysisk aktivitet skal ansues som primær forebyggelse i forhold til de anbefalinger, pakken indeholder. Derfor er fysisk aktivitet, som er en del af genoptræning eller behandling ikke en del af anbefalingerne i pakken.¹¹⁷

Der vil ligeledes blive inddraget de kilder, Sundhedsstyrelsen har benyttet som referencer til udformningen af pakken. Dette indebærer udgivelsen *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark og Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne – dokumentation af effekt og omkostningseffektivitet*. Dette er for at kunne lave en mere dybdegående analyse senere i opgaven. Det varierer, hvor fysisk aktivitet måles – om det er i fritiden eller på arbejde, nogle gange inddrages også selvrapporteret oplysninger eller data fra fitnesscentre. I udgivelsen *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark* er resultaterne erfaret gennem et spørgeskema, altså selvrapportering og datakilder som Dødsårsagsregistret, DANCOS, SUSY og Landspatientregistret. Personer der er ikke mobile er blevet ekskluderet i forhold til resultaterne.¹¹⁸

Formål og antal fysisk inaktive

Forebyggelsespakken om fysisk aktivitet har til formål at forebygge sygdom, bevare funktionsevne og understøtte trivsel gennem fysisk aktivitet. Kommunerne skal, ved hjælp af anbefalingerne, hjælpe borgerne med dette ved at skabe gode rammer og muligheder for fysisk aktivitet. På grund af den store diversitet i befolkningens muligheder og behov med henblik på fysisk aktivitet, påpeger Sundhedsstyrelsen i denne publikation, at det er nødvendigt med indsatser, der indeholder stor variation.

¹¹⁵ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 24

¹¹⁶ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf> , 27

¹¹⁷ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf> , 4

¹¹⁸ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 148-149

Ifølge forebyggelsespakken er 28 pct. af voksne danskere moderat eller hårdt fysisk aktive i minimum fire timer om ugen. Der er en forskel i antallet mellem beskæftigede og arbejdsløse – andelen af beskæftigede, der er moderat eller hårdt fysisk aktive er 31 pct., hvor andelen ved de arbejdsløse er 20 pct. og førtidspensionister er 9 pct.¹¹⁹.

Aktivitetsniveau i Danmark er i rapporten *Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne – dokumentation af effekt og omkostningseffektivitet* af Højgaard et al. i 2006 blevet karakteriseret som havende variation i forhold til de sociale klasser. I samme rapport er fysisk inaktivitet blevet sidestillet med rygning med henblik på at være en væsentlig risikofaktor for helbredet.¹²⁰ Fysisk aktivitet er bevist at have en forebyggende effekt på flere sygdomme, der ofte ses hos danskere. Dette gælder hjertekarsygdomme, type-2 diabetes og tyktarmskræft.¹²¹ Ligeledes påviser rapporter af Højgaard et al., at fysisk aktivitet har indflydelse på blodtryk, vedligeholdelse af vægt og knogler samt en gavnlig effekt på psykisk og socialt velvære.¹²²

Ifølge Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om fysisk aktivitet er der i en gennemsnitskommune ca. 6400 borgere på 16 år eller derover, der ikke er fysisk aktive i fritiden – heraf ønsker ca. 4400 at blive det. Dette svarer til ca. 71 pct.¹²³

Omkostninger

Der vil blive inddraget omkostninger for folkesundheden i det følgende afsnit, dette indebærer blandt andet antal dødsfald relateret til fysisk inaktivitet, tab af middellevetiden samt sygdomsrelaterede tab. Derudover inddrages også de økonomiske omkostninger for samfundet i forhold til inaktivitet.

Grundet fysisk inaktivitet mistes årligt 50.000 leveår, som følge af dødsfald og 4500 færre dødsfald. Dette er opstillet i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om fysisk aktivitet.¹²⁴ Det er taget fra rapporten *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark* fra 2006. Rapporten indeholder tabeller, der belyser effekten af inaktivitet. Udgivelsen belyser yderligere, at størstedelen af dødsfaldene sker for personer over 65 år.¹²⁵

Forebyggelsespakken belyser, at der tabes ca. 5 år af middellevetiden som følge af fysisk inaktivitet, disse tal stammer ligeledes fra førnævnte udgivelse.¹²⁶

Der er flere sundhedseffekter relateret til fysisk inaktivitet – sandsynligheden for at få langvarig belastende sygdom stiger med alderen og er større ved fysisk inaktive i forhold til aktive. Heri indgår ikke de personer,

¹¹⁹ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf> , 5

¹²⁰ Højgaard et al. 2006, 61

¹²¹ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf> , 4

¹²² Højgaard et al. 2006, 61

¹²³ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf> , 8

¹²⁴ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf> , 6

¹²⁵ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 150

¹²⁶ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf> , 6

der har eksisterende kroniske sygdomme. Dette svarer til ca. 46.000 personer med en langvarig belastende sygdom – der svarer til 4 pct. af alle syge.¹²⁷

Udgivelsen *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark* viser i en tabel, at den forventede restlevetid for en 25-årig aktiv mand er 53,2 år – tallet reduceres ved en inaktiv 25-årig mand 47,9. Dette er en forskel på ca. 5 år og det samme variation findes også hos kvinderne, deres restlevetid er dog generelt højere end mændenes. Forventede restlevetid uden sygdom viser, at inaktive kan forvente 33, 5 år, hvor aktive kan forvente 41,8 år. Ud af den forventede restlevetid forventes ca. 11 år af disse at være med sygdom ved de aktive, og 14,3 år ved inaktive. Levetiden forventes dermed både reduceret og antallet af syge år forventes at være højere.¹²⁸ Kvalitetsjusterede leveår – disse betegnes som gode leveår falder også i takt med aktivitetsniveauet. For inaktive mænd vurderes dette til at være 41,9 år i forhold til aktive, hvor tallet er 48,6 år, samme tendens kan anskues ved kvinderne.¹²⁹

Ifølge Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om fysisk aktivitet belyser, at der kan spares sundhedsomkostninger, hvis inaktive kan blive moderat aktive. Det vil resultere i 2,6 mio. færre henvendelser til egen læge, og ca. 100.000 færre hospitalsindlæggelser. Disse informationer stammer også fra udgivelsen *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*.¹³⁰

Pakken angiver, at sundhedsvæsenets omkostninger forbundet med fysisk inaktivitet i 2005 blev opgjort til 2.883 mio. kr. Fremadrettet vurderes omkostningerne til at være 3.468 mio. kr., når befolkningstilvæksten bliver indregnet. Det vil også, ifølge Sundhedsstyrelsen, have en effekt på andre fagområder for eksempel vil det resultere i 3,1 mio. færre fraværsdage fra arbejdsmarkedet, hvis inaktive bliver moderat aktive. Det er ligeledes belyst i forebyggelsespakken, at inaktivitet kan føre til førtidspension. I forebyggelsespakken er tallene for førtidspension relateret til inaktivitet ca.1266.¹³¹ For tidlig død med inaktivitet som årsag giver også sundhedsvæsenet en omkostning på 140. mio. kr., dog resulterer det også i en mulig besparelse i forhold til fremtidige sundhedsudgifter.¹³²

Sundhedsstyrelsen angiver, at de kommunale omkostninger forbundet med fysisk inaktivitet for en gennemsnitskommune er 9,6 mio. kr. årligt. Dette er fra et internt notet af Statens Institut for Folkesundhed – *Estimering af niveauet for de samfundsmæssige omkostninger i 2012*. Dette er udformet på baggrund af udgivelsen *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*.¹³³ Det er muligt at spare på dette

¹²⁷ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 152

¹²⁸ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 153

¹²⁹ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 154

¹³⁰ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>, 7

¹³¹ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>, 7

¹³² Statens Institut for Folkesundhed 2006, 158

¹³³ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>, 9 +27

område, såfremt de inaktive bliver moderat aktive, endnu mere hvis aktivitetsniveauet bliver højt og forbliver dette hele livet. Deri ligger en udfordring, hvor viden omkring vedligeholdelse er mangelfuld.¹³⁴

Lovgivning og rammer

Den lovgivning der omhandler fysisk aktivitet er indskrevet i andre love end sundhedsloven. I planloven forefindes retningslinjer for opførelse af faciliteter, der skal benyttes til fysisk aktivitet. I Folkeoplysningsloven sikres tilskud til lokale idrætsforeninger, samt kravet til kommunerne om at stille faciliteter til rådighed for blandt andet de lokale idrætsforeninger.¹³⁵

Sundhedsstyrelsen har tidligere udstukket nogle generelle anbefalinger om, hvor meget børn og voksne burde bevæge sig. Voksne i alderen 18-64 år bør være fysisk aktiv med moderat til høj intensitet i minimum 30 minutter om dagen. De 30 minutters aktivitet bør være andet end daglige rutiner. Derudover bør voksne to gange om ugen 20 minutter udøve fysisk aktivitet med højt intensitetsniveau.¹³⁶

Udgivelsen *Fysisk aktivitet og sundhed i Europa – Evidens og handling* vurderer, at det virker til at fysisk aktivitet er ved at forsvinde ud af folks måder at leve på. Deres eksempler er stillesiddende jobs, stillesiddende aktiviteter samt bilkørsel. Yderligere eksempler kan være elevatorer og rulletrapper – det er blevet nemmere at undgå at være fysisk aktiv. Samme rapport nævner at; ”Deltagelse i fysisk aktivitet i fritiden har en tendens til at være direkte forbundet med socioøkonomisk status”.¹³⁷ Udgivelsen vurderer, at fattige mennesker har mindre fritid, dårligere adgang til faciliteter samt boligforhold, der ikke appellerer til fysisk aktivitet.¹³⁸ Denne udgivelse har også opstillet anbefalinger til fysisk aktivitet fordelt på forskellige målgrupper – disse vil også blive kort inddraget i analysen.¹³⁹

Vidensgrundlag

Sundhedsstyrelsen har i alle forebyggelsespakkerne benyttet sig af den bedste viden omkring de forskellige områder på daværende tidspunkt. Dette har til hensigt at skabe ”en systematisk og effektiv forebyggelsesindsats”.¹⁴⁰ Dette indebærer, at kommunerne arbejder ud fra samme mål og ud fra samme metoder samt at viden bag anbefalingerne er varieret for at opnå den bedste effekt.¹⁴¹

Evidensen bag denne forebyggelsespakke bygger på flere forskellige kilder. Der er materiale fra kontrollerede studier og publikationer, som blandt andet benytter sig af konsensusudtalelser og

¹³⁴ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>, 9

¹³⁵ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>, 10

¹³⁶ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>, 14

¹³⁷ Sund By Netværket 2006, 22-23

¹³⁸ Sund By Netværket 2006,, 23

¹³⁹ Sund By Netværket 2006,, 12

¹⁴⁰ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SSTIntro.pdf>, 18

¹⁴¹ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SSTIntro.pdf>, 18

erfaringsopsamlinger. Nogle af anbefalingerne har ikke stor evidens bag sig, men er inddraget som følge af vurdering fra Sundhedsstyrelsen.¹⁴²

Generelt er der ikke stor viden omkring effektive tiltag på dette område - særligt når det gælder den voksne målgruppe. Det tyder dog på, at de fysiske omgivelser har en effekt på aktivitetsniveauet. Viden om fysisk aktivitet, der er bedst underbygget, omhandler skolebaserede indsatser – heri ligger en anbefaling om prioritering af disse. Tiltag med andre målgrupper anbefales at blive fulgt op med evaluering og monitorering.¹⁴³

Anbefalinger

Ligesom tidligere er anbefalingerne til forebyggelse på området fysisk aktivitet opdelt i fire typer af indsatser. Disse er rammer, tilbud, information og undervisning samt tidlig opsporing. Der vil i analysen blive inddraget anbefalinger, der er udviklingsindsatser. Dette er på grund af manglede indsatser på grundlæggende niveau, der kan have relevans til opgavens målgruppe.

En anbefaling til kommunerne er at indarbejde fysisk aktivitet i den kommunale sundhedspolitik. Der skal igennem dette opstilles konkrete mål for borgernes fysiske aktivitet både på det overordnede politiske plan og i kommunens øvrige politikker og planer. Derudover skal aktiv transport fremmes i kommunen. Dette skal ske gennem forbedring af blandt andet kommunens cykelstier og fortov. Borgerne i den pågældende kommune skal også sikres let adgang til diverse idrætsfaciliteter. En videreudvikling af dette vil være eksempelvis målrettet at indrette specielle arealer til ældre – dette er en indsats på udviklingsniveau.¹⁴⁴

På de kommunale arbejdspladser anbefales at skabe en informationsplatform, hvor de ansatte kan få informationer omkring at træffe det sunde valg i forskellige henseende, som for eksempel aktiv transport.¹⁴⁵

Anbefalingerne i kategorien tilbud er på udviklingsniveau – der er kun opstillet en anbefaling på grundlæggende niveau og denne er rettet mod børns motoriske evner. Dette indebærer, at der er mindre viden bag anbefalingerne, samtidig med at det kan kræve flere ressourcer. Det anbefales, at kommunerne opretter aktive tilbud til fysisk inaktive borgere i samarbejde med borgerne og frivillige foreninger. Kommunen anbefales også at lave unikke tilbud til borgere med specielle behov og forudsætninger – som

¹⁴² <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>, 11

¹⁴³ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>, 11

¹⁴⁴ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>, 16-17

¹⁴⁵ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>, 19

for eksempel til overvægtige borgere, psykisk syge eller arbejdsløse. Disse tilbud vil ikke have en øjeblikkelig effekt, men en langsigtet.¹⁴⁶

Sundhedsstyrelsen påpeger, at det kan have en effekt, at skolerne og de kommunale arbejdspladser støtter op om de nationale kampagner, der har fokus på fremme af fysisk aktivitet. En yderligere anbefaling på udviklingsniveau er, at kommunen har en oversigt tilgængeligt for borgerne, der indeholder alle organiserede og ikke organiserede muligheder for fysisk aktivitet.¹⁴⁷

Kompetencer og monitorering

Ifølge Sundhedsstyrelsen er kompetencerne af de kommunale ansatte knyttet til området vigtige. Sundhedsstyrelsen har opstillet en række grundlæggende kompetencer i pakken, der vurderes som relevante i denne forbindelse. Der er i alt ti, et uddrag af disse er; basal træningsfysiologi, viden om organisering og planlægning af fysisk aktivitet for specifikke målgrupper og kendskab til bevægelsespolitikker i kommunen.¹⁴⁸

Til hjælp med kommunernes arbejde med henblik på fysisk aktivitet, nævnes dokumentation som en mulig indikator og monitorering af tiltagens effekt. Der anbefales også at opstille procesindikatorer, der kan måle udviklingen indenfor implementeringen af anbefalingerne.¹⁴⁹ Arbejdsløse

I 2012 var der ca. 161.000 ledige, der modtog enten dagpenge eller kontanthjælp i Danmark. Ud af disse karakteriseres ca. 42.000 som "aktiverede". De ca. 161.000 ledige er opgjort som brutto ledige – det er de ledige, der modtager enten dagpenge eller kontanthjælp, men der er klar til at arbejde. Begge tal viser, at der er sket en stigning i denne gruppe indenfor de sidste fem år.¹⁵⁰ Ifølge Danmarks statistik har antallet af bruttoledige været svingende de sidste 5 år. I forhold til for fem år siden er antallet af ledige steget, hvis der ses bort fra 2010, hvor ledigheden var på sit højeste i de fem år.¹⁵¹

Ligeledes er antallet af arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse næsten fordoblet siden 2007. Tallet ligger i 2012 på ca. 13 pct. i forhold til 2007, hvor tallet var 6,9 pct.. I forhold til den generelle arbejdsløshed er andelen af arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse højere.¹⁵²

Ifølge Sundhedsprofil2010 har arbejdsløse og førtidspensionister, flere vanskeligheder end de beskæftigede, når det kommer til livsstil og sundhedsadfærd. Tallene viser, at de ikke er lige så sunde. Det

¹⁴⁶ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>, 21

¹⁴⁷ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>, 22

¹⁴⁸ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>, 24

¹⁴⁹ <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>, 26

¹⁵⁰ <http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/arbejdsloeshed/registreret-ledighed.aspx>

¹⁵¹ <http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/arbejdsloeshed/registreret-ledighed.aspx>

¹⁵² <http://www.business.dk/oekonomi/krisen-rammer-lavtuddannede-haardt>

viser sig ved, at 35,6 pct. af de arbejdsløse ryger dagligt, hvor de beskæftigedes andel af daglige rygere var 19,7 pct. Ligeledes er 23,3 pct. af de arbejdsløse storrygere, hvor andelen af de beskæftigede i samme kategori er 10,8 pct.¹⁵³

Fysisk inaktivitet er også et område, hvor de arbejdsløse og førtidspensionister har høje tal. Andelen af arbejdsløse, der er stillesiddende i deres fritid er 21,9 pct. i forhold til de beskæftigede, hvor andelen er 11,8 pct. På områder som usundt kostmønster er arbejdsløse ligeledes procentvis mindre end beskæftigede - 10,3 pct. mindre.¹⁵⁴

Tal fra ny forskning i 2007 viste, at arbejdsløse har en højere dødelighed end personer, der er i beskæftigelse og arbejdsløse har generelt værre helbred end beskæftigede. Der kan være en mulighed for omvendt kausalitet - at man bliver arbejdsløs, fordi man er syg. Dette har denne forskning dog betragtet som en mulighed, og derfor lavet en kontrolgruppe af beskæftigede med samme "karakteristika som de arbejdsløse".¹⁵⁵ En metaundersøgelse foretaget fra årene 1985-2002 viste ligeledes, at fysisk og mental sundhed samt tilfredshed med livet over tid blev forringet, når man mistede sit job.¹⁵⁶

En engelsk undersøgelse påpeger, at sammenhængen mellem arbejdsløshed og dårligt helbred er koblet til to elementer; de psykologiske konsekvenser og de økonomiske.¹⁵⁷ Et eksempel på hvordan det psykologiske aspekt kan have en stor effekt på individets sundhed kan være, hvis personen ikke mener, at det er særlig realistisk at komme i arbejde igen. I sådanne tilfælde kan effekten på helbred og livskvalitet blive større.¹⁵⁸

Disse aspekter kan i høj grad relateres til langtidsløse, der længe har søgt job, men endnu ikke har fået det. Ligeledes kan det antages at den store stigning i arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse er et tegn på, at det i dag kræver større uddannelse for at begå sig på arbejdsmarkedet. Disse arbejdsløse kan muligvis også få det svært ved at indtræde på arbejdsmarkedet igen, hvilket kan have betydning for deres sundhed.

De økonomiske konsekvenser kan være begrænset i Danmark som følge af den danske arbejdsmarkedsmodel. Den mobilitet og de økonomiske fordele modellen tilbyder, kan være medvirkende til at reducere stressfaktoren ved tab af arbejde.¹⁵⁹ Men mindskes indkomstsikkerheden kan stressen

¹⁵³ <http://www.sundhedsprofil2010.dk/Pages/Home.aspx>

¹⁵⁴ <http://www.sundhedsprofil2010.dk/Pages/Home.aspx>

¹⁵⁵ http://www.akf.dk/nyheder/akfnyt/2007_1/05_farligt_arbejdsloes/

¹⁵⁶ Borg 2007, 13

¹⁵⁷ <http://www.oxfordscholarship.com.zorac.aub.aau.dk/view/10.1093/acprof:oso/9780199588299.001.0001/acprof-9780199588299-chapter-005>, 106

¹⁵⁸ Borg 2007, 12

¹⁵⁹ Sundhedsstyrelsen 2011 (Ulighed i sundhed –årsager og indsatser), 76

genopstå. Derudover kan en svækkelse af den danske arbejdsmarkedspolitik gøre det mere besværligt for de kortuddannede at blive en del af arbejdsmarkedet.¹⁶⁰ Denne udsigt kan også have en psykologisk effekt på individets generelle helbred.

I 2010 blev muligheden for at modtage dagpenge sænket fra 4 år til 2 år samtidig med at genoptjeningen af dagpenges timer øget med knap 1000 timer.¹⁶¹ Dette indebærer, at ca. 19.200 personer har mistet retten til dagpenge i 2013 indtil videre. Dette tal er angivet i en artikel fra juni 2013 af AK-samvirke.¹⁶² Det nye dagpengesystem gør de ledige stressede, det belyser en undersøgelse foretaget af Analyse Danmark for Ugebrevet A4 i 2012. Artiklen viste også, at nogle ledige der stod til at falde ud af dagpengesystemet havde fysisk symptomer.¹⁶³ Formanden for de praktiserende læger Henrik Dibbern udtalte i en artikel i BT i juni 2013, at; "Det er en stressbelastning for både krop og sind at være ledig, og så stiger risikoen for at blive syg ... Arbejdet betyder alfa og omega i vores kultur og er muligvis den vigtigste enkeltfaktor i forhold til identitet og økonomi. Så det kan sagtens påvirke helbredet".¹⁶⁴

Individets sociale baggrund har også en effekt på dennes sundhed. Dette viser *udgivelsen Sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte borgere - analyse af SUSY data om sundhed hos arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, førtidspensionister samt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering*. Det varierer, hvilke ressourcer folk har til at føre en sund livsstil. Dette kan også anskues i uligheden i sundhed, da denne er koblet sammen med uddannelsesniveau, indkomst samt tilknytning til arbejdsmarkedet.¹⁶⁵

I det ovenstående er arbejdsløshed og den overordnede effekt af dette på individets helbred blevet gennemgået. Ifølge tal fra 2010 ryger arbejdsløse gennemsnitlig mere end beskæftigede, samtidig med de har mere usund kost og bevæger sig mindre. Der er udvalgt to af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker – disse er udvalgt ud fra de sundhedsudfordringer, den udvalgte målgruppe kæmper med. Disse er centreret omkring sundhedsadfærd.

Arbejdsløse har generelt forringede vilkår i forhold til resten af den danske befolkning. Arbejdsløses investering i eget helbred viser i 2005, at arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse ikke aktivt forsøger at bevare eller forbedre eget helbred i forhold til den generelle befolkning. Tallet er ca. 10 pct. lavere i forhold til resten af befolkningen, og det er faldet i forhold til lignende undersøgelse foretaget i år 2000.¹⁶⁶

¹⁶⁰ Sundhedsstyrelsen 2011 (Ulighed i sundhed – årsager og indsatser), 77

¹⁶¹ <http://www.lederne.dk/lho/Nyheder/aktuelt/aktuelt2010/dagpengeperiodenforkortes.htm>

¹⁶² <http://www.ak-samvirke.dk/nyheder/19200-mistet-dagpengene>

¹⁶³ http://www.ugebreveta4.dk/da/2012/201204/Mandag/Stop_for_dagpenge_goer_ledige_syge.aspx

¹⁶⁴ <http://www.bt.dk/danmark/arbejdsloese-bliver-mere-og-mere-syge>

¹⁶⁵ Sundhedsstyrelsen 2008, 19

¹⁶⁶ Sundhedsstyrelsen 2008,19

Der er flere eksperter, der har formuleret løsningsforslag for at få reduceret antallet af rygere i Danmark. En af disse er Knud Juel, seniorforsker ved Statens Institut for Folkesundhed. Han vurderede i juni 2011, at "Vi har lavet massevis af oplysnings- og skræmmekampagner, så jeg tror, at den eneste mulighed er at få middellevetiden op ved hjælp af restriktioner". Han pointerer yderligere, at man i Danmark har været langsom i forhold til at bruge reguleringer til at løse problemerne.¹⁶⁷

I marts 2013 nævnes det i en artikel fra Politiken, at det i høj grad er de højtuddannede, der handler ud fra oplysningskampagner og sundhedsmæssige budskaber, hvor de lavt uddannede ikke reagerer på samme måde.¹⁶⁸ Knud Juel har også understreget, at rygeloven har haft en effekt på dem i arbejde og som gerne vil stoppe med at ryge. Røgfrie arbejdspladser har givet denne gruppe et skub, men "Arbejdsløse er ikke under den samme regulering".¹⁶⁹

Livsstilseksperter Henrik Byager udtaler i en artikel i Politiken i maj 2012, at; "... der er også en del af befolkningen, der føler sig afmægtige eller ligeglade med budskaberne om at leve sundt...".¹⁷⁰

Sundhedsstyrelsen har i udgivelsen *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser* vurderet, at afgifter og strengere lovgivning vil have en effekt på uligheden på tobaksområdet.¹⁷¹

Det er bekendt i kommunerne, at der er et behov for, at de arbejdsløse skal bevæge sig mere. I et forsøg på at få ændret de arbejdsløses motionsvaner, har nogle kommuner valgt at gøre idræt obligatorisk i forbindelse med aktiveringsprojekterne.¹⁷² Dette er et eksempel på, hvordan kommunen kan gøre noget aktivt for at påvirke de arbejdsløses sundhedsvaner.

Tallene viser, at arbejdsløse er sundhedsmæssigt ringere stillet end beskæftigede. Der er flere rygere og fysisk inaktive blandt de arbejdsløse. Målgruppens erhvervmæssige status giver anledning til stress. Dette kan især være gældende for de mindre uddannede og langtidsledige. Tendensen virker til at være yderligere forstærket af den nye dagpengereform.

Ekspert på området anbefaler restriktioner, lovgivninger og afgifter for at få tallene reduceret på tobaksområdet, da oplysningskampagner ikke har haft en særlig synlig effekt på de arbejdsløse.

¹⁶⁷ <http://www.b.dk/nationalt/danskerne-skal-piskes-til-at-leve-laengere>

¹⁶⁸ <http://politiken.dk/tjek/forbrug/ECE1919857/derfor-lever-de-rige-danskere-laengere-end-de-fattige/>

¹⁶⁹ <http://m.b.dk/?article=17699839-Storrygere-staar-typisk-uden-for-arbejdsmarkedet>

¹⁷⁰ <http://politiken.dk/tjek/sundhedogmotion/sundhed/ECE1621675/sunde-danskere-mobber-de-usunde/>

¹⁷¹ Sundhedsstyrelsen 2011 (*Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*), 106

¹⁷² <http://www.bt.dk/nyheder/arbejdsloese-skal-dyrke-motion>

Teori

I denne opgave bliver den anvendte metode en teoretisk analyse med udgangspunkt i økonomisk evaluering. Grundet denne vinkel vil økonomisk evaluering og dennes teoretiske grundlag blive gennemgået i dette afsnit.

Traditionel økonomisk analyse bærer præg af konkrete udregninger af omkostninger og sundhedseffekter. De overordnede principper vil også blive brugt i denne opgave. Økonomisk evaluering vil blive benyttet med henblik på at angive, om det vil være omkostningseffektivt at gennemføre forebyggelsespakkerne tobak og fysisk aktivitet på at nå arbejdsløse. Tilgangen er overordnet normativ og bygger dermed på, "hvad der bør gøres". Analysen vil, som tidligere nævnt, bære præg af de overordnede principper – denne vil dog ikke indeholde specifikke udregninger.

Der vil også blive inddraget en incitament-analyse, denne er baseret på Grossmans Consumer Choice Theory. Formålet med at inddrage en økonomiske inspireret incitament-analyse er at belyse, om der i forebyggelsespakkerne er incitamenter for henholdsvis at stoppe med at ryge og blive mere fysisk aktiv.

Efter gennemgang af den teoretiske baggrund vil arbejdsplanen for analysen blive præsenteret. Det er en kort opridsning af, hvilke elementer der vil blive brugt i analysen, samt hvorfor de findes relevante i forhold til problemformuleringen. Ydermere vil fravalg og valg i forhold til de teoretiske analysevinkler og valg af målgruppe blive gennemgået og forklaret i løbet af dette afsnit.

Økonomisk analyse

Økonomisk analyse bliver ofte benyttet til at analysere relevante emner indenfor sundhedssektoren. Metoden giver yderligere muligheden for, at der gennem analyse er muligt at finde løsninger til problemstillinger indenfor sundhedsvæsenet.¹⁷³ Sundhedsvæsenet udgør en stor del af de offentlige udgifter i Danmark. I 2010 var det 11,1 pct. af BNP, hvor OECD landene gennemsnitlig bruger 9,6 pct.¹⁷⁴ Derfor spiller økonomien bag sundhedsvæsenet også en væsentlig rolle for de sundhedsydelser, der tilbydes og landets generelle tilstand – både velværemæssigt, men også økonomisk.¹⁷⁵

Morris betegner økonomisk analyse, som følgende;

"The focus of economic analysis is decisions and choices about the production and consumption of economic goods, defined as any good or service that is scarce relative to our wants for it" (Morris et al. 2007, 3)

¹⁷³ Morris et al. 2007, 1

¹⁷⁴ <http://www.regioner.dk/aktuelt/nyheder/2012/juli/mindre+andel+af+bnp+g%C3%A5r+til+sundhed>

¹⁷⁵ Morris et al. 2007, 2

Morris betegner sundhedsydelse og pleje som værende økonomiske goder og services. Årsagen til at sundhedsydelser får denne betegnelse er, at de ressourcer der benyttes på sundhedsområdet, som for eksempel menneskelige ressourcer og kapital er uendelige, disse kan i princippet genereres konstant. Derudover er efterspørgslen af sundhedsydelser aldrig mættet.¹⁷⁶ De ressourcer der er mulige at tilføje sundhedsvæsenet skal dog tages fra andre områder. På denne måde er ressourcerne forbundet med et valg, og dette valg skal retfærdiggøres. Borgere kan altid efterspørge mere sundhed eller sundhedsydelser, men de økonomiske restriktioner er en realitet, at der på sundhedsområdet ikke kan opnås en mættet efterspørgsel.¹⁷⁷ Sundhedsydelser tildeles sjældent ved hjælp af markeds kræfterne, der er derimod en høj grad politisk indvirkning på tildelingen og mængden af udbud af sundhedsydelser, der tildeles.¹⁷⁸ Dette er blandt andet på grund af markedsfejl, der opstår, fordi markedets grundlæggende præmisser ikke bliver nået.

Dette sker for eksempel som følge af usikkerhed og ikke fuldstændig viden fra forbrugernes side. Sikkerhed vil indebære, at de enkelte individer ved præcis, hvilke sundhedsydelser de ønsker, vide hvornår de ønsker dem og hvordan de skaffer det. Er dette ikke tilfældet, kan markedet ikke fungere optimalt.¹⁷⁹

Former for økonomisk analyse

Der findes to forskellige former for økonomisk analyse; henholdsvis positiv og normativ økonomi. Positiv økonomi er begrænset til at beskrive adfærd og resultater.¹⁸⁰ Begge beskæftiger sig med at beskrive adfærd og handling, Normativ økonomi indebærer elementet "value judgement" og anskuer hvordan tingene bør gøres – i den forstand, at den betragter flere alternative resultater og udvælger ud fra værdibedømmelse.¹⁸¹

Normativ økonomi inddrager dermed endnu en dimension; evaluering. Denne tiltænker forskellen mellem to forskellige politiske tiltag og vurdere, hvilken er at foretrække. Vurderingen sker med basis i de etiske og ideologiske holdninger, der findes i det pågældende samfund eller af det pågældende individ.¹⁸²

Normalt vurderes brugen af ressourcer i økonomi i forhold til kriterierne; effektivitet og retfærdighed/rimelighed. Effektiviteten indebærer, at fordelingen af knappe ressourcer anskues med fokus på maksimal udbytte.¹⁸³

¹⁷⁶ Morris et al. 2007, 3

¹⁷⁷ Morris et al. 2007, 3

¹⁷⁸ Morris et al. 2007, 10-11

¹⁷⁹ Morris et al. 2007, 134-135

¹⁸⁰ Morris et al. 2007, 14

¹⁸¹ Morris et al. 2007, 16

¹⁸² Morris et al. 2007, 16

Det er det offentlige, der bestemmer mængden af sundhedsydelse, der er til rådighed for danskerne og disse bestemmelser betales gennem skatter.¹⁸⁴ En anden måde det offentlige påvirker det danske sundhedssystem er gennem reguleringer og regler på området, der vil have en effekt på det samlede helbred, eksempelvis rygeforbud på offentlige steder.¹⁸⁵

Hvis det skal være positivt, at det offentlige har en indvirkning på sundhedsydelserne, så forventes det, at det offentlige forbedrer effektiviteten og retfærdigheden.¹⁸⁶ Der er faldgruber ved offentlig påvirkning for eksempel manglende viden omkring omkostninger forbundet ved diverse tiltag eller bureaukratiske rutiner. Kritikken af det offentliges påvirkning af sundhedsvæsenet går netop på disse områder, det offentlige er ineffektivt og at det kan hænde at "spilde" de få ressourcer til rådighed.¹⁸⁷

Når retfærdigheden anskues, indebærer det et fokus på, hvor rimelig fordelingen af sundhedsydelser er. Ulempen ved dette er, at den i henhold til normativ økonomi er svært at dømme, særligt da retfærdig ikke betyder lige fordeling, men fair fordeling.¹⁸⁸

Retfærdighed i det finansielle aspekt involverer en gennemgang af, hvilket finansielt system der er i Danmark. Det er et skattebaseret system i Danmark og dette betyder, at man betaler en vis procentdel af skatten bliver øremærket til sundhedsområdet.¹⁸⁹ Dette er, ifølge Morris, et progressivt system, da beløbet stiger, hvis individets indkomst stiger.¹⁹⁰

I forhold til retfærdigheden i fordelingen, er det vigtigt at sondre, om det omhandler fordeling af sundhedsydelser eller sundhed. Det kan enten være de sundhedsydelser, der bliver tilbudt borgerne i de pågældende kommuner eller det kan være effekten af disse ydelser på helbredet og individets generelle sundhed. Forskellen har grundlag i, hvor interessen foreligger.

Hvis interessen er for det økonomiske aspekt indenfor sundhedssektoren samt interesse for organisering af sundhedssystemer og produktion af specifikke sundhedsydelser, skal fokus være på fordelingen af sundhedsydelser. Er interessen for sundhedsydelsens effekt på patienter og borgere, da burde fokus være på fordelingen af sundhed/helbred.¹⁹¹

¹⁸³ Morris et al. 2007, 17

¹⁸⁴ Morris et al. 2007, 137

¹⁸⁵ Morris et al. 2007, 138

¹⁸⁶ Morris et al. 2007, 144

¹⁸⁷ Morris et al. 2007, 144-145

¹⁸⁸ Morris et al. 2007, 17-18

¹⁸⁹ Morris et al. 2007, 189-190

¹⁹⁰ Morris et al. 2007, 186

¹⁹¹ Morris et al. 2007, 192

Morris et al. fremlægger i deres publikation *Economic Analysis in Health Care* nogle koncepter, der skal være en hjælp til at belyse rimeligheden i fordelingen af enten sundhed eller sundhedsydelse.¹⁹² Koncepterne er; ”*utilitarianism, equal health, equal expenditure, equal access, maximin and fair innings.*”¹⁹³ Anbefalingernes effektivitet vil fremgå af analysen og erfares gennem den valgte analysemetode. Den normative tilgang og dennes iboende værdibedømmelse er yderst relevant i forhold til at anskue om Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker bør blive implementeret, hvorfor det også er den normative økonomiske tilgang, der er valgt i forhold til denne opgave.

Økonomisk evaluering

Analysen i denne opgave er en teoretisk analyse med udgangspunkt i økonomisk evaluering. Derfor vil metoden hertil i høj grad bære præg af økonomisk evaluering.

Økonomisk evaluering er en bred betegnelse, der dækker flere analytiske tilgange. Tilgangene beskriver og sammenligner besparelser og omkostninger i konkurrerende tiltag.¹⁹⁴ Foruden at beskrive og sammenligne indebærer økonomisk evaluering også værdibedømmelse. Dette benyttes til at afdække, hvilke tiltag der er mere gunstige at implementere. Dette gør også økonomisk evaluering til en normativ tilgang.¹⁹⁵

Formålet med økonomisk evaluering er dog ikke at træffe beslutningen om, hvilke af ovenstående tiltag beslutningstagerne burde vælge, men derimod at give beslutningstagerne beviser og informationer, der kan hjælpe dem til at træffe de nødvendige valg.¹⁹⁶ Flere økonomer pointerer, at deres arbejde skal bidrage med informationer omkring en given beslutning, der skal træffes – det er dog ikke deres arbejde at træffe beslutningen.¹⁹⁷

Der er to normative tilgange indenfor økonomisk evaluering; welfarism og non-welfarism.¹⁹⁸

Welfarism og non-welfarism

Welfarism er den ”traditionelle” normative tilgang indenfor økonomifeltet. I denne tilgang erfares de tiltag, der giver individerne størst nytte gennem en systematisk analyse.¹⁹⁹ Tilgangens formål er at skabe et

¹⁹² Morris et al. 2007, 193

¹⁹³ Morris et al. 2007, 193

¹⁹⁴ Morris et al. 2007, 209

¹⁹⁵ Morris et al. 2007, 209

¹⁹⁶ Morris et al. 2007, 209-210

¹⁹⁷ Morris et al. 2007, 209-210

¹⁹⁸ Morris et al. 2007, 210

¹⁹⁹ Morris et al. 2007, 210

værdibaseret regelsæt, der skal benyttes til at prioritere ønskværdige "tilstande" – også kaldet "state(s) of the world". Her menes sociale tilstande om, hvordan verden skal se ud.²⁰⁰

Disse tilstande bliver indenfor denne tilgang karakteriseret ud fra flere argumenter, blandt andet ud fra det argument, at individer er bedst til at vurdere deres egen velfærd og handle efter, hvad der producerer mest nytte til dem. Hertil er udfordringen at skabe et overordnet overblik over individer præferencer for at kunne skabe det førnævnte regelsæt.²⁰¹

Som tidligere nævnt er værdibedømmelse en vigtig del af økonomisk evaluering. Den værdibedømmelse der bliver brugt i denne tilgang er *Pareto princippet*. *Pareto princippet* bruges til at bedømme tilstande som værende gode eller dårlige. Derudover benyttes Pareto princippet også til at rangere forskellige "tilstande", ud fra hvilken nytte de afgiver individer. En måde hvorpå vurdering af en tilstand afgives er via *Pareto improvements*. En svag *Pareto improvement* er en ændring i tilstandene, der øger nytte for alle implicerede individer, en stærk involverer en stigning i nytte hos minimum et individ eller gruppe, dog uden at fratage nytte fra andre.²⁰²

Welfarism benytter dermed individers holdninger til at determinere det overordnede regelsæt. Netop individernes holdning og store indflydelse på tilgangen er fokuspunktet på en stor del af den kritik, der er omkring welfarism. En af kritikerne A. J. Culyer pointerer, at, med henblik på tiltag i sundhedssektoren, virker det misvisende at bruge markedsteorier omkring forbrugeradfærd i en sektor, da sundhedssektoren i ringe grad er præget af markedsmekanismer.²⁰³ Ved at lade individers nytte være determinerende for valg af brugen af ressourcer på sundhedsområdet kan derfor også være begrænsende, da der dermed ikke er fokus på sundhedsydelse, men på det output disse producerer. Andre argumenter, der taler imod tilgangen welfarism, er, at individer kan agere nyttemaksimerende og derfor vil samfundets bedste blive overset.²⁰⁴ Dette kan være særlig relevant i forhold til anden kritik, der påpeger at individer kan blive påvirket af egen tilstand (Sen; Functions and capabilities).²⁰⁵

Opgavens normative tilgang vil være den anden tilgang indenfor økonomisk evaluering – *non-welfarism*. Non welfarism er mere praktisk orienteret end welfarism er. Den har ikke et overordnet teoretisk udgangspunkt, men indeholder flere teoretiske perspektiver.²⁰⁶ Non welfarism anskuer ikke definitionen på en fordel som værende bestemt af individer, som welfarism - men derimod som værende socialt

²⁰⁰ Morris et al. 2007, 210

²⁰¹ Morris et al. 2007, 211

²⁰² Morris et al. 2007, 212

²⁰³ Morris et al. 2007, 232

²⁰⁴ Morris et al. 2007, 233

²⁰⁵ Morris et al. 2007, 233-234

²⁰⁶ Morris et al. 2007, 232

betinget.²⁰⁷ Det behøver dermed ikke være det monetære aspekt der er i fokus, det kan eksempelvis også være livskvalitet. De flere perspektiver vil passe bedre til denne opgaves overordnede formål.

I ovenstående er den teoretiske baggrund for økonomisk evaluering blevet gennemgået, herunder dets formål, som er at hjælpe beslutningstagere til at træffe beslutninger omkring brugen af begrænsede ressourcer. Økonomisk evaluering benyttes til at skaffe viden og informationer, der vil være behjælpelig i forhold til den pågældende beslutning, der skal træffes af beslutningstagerne.

Økonomisk evaluering indebærer primært et fokus på effektivitet, dette er dog ikke altid det afgørende indenfor den offentlige sektor, hvor sundhedssektoren befinder sig. I visse tilfælde kan en stigning i borgernes generelle helbred overgå behovet for effektivitet.²⁰⁸

I forhold til at benytte økonomisk evaluering i praksis eksisterer der flere typer af analyser, der anlægger fundamentet for den overordnede evaluering. Disse hedder; *Cost benefit analysis (CBA)* og *cost effectiveness analysis (CEA)* – der er også en mellemvej mellem de to, der er kaldet *cost utility analysis (CUA)*.²⁰⁹

Analyse typer i økonomisk evaluering

Førstnævnte analysetype er *cost benefit analysis (CBA)*. Denne omhandler en opgørelse af alle de omkostninger og fordele, der er ved et givent tiltag – hvor det opgøres i monetære enheder. Ved at inddrage alle fordele og omkostninger bliver denne form for analyse også i høj grad omfangsrigt. Den finansielle faktor bruges også som evaluerings værktøj i denne type af analyse (penge er enheden i hvilken alle elementer bliver målt), da formålet med CBA kort udlagt er, om det pågældende tiltag er noget, der burde gennemføres.²¹⁰

Ved brug af *cost-effectiveness analysis (CEA)* bliver fordele og omkostninger ikke opgjort i form af enheden penge. I CEA bruges andre måder at vurdere fordele og omkostninger, som for eksempel antal år opnået ved det pågældende tiltag.²¹¹ CEA kan benyttes til at vælge mellem flere alternative tiltag og igennem analyse erfarer, om der kan produceres flere fordele for samme omkostning eller samme fordele til færre omkostninger.²¹² CUA er, som tidligere nævnt, en mellemting i forhold til de to foregående.

²⁰⁷ Morris et al. 2007, 245

²⁰⁸ Morris et al. 2007, 243

²⁰⁹ Morris et al. 2007, kap.9

²¹⁰ Morris et al. 2007, 242-248

²¹¹ Shepard & Thomsen 1979, 535

²¹² Morris et al. 2007, 246

Cost utility analysis (CUA)'s formål er at hjælpe til beslutningen om et givent tiltag kan gennemføres for et givent budget.²¹³ Denne tilgang måler nytte i forhold til år vundet ved tiltag, hvor der bliver placeret en finansiell værdi på effekterne og dette vil afgøre, om tiltaget bør foretages.²¹⁴

Det er forskellige tilgange med forskellige regler og vurderinger at følge. I denne opgave vil analysetypen cost-effectiveness analysis blive benyttet. Årsagen til dette er at der ønskes en vurdering i forhold til alternative former for fordele og omkostninger end blot den finansielle. I det følgende vil elementer til at foretage en CEA blive gennemgået. Gennemgangen er udformet af Donald Shepard og Mark Thomsen i 1979. Det er denne fremgangsmåde, analysen i denne opgave vil være inspireret af.

Cost effectiveness analysis

Donald S. Shepard og Mark S. Thomsens har i deres udgivelse fra 1979 udformet en rettesnor som hjælp til at gennemføre en cost-effectiveness analysis i fem skridt. Denne er baseret på et forebyggelsestiltag.²¹⁵

Deres første skridt involverer en præcis beskrivelse af det pågældende tiltag, analysen er tiltænkt. Dette indebærer både tiltagets fokus, dets begrænsninger samt den process, der ligger bag. Spørgsmålene der bør stilles for at opnå en præcis beskrivelse er; hvem, hvad, hvornår, hvor, hvorfor og hvordan. Efterfølgende skal omkostningerne for tiltaget udregnes i forhold til den nuværende tilstand. Først fuld omkostning for hvert år programmet skal køre. Derefter skal besparelserne ved tiltaget også udregnes, her skal efterspørgslen af det givne tiltag inddrages.²¹⁶ Der skal også foretages en "discounting" (discontering) af både omkostninger og besparelser.²¹⁷ Årsagen til dette er, at tiltaget kan indeholde forskellig tidsprofil i forhold til omkostninger og fordelene – eksempelvis ved screening og forebyggelse. Omkostningerne kan være umiddelbare, men effekterne kan først anskues efter noget tid. Værdien tilknyttet enten omkostninger eller fordele bliver dermed reduceret med tiden. Dette kaldes *positive time preference*. Diskontering angiver dermed fremtidige omkostninger og fordele en mindre værdi end de der skal i nutiden.²¹⁸

Foruden diskontering, så skal *net costs* også beregnes, dette er omkostningerne minus de eventuelle besparelser.

Tredje skridt er at udregne sundhedseffekter og fordele. Dette er ikke kun i forhold til de finansielle fordele, men alle "rimelige" former for fordele og sundhedseffekter. Fordelene kan være i forhold til *quality-adjusted life years*. Det er de antal år, et individ forventes at leve længere ved indførelsen af det

²¹³ Morris et al. 2007, 250

²¹⁴ Morris et al. 2007, 250

²¹⁵ Shepard & Thomsen 1979, 535

²¹⁶ Shepard & Thomsen 1979, 536

²¹⁷ Shepard & Thomsen 1979, 536

²¹⁸ Morris et al. 2007, 319-320

pågældende tiltag. Disse skal udregnes efter samme overordnede perspektiv, eksempelvis fra samfundets vinkel eller statens.

Der er fire former for sundhedseffekter, der kan inddrages i dette trin. Det første er antal ekstra år med godt helbred og det andet er også ekstra år men med sygdom – det formodes dog at sidstnævnte værdisættes lavere end førstnævnte (værdisættelsen af dette burde reflektere de implicerede parters præferencer). Den tredje form for sundhedseffekt er forbedringer i helbred, dog uden at dette influerer forventede levetid – såkaldte gode leveår. Sidste sundhedseffekt der skal inddrages i denne del af analysen er negativt ladet – i den forstand at effekten her skal males ud fra, hvilke restriktioner tiltaget medbringer. Dette kan være flere besøg ved lægen eller anmodninger om at holde sig fra fedende mad eller alkohol.²¹⁹

Shepard & Thomsen anbefaler, at disse effekter også undergår en diskontering i forhold til samfundets tidspræference. Argumentet for dette er, at folk ofte hellere vil have deres sundhedsfordele før i stedet for senere.²²⁰ Morris diskuterer dette i udgivelsen *Economic Analysis in Health Care*. Han sætter spørgsmålstegn ved, om individer har denne præference. Der påpeges, at det er relevant at diskutere dette, hvis sundhedseffekterne er forsinkede i forhold til omkostningerne. Ved at diskontere tiltag, hvor fordelene først kommer senere, gøres tiltaget mindre omkostningseffektivt og kan have en effekt for implementeringen af tiltaget.²²¹ Ligeledes vil de negative effekter være medvirkende til at værdisættelsen bliver lavere.

Fjerde skridt i CEA involverer at en *decision rules* skal implementeres. Shepard & Thomsen opstiller fire mulige. Hvis analysen viser, at der er fordele at hente ved at indføre tiltaget, og der også er nogle større omkostninger forbundet hermed, så skal cost-effectiveness ratio udregnes. Dette indebærer, at omkostningerne divideres med antal formodede ekstra leveår med sundt helbred – dette vil vise, hvor omkostningseffektivt tiltaget er.

Det andet tilfælde er, hvis omkostningerne er mindre end tidligere og effekterne er høje. Dette tiltag burde implementeres, da det kan skabe de positive effekter, tiltaget sigter efter og det mindsker samtidig omkostningerne på området.

Det tredje tilfælde er hvis omkostningerne er høje og der ikke er synlige effekter at anskue ved en eventuel implementering af tiltaget. Dette tiltag burde ikke implementeres.

Det sidste tilfælde er omkostningerne minimeret, men tiltaget kan have en negativ effekt på sundheden. Dette betyder dog ikke, at tiltaget ikke nødvendigvis ikke bør implementeres. I stedet burde ressourcer bruges på sundhedstiltag, der kan give en positiv effekt på sundhed.²²²

²¹⁹ Shepard & Thomsen 1979, 537

²²⁰ Shepard & Thomsen 1979, 537

²²¹ Morris et al. 2007, 324

²²² Shepard & Thomsen 1979, 538-539

Det sidste skidt i denne udlægning af cost-effectiveness analysis er at foretage en *sensitivity analysis* (følsomhedsanalyse). Der er flere årsager til, at sådan en analyse er relevant at benytte i henhold til CEA. Det kan eksempelvis være besværligt at fastsætte den præcise diskonteringsrate. Derudover sker det, at sundhedsrelaterede eksperter vurdering ændres over tid med opdagelser gennem ny research. For at foretage sådan en analyse ændre man bevidst nogle af de mere usikre variabler og ser om dette ændre på resultatet. Er dette ikke tilfældet, da burde der være stor tiltro til resultatet fra *desicion rule*.²²³

Ovenstående er Shepard & Thomsens tilgang til cost-effectiveness analysis. I samme artikel har de også oplyst nogle begrænsninger og styrker, der er i forhold til denne form for analyse.

En af disse begrænsninger er, at der i CEA ikke er tilstrækkeligt med detaljeret data. De bruger, som tidligere nævnt, denne model til forebyggelsesprogrammer og i disse tilfælde er det ikke ofte, at der er konkret viden omkring effekterne. Dog er det sjældent, at der findes så konkret data. Ud fra dette aspekt kan CEA være mere optimal til formålet end CBA, da CEA ikke benytter sig af penge-enheden og derudover inddrager en følsomhedsanalyse. CEA specificerer de rammer, fra hvilken de udtrækker data og ekspert vurderinger.²²⁴ En anden begrænsning ved benyttelse af CEA er, at resultatet fra denne type analyse sjældent er endegyldigt og præcist.²²⁵

En af fordelene ved at bruge CEA til analyse af et givent sundhedstiltag er, at individers præferencer kan blive repræsenteret og dette kan ske indenfor enhver given tidsramme. Ved en følsomhedsanalyse kan eksperter (endda forskellige eksperter) tilgange og vurderinger inddrages for at teste resultatet.²²⁶

Shepard & Thomsen påpeger, at et samfund der benytter sig af CEA til at træffe samtlige af deres beslutninger har potentialet for at blive "cold and sterile".²²⁷ Deres argument for, at CEA bør benyttes i visse tilfælde er, at i år 1978 (året før udgivelsen) var sundhedsudgifterne 192 millioner dollars og "we cannot rely solely on intuition to choose among competing programs".²²⁸ Ifølge Shepard & Thomsen skal CEA ansues som en række anbefalinger i forhold til at træffe beslutninger – ikke som definitive krav.²²⁹

²²³ Shepard & Thomsen 1979, 539

²²⁴ Shepard & Thomsen 1979, 541-542

²²⁵ Shepard & Thomsen 1979, 542

²²⁶ Shepard & Thomsen 1979, 542

²²⁷ Shepard & Thomsen 1979, 542

²²⁸ Shepard & Thomsen 1979, 542

²²⁹ Shepard & Thomsen 1979, 542

Incitamentanalyse

Formålet med dette afsnit er at vise, hvilke incitamenter der er for individet for at øge egen sundhed. Økonomisk teori bruges, da analysen er af økonomisk karakter. Der kan være andre incitamenter for individer, dog er fokus i denne opgave Grossmans teori om *Consumer Choice Theory*. Grossmans teori forudsiges derudover at blive benyttet oftere i fremtiden.²³⁰ Incitament-analysen inddrages under den overordnede tilgang; positiv økonomi. Argumentet for at inddrage denne er for at komme med en beskrivende tilgang til analysen, der skal støtte cost-effectiveness analysen.

Consumer choice theory belyser, at forbrugernes beslutninger er bundet i at opnå maksimalt nytte. Nyttens i den tilgang er subjektiv, dog forudsætter teorien, at forbrugerne er rationelle. Deres handlinger forudsætter dermed målet med at opnå nytte. Forbrugerne skal være i stand til at vurdere to alternativer og være konsekvente i valget. Ydermere er antagelsen i denne teori, at forbrugeren altid ønsker mere – da mere øger nytteværdien.²³¹

Grossmans model sonderer mellem sundhed som forbrugsgode – årsag til nytte og glæde og lægebehandling eller det Grossman senere omtaler som investeringer, der bliver brugt til at producere bedre sundhed.

I denne model er det enkelte individ både producent for egen sundhed og efterspørger det ligeledes.

Investeringsmodellen foreskriver, at et individ starter ud med et såkaldt *stock of life* – der bliver mindre med tiden.²³²

En persons helbred bliver også forringet ved at have en usund livsstil, som for eksempel højt forbrug af alkohol og tobak. En usund livsstil vil dermed kræve ekstra investeringer af en betydelig større grad. Der kan rettes op på dette ved at foretage investeringer i eget helbred gennem eksempelvis motion og sund mad. Ifølge Grossman kan individets uddannelsesniveau have en effekt på disse investeringer.²³³

Ud fra ovenstående kan det udledes, at individer efterspørger sundhed for at øge deres egennytte, og efterspørger sundhedsydelser for at opnå dette. Grossmans model belyser, at;

”... consumers choose a combination of health and other goods, that maximise their utility and the demand for health care is derived from that choice” (Morris et al. 2007 s.42)

²³⁰ Morris et al. 2007, 47

²³¹ Morris et al. 2007, 24

²³² Morris et al. 2007, 40

²³³ Morris et al. 2007, 43

Der er begrænsninger på, hvad der er muligt for individet at bruge på at øge egen nytte. De er begrænset af tid, der skal bruges på andet end blot at øge deres 'stock'.²³⁴ Det bliver dermed et aktivt valg fra individet, hvor meget tid, der skal bruges på sundhedsinvesteringer.

Metode

I det følgende vil det blive fremlagt, hvordan analysen bliver opstillet. Da det ikke er muligt at lave alle de konkrete udregninger, da vil alternativet blive fremlagt i nedenstående. Analysen vil blive foretaget i henhold til opgavens målgruppe; de arbejdsløse i Danmark.

Ifølge flere undersøgelser er denne målgruppe sammen med førtidspensionister de mest usunde sociale grupper i Danmark. Årsagen til at arbejdsløse er blevet udvalgt og ikke førtidspensionister er deres potentiale til stadig at være i stand til at indgå på det danske arbejdsmarked. De forebyggelsespakker der vil blive analyseret i opgaven repræsenterer nogle af de områder, hvor målgruppen kan opnå en væsentlig forbedring af sundhedstilstanden. Der er udvalgt to forebyggelsespakker for at få et bredere indblik. Analysen vil blive opdelt i henhold til de to pakker – Tobak og fysisk aktivitet.

Arbejdsløse er ikke en homogen gruppe, der kan være variation i forhold til uddannelseslængde, etnicitet og køn. Analysen er baseret på baggrund af deres fælles grundlag, som er deres erhvervmæssige status. Det er også faktor ud fra de inddragede undersøgelser og dette vil være det samme i denne opgave. Uddannelseslængde kan have en faktor på de sundhedsmæssige konsekvenser og disse vil blive kort berørt i analysen.

Opgavens problemformulering har omkostningseffektivitet som hovedfokus, det vil også være tilfældet i analysen, hvor Shepard & Thomsens tilgang til cost-effectiveness analyse vil repræsentere de overordnede retningslinjer. Dette er i overensstemmelse med, at analysen besidder en normativ tilgang – der ønskes dermed en afklaring om, hvad der bør gøres. Der vil efter endt cost-effectiveness analyse være et afsnit med incitamentanalyse – dennes udgangspunkt er Grossmans Consumer Choice Theory. Den vil i nogen grad repræsentere, hvad Shepard & Thomsen karakteriserer som en følsomhedsanalyse.

Incitamentanalysen er baseret i positiv økonomi og denne vil belyse, om investeringsmodellens angivne retningslinjer for incitament er til stede i forebyggelsespakkerne. Dette sker gennem beskrivelse og forklaring af adfærd. Formålet med dette er at vise, om lysten til at ændre den usunde livsstil er repræsenteret, da manglen på denne kan sætte spørgsmålstegn ved pakkernes succes i forhold til den udvalgte målgruppe.

²³⁴ Morris et al. 2007, 44

Cost effectiveness analysis – tilgang til analysen

Analysen vil begynde med en grundig gennemgang af de udvalgte pakker, både af proces, formål og begrænsninger. Dette svarer det første trin i Shepard & Thomsens gennemgang. Næste skridt i Shepard & Thomsens gennemgang omhandler tiltagets omkostninger, heri ligger flere elementer. Til at støtte op om Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker og give flere detaljer, der hjælper til en mere dybdegående analyse, inddrages nogle af kilderne, der er baggrunden for forebyggelsespakkerne.

I analysen bliver de årlige omkostninger gennemgået med henblik på de enkelte anbefalinger (primært de grundlæggende indsatser) og opgjort i ressourcer – og ikke i monetære enheder. Efterfølgende bliver besparelser, der kan forekomme, hvis anbefalingerne har den ønskede effect gennemgået. Dette er både i forhold til folkesundheden og økonomiske besparelser for kommunerne. Begge disse elementer bliver vurderet i forhold til tidsaspektet – dette svarer til teoriens diskontering. Derefter bliver de resumeret og sammenlignet.

Sundhedseffekterne bliver ligeledes opgjort i analysen. Først gennemgås om det er muligt at opnå ekstra år med godt helbred, hvis pakkernes formål opnås. Dette er henholdsvis færre rygere og flere aktive i forhold til målgruppen. Tallene opgjort under sundhedseffekter er opgjort i forhold til eksrygere – sammenlignet med smårygere og storrygere. Inaktive vil blive sammenlignet med aktive. Efterfølgende vil antal af år med sygdom blive anskuet, dernæst kvalitetsjusterede leveår. Disse er blevet betegnet som gode leveår i analysen. Disse er baseret på interviewpersoner – der er blevet opgjort en gennemsnitsværdi af de besvarelser interviewpersonerne har afgivet på et spørgeskema.

De tal der benyttes til analysen er baseret på interviews og statistiske datakilder, som dødsårsagsregistret. Der skal dermed tages forbehold for usikkerheder omkring selvrapportering.

Sidste punkt i sundhedseffekter er at opgøre de såkaldte negative effekter – disse er hvad der vil blive opgivet og hvilke begrænsninger individerne får som følge af anbefalingerne og pakkernes overordnede målsætninger.

Derefter vil decision rule blive inddraget og et forsøg på at illustrere, hvilke resultater taler for en gennemførelse og hvilke taler imod. Der vil ligeledes blive foretaget en følsomhedsanalyse, dennes formål er at belyse eventuelle usikkerheder forbundet med tiltagene (anbefalingerne). Derefter konkluderes der på analysen.

Følsomhedsanalysen betragter usikkerheden omkring incitament og lyst til at stoppe med at ryge eller blive mere aktiv. Der vil derudover blive inddraget andre usikkerheder – eksempelvis om individuelle tilgange til forebyggelse er hensigtsmæssigt. Incitament-analysens udgangspunkt er målgruppen, de arbejdsløse, og derfor foretages denne også ud fra deres perspektiv.

Efter analysen følger en diskussion af analyses resultater og præmisserne bag konklusionen.

Analyse

Denne analyse har til hensigt at undersøge, hvorvidt Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker omhandlende tobak og fysisk aktivitet er omkostningseffektivt at implementere i forhold til at nå arbejdsløse. Til dette anvendes en teoretisk tilgang med udgangspunkt i økonomisk evaluering. Analysen er overordnet opdelt i to dele, en del til hver af de udvalgte forebyggelsespakker. Pakkerne er, som tidligere nævnt, udvalgt på baggrund af målgruppens problemområder.

Der inddrages udelukkende de anbefalinger, der har relevans i forhold til den udvalgte målgruppe, hvorfor anbefalinger møntet på børn og ældre/pensionister er undladt. Der er få anbefalinger, der direkte henvender sig til målgruppen arbejdsløse.

Forebyggelsespakke – Tobak

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om tobak er en af de udvalgte pakker, der vil blive analyseret i denne opgave. Denne er udvalgt som følge af, at rygning er en af livsstilsvalg, mange arbejdsløse har taget. Konsekvenserne for rygning er mange, både i form af tabte leveår og omkostningsmæssigt for det offentlige, og er ifølge WHO er en af de risikofaktorer, der har størst indvirkning på dødeligheden i Danmark.²³⁵

I det følgende vil der blive foretaget en cost-effectiveness analyse af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke, der omhandler tobak. Der vil blive fremhævet tal fra selve pakken, hvilket vil blive suppleret af data fra kilder benyttet af Sundhedsstyrelsen til udformning af pakken.

Cost effectiveness analysis

Shepard & Thomsens model dikterer, at der startes med en detaljeret og grundig beskrivelse af det pågældende tiltag. I dette tilfælde er det hele pakken; dette indbefatter de anbefalinger, der er inkluderet i de grundlæggende forebyggelsesindsatser.

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om tobak er en samling af anbefalinger til forebyggende indsatser med det formål at reducere rygning. Den er udformet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med faglige eksperter for at skabe vidensbaserede tiltag, der er blevet bevist effektive. Forebyggelsespakkerne er møntet på kommunerne og skal være en hjælp til prioritering af forebyggelsestiltag. Anbefalingerne i forebyggelsespakken omkring tobak har til formål at reducere antallet af rygere.

KL's formand for Social og sundhedsudvalget anbefaler, at alle pakkernes anbefalinger på grundniveau bør blive implementeret i løbet af 2013. Derudover at alle indsatser, der ikke er en del af pakkerne, bør blive afviklet "hurtigst muligt".

²³⁵ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 86

Pakkerne indeholder en række anbefalinger, der er opdelt efter type indsatser; Rammer, Tilbud, Informationsindsatser & undervisning og tidlig opsporing. Det er disse anbefalinger, kommunen forventes at implementere. Typer af indsatser, der falder under kategorien rammer, er tobakspolitik samt skabelsen af røgfri miljøer. Derudover indeholder anbefalingerne også rygestoptilbud – samt markedsføring og rekruttering i forhold til disse rygestoptilbud. Endvidere anbefales det, at der gives information omkring kampagner og tilbud i den pågældende kommune. I forhold til indsatser omkring tidlig opsporing tilskyndes der til samarbejde med de praktiserende læger i kommunen samt opsøgende indsatser i de boligområder, hvor der bor mange rygere. Anbefalinger er gennemgået mere detaljeret i afsnittet ”Empiri – forebyggelsespakker”.

Pakkens anbefalinger er rettet mod den generelle befolkning og pakken belyser, at ca. 20 pct. af befolkningen ryger dagligt og ca. 10 pct. falder ind under kategorien ”storrygere”. Det er til disse borgere, pakken er henvendt.

Der har i de senere år været et fokus på den stigende ulighed i sundhed. Dette betyder, at der er en stor forskel mellem de sociale niveauer af rygerne – størstedelen af rygerne er at finde blandt arbejdsløse og førtidspensionister. Et af temaerne i samtlige af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker er også den stigende ulighed i sundhed. Det indebærer en opmærksomhed på de sundhedsmæssige forskelle, der eksisterer i forhold til rygning. I Sundhedsstyrelsens introduktionspakke til forebyggelsespakkerne angives en prioritering af anbefalingerne. En af disse prioriteringer er at fremme lighed i sundhed. Derfor er der også i forebyggelsespakken vedrørende tobak en anbefaling, der kræver målrettede indsatser mod mere udsatte grupper.

Beregning af omkostninger

Det vil kræve tid og penge at få sundhedsstyrelsens anbefalinger implementeret i kommunerne. Nogle af kommunerne har dog allerede været i gang med at implementere nogle af anbefalingerne – blandt andet er der lovgivet på området om røgfri miljøer. Der er dog enkelte undtagelser til denne lov, der giver muligheden for at ryge indenfor - eksempelvis i en rygekabine samt på mindre værtshuse.

Derudover har ca. 89 pct. af de danske kommuner rygestopkurser. Disse faktorer angiver variation på tværs af kommunerne i forhold til, hvad det vil koste at implementere de forskellige anbefalinger. Derfor vil omkostningerne blive udregnet i ressourcer. I det følgende vil det blive undersøgt, hvilke ressourcer kommunerne skal bruge til at implementere de grundlæggende forebyggelsesindsatser. Derudover vil de mulige besparelser også blive gennemgået, og både besparelserne samt omkostningerne vil blive diskonteret og slutteligt holdt op mod hinanden.

I pakken omhandler de første anbefalinger om indføringen af nogle overordnede rammer indenfor kommunen. Der anbefales, at der anvendes en tobakspolitik, hvor kommunen laver egne målsætninger. Ydermere anbefales det, at der implementeres røgfri miljøer.

De ressourcemæssige omkostninger forbundet med disse anbefalinger er blandt andet personaleressourcer – i form af diskussion og nedskrivning af politikken. Det er primært konsulenttimer, der skal lægges i denne, da det er dem, der har erfaring med området tobak. Derudover indebærer tobakspolitikken, at målsætninger for tobakspolitikken videregives til kommunens ansatte og selvfølgelig vedtages formelt. Flere kommunerne har allerede implementeret en tobakspolitik – den kan eventuelt være et underpunkt i kommunens sundhedspolitik. Dermed er der variation i hvor mange ressourcer, der er nødvendige for at få implementeret denne anbefaling, på tværs af kommunerne.

Ligeledes skal bestemmelser omkring røgfri miljøer vedtages og gennemføres. Sidstnævnte involverer også information samt behandling af bestemmelserne, hvilket kræver personaleressourcer og tid. Der er lovgivning på dette område, hvorfor omkostninger hertil også kan variere i forhold til kommunerne.

Anbefalinger, der involverer indsatsypen tilbud, omhandler primært rygestoptilbud. Rygestoptilbuddene indebærer både markedsføring og opsøgende indsatser rettet mod blandt andet borgere med høj rygeprævalens – i denne kategori kan målgruppen arbejdsløse indgå jf. antal arbejdsløse rygere i forhold til den generelle befolkning. Rygestop tilbuddene anbefales yderligere at have en;

”... hyppighed, der sikrer, at borgerne kan få et tilbud, når de er motiverede” (Sundhedsstyrelsen 2012, 18).

Et rygestop tilbud kræver koordination, hvor anbefalingen fra Sundhedsstyrelsen lyder, at koordinatoren skal have som minimum en grunduddannelse som rygestoprådgiver. Derudover skal der yderligere uddannes rådgivere, der skal afholde forløbene. Det anbefales også at lave markedsføringstiltag, der fremmer deltagelsen af disse forløb – både de kommunale samt de nationale.

Omkostninger i forhold til rygestop tilbuddene indebærer blandt andet uddannelse af rygestoprådgivere. Der er i 2012, 8000 uddannede rygestoprådgivere i Danmark, så denne omkostning kan også være begrænset – afhængig af den pågældende kommune. Hvis disse rådgivere skal lave målrettede indsatser eller individuelle forløb kræves et tillægskursus, som kommunen skal betale for. Disse rådgivere er som regel allerede kommunalt ansatte, så derfor involverer flere kurser og specialuddannelse tid væk fra andet arbejde. Foruden førnævnte kurser er det også muligt at deltage på opfølgingskurser for at forbedre medarbejderens kompetencer og videre vedligeholdelse af samme. Dette antages dog først at være relevant et år eller mere efter endt grunduddannelse. Derfor er begge omkostninger ikke del af samme

årlige udgift. Medarbejderen skal også afsætte tid til telefonisk opfølgning og indberetning til eventuelle digitale programmer. Disse programmer bliver anbefalet af Sundhedsstyrelsen til at håndtere monitorering – dette kan dog uddelegeres, angiveligt for en pris.

Det kræver også personaleressourcer til fremstilling af informationsmateriale, eventuelle informationskampagner samt videreformidling. Ydermere skal der afsættes et vist antal timer til at videregive information og lave oplysningskampagner omkring kommunens rygestop tilbud.

Der anbefales også information og undervisningsrettede indsatser i forebyggelsespakken. Dette indebærer en formidling af nationale kampagner til den pågældende kommunes borgere. Ligeledes bør kommunerne informere borgerne om de regler og love på rygeområdet. Ligesom de andre anbefalinger vil dette kræve personaleressourcer i form af tid, indhentning af information og videregivelse af samme.

Tidlig opsporing er den fjerde type indsats, der er en del af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker.

Dette indsatsområde appellerer til samarbejde med kommunens praktiserende læger. De skal have viden omkring kommunens tilbud, så de kan henvise borgerne til tilbuddene. Ligeledes ønskes det, at de praktiserende læger skal give borgerne rådgivning omkring rygestop. Samarbejdet vil kræve at kommunens læger bliver holdt opdateret i forhold til de rygestop forløb, kommunen etablerer. I forhold til arbejdsløse er den praktiserende læge, alt andet lige, den, der oftest møder de arbejdsløse og er mest relevant i forhold til at rådgivere og henvise til rygestop kurser. Derfor bør der bruges tid og personaletimer til at informere de praktiserende læger omkring de kommunale rygestop tilbud.

Sundhedsstyrelsen har i forebyggelsespakken omkring tobak opgjort, at kommunerne afsætter ca. 9.8 mio. kr. af deres nettoomkostninger på sundhedsområdet til rygningsrelaterede årsager. Dette svarer til 9.8 mio. kr. om året for den gennemsnitlige kommune. Der er dermed et potentiale for besparelse, hvis formålet med pakken er succesfuldt – at reducere antallet af rygere. Der er en reel mulighed, fordi forebyggelsespakken belyser, at 50 pct. af alle rygerne ønsker at stoppe. I forhold til tallene for de arbejdsløse er antallet, der ønsker at stoppe (i 2010), endda større end angivet i forebyggelsespakken – heraf ønsker ca. 76 pct. af smårygerne at stoppe, og ca. 74 pct. af storrygerne ønsker det samme. I disse tal sondres der ikke mellem de arbejdsløses uddannelseslængde.

En af anbefalingerne anført i pakken er rygestopkurser. Der er, som tidligere nævnt, ca. 89 pct. af kommunerne, der allerede tilbyder disse kurser. I 2012 var det for en gennemsnitskommune muligt at nå mellem 400-500 borgere med de tilgængelige rygestopstilbud. Derfor er det realiserbart, at sundhedsvæsenets rygerrelaterede omkostninger vil blive reduceret, såfremt anbefalingerne og de dertilhørende forløb får deltagelse af arbejdsløse. Yderligere besparelser kan muligvis opnås, hvis der etableres flere tilbud af lignende karakter.

Overlæge og chef for Center for Forebyggelse Torben Jørgensen fra Amtssygehuset i Glostrup udtalte i 2006;

”... at personer, der har deltaget i projekter om at få en bedre livsstil, ofte vender tilbage til deres gamle vaner” (Torben Jørgensen til magasinet FTF i 2006)

På trods af dette, pointerer Torben Jørgensen, at pausen fra – eksempelvis rygning – alligevel vil have en effekt. Dette gælder både på livskvaliteten, men også på de samfundsøkonomiske omkostninger.

En analyse foretaget i 2005 viser de finansielle besparelser, der kan hentes ved et vellykket rygestop. Besparelserne er målt efter en mandlig ryger og opdelt efter alder og rygerstatus.

Hvis en mand stopper med at ryge som 35-årig, vil det give den pågældende kommune en årlig besparelse på 28.400 kr. Stopper den pågældende mand som 50-årig spares 12.800 kr. årligt, og såfremt personen stopper som 65-årig, er den årlige besparelse 3.700 kr. Der er dermed en forskel på alder af rygestop i forhold til, hvilke økonomiske besparelser, der er forbundet hermed.

Der er også omkostninger forbundet med screening, behandling og medicinering af de sygdomme, der opstår som følge af rygning - eksempler på dette er kræft og hjertekarsygdomme. Et rygestop vil også kunne reducere omkostningerne på dette område, særligt hvis rygestoppet omhandler de yngre rygere. Et rygestop har yderligere potentialet til, på længere sigt, at mindske antallet af hospitalsindlæggelser og besøg hos almen praktiserende læger. Dermed kan omkostningerne på hospitalerne samt tilskuddet til lægerne også blive reduceret.

Rygning har også potentialet til at forværre nogle sygdomme og tilstande som for eksempel diabetes. Der er derfor også en mulig besparelse på andre sygdomsområder, hvor rygning kan have en indvirkning. Rygning samt de sygdomme, der medfølger, er blevet kædet sammen med den høje dødelighed i Danmark og derfor også tidlig død. Tidlig død er også omkostningsfuldt for samfundet, som følge af den sygdom der resulterer i det. Dog er udgifter til eventuelle fremtidige sygdomme og indlæggelser dermed ikke længere er aktuel.

Beregninger fra Statens Institut for Folkesundhed har opgjort disse omkostninger til at være 575 mio. kr.²³⁶

En amerikansk undersøgelse fra 1990 viser, at forhenværende rygere (der røg under 21 cigaretter om dagen) på 16 år kan genoprette et dødelighedsniveau, der er sammenligneligt med personer, der aldrig har røget.²³⁷ Ifølge denne undersøgelse kan fremtidige omkostninger til behandling af rygere blive væsentligt reduceret.

²³⁶ Sundhedsstyrelsen 2006, 96

²³⁷ Rasmussen et al. 2005, 604

I Sundhedsstyrelsen fik 3.657 personer i 2012 tildelt førtidspension som følge af konsekvenserne af rygning. Hvis de anbefalinger, pakken indeholder, har den effektivitet, eksperterne bedyrer, er der potentiale for en stor besparelse på disse områder. I en undersøgelse af Statens Institut for Folkesundhed i 2006 er en stor del af disse førtidspensionister blevet karakteriseret som storrygere.²³⁸ Hvis antallet af personer på førtidspension kan blive reduceret, vil det betyde en mindre udgift i forhold til de overførselsindkomster, førtidspensionister modtager. Hvis antallet af førtidspensionister reduceres, er der yderligere en mulig indtægt i fremtidige skatteindtægter.

Både omkostninger forbundet med implementering af anbefalingerne samt de finansielle besparelser skal diskonteres i forhold til nutidig værdi. Alle omkostningerne er umiddelbare – for at forebyggelsesprogrammets anbefalinger kan blive implementeret, så skal investeringer ske omgående. Derimod er de potentielle økonomiske besparelser først synlige længere ude i fremtiden. Omkostningerne mister værdi med tiden. Det samme gør sig gældende ved besparelserne. Disse mister også værdi med tiden. Dette er tilfældet generelt ved forebyggelsestiltag, derfor kan forebyggelse anskues som "... allervigtigste investeringer i vores velfærdssamfund".²³⁹ Dette fremhævede Connie Kruckow – formand for Dansk Sygeplejeråd i 2006. Susanne R. Rasmussen foretog en lignende analyse i 2005 af sundhedsbesparelser som følge af rygestop, hvor en discount rate på både 5 pct. og 8 pct. ikke påvirkede det endelige faktum.

"No discounting increased the economic lifetime cost savings of smoking cessation and the relative direct and productivity lifetime health cost savings" (Health cost savings to society of smoking cessation 2005, 605)

Der er ikke regnet med monetære enheder, hvorfor det ikke er muligt at foretage udregningen i denne opgave. Ved diskontering værdisættes besparelser og omkostninger i fremtiden lavere end umiddelbare. Der foretages en nedprioritering af noget, hvor effekten ikke er umiddelbar til fordel for noget, hvor effekten er synlig. Dermed kan de fremtidige besparelser anskues som havende ringere værdi til fordel for de omkostninger, kommunerne skal afgive for implementeringen af anbefalingerne, fordi disse er umiddelbare.

Udregningen af forebyggelsesprogrammets netomkostninger (omkostninger fratrukket besparelser) bliver ligeledes foretaget ved skriftlig analyse.

²³⁸ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 95

²³⁹ <http://www.ftf.dk/magasinet-resonans/nummer/artikel/eksperter-samfundet-investerer-for-lidt-i-sundhed/>

Flere af de danske kommuner har implementeret flere af anbefalinger, der er i forebyggelsespakken omkring tobak. Dermed bliver de umiddelbare omkostninger også væsentlig lavere for disse kommuner. Derimod er det blevet belyst af flere undersøgelser, både danske og udenlandske, at der kan være store besparelser at hente på sundhedsområdet gennem forebyggelse. I opgavens gennemgang af tidligere forebyggelsesprogrammer var kritikken ofte, at der ikke var afsat nok økonomiske midler til at skabe ønskværdige resultater. Et argument for denne kritik kan være diskonteringseffektens påvirkning på den politiske beslutning. Det er sværere at argumentere for at bruge en masse penge på noget, hvis effekt først *muligvis* bliver synlig i fremtiden.

Sundhedseffekter

I det følgende vil de mulige sundhedseffekter og fordele, der kan opstå ved implementeringen af forebyggelsespakken om tobak, blive gennemgået. Dette indebærer, hvor mange leveår, der kan blive opnået gennem implementering, samt hvilke sygdomme, der kan undgås. De negative effekter vil også blive inddraget.

Forebyggelsespakken indebærer forebyggelse af de fremtidige sygdomme, der kan opstå som følge af rygning. Til dette vil der blive inddraget tal fra udgivelsen *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark* - der er udformet af Statens Institut for Folkesundhed. Denne udgivelse bidrager med tal fra forhenværende rygere på netop områderne omkring vundne leveår og år med sygdom. Tallene for forhenværende rygere vil blive sammenlignet med tal fra storrygere og rygere i forhold til at udregne antal ekstra leveår og påvirkningerne på helbred. Forhenværende rygere kan både dække personer, der er blevet syge af rygning og dermed stoppet eller personer, der kun har røget i nogle år.

En tabel fra førnævnte udgivelse viser, at forskellen i middellevetid fordelt på rygerstatus – altså om de er storrygere, rygere eller eksrygere. Forskellen er signifikant, hvis det er en tidligere storrygere, der er stoppet med at ryge og dermed kategoriseret som eksryger. En storryger mister ca. 8 års leveår, hvor en eksryger mister ca. 2 år. En småryger mister 5 år. Ud af opgavens målgruppe – arbejdsløse - er ca. 35 pct. smårygere og ca. 23 pct. er storrygere. En persons rygerstatus kan resultere i henholdsvis 3-6 ekstra leveår. En amerikansk undersøgelse har pointeret, at efter en 16 års periode kan den høje dødelighed rygning kan skyldes være forsvundet. Der vil generelt være en overdødelighed forbundet med rygning, men i forhold til forhenværende rygere er denne overdødelighed mindre – det er dermed muligt at øge tidligere rygeres levetid. Det er tidligere blevet nævnt, at selvom et rygestop ikke holder hele livet, vil pausen også gøre en forskel i forhold til den pågældende persons sundhed.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der tilbydes rygestoptilbud til alle borgere, og at nogle af disse skal være målrettet mod specielle grupper af borgere. Disse tilbud kan derfor have en indflydelse på den høje

dødelighed, der opstår som følge af rygning. Yderligere vil et rygestop også kunne reducere de følgesygdomme, rygning medfører.

Tal fra førnævnte undersøgelse viser dog, at forhenværende rygere stadig dør tidligere end personer, der aldrig har røget. Et andet område hvor et rygestop ville afhjælpe, er med henblik på sygdom relateret til rygning.

Sygdom som følge af rygning er afhængig af flere faktorer, eksempelvis kan rygemængde, antal år som ryger og alder af et eventuelt rygestop have en indvirkning. Derfor vil en storryger, der har røget i flere årtier være en af de mest udsatte i forhold til rygerelateret sygdom.

Ifølge sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om tobak kan en storryger forvente ca. 10 færre år uden langvarig belastende sygdom i forhold til personer, der aldrig har røget. Hvis to 25-årige sammenlignes, hvor den ene er storryger, og den anden aldrig har røget, så kan storrygeren forvente tidligere død samt ca. 2 år mere med sygdom.

Tallene viser, at der er ca. 25.000 færre tilfælde af langvarig belastende sygdom blandt de forhenværende rygere end hos storrygerne. Selvom forhenværende rygere lever længere end storrygerne, så får de næsten samme antal år med sygdom som storrygere. Sygdom er, som tidligere nævnt, determineret af blandt andet længde og mængde. Derfor kan sygdomseffekten variere i forhold til førnævnte præmisser.

På trods af at forhenværende rygere lever mere, så kan de også i nogle tilfælde forvente længere tid med sygdom, derfor bliver disse år vurderet mindre end de vundne leveår.

Kvalitetsjusterede leveår er blevet målt til at være 45,9 ved forhenværende rygere. De kvalitetsjusterede leveår er højere ved de forhenværende rygere end både tallet for smårygere samt storryger.

Forhenværende mandlige rygere har en forventet restlevetid på 51,2, hvor den kvalitetsjusterede restlevetid er fastsat på 45,9. Det vil betyde, at 45,9 af de 51,2 leveår er blevet vurderet som værende "gode". Både smårygere og storrygere (mandlige) har en mindre restlevetid end forhenværende rygere, men den kvalitetsjusterede restlevetid er ligeledes mindre. Ifølge disse tal, så ved at stoppe med at ryge øges muligheden for at opnå flere samt bedre leveår. Denne tendens gør sig også gældende for kvinder. Forhenværende mandlige rygere taber kun halvt så mange raske leveår i forhold til storrygerne, tallene hos kvinderne er endnu lavere. Smårygerne har ligeledes tabt flere raske leveår i forhold til forhenværende rygere, dog ikke så mange, som ved storrygerne.

Der kan også være negative effekter ved implementeringen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Forebyggelsestiltag, hvis formål er at reducere rygning, vil kræve, at personer, der ryger, skal stoppe. Rygning er afhængighedsdannende og nogle finder det afslappende og som følge af dette finder nogle individer rygning stressreducerende. Det kan derfor særligt være en begrænsende restriktion for nogle.

Arbejdsløse ryger gennemsnitlig mere end personer i beskæftigelse. Formanden for foreningen af Ledige påpegede i en artikel fra maj 2011, at en mulig årsag til, at ledige begynder at ryge mere er, fordi de føler sig pressede. Derfor kan dette belyses som værende en negativ effekt.

Et rygestop tilbud involverer at møde op til forløbene og deltage aktivt. Dette kan være tidskrævende og dermed også være en negativ effekt. Sundhedsstyrelsen har også anbefalet implementeringen af røgfri miljøer, der kan gøre processen at stoppe med at ryge nemmere, da denne begrænser steder, hvor der må ryges.

Ekstra leveår – særligt gode leveår er ønskværdige, også selvom disse leveår først kommer engang i fremtiden. Diskontering værdisætter fremtidige gevinster mindre end nutidige, men det er stadig ønskværdige gevinster. Ekstra leveår med dårlig helbred værdisættes ikke nær så højt, men det er stadig mere ønskværdig end leveår med dårligt helbred og ingen mulighed for ekstra. En anden værdi, der er vigtig at tage højde for, er de negative effekter. Disse bliver værdisat højere, da det er restriktioner, der kommer med det samme – de vurderes dermed som større, end de ville gøre, hvis restriktioner kom i fremtiden. Nogle grupperinger vil finde restriktionerne mere negative end andre og for disse vil restriktionerne være med til at nedsætte værdien af de sundhedsmæssige fordele, der vil opstå som følge af rygestop. Det skal også påpeges, at rygerne kan have andre problematikker, der fylder deres hverdag, så ved at fjerne en potentiel afslapningsmiddel for dem, vil det understøtte argumentet i, at de negative effekter ofte vil veje mere i overvejelserne end fremtidige sundhedsforbedringer.

Decision rule

Decision rule er et princip, der bliver benyttet til at vurdere, om det er omkostningseffektivt at implementere det givne tiltag. Efterspørgslen på sundhedsområdet bliver aldrig mættet, derfor bruges denne regel som hjælp til prioritering. Beslutningsreglen er baseret på tiltagets omkostninger og de mulige besparelser – afgørelsen forefindes ud fra, hvad der giver mest sundhed for pengene.

Eftersom der ikke er foretaget konkrete beregninger i denne opgave, vil dette afsnit bestå af et oprids af fundene og redegøre for analysens elementer i forhold til den udvalgte målgruppe.

Der er mange omkostninger forbundet med at indføre de grundlæggende indsatser i forebyggelsespakken om tobak. Dog har flere kommuner allerede implementeret nogle af de anbefalinger, der er i pakken. I disse tilfælde bliver omkostningerne væsentligt reduceret. Analysen har også belyst, at der er potentielle finansielle besparelser at hente i sundhedsvæsenet ved at reducere antallet af rygere. Disse besparelser begunstiger både kommunerne og regionerne.

Rygning kan resultere i flere følgesygdomme og dertilhørende behandling, indlæggelse med mere – disse omkostninger kan på længere sigt blive reduceret, hvis antallet af rygere mindskes. Selvom de negative

konsekvenser af rygning ikke kan fjernes helt, viser flere undersøgelser, at rygestop både kan resultere i længere levetid, flere gode leveår samt færre omkostninger i forhold til eksempelvis førtidspension. Der er også negative effekter af rygestop – særligt for de personer, der finder rygning afstressende. Disse individer vil antageligvis anskue restriktionerne mere negativt end andre. De sundhedsmæssige forbedringer bliver først synlige i fremtiden – graden af disse afhænger dog af flere variabler, som for eksempel antal år som ryger, antal cigaretter om dagen og i hvilken alder rygestoppet er blevet sat i gang.

Flere eksperter kan finde store fordele ved forebyggelsesindsatser og også specifikt på rygeområdet. Der er dermed også mange argumentationer for at implementere de grundlæggende indsatser.

Sensitivity analysis

Sidste led i Shepard & Thomsens cost-effectiveness analyse er at foretage en følsomhedsanalyse. I denne testes for modstridende synspunkter og usikkerheder omkring analysen. Der eksisterer eksempelvis i dette tilfælde faktorer, der kan påvirke sundhedseffekterne i form af rygerstatus. Samtidig er de fremtidige besparelser potentielle, da de afhænger af flere variabler. Sikkerhed omkring formodede besparelser er ikke garanteret og afhænger også i høj grad af deltagelse og et vellykket rygestop.

WHO's rammekonvention FCTC har forpligtet Danmark til at arbejde med "effektive instrumenter for at begrænse brugen af tobak". De påpeger i dette tilfælde instrumenter, som eksempelvis afgifter, forbud mod reklamer, behandlingstilbud og røgfri miljøer. Flere af disse instrumenter er også en del af forebyggelsespakken om tobak.

Flere danske eksperter har udtalt, at det vil kræve lovgivning, langt højere afgifter og reguleringer for at reducere rygning. Anbefaling omkring røgfri miljøer resulterer i restriktioner, men disse restriktioner transcenderer ikke nødvendigvis over i de miljøer, hvor de arbejdsløse befinder sig. Det er tidligere blevet påpeget, at arbejdsløse netop begyndte at ryge mere på kurserne på jobcentrene. Derudover resulterer røgfri miljøer på skoler og kommunale arbejdspladser i en effekt på arbejdsløse, eftersom det ikke umiddelbart er steder, hvor de arbejdsløse opholder sig. Dermed kan en stor usikkerhed ved analysen være antagelsen om, at de arbejdsløse ønsker at deltage i rygestopkurser. Dette vil blive undersøgt i det følgende afsnit.

Incitamentanalyse

Grossmans *Consumer Choice Theory* indebærer, at forbrugerens handling er baseret på at opnå maksimalt nytte. I forhold til sundhed er der, ifølge Grossman, to årsager til at efterspørge sundhed og dermed også sundhedsydelser. Den ene årsag er at opnå egen nyttemaksimering – i dette tilfælde vil det være et godt helbred. Den anden årsag til at efterspørge sundhed vil være at holde sig sund og rask til at bruge sin tid på at skabe en formue – tid til at arbejde og dermed tjene penge.

I løbet af de sidste år er antallet af rygere faldet, som Mette Wier udtalte i 2013, så er rygerkurven knækket.²⁴⁰ I 2011 offentliggjorde Forbundet 3F, at næsten halvdelen af de arbejdsløse ryger. Derudover har ovenstående også belyst, at en markant del af de arbejdsløse falder hører under kategorien storrygere. Tidligere er omkostningerne for forebyggelsespakken om tobak blevet gennemgået, ligeledes er de potentielle besparelser ved implementeringen af pakken. Sundhedseffekterne viser, at det kan være flere leveår at hente, såfremt de arbejdsløse stopper med at ryge. Forebyggelsespakken angiver anbefalinger, der blandt andet involverer røgfri miljøer (offentlige områder) og disse planer kan udvides til arbejdspladser, sammen med rygestop tilbud og informationskampagner. Selvom rygestop tilbuddene er tilgængelige for alle og der er planer om opsøgende indsatser, er der ikke blevet adresseret, om de arbejdsløse vælger at deltage i rygestop kurser. Lysten til at stoppe med at ryge er der, dette viser tallene.

Med udgangspunkt i Grossmans model ville motivationen til et rygestop være at få det godt – sundhed som en forbrugsgode – samt muligheden for at få flere raske dage på arbejdsmarkedet – sundhed som investeringsgode.

Der har i mange år været oplysningskampagner, der belyser faren og de sundhedsmæssige konsekvenser ved rygning. I den moderne tidsalder, hvor information er let tilgængelig, vil disse oplysninger også være let tilgængelige. Et eksempel på oplysning omkring konsekvenserne ved rygning er sundhedsstyrelsens billeder på cigaretpakker, der blandt andet viser en rygerlunge ved siden af en rask lunge. Derfor vil de arbejdsløse også være klar over, de konsekvenser forbundet med rygning. Undersøgelser viser, at tidligere års oplysningsindsatser ikke når de arbejdsløse og førtidspensionisterne, da den sociale ulighed i sundhed har været stigende i takt med at antallet af rygere er blevet reduceret.

De røgfri miljøer har også det resultat, at mange beskæftigede ikke kan ryge i arbejdstiden – dette kan også have en effekt på rygeprævalens på denne målgruppe, men de arbejdsløse har ikke disse restriktioner i hverdagen.

Med udgangspunkt i Grossmans teori må der dermed være noget ved rygning, der overskygger efterspørgslen af sundhed i forhold til individets nyttemaksimering.

Formanden for de ledige Peder Bæk mener, at flere ledige ryger som følge af, at de føler et pres – skabt af deres situation. Den nye dagpengereform har ligeledes givet årsag til stress, ved dem der er i fare for at falde ud af systemet.

Der foretages en prioritering for de arbejdsløse (og også førtidspensionisterne), hvor deres fremtidige helbred ikke vejer tungere end lysten og behovet for at ryge. Konsekvenserne er de bevidste omkring i form af diverse oplysnings – og skræmmekampagner.

²⁴⁰ <http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2013/03/08/0308054614.htm>

Grossman påpeger også, at efterspørgslen efter sundhed er styret af lysten til at have raske dage til at tjene penge. Dette kan være incitament til at investere i egen sundhed i form af blandt andet rygestop og motion.

Eftersom arbejdsløse ikke har et arbejde, hvor de kan tjene penge, er denne motivation ikke gældende for netop denne målgruppe.

Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse investerer ikke i eget helbred i så høj grad som beskæftigede, tendensen er ydermere blevet vist til at være faldende i forhold til tidligere tal.

Overlæge ved Kræftens Bekæmpelse Inge Hanstrup Clemmensen pointerer, at det på dette tidspunkt netop er relevant at investere i sin sundhed i form af et rygestop. Hendes argumentation er;

”Det kan give en masse selvtillid til at søge job, når man oplever, at man godt kan styre sin trang til at ryge”(Berlingske 2011²⁴¹)

Oplysningskampagner og i en vis grad også rygestop kurser har været præget af en individuel tilgang. Strukturelle tilgange har flere eksperter udtalt at være effektive for netop at nå lignende målgrupper. Knud Juel anbefaler direkte restriktioner for at afhjælpe tendensen til rygning. Forebyggelsespakken bærer også i nogen grad præg af en strukturel tilgang i henhold til de røgfri miljøer. Men foruden de offentlige steder så er det ikke nødvendigvis en restriktion, der vil påvirke de arbejdsløse.

De reaktive rygestop tilbud kræver også, at borgeren selv henvender sig. En anden anbefaling lyder på opsøgende indsatser i boligområder, der har høj ryge prævalens. Dette vil stadig kræve, at borgeren henvender sig og ønsker at stoppe med at ryge.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger indeholder ikke incitamenter for de arbejdsløse, der får dem til at have lyst til at stoppe med at ryge. Argumentationen hviler på de fremtidige helbredsproblemer, der har været argumentationen i mange år. Tallene viser, at mange arbejdsløse ønsker at stoppe, men tallene viser også, at arbejdsløse stadig udgør en stor gruppe af de nuværende rygere.

Forebyggelsespakke – Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er ligeledes et af de områder, hvor arbejdsløse ikke har gunstige tal – ifølge Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke kan kun 20 pct. af de arbejdsløse karakteriseres som værende moderat eller hårdt fysisk aktive i deres fritid.

²⁴¹<http://www.b.dk/nationalt/arbejdsloese-ryger-mest>

I forhold til at fremme fysisk aktivitet forelægger der mest evidens for effektive indsatser, hvor målgruppen er børn og unge. Der er derimod sparsom viden på dette område, når indsatserne skal være rettede mod voksne. Der er dog undersøgelser, der viser, at de fysiske omgivelser spiller en stor rolle. Den manglende viden kan også anskues i forebyggelsespakken anbefalinger. Det er et begrænset antal grundlæggende indsatser, der er rettet mod den generelle voksne befolkning. Derfor inddrages også enkelte indsatser på udviklingsniveau.

Cost-effectiveness analyse

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om fysisk aktivitet er, ligesom pakken om tobak, publiceret i 2012. Den er ligeledes udformet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med en række faglige eksperter. Formålet med pakken er at hjælpe kommunerne med at skabe gode rammer og muligheder for, at borgerne kan være fysisk aktive. Dette afhjælper også på sygdomme, der kan relateres til inaktivitet og giver dermed også en samfundsmæssig besparelse på sundhedsvæsenets årlige udgifter.

Forebyggelsespakken indeholder også fire typer af indsatser; rammer, tilbud, information & undervisning samt tidlig opsporing. Anbefalingerne, der hører ind under kategorien rammer, indebærer indarbejdelse af specifikke mål for fysisk aktivitet i sundhedspolitikken. Yderligere anbefales, at aktiv transport fremmes i kommunen og at dette sker ved hjælp af lokalplaner og anlægsprojekter. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der foretages en koordinering med andre forvaltningsområder – da rammerne for fysisk aktivitet ofte spænder bredt, eksempelvis på planområdet og fritidsområdet. Der bør også skabes let adgang til diverse idrætsfaciliteter.

De grundlæggende indsatser der anbefales i kategorien tilbud, er møntet på børn og unge. Derfor inddrages indsatser på udviklingsniveau i denne kategori. Dette indebærer, at der, gennem samarbejde med frivillige organisationer, udvikles tilbud for fysisk aktivitet til inaktive borgere samt til borgere med særlige behov. En af begrænsningerne i denne pakke er netop den manglende evidens i forhold til fremme af fysisk aktivitet for voksne.

Ligeledes er der i de to sidste kategorier ikke nogen indsatser, der retter sig mod den udvalgte målgruppe af de grundlæggende indsatser. Derfor inddrages de to, der er på udviklingsniveau. I forhold til information og undervisning anbefales en tilgængelig oversigt over organiserede og ikke-organiserede aktiviteter i kommunen. I tidlig opsporing er der flere indsatser rettet mod børn og en enkelt møntet på de ældre af de grundlæggende indsatser. På udviklingsniveau anbefales hjemmebesøg af sundhedsplejerske, der informerer om betydningen af fysisk aktivitet.

Forebyggelsespakken om fysisk aktivitet hører ind under de pakker, der er blevet anbefalet af KL at blive iværksat i 2013. Dette indebærer de grundlæggende indsatser.

Beregning af omkostninger

Implementere af de anbefalinger, der er fremstillet i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om fysisk aktivitet kræver omkostninger – både finansielle, men også menneskelige ressourcer. Ligesom tidligere bliver omkostningerne opgjort i ressourcer, da de finansielle omkostninger kan variere i forhold til kommunerne.

Der skal bruges ressourcer til at integrere fysisk aktivitet i kommunernes sundhedspolitik. Dette er særligt ressourcefuldt, da der samtidig opfordres til tværsektorielt samarbejde. Dette indebærer, at flere sektorer skal inddrages i processen, og at der skal opnås enighed omkring målsætningerne gennem samarbejde og dialog. Det samme er gældende ved indsatsen fremme af aktiv transport. Dette lægger også op til et tværsektorielt samarbejde. Hvis dette ikke allerede er tilfældet i nogle kommuner, vil det kræve vejarbejde og større finansielle omkostninger. Hvis aktiv transport skal være gældende hele året rundt, kræves også ekstra opmærksomhed på stier i forhold til vedligeholdelse og eksempelvis snerydning. Anbefalingerne i kategorien "rammer" kan derfor indebære samarbejde på tværs af sektorerne og disse skal dermed inddrages i planlægning og opnå enighed omkring de overordnede målsætninger.

En anden indsats, der har en indvirkning på de rammer, der må skabes for at fremme fysisk aktivitet er let adgang til idrætsfaciliteter. Dette er til en vis grad angivet ved lovgivning. Planloven angiver, at kommunen skal angive retningslinjer for; "opførelse af faciliteter for fysisk aktivitet og planlægning af indretnings af omgivelser til fysisk aktivitet".²⁴² Specifikt benævner Sundhedsstyrelsens anbefaling svømmehaller, boldbaner og idrætshaller til anbefalingen om let adgang. Idrætshaller kan ofte bookes ved de lokale skoler, boldbaner på de lokale skoler kan bruges udenfor skoletiden, men svømmehaller kræver ofte betaling. Der er stadig mulighed for "fri" afbenyttelse, såfremt indgangen betales.

De anbefalinger, der hører ind under kategorien "tilbud" er på udviklingsniveau – dermed tilhører de ikke de anbefalinger, der er blevet opfordret af KL til at indføre i 2013. Anbefalingen indenfor kategorien "tilbud" indebærer skabelsen af tilbud til fysisk inaktive borgere eller borgere med særlige behov. Dette kræver et samarbejde med frivillige organisationer eller private aktører. Dette skal ligeledes planlægges og implementeres, hvilket kræver menneskelige ressourcer. Det vil kræve et tæt samarbejde, og i forhold til denne form for tiltag er det relevant, at prioriteringen skal være ens ved de implicerede parter. Det må også antages, at disse former for tilbud til kræve markedsføring for at øge deltagelsen. I forhold til "information og undervisnings indsatsen", der omhandler oversigt over aktiviteter indenfor kommunen, kræves research og udformning af skriftligt materiale. Dette skal løbende opdateres og være tilgængeligt for alle borgere – hvilket kan betyde, at disse oplysninger skal være flere steder i kommunen, hvilket også kræver ressourcer.

²⁴² <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf>, 10

Hjemmebesøg fra sundhedstjenesten til familier i kommunen vil kræve meget tid til foretagelsen af disse besøg. Dette kan resultere i nødvendigheden i yderligere ansættelser af sundhedsplejersker.

Omkostningerne indeholder anbefalinger, der er blevet placeret på udviklingsniveau. Dette betyder, at der er begrænset viden for virkning, og i disse tilfælde vil det kræve flere omkostninger end de grundlæggende indsatser. Anbefalingerne på udviklingsniveau er blevet inddraget på grund af deres relevans til målgruppen, hvor indsatser på skoleområdet ikke besidder samme.

Eftersom der netop er begrænset viden på området om fysisk aktivitet med henblik på voksne, vil der angiveligt være omkostninger forbundet med effektevaluering af indsatserne. På trods af, at der opfordres til tværsektorielt samarbejde, fremgår det af pakken, at sundhedsvæsenet skal den ledende sektor. Flere af indsatserne kræver også, at de implicerede ansatte enten besidder de relevante kompetencer eller vil modtage uddannelse, der vil give dem disse kompetencer.

Formålet med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om fysisk aktivitet er at forebygge de sundhedsmæssige konsekvenser, inaktivitet medfører. Ifølge Sundhedsstyrelsen var sundhedsvæsenet nettoomkostninger forbundet med inaktivitet 2.883 mio. kr. i 2005. Det estimerede tal anskues til at være knap 500 mio. kr. højere i 2012. For en gennemsnitlig kommune svarer dette årligt til 9,6 mio. kr. Omkostningerne kan blive reduceret ved at få de inaktive borgere til at blive moderat aktive og yderligere reduceret, hvis der opnås et højt aktivitetsniveau.

Pakken angiver, at let adgang til idrætsfaciliteter, fremme af aktiv transport samt tilbud om fysisk aktivitet er instrumenter til at reducere antallet af fysisk inaktive.

Der er flere sygdomme, der er blevet bevist forekommende som følge af inaktivitet. Forebyggelsespakken benævner specifikt sygdomme som hjertekarsygdomme, type-2 diabetes, metabolisk syndrom og tyktarmskræft. Såfremt det er muligt at reducere antallet af inaktive borgere, giver det en mulighed for at reducere sundhedsudgifterne forbundet med disse sygdomme. Udgivelsen *Fysisk aktivitet og sundhed i Europa: Evidens og handling* nævner flere sygdomme relateret til inaktivitet, der viser formindsket forbedring, hvis der opnås fysisk aktivitet; slagtilfælde, overvægt, brystkræft og depression.²⁴³

Ved at øge aktivitetsniveau ved de fysisk inaktive er der potentiale for besparelser på behandling af nogle af disse sygdomme. I forhold til de sygdomme, hvor fysisk aktivitet kun giver formindsket forbedring vil den potentielle besparelse dog være mindre i forhold til sygdomme, der er nævnt i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om fysisk aktivitet. Der er også flere af de fysisk inaktive, der ønsker at have et højere aktivitetsniveau. Ud fra dette må det antages, at der kan komme besparelser på dette område.

²⁴³ Sund By Netværket 2006, 16

Tal fra forebyggelsespakken viser yderligere, at inaktive borgere kan relateres til ca. 100.000 indlæggelser årligt. Hvis der kan opnås et moderat aktivitetsniveau, er der potentiale for at reducere dette tal. Samme høje tendens kan anskues ved henvendelser hos de alment praktiserende læger, hvor et aktivitetsniveau på moderat vil kunne resultere i 2,6 mio. færre henvendelser til egen læge. Disse tal er fremlagt af Sundhedsstyrelsen i forebyggelsespakken, og kan der skabes besparelser på disse områder, vil besparelserne både komme kommunerne og regioner til gode. Det vil resultere i besparelse i forhold til tid og ressourcer for de alment praktiserende læger og skabe pladser på hospitalerne.

Det er yderligere blevet belyst, at inaktivitet er årsag til ca. 1266 tilfælde af førtidspension. Hvis dette tal kan mindskes, så vil dette fjerne udgifter i forhold til overførselsindkomster.

Ligesom tilfældet med forebyggelsespakken om rygning kan fysisk inaktivitet også medfører ekstra omkostninger, som følge af for tidlig død. Ifølge udgivelsen *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark* er sundhedsvæsenets samlede omkostninger i forhold til for tidlig død opgjort til 140 mio. kr. – det skal dog påpeges, at for tidlig død giver besparelser i forhold til forventet forbrug på 366 mio. kr. Disse besparelser forventes at blive opnået, fordi personer ikke når den alder, hvor sygdomsrelaterede sygdomme opstår. Halvdelen af de fremtidige omkostninger omhandler personer over alderen 65 år.

Fremme af aktiv transport og let adgang til idrætsfaciliteter kan være en medvirkende faktor til at opnå disse besparelser. Det samme gør sig gældende for tilbud rettet mod at fremme fysisk aktivitet.

Alle besparelserne er potentielle, dermed gives der ingen garanti for opnåelsen af dem. Omkostningerne er umiddelbare og særligt indsatser på udviklingsniveau kræver flere end de på det grundlæggende niveau. Omkostninger på disse anbefalinger er dog primært rettet mod at skabe samarbejde og fælles rammer for forebyggelse på tværs af de forskellige sektorer. De umiddelbare omkostninger værdisættes dermed også højere end fremtidige besparelser – særligt også som følge af den usikre viden bag dem, og at der antageligvis også vil blive brugt ressourcer på evaluering resultaterne. Der er blevet belyst, at der ikke forefindes meget konkret viden omkring effektive indsatser på dette område, og dette kan være en medfaktor, der vil forringe værdien af eventuelle fremtidige besparelser.

Sundhedseffekter

Analyse af sundhedseffekterne indebærer, hvor længere liv, der kan opnås, færre år med sygdom, livskvalitet samt de negative effekter som følge af en eventuel implementering af anbefalingerne. Sidst i afsnittet vil disse effekter blive diskonteret i forhold til tidsperspektivet.

De tal der vil blive benyttet i dette afsnit stammer både fra forebyggelsespakken samt udgivelsen *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. Sundhedseffekterne vil blive belyst ved at sammenligne tallene fra de inaktive i forhold til de aktive. Tallene fra de aktive er sammensat af moderat aktive og aktive (højt

aktivitetsniveau). Personer med eksisterende sygdomme og manglende mobilitet er blevet frasorteret i disse tal.

Hvis inaktive borgere blot kan blive moderat aktive, kan dette være årsag til ca. 4500 færre dødsfald om året. Dette pointerer Sundhedsstyrelsen i forebyggelsespakken om fysisk aktivitet. Ifølge undersøgelsen fra Statens Institut for Folkesundhed findes en stor del af disse dødsfald relateret til fysisk inaktivitet fra 65 år eller derover – for begge køn. Dette resulter i alt ca. 50.000 tabte leveår for begge køn. Inaktive taber også ca. 5 år for hvert køn i forhold til middellevetiden. Hvis der kan opnås et moderat aktivitetsniveau gennem forebyggelsespakkens tiltag vil disse dødsfald antageligvis blive reduceret.

Fysisk inaktivitet kan, som tidligere nævnt, også medføre forskellige former for sygdomme. Sygdom relateret til fysisk inaktivitet er også større ved inaktive i forhold til aktive, og prævalensen for sygdom stiger i takt med alderen – både ved inaktive og aktive. Personer med manglende mobilitet er udelukket fra disse tal. Der er på undersøgelsens tidspunkt ca. 46.000 personer med langvarig belastende sygdom, der kan relateres til fysisk inaktivitet.

Sandsynligheden for at opnå flere år at leve i uden sygdom er væsentlig større ved de aktive. En 25-årig inaktiv person kan forvente en restlevetid uden relaterede følgesygdomme på ca. 33 år – uafhængig af køn. Hvis denne person opnår et moderat aktivitetsniveau kan år uden sygdom stige med 8 -10 år – henholdsvis for mænd og kvinder. Den forventede levetid for en aktiv 25-årig mand er ca. 5 år længere og ligeledes forventes den samme mand at få ca. 8 år længere uden langvarig belastende sygdom end den inaktive.

I forhold til disse tal kan der opnås en længere levetid samt færre år med sygdom, såfremt aktivitetsniveau når et moderat niveau som minimum.

I samme tabel fremgår det, at antallet af år med langvarig belastende sygdom er højere ved inaktive end aktive – dette er tilfældet ved begge køn. Inaktive mænd kan forvente ca. 14 år med langvarig belastende sygdom, hvor inaktive kvinder er tallet 19,8 år. Ved aktive personer er der også år med sygdom, men tallet er væsentlige mindre - mændene kan forvente 11,5 år og kvinderne 14,6 år. Årene med sygdom reduceres dermed også som følge af aktivitetsniveau.

Kvalitetsjusterede leveår bruges til at belyse kvaliteten af leveårene uden at disse vil have en påvirkning på levetiden. Dette er ligeledes noget, publikationen *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark* har undersøgt. Disse tal er igen baseret på en 25-årig inaktiv mand og kvinde sammenlignet med en 25-årig aktiv mand og kvinde. Hvor restlevetiden er længere ved de aktive, vurderes de kvalitetsjusterede leveår ligeledes til at være højere ved de aktive. Forskellen i kvalitetsjusterede leveår er mellem ca. 6 og 7 år for henholdsvis mænd og kvinder.

Forskellen med aktive og inaktive er dermed, at aktive kan forvente at leve længere, opleve færre år med sygdom og have flere "gode" leveår i forhold til de inaktive. Aktive forventes stadig at få sygdom, men der er stadig en klar forskel i forhold til aktivitetsniveauet.

Implementeringen af sundhedsstyrelsens anbefalinger kan også opnå negative effekter, der kan anskues som restriktioner eller gener for borgerne.

Der er ingen restriktioner i anbefalingerne, ligesom der var i pakken om rygning, så dermed bliver man ikke tvunget til at være fysisk aktiv. I forhold til målgruppen er det tidligere blevet præsenteret et kommunalt tiltag, hvor motion var obligatorisk i nogle kommuners aktiveringsprojekter, hvor forebyggelsespakken anbefalinger i højere grad er præget af den individualistiske tilgang til forebyggelse.

Anbefalingerne om fremme af aktiv transport og tilbuddene angivet i pakken kræver ikke deltagelse. I dag er det sunde valg ikke nødvendigvis det lette valg – heller ikke i dagligdagen. Der er elevatorer, flere busruter og internettet med til dørs leveringer kan være begrænsende til bevægelse i dagligdagen. Ligeledes er fritidsaktiviteter i høj grad præget af tv og computerspil. Hvis anbefalingerne havde begrænsninger eller et element af tvang – ligesom det førnævnte obligatorisk idræt - kunne der være flere negative effekter, men anbefalingerne er frivillige. En mulig negative effekt kan være den dårlige samvittighed, der kan opstå, når man netop vælger de inaktive aktiviteter.

Sundhedseffekterne er alle fremtidige og dermed bliver de vurderet lavere end hvis effekterne var umiddelbare. Ligeledes viser analysen, at dødsfaldene primært sker for de 65-årige, så det kan for nogle individer være meget langt ude i fremtiden. Anbefalingernes formål er at gøre det let at være fysisk aktiv, men eftersom der ikke er nogle restriktioner, er det også begrænset, hvor mange negative effekter, der kan opstå. Omkostningerne er umiddelbare, og en stor del af anbefalingerne kræver tværfagligt samarbejde, som kan være omkostningsfuldt.

Decision rule

Der er begrænset viden på dette område. Der er ikke skaffet så mange erfaringer, som der er i forhold til rygning og alkohol. Derfor må der nødvendigvis også bruges flere udgifter på evaluering af de implementerede indsatser. Tiltagene indebærer i høj grad samarbejde på tværs af sektorer – særligt fremme af aktiv transport og tilbuddene. Sidstnævnte indebærer, ifølge Sundhedsstyrelsen, også samarbejde med frivillige og private aktører. De økonomiske besparelser er alle potentielle og dermed også usikre. Dette er dog tilfældet ved de fleste nye forebyggelsestiltag. De samme gælder sundhedseffekterne, der også er præget af noget usikkerhed. Der kan være andre faktorer, der har en indvirkning på de enkelte individer. Besparelserne er alle fremtidige og omkostningerne er umiddelbare – dette er også en faktor, der særligt kan have politisk relevans. Det kræver også en del ressourcer og eventuel en omlægning af den kommunale arbejdsform for at få implementeret et større tværfagligt samarbejde. Dette er ressourcer, der

kommer fra kommunernes budgetter og arbejdstimer fra de kommunale kontorer, og de kunne ansues som en højere prioritering end mulige fremtidige sundhedseffekter.

Sensitivity analysis

Den usikkerhed, der medfølger, giver også anledning til en følsomhedsanalyse. Denne vil have udgangspunkt i Grossmans investeringsmodel og denne vil fremhæve nogle af de usikkerheder, der er i forhold til anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om fysisk aktivitet. Det primære fokus bliver incitamentet til at blive fysisk aktiv og dermed om formålet med pakken kan opnås i forhold til denne opgaves målgruppe, der er de arbejdsløse.

Incitamentanalyse

Grossman anskuer sundhed som en forbrugsgode og som en investeringsgode. Sundhed som forbrugsgode er et godt helbred og maksimalt nytte til det enkelte individ. Sundhed som investeringsgode er, hvor individet investerer i egen sundhed for at få dage med muligheden for at tjene penge.

Sundhedsstyrelsen har tidligere angivet anbefalinger omkring fysisk aktivitet. Voksne bør røre sig 30 minutter om dagen, og dette skal være med moderat intensitet. Derudover bør der to gange om ugen forekomme fysisk aktivitet med høj intensitet i minimum 20 minutter. Anbefalingerne i forebyggelsespakken opfordrer ydermere til generel fysisk aktivitet som en transport måde. Viden omkring, hvilke positive effekter fysisk aktivitet medbringer for sundheden, er alment kendt i Danmark.

Med denne viden bliver fysisk aktivitet stadig nedprioriteret hos de arbejdsløse. Dette viser tallene, der er blevet gennemgået tidligere. Der må dermed være andre elementer, der giver en mere øjeblikkelig forbedring, siden fremtidig sundhed ikke virker til at være prioriteret.

Ligesom tilfældet med tobak så er den umiddelbare nytte af fysisk aktivitet, et forbedret helbred, kommer først længere ude i fremtiden. De fremtidige effekter får en nedprioritering og dermed en mindre værdi. Fysisk aktivitet skal ikke ansues som en pligt, hvis dette er tilfældet, så fjernes lysten og motivationen til at være det. Et eksempel på dette kan være afslapning eller familietid foran fjernsynet. Arbejdsløse er i høj grad stressede. Afslapning kan dermed blive højere prioriteret ved denne målgruppe.

Fysisk aktivitet i hverdagen – som transport – er noget, der burde være det lette valg. I bymiljøet går der mange busser, mange har i dag biler, der findes rulletrapper og elevatorer. Disse kan umiddelbart virke som de mere oplagte valg i forhold til at gå ned i centrum eller tage cyklen. Fremme af aktiv transport indebærer at gøre cykelstier og fortove mere sammenhængende og bekvemme at benytte. Hvis det var hurtigere at bruge dem, eller dyrere at parkere inden i byen kunne dette være en måde, at gøre disse mere attraktive.

I udgivelsen *Fysisk aktivitet og sundhed i Europa: Evidens og handling* har oplistet nogle anbefalinger til fysisk aktivitet og en af kategorierne er møntet på arbejdsløse. I denne anbefales gåture, tage trapperne og deltage i sport.²⁴⁴ Dette vil svare til at foretage investeringer i eget helbred, jf. Grossmans investeringsmodel.

Grossman investeringsmodel viser i dette tilfælde, at fysisk aktivitet bliver en måde at opretholde et godt helbred for at kunne få flere dage til at tjene penge i. Beskæftigede har ikke så lave tal for fysisk inaktive, som kan støtte op om Grossmans model. Beskæftigede formår at have fuldtidsarbejde og være fysisk aktive i fritiden. Arbejdsløse skal på jobcentre og de skal søge jobs, de har ligeså god tid til at være fysisk aktive i som de beskæftigede. Dog har de arbejdsløse stadig højere tal for fysisk inaktivitet.

Anbefalingerne i forebyggelsespakken indebærer også tilbud om fysisk aktivitet arrangeret af frivillige eller private aktører. I forhold til stress og depression kan fysisk aktivitet have en gavnlig effekt, dette er der evidens for. Men i forhold til disse sindstilstande kræver det ofte en høj grad af overvindelse at være fysisk aktiv, og der kan det sociale aspekt i disse tilbud både være en fordel og en ulempe.

De arbejdsløse skal "sparke" sig i gang med. Det er ikke en vane, man skal stoppe med. Det er noget, der i nogle tilfælde kan kræve forberedelse, remedier og en motivation. Endnu en faktor, der kan være medvirkende til at flere arbejdsløse nedprioritere det. Der er også muligheden for at deres rammer for fysisk aktivitet er ringere i forhold til deres boligforhold.

Anbefalingerne i forebyggelsespakken er præget af en individuel tilgang til forebyggelse. Der er ikke regler, restriktioner eller lignende, der fremtvinger fysisk aktivitet. Der er i en kommune på Fyn blevet lavet obligatorisk fysisk aktivitet i relation til et af deres aktiveringsprojekter – ligesom idræt er tvunget i folkeskolen. Ifølge artiklen virker dette til at være en succes. Men denne type af indsats er ikke i forebyggelsespakken. Forebyggelsespakkens anbefalinger indebærer, at der findes en lyst til at være fysisk aktiv, så er det bare kommunens ansvar at skabe de rigtige rammer – dette stemmer overens med loven fra 2007.

De arbejdsløse oplever forhindringer i deres hverdag. De søger arbejde, men det er indtil videre ikke lykkes dem. Dette kan have en stressende effekt og dermed give en følelse af træthed. Disse elementer er ikke gunstige i forhold til at have motivationen til at bevæge sig, dette på trods af fysisk aktivitets gunstige effekt på helbredet. Dette støttes op af udgivelsen *Fysisk aktivitet og sundhed i Europa: Evidens og handling*.

²⁴⁴ Statens Institut for Folkesundhed 2006, 12

Tallene indikerer, at prioriteringen ligger et andet sted for de arbejdsløse, og dermed bliver der ikke investeret i de arbejdsløses generelle sundhed og helbred. Der er begrænset viden omkring fysisk aktivitet, og ligeledes er kommunernes erfaringer på området også begrænsede. En kommune har lavet obligatorisk aktivitet i forhold til de arbejdsløse, som en del af et aktiveringsprojekt, men anbefalingerne i forebyggelsespakken viser stadig en individualistisk tilgang til forebyggelse. De mulige fremtidige besparelser og effekter vil kun blive opnået, hvis inaktive personer bliver aktive.

Diskussion

Analysen viser, at der er potentiale for opnå visse økonomiske besparelser samt mulige sundhedseffekter, såfremt Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker opnår sine mål – henholdsvis reducere antallet rygere og fysisk inaktive. Denne opgave har taget sit udgangspunkt i arbejdsløse, der har nogle ugunstige tal på disse to områder.

I forhold til opgavens problemformulering, er det omkostningseffektivt at implementere disse pakker for at nå de arbejdsløse, har analysen vist, at der kan være nogle problematikker forbundet med dette.

Arbejdsløse har disse ugunstige tal på de førnævnte områder, på trods af den store viden, der er omkring de sundhedsmæssige effekter, der kan opstå som følge af inaktivitet og rygning. En problematik begge analyser viste, var at de sundhedsmæssige forbedringer først kommer i fremtiden. I forhold til rygning viste tallene i cost-effectiveness analysen yderligere, at eksrygere stadig kan få sundhedsmæssige konsekvenser af rygning. Den amerikanske undersøgelse indikerer dog, at disse kan forsvinde 16 år efter et succesfuldt rygestop. Aktive er heller ikke garanteret en sygdomsfri levetid.

Grossmans investeringsmodel belyser, at sundhed som forbrugsgode benyttes til at opnå maksimal nytte og tilfredshed ved den individuelle. Der må dermed være noget forbundet med rygning og fysisk inaktivitet, der afgiver denne tilfredshed og nytte. Yderligere viser diskonteringsprincippet, at nutidige effekter er værdisat højere end fremtidige. Der virker dermed til at være en nedprioritering i forhold til de fremtidige effekter for noget, der afgiver effekt i nutiden. I denne opgaves kontekst vil dette være rygning og afslapning. Dette er igen på trods af viden omkring fremtidige konsekvenser og det faktum at ca. 13 pct. af de arbejdsløse har vurderet deres nuværende fysiske tilstand til at være dårlig. På trods af at rygerkurven påstået at være knækket, er det stadig en stor del af de arbejdsløse, der ryger – særligt i forhold til de beskæftigede. Oplysningskampagner synes dermed ikke at have nået de arbejdsløse i så høj grad, som med de beskæftigede. Dette giver også store sociale forskelle i sundhedstilstanden.

Opgaven har yderligere belyst, at arbejdsløse er under en stor del stress. Usikkerhed omkring jobsituation og indkomst, samt den nye dagpengereform er mulige årsager til denne stress. En undersøgelse har vist at arbejdsløse i høj grad føler sig stressede ved tanken om at kunne falde ud af dagpengesystemet.

Det må antages, at denne stress er årsag til at nutidige bekymringer omkring arbejdssituation og indkomst tager præsidens over fremtidige sundhedsforringelser.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger i de implicerede forebyggelsespakker er i høj grad præget af en individualistisk tilgang til forebyggelse. Dette indebærer, at det primært er op til individet at implementere ændringer i egne sundhedsvaner. Kommunens ansvar i forhold til forebyggelsespakkerne er at bidrage med rammerne for, at individet kan opnå succes med at få ændret vanerne.

Tidligere danske forebyggelsestiltag har haft nogenlunde de samme målsætninger gennem de sidste 30 år. Målene er længere levetid, bedre livskvalitet og reducere ulighed i sundhed. Kritikken til tidligere tiltag har været de manglende finansielle midler til at gennemføre målsætningerne. Kjell Møller Pedersen udtalte i 2006, at det offentlige skal bruge flere økonomiske midler for at opnå et ønskværdigt resultat af forebyggelsesindsatserne.

Tallene viser, at levetiden er blevet længere, men at Danmark ikke har så lang en levetid i forhold til flere andre europæiske lande.²⁴⁵ Ligeledes er uligheden i sundhed i Danmark stadig stor.

Ekspertter har længe henvist til at en reducere i uligheden vil kræve højere afgifter, flere reguleringer og restriktioner. Der er enkelte restriktioner at anskue i pakken om tobak, men disse restriktioner har både undtagelser og har ikke nødvendigvis en effekt på netop opgavens målgruppe. Der er også kommet afgifter på tobak, men ikke i den mængde der er blevet anbefalet af flere eksperter og i flere af de danske forebyggelsesprogrammer.

Fokus på den individuelle tilgang til forebyggelse virker dermed også til at være en politisk beslutning og viser en politisk prioritering indenfor denne sektor. Hvis strukturel forebyggelse virker, hvorfor bliver det så ikke brugt noget mere? Undersøgelser bevidner effekten af afgifter og restriktioner og obligatorisk idræt har også haft succes.

Fra den politiske vinkel kan man se, at der skal bruges store finansielle udgifter til at implementere indsatser, der muligvis virker og i så fald er resultatet først synligt i fremtiden. En regeringsperiode er fire år, nedsættes der indsatser der afgiver negative konsekvenser for befolkningen og de ikke kan se fordelene i disse umiddelbart, kan det også have konsekvenser for regeringen. Befolkningen bliver dermed også tvunget til at opgive noget, de selv har taget et aktivt valg for at bibeholde.

Individuel tilgang til forebyggelse har virket på de højtuddannede, der er kommet en væsentlig reducere af rygere i Danmark. Denne tilgang har dermed også afgivet en effekt, men for at få reduceret en sociale skævridding i det danske samfund, vurderer eksperterne at den strukturelle tilgang er måden. Der bliver dermed en politisk prioritering.

²⁴⁵ <http://m.b.dk/?article=24707549-Usunde-danskere-doer-tidligere-end-andre>

Det politiske argument for ikke at hæve afgiften på tobak har været øget grænsehandel med netop denne vare. Dette indikerer, at der ikke er en tiltro til at rygerne vil stoppe, de vil blot lægge pengene et andet sted, der ikke gavner Danmark. Dette argument er senere blevet refuseret af Kræftens Bekæmpelse, der henviser til undersøgelser på området. Resultaterne af disse viste, at en forhøjelse af grænsehandlen vil være kortvarig, og at rygerne efterhånden vil betale den højere pris for tobak i Danmark eller stoppe.

Danske målsætninger har længe været længere liv og mindre ulighed i sundhed. Disse er politiske målsætninger og en årsag til disse, kan være de mulige besparelser på sundhedsområdet i fremtiden. Dette kan nås med den strukturelle tilgang, men dette kræver også flere penge, og flere negative effekter. Tidligere sundhedsminister Jan Axel Nielsen pointerede i en artikel i Politiken fra 2010, at;

”En dansker vil selv bestemme. Det er en del af vores nationalcharme” (Jan Axel Nielsen i Politiken 2010)

Umiddelbart indikerer tallene, at den individuelle tilgang ikke virker på alle målgrupper – inklusiv opgavens målgruppe. Argumentet for dette er de stadig store tal på tobaksområdet og antallet af fysisk inaktive. Incitamentanalysen viser, at prioriteterne for denne målgruppe kan være et andet sted og at dette i høj grad er præget af deres nuværende situation. Dette kan være årsagen til de høje tal i forhold til at der stadig er mange rygere og inaktive blandt de arbejdsløse, på trods af viden omkring kommende sundhedseffekter.

Hvis den nuværende regering ønsker at opnå deres sundhedspolitiske målsætninger og reducere antallet af danskere med usund livsstil bør strukturelle forebyggelse overvejes.

Konklusion

Økonomisk evaluering har en overordnet normativ tilgang. Dette indebærer et fokus på værdibedømmelse i forhold til forebyggelsesindsatser på sundhedsområdet. Værdibedømmelse er inddraget i opgavens analysemetode, som er en cost-effectiveness analyse. Der er også blevet inddraget et element, der tilhører positiv økonomi i form af Grossmans Consumer Choice Theory. Grossmans investeringsmodel er blevet benyttet til at belyse, om der er incitamenter for de arbejdsløse til stoppe med at ryge og blive mere fysisk aktive. Formålet med denne opgave har været at erfare, om det er omkostningseffektivt at implementere Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker om tobak og fysisk aktivitet for at nå arbejdsløse.

Opgavens analyse viste, at der var mulige besparelser at hente, hvis antallet af rygere og inaktive bliver reduceret. Dette indebærer økonomiske besparelser i forhold til fremtidige sundhedsudgifter, og

danskerne vil have et større potentiale for at leve længere med bedre livskvalitet og dermed med færre sygdomme. Sundhedsstyrelsen har opstillet en række anbefalinger, hvis formål var at opnå dette resultat. Dette vil kræve investeringer i forebyggelsesindsatserne, disse varierer dog i forhold til kommunerne og deres igangværende tiltag på området. For at opnå de fremtidige effekter, skal der dog investeres i nutiden, hvilket kan have en effekt på værdien af tiltagene. Den fremtidige værdi er nemlig mindre end den nuværende værdi. Anbefalingerne bærer præg af en individualistisk tilgang til forebyggelse. Individet skal selv tage skridtet, og kommunerne skal skabe de rigtige rammer. I forhold til forebyggelsespakken vedrørende tobak er der dog lidt strukturel forebyggelse som for eksempel røgfri miljøer.

Tallene viser, at arbejdsløse i høj grad halter bagefter i forhold til usund livsstil. Denne målgruppe er ikke så aktiv i forhold til beskæftigede, og de ryger væsentlig mere. Viden omkring de sundhedsskadelige ved inaktivitet og rygning er alment kendt. Alligevel viser tallene stadig, at de arbejdsløse ikke stopper med at ryge eller bliver mere fysisk aktive. Grossmans investeringsmodel er blevet inddraget for at beskrive og forklare, hvad en mulig årsag til dette kan være.

Sundhed som forbrugsgode er et element i modellen og indikerer, at sundhed er et middel til at opnå tilfredsstille og maksimal nytte. I forhold til denne teori må der dermed være en nutidig mere tilfredsstillende effekt ved rygning og stillesiddende fritid end fremtidige sundhedsforbedringer. Ligeledes kan sundhed anskues som en investeringsgode, der gør det muligt for individet at være rask i længere tid til at tjene penge. Arbejdsløse har ikke dette incitament, de er jobsøgende. Samtidig med at arbejdsmarkedet er hårdt presset i øjeblikket, gør den nye dagpengereform ikke de arbejdsløse mindre stressede. Langtidsledige kan være særligt stressede af den nye reform, og empirien viser, at der er kommet flere arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse. Disse kan også få problemer med at komme ind på arbejdsmarkedet, der også vil resultere i et højt stressniveau.

Det er klart, at der kan være andre faktorer, der er medvirkende til at incitamentet til fysisk aktivitet og til rygestop ikke eksistere. Men den stigende ulighed i sundhed og de nuværende tal for arbejdsløses sundhedsvaner appellerer til en anderledes tilgang til forebyggelse.

Ekspertter har i længere tid fremført strukturel forebyggelse til at være vejen fra for at reducere uligheden i sundhed. Strukturel forebyggelse i form af afgifter og reguleringer er blandt de hyppigst anvendte. Tidligere danske forebyggelsesprogrammer har ligeledes brugt disse argumenter – eksempelvis Forebyggelseskommissionen og den nuværende regerings regeringsgrundlag. Der har også længe været målsætninger om forlænget levetid, bedre livskvalitet og reducere ulighed i sundhed. Argumenter imod en eventuel stigning i afgifter har været øget grænsehandel. Dette belyser Kræftens Bekæmpelse dog er blevet afvist af nyere undersøgelser.

Tilgangen til forebyggelse er en politisk beslutning, men på trods af viden omkring mulige forbedringer ved strukturelle indsatser, er det begrænset, hvor stor en del af disse, der er del af nyere forebyggelsestiltag – Sundhedsstyrelsernes forebyggelsespakker er et eksempel på dette.

Opgavens analyse viser, at en nytænkning indenfor området og en anderledes incitament struktur vil være mere fordelagtigt for opgavens målgruppe. De prioriterer tydeligvis ikke mulige fremtidige sundhedsforbedringer højt nok til at finde incitamentet til at blive mere aktive eller stoppe med at ryge. Dette vil være en væsentlig faktor for at forebyggelsespakkernes anslåede besparelser kan realiseres. På grund af den individuelle tilgang i forebyggelsespakkerne er der en mulighed for, at denne målgruppe ikke kan nås og derfor vil implementeringen af anbefalingerne i forhold til denne målgruppe ikke være omkostningseffektivt.

Litteraturliste

Artikler

- Rasmussen, Susanne R, Prescott, Eva, Sørensen, Thorkild I. A. & Søgaard, Jes *The total lifetime health cost savings of smoking cessation to society* 2005 Udgivet i European Journal of Public Health Vol. 15, Oxford University Press
- Shepard, Donald S & Thomsen, Mark S. *First principles of cost-effectiveness analysis in health* 1979 Public Health Reports, vol. 94

Bøger

- Kamper-Jørgensen, Finn & Almind, Gert "Forebyggende sundhedsarbejde" 2003, Munksgaard Danmark, København
- Morris, Stephen, Devlin, Nancy & Parkin, David "Economic Analysis in Health Care" 2007, John Wiley & Sons, Ltd. England

Forebyggelsespakker

- Sundhedsstyrelsen *Forebyggelsespakke Fysisk aktivitet* 2012
- <http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/FysiskAktivitet.pdf> Sundhedsstyrelsen *Forebyggelsespakke Introduktion til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker* 2012
<http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/SSTIntro.pdf>
- Sundhedsstyrelsen *Forebyggelsespakke Tobak* 2012
<http://www.sst.dk/publ/Publ2012/06juni/ForebyggPk/Tobak.pdf>

Internetsider (set d.30.06.13)

- 19.200 har mistet dagpengene 2013
<http://www.ak-samvirke.dk/nyheder/19200-mistet-dagpengene>
- Arbejdsløse bliver mere og mere syge 2013
<http://www.bt.dk/danmark/arbejdsløse-bliver-mere-og-mere-syge>

- Arbejdsløse ryger mest
<http://jyllands-posten.dk/ditliv/sundhed/ECE4532653/arbejdsløse-ryger-mest/>
- Astrid Kraghs tale ved KL's sociale temamøde 2012
<http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Taler/KLs-sociale-temamoede-maj-2012.aspx>
- Astrid Kraghs tale ved KL's sociale temamøde 2012
<http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Taler/KLs-sociale-temamoede-maj-2012.aspx>
- Bred kampagne skal pifte den lokale kamp for sundhed op
<http://www.bt.dk/danmark/bred-kampagne-skal-pifte-den-lokale-kamp-for-sundhed-op>
- Bundplacering: Danskerne dør tidligere og lever usundt
<http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2013/03/08/0308054614.htm>
- Cigaretter fører ikke til boom i grænsehandel 2012
<http://www.cancer.dk/Nyheder/nyhedsartikler/2012kv2/dyre+cigaretter.htm>
- Dagpengeperioden forkortes 2010
<http://www.lederne.dk/lho/Nyheder/aktuelt/aktuelt2010/dagpengeperiodenforkortes.htm>
- Danskerne skal piskes til at leve længere
<http://www.b.dk/nationalt/danskerne-skal-piskes-til-at-leve-laengere>
- Derfor lever de rige danskere længere end de fattige
<http://politiken.dk/tjek/forbrug/ECE1919857/derfor-lever-de-rige-danskere-laengere-end-de-fattige/>
- Er det farligt at være arbejdsløs? 2007
http://www.akf.dk/nyheder/akfnyt/2007_1/05_farligt_arbejdsløes/
- Eksperter: Samfundet investerer for lidt i sundhed 2006
<http://www.ftf.dk/magasinet-resonans/nummer/artikel/eksperter-samfundet-investerer-for-lidt-i-sundhed/>
- Forebyggelseskommissionen 2013
<http://www.sum.dk/Sundhed/Forebyggelse/Forebyggelseskommissionen.aspx>
- Forebyggelsen i kommunerne styrkes med faglige pakker 2012
<http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2012/ForebyggelseKommunerneStyrkesMedFagligePakker.aspx>
- Forebyggelsespakker til en styrket kommunal indsats
<http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2012/ForebyggelsespakkerIHoering.aspx>
- Hørings svar om Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2012

http://www.regioner.dk/~media/Mediebibliotek_2011/SUNDHED/Publikationer%20og%20h%C3%B8ringssvar/Danske%20Regioners%20h%C3%B8ringssvar%20om%20Sundhedsstyrelsens%20forebyggelsespakker.ashx

- Kommentar til regeringens forebyggelsesprogram 2000
http://www.ugeskriftet.dk/lf/UFL/uf199_00/smid_ud/uf12002/l_s/32106.htm
- Kommunale sundhedsopgaver 2012
<http://www.sum.dk/Sundhed/Kommunale%20sundhedsopgaver.aspx>
- Kommunerne er klar til at bruge forebyggelsespakker 2012
<http://www.kl.dk/Sundhed/Kommunerne-er-klar-til-at-bruge-forebyggelsespakker-id106537/>
- Krisen rammer lavtuddannede hårdt 2012
<http://www.business.dk/oekonomi/krisen-rammer-lavtuddannede-haardt>
- Liberal Alliance: Lavere afgifter på cigaretter 2013
- <http://jyllands-posten.dk/indland/ECE5365097/liberal-alliance-lavere-afgifter-pa-cigaretter/>
- Lige sundhed for buschauffører 2012
<http://www.sf.dk/presse/nyheder/2012/12/10/lige-sundhed-for-buschauff%C3%B8r-og-direkt%C3%B8r>
- Mindre andel af BNP går til sundhed 2012
<http://www.regioner.dk/aktuelt/nyheder/2012/juli/mindre+andel+af+bnp+g%C3%A5r+til+sundhed>
- Minister vil målrette sundhedskampagne mod de svage 2012
<http://www.information.dk/310293>
- Regeringen giver 13 mio. kr. til nyt forebyggelsescenter 2012
<http://im.dk/Aktuelt/Nyheder/Forebyggelse/2012/November/regeringen-giver-13-mio-kr-til-nyt-forebyggelsescenter.aspx>
- Stop for dagpenge gør ledige syge 2012
http://www.ugebreveta4.dk/da/2012/201204/Mandag/Stop_for_dagpenge_goer_ledige_syge.aspx
- Storrygere står typisk uden for arbejdsmarkedet
<http://m.b.dk/?article=17699839-Storrygere-staar-typisk-uden-for-arbejdsmarkedet>
- Sunde danskere mobber de usunde
<http://politiken.dk/tjek/sundhedogmotion/sundhed/ECE1621675/sunde-danskere-mobber-de-usunde/>
- Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2012

<http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kommunal%20sundhedsplanlaegning/sst-FBpakker.aspx>

- Uddannelse baner vejen for et langt og sundt liv
<http://politiken.dk/tjek/sundhedogmotion/ECE1626413/uddannelse-baner-vejen-for-et-langt-og-sundt-liv/>
- Øget fokus på sundhed kræver øget fokus på forebyggelse 2012
<http://www.kl.dk/Om-KL/Oget-fokus-pa-sundhed-kraver-ogsaa-oget-fokus-pa-forebyggelse-id103240/>

Publikationer

- Borg Vilhelm *Sund i arbejde - positive faktorer i arbejde* 2007 Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, København
- Bmabra, Clare *Recession, unemployment, and health* 2012
<http://www.oxfordscholarship.com.zorac.aub.aau.dk/view/10.1093/acprof:oso/9780199588299.001.0001/acprof-9780199588299-chapter-005>
- Dansk sygeplejer Raad *Forebyggelse er fremtiden – et forslag til en National handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 2007–2011* 2006
- Den nationale sundhedsprofil 2010 – hvordan har du det? 2011 Sundhedsstyrelsen
<http://www.sst.dk/publ/Publ2010/CFF/Sundhedsprofiler/DenNationaleSHP.pdf>
- Højgaard B, Sørensen J, Søgaard J *Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne – dokumentation af effekt og omkostningseffektivitet* 2006, København DSI Institut for Sundhedsvæsen
- Forebyggelseskommissionen *Vi kan leve længere og sundere – Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats* 2009
- Regeringen *Et Danmark, der står sammen - Regeringsgrundlag* 2011
- Regeringen *Sund hele livet– de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10* 2002 Udgivet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København K
- Statens Institut for Folkesundhed *Folkesundhedsrapporten* 2007
- Statens Institut for Folkesundhed *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark* 2006
- Sund by Netværket *Fysisk aktivitet og sundhed i Europa - Evidens og handling* 2006, World Health Organization
- Sundhedsstyrelsen *Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunerne gøre?* 2011 København S

- Sundhedsstyrelsen *SUNDHED OG SYGELIGHED BLANDT SOCIALT UDSATTE BORGERE - analyse af SUSY data om sundhed hos arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, førtidspensionister samt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering 2008*, København S
- Sundhedsstyrelsen *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser 2011*

Statistik og retsinformation

- Registreret ledighed
<http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/arbejdsloeshed/registreret-ledighed.aspx>
- <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=11388>
- <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=121329>
- <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=121336>
- <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=135884>
- <http://www.sundhedsprofil2010.dk/Pages/Home.aspx> sidst testet d.30.06.13