

Temamøte 3: Forebyggende helsearbeid i fremtiden



Inspirasjonsnotat, utarbeidet av prosjektgruppen
Oslo, 25. januar 2006

Innhold

Innledning.....	3
Noen hypoteser om forebyggende helsearbeid frem mot 2015:	3
Forebygging i dag.....	4
Definisjoner, politikk og noen fakta.....	4
Forebygging innenfor helsetjenesten	4
Forebygging utenfor helsetjenesten	5
Folkehelsepolitikken	5
Noen nøkkeltall	5
Drivkrefter for fremtidens forebygging.....	7
Økonomisk press	7
En ny generasjon helseforbrukere	8
Høye forventninger til livet.....	8
Markedspress.....	10
Teknologisk press.....	10
Interessenter og aktører: Fremtidens forebyggere.....	11
Eksempler fra utlandet	13
Offentlige myndigheter innoverer	13
Andre aktører innoverer	15
En ny samhandlingsmodell for forebyggende helsearbeid?.....	19
Helsefremming og de fire k-ene.....	20
En ny rollefordeling for helsefremmende arbeid?.....	21
Fire barrierer.....	22
Kilder.....	23

Innledning

Både etterspørselen etter helsetjenester og kostnadene øker fra år til år, og vil trolig ikke reduseres med mindre rammebetingelsene endres betraktelig. Norge har hatt en årlig gjennomsnittlig vekst i offentlige helseutgifter på over 5 prosent de siste 32 årene. Dersom denne veksten fortsetter de neste 40 årene, vil helseutgiftens andel av BNP øke fra 10,3¹ til litt over 17 prosent.²

En så sterk utgiftsøkning vil ikke det offentlige kunne bære. Resultatet vil derfor enten måtte bli at det blir innført strengere "rasjonering" av helsetilbudet til befolkningen, eller at en stadig større del av helsetilbudet finansieres av den enkeltes privatøkonomi. I begge tilfeller vil konsekvensen bli større forskjeller. Med en strengere offentlig styring, vil ulikheter oppstå mellom pasientgrupper og profesjoner med sterk lobby- og mediemakt, og de som ikke har det. Men en sterkere privat finansiering, vil ulikheter oppstå mellom de som har råd til å betale for behandlinger selv eller tegne private forsikringer, og de som ikke har det.

Det finnes imidlertid en tredje vei for å møte den innebygde etterspørsels- og kostnadsveksten i helsetjenesten, og det er å tenke helt nytt når det gjelder forebyggende helsearbeid.

Forebyggende helsearbeid har lenge vært stemoderlig behandlet og forfordelt. Få aktører har hatt både beslutningsmyndighet, prioriteringsmyndighet og økonomisk egeninteresse av å fremme forebygging. Muligens ser vi nå en utvikling mot at ulike drivkrefter og nye aktører vil fremme forebygging – men på en annen måte enn vi er vant til å tenke forebygging på.

Utgangspunktet for inspirasjonsnotatet og det etterfølgende møtet i tankesmien er følgende spørsmål:

- ❖ Finnes det en samhandlingsmodell for forebyggende helsearbeid?
- ❖ Er det mulig å gjøre forebygging både samfunnsøkonomisk og kommersielt lønnsomt?
- ❖ Hvem er aktørene som kan drive forebyggende arbeid?

I notatet vil vi se på:

- ❖ Hva er forebygging, hvordan drives det i dag og noen nøkkeltall
- ❖ Hvilke drivkrefter og samfunnsendringer påvirker forebyggende arbeid – og på hvilken måte
- ❖ Hva skjer i andre land og hva gjør andre aktører utenom helsemyndighetene
- ❖ Konturene av en ny modell og ny arbeidsdeling for forebyggende arbeid i Norge

Noen hypoteser om forebyggende helsearbeid frem mot 2015:

- ❖ I 2015 snakker vi ikke om "forebygging", men om hva som er *helsefremmende* og *helsehemmende*
- ❖ Forebygging blir "big business" – innen noen områder
- ❖ Fremvekst av et økende privat marked for helsefremmende produkter og tjenester
- ❖ Nye aktører entrer scenen, også multinasjonale konsern
- ❖ "Bundling" og skreddersøm av tjenester, samt helse som verdiøkende element er nøkkelen til kommersiell suksess
- ❖ Helse som fjerde bunnlinje på linje med økonomisk, miljømessig og sosial rapportering for virksomheter
- ❖ Offentlig/private velferdsallianser innen helsefremming

¹ OECD: "Health at Glance 2005", totale utgifter som andel av BNP i 2003.

² Dagens Næringsliv 20. januar 2006, som refererte til rapporten "Who's going Broke? Growth in Healthcare Costs in Ten OECD countries".

Forebygging i dag

Definisjoner, politikk og noen fakta

Forebygging: Tar sikte på å utvikle tiltak som kan føre til en reduksjon i sykdommer, skader, sosiale problemer, dødelighet og å redusere risikofaktorer.

Helsefremmende: Tar sikte på å utvikle tiltak som kan bedre livskvalitet og helse, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger en utsettes for i dagliglivet.

Snever definisjon av forebygging: Tiltak innenfor helsetjenesten med sikte på å forhindre sykdom. Eks. opprettelse og drift av helsestasjoner til barn. Disse har igjen snevrere og mer spesifikke tiltak som f. eks. vaksinasjon av barn. Til dette hører også lovgiving, slik vi har sett det når det gjelder røyking.

Bredere definisjon av forebygging: Tiltak for å oppdage mulighet for/disposisjon for sykdom for å forhindre sykdom eller redusere graden av sykdom. F.eks tester som viser høyt kolesterol og potensiell risiko for hjerte/karsykdom, og som man kan redusere gjennom tilpasset livsstil og medikamenter.

Habilitering: Tiltak innen helsetjenesten for å minske/hindre komplikasjoner/forverring av allerede oppstått sykdom. Eks. pasientskoler innen astma hos barn med sikte på å lære barn og foreldre å leve med sykdommen på en best mulig måte. "Habilitering" henviser til alle tiltak som tar sikte på at en (kronisk) syk person skal kunne fungere best mulig med minst mulig risiko for forverring av og komplikasjoner til sykdommen

Genetisk påvisning av risikogrupper: Foreløpig er ikke dette noe stort tema her i landet. Det begynner nå imidlertid å komme stadig mer data om genetiske markører for risiko for sykdomsutvikling, i noen tilfeller risiko som man ikke kan påvirke gjennom adferd. I tillegg er det tester som viser at man har "lav" risiko for sykdom, f.eks diabetes. Det kan muligens føre til økt risikoatferd fordi man vet at risikoen for å utvikle sykdommen er liten, uansett livsstil.

Forebygging innenfor helsetjenesten

Det er uklart hvor mye ressurser vi egentlig bruker til forebyggende helsearbeid. Årsaken er både at det er vanskelig å sette grense mellom hva som er forebygging og behandling, og uklart hvordan man skal definere forebygging. I HODs statsbudsjett for 2006, er det satt av 846,8 mill kr for programområdet 10.10 Folkehelse. Ifølge HODs budsjettavdeling bør man også inkludere programområde 10.50 Legemidler på 216,8 mill kr siden denne posten ikke inkluderer innkjøp av legemidler, men forvaltning og godkjenning. RHF bruker midler på forebygging, men man har ikke helt oversikt over hvor mye – av tidligere nevnte årsaker. I tillegg påpeker HOD at deler av kommunenes helse- og sosialmidler går til forebyggende arbeid. Men heller ikke her vet man hvor stor andel. Helsemyndighetene har heller ikke oversikt over hvor mye av helsemidlene som brukes på kronisk syke.

I helseforetakene etableres det lærings- og mestringssentre (LMS). Disse bistår i å mestre å leve med sykdommer og unngå at man må innlegges på sykehus når problemer oppstår. Dette gjelder sykdommer som hudlidelser, revmatiske lidelser, diabetes, hudsykdommer, utlagt tarm og blære etc.

Det bør også nevnes at det kanskje viktigste forebyggende helsearbeidet i tillegg skjer på mer generelle samfunnsområder som trafikkregulerende tiltak, forurensningstiltak, arbeidslivstiltak og rent sosiale tiltak, bl.a. gjennom lovgivning og avgiftspolitikk.

Forebygging utenfor helsetjenesten

Her er det mer snakk om folkehelseopplysning, for eksempel kostholds- og livsstilsveiledning fra ulike organisasjoner som Nasjonalforeningen for folkehelsen og Kreftforeningen, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Norges astma og allergiforbund og lignende. Disse organisasjonene har også egne sentre for kurs og opphold, som Kreftforeningens Montebellosenter, der både helsepersonell, pasienter og pårørende kan få kurs og opphold. Senteret får dekket en del av driften gjennom Folketrygden, men også gjennom private gaver og fond. Det samme gjelder LHLs senter, f.eks på Røros der pasienter kan få kostveiledning, trening, samtaler etc med helsepersonell. Dessuten driver for eksempel Røde Kors og Norsk luftambulans førstehjelpskurs og opplæring i hjerte- og lungeredning. Nasjonalforeningen arrangerer samlivskurs for å forebygge samlivsbrudd. Samlivsbrudd representerer store kostnader både for voksne og barn, ikke minst i form av sykefravær og redusert psykisk helse.

Folkehelsepolitikken

I Stortingsmelding nr 16, "Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken" (2002-2003), er hovedstrategiene for folkehelsearbeidet definert som:

1. **Skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse.** Målet er å gjøre det lettere for den enkelte å ta ansvar for egen helse.
2. **Bygge allianser for folkehelse.** Målet er å bygge opp et systematisk, forpliktende og helhetlig folkehelsearbeid. Meldingen legger opp til omfattende alliansebygging både innen det offentlige og mellom offentlige instanser og det frivillige Norge.
3. **Helsetjenestene:** Forebygge mer for å reparere mindre. Sterkere vektlegging av livsstilspåvirkning i helsetjenestenes virksomhet og styrking av forebyggende helsetjenester overfor barn og unge.
4. **Utvikle ny kunnskap.** Folkehelsearbeidet har på enkelte områder vært preget av prøving og feiling. Skal styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen blant aktørene i folkehelsearbeidet og bygge opp kunnskap systematisk.

Noen nøkkeltall

I tidligere notater har vi sett at en rekke sykdommer blir stadig mer utbredt og folk lever lenger med sykdom. Nedenfor har vi satt opp utbredelsen av noen av de største sykdomsgruppene, som også er de største dødsårsakene.

- ❖ **Kreft:** Ved inngangen til 2004 var det 166.586 personer i live etter kreftsykdom. Drøyt 302.000 var uføre, og kreftpasienter utgjorde 2 prosent av de uføretrygdede. Kreftsyke hadde til sammen 820 307 sykedager dekket over folketrygden.³
- ❖ **Fedme:** Opptil en av fem voksne har fedme, dvs BMI over 30. Blant barn og unge er 10-20 prosent overvektige.⁴

³ Kreftforeningen

⁴ Nasjonalt Folkehelseinstitutt

- ❖ **Diabetes:** Ca 120.000 har diabetes og Folkehelsen anslår at det er omtrent like mange med uoppdaget diabetes. Dvs at vi totalt har rundt 200.000 diabetikere.
- ❖ **Hjerte/kar/lungesykdommer:** Siden vi ikke har et personentydig pasientregister er det ingen som vet sikkert hvor mange som har hjertesykdom. Om lag 276.000 personer har denne KOLS.⁵
- ❖ **Depresjon/psykiske lidelser:** Om lag halvparten av befolkningen får en psykisk lidelse i løpet av livet, hvorav 10-15 prosent vil ha alvorlige psykiske lidelser.⁶ 30 prosent av de uføretrygdede har psykiske lidelser og atferdsforstyrrelse, mens 15 prosent har nevrososer og atferds- og personlighetsforstyrrelser.⁷ Mellom 10 og 20 prosent av alle barn har så store psykiske problemer at det går ut over deres daglige virke, og mellom 4 og 7 prosent er behandlingstrengende.⁸
- ❖ **Muskel/skjelettsykdommer:** Det er ikke noen oversikt over hvor mange som har denne type sykdommer. Tall fra Rikstrygdeverket viser imidlertid at 33,2 prosent er uføretrygdet pga sykdom i muskel, skjelett og bindevev, og dette er største årsak til uførhet.⁹

Årsakene til sykdommene er sammensatte, men noen er livsstilssykdommer som kan forebygges. Ulike studier viser at det er store penger å spare på forebyggende helsearbeid som er rettet nettopp mot disse livsstilssykdommer. Her er noen eksempler på beregninger som er foretatt:

- ❖ Inntil 80 prosent av arteriosklerotiske hjertesykdommer og rundt 90 prosent av diabetes 2 kan unngås ved endret livsstil.¹⁰
- ❖ Om lag 1/3 av krefttilfeller kan unngås ved å spise sunn mat, holde normalvekt og trene jevnlig.¹¹

UK Medical Research Council har estimert at dårlige kostvaner ligger til grunn for følgende sykdommer:¹²

- ❖ >70 % av fordøyelsesproblemer
- ❖ >50 % fedme
- ❖ >35 % kreft
- ❖ >30 % hjertesykdommer
- ❖ >25 % diabetes

Beregninger fra Norsk Sykepleierforbund viser at det gir store effekter å forebygge lårhalsbrudd.¹³

- 22 500 personer over 65 år var i 2003 innlagt i sykehus for skade. 9000 av disse skadene var lårhalsbrudd.
- 9000 lårhalsbrudd hos personer over 65 år utgjør en samfunnskostnad på vel 2,2 milliarder kroner (250 000 kr. pr lårhalsbrudd)
- En reduksjon i antall lårhalsbrudd på 10 % vil gi landet mulighet til å styrke andre tjenester og tilbud med over 225 millioner kroner.
- I en middels stor kommune (ca 12-15.000 innbyggere med 40 lårhalsbrudd årlig) vil 10 % reduksjon utgjøre 1 million kroner (fordelt på flere budsjetter).

⁵ St.meld.nr. 16: "Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken", 2002-2003.

⁶ Nasjonalt Folkehelseinstitutt

⁷ Rikstrygdeverket: Trygdestatistisk årbok 2005.

⁸ St.meld.nr. 16: "Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken", 2002-2003.

⁹ Rikstrygdeverket: Trygdestatistisk årbok 2005.

¹⁰ WHO: "Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases", Geneva 2003.

¹¹ Ibid.

¹² www.obesityonline.org

¹³ Tallene er hentet fra Norsk Pasientregister/ Folkehelseinstituttet og SSB, og er et gjennomsnitt for perioden 2000-2003. Fra brosjyren "Trygge eldre i din kommune?" Forebygging er omsorg!

Ulykker og skader er den fjerde viktigste dødsårsaken i Norge. Blant eldre barn utgjør trafikkulykker nesten halvparten av den totale dødeligheten.¹⁴ De siste årene har vi sett at antall omkomne i veitrafikken synker. En trendfremskrivning Mandag Morgen har gjort, og som baserer seg på utviklingen siden 2000, viser at vi kan komme under 100 døde allerede i 2012. Men utviklingen kan fremskyndes betydelig dersom motorveitbyggingen forseres i forhold til det som er beregnet i Nasjonal transportplan 2006-2015.

Dersom det bygges ut firefelt motorvei på ni strekninger i Sør-Norge, vil 39 færre mennesker miste livet på disse veiene. Det skal være gjennomført innen 2030. Men dersom dette fremskyndes til 2015, er 50 døde i trafikken innen rekkevidde allerede da. Investeringen vil ligge på om lag 60 milliarder kroner. "Prislisten" på trafikkulykker ser slik ut: Ett menneskeliv tapt i trafikken priset til 25,4 millioner kroner. En svært alvorlig skadd person koster 17,4 millioner, mens en alvorlig skadd koster samfunnet 5,8 millioner. Med 223 trafikkdøde, 86 svært skadet og 854 alvorlig skadde i 2005, blir det 765 mill kr. Dersom vi klarer å redusere antall omkomne fra 200 til 100, sparer samfunnet over 2,5 milliarder kroner – hvert år.¹⁵

Drivkrefter for fremtidens forebygging

I dette inspirasjonsnotatet tar vi til orde for at forebyggende helsearbeid vil gjennomgå betydelige endringer frem mot 2015. I 2015 snakker vi ikke om "forebyggende helsearbeid". Vi snakker om hva som er *helsefremmende* vs det som er *helsehemmende*. Forebygging er ikke en separat aktivitet som noen myndighetsorganer, forskere og ideelle organisasjoner driver med – *helse bygges inn i alt*. Helse og sunn livsstil er i stor grad et personlig valg. Utfordringen for politikerne og offentlige helsemyndigheter blir å forme en politikk etterfulgt av tiltak som "hjelper" folk til å treffe helsefremmende valg, og å unngå helsehemmende valg.

Internasjonalt peker en rekke kapasiteter på at det ikke er offentlige myndigheter eller politikere som vil drive frem nyskaping innen forebyggende helsearbeid. *"The driver of change will come from outside the system. The conflict within the sick care system is too great to allow change to evolve out of the system,"* sier Paul Wallace, adm dir ved Kaiser Permanente's Care Management Institute.¹⁶

I kommersielle sammenhenger vil vi se at det helsefremmende bygges inn som et verdikende element. I andre sammenhenger bygges helse umerkelig inn i produkter og tjenester, f.eks i design av senger, husbygging, matvarer. I den "helsealderen" vi går inn i, vil grensene mellom forebygging, behandling og rehabilitering bygges ned siden vi legger mer vekt på å beholde og fremme god helse generelt.

Hvorfor denne fremtidsoptimismen? Den stemmer lite med den status og prioritering som forebyggende helsearbeid har i dag. En rekke drivkrefter og samfunnsendringer ligger til grunn for fremtidsoptimismen. Samspillet mellom drivkreftene og nye interessenter kan gi et helt annet fundament for helsefremmende arbeid enn det som er tilfellet i dag, og vi kan vente oss langt mer innovasjon innen helsefremmende arbeid, produkter og tjenester enn vi har sett hittil.¹⁷

Økonomisk press

PriceWaterhouseCoopers har estimert at helseutgiftene i de 24 OECD-land vil øke fra \$2,3 trillioner i 2002 til om lag \$10 trillioner i 2020 dersom utgiftene fortsetter i samme takten de neste årene.¹⁸

¹⁴ St.meld.nr. 16: "Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken", 2002-2003.

¹⁵ Mandag Morgen: "Gi gass mot nullvisjonen", nr 36, 14. november 2005.

¹⁶ Erik Rasmussen og Josefine Volqvartz: "Entering the Health Age. A new approach to fighting chronic diseases", Huset Mandag Morgen, 2005.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ PriceWaterhouseCoopers: "HealthCast 2020: Creating a Sustainable Future", PwCs Health Reserach Institute, 2005.

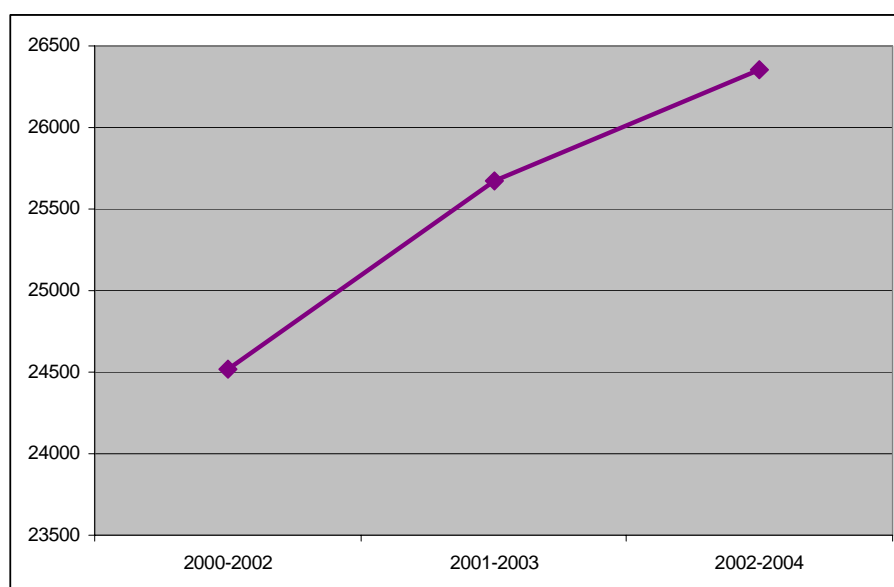
Offentlige budsjetter skvises, og det kan presse frem politisk etterspørsel etter nye og mer kostnadseffektive løsninger.

En ny generasjon helseforbrukere

En av de sterkeste drivkreftene ligger antakelig i alliansen mellom en ny generasjon helseforbrukere, pasientorganisasjoner og private virksomheter. Supergenerasjonen (personer mellom 40-60 år, og som utgjør 27 prosent av befolkningen) har et annet forbruksmønster, atferdsmønster og holdning til helsetjenester, slik vi har sett i tidligere inspirasjonsnotater. De planlegger å bruke mer – til dels betydelig mer – av egne penger til helsefremmende produkter og tjenester i årene fremover. De er åpne for nye produkter og tjenester, og de har en pragmatisk holdning til om det er offentlig eller privat finansiert og/eller produsert.

Generelt i befolkningen ser vi at forbruket av ulike helsetjenester og –produkter øker, slik figuren nedenfor viser for perioden 2000 til 2004.

Figur 1: Befolkningens gjennomsnittlige årlige forbruk av helsetjenester, i antall kr per person.¹⁹ Kilde: SSB.



Høye forventninger til livet

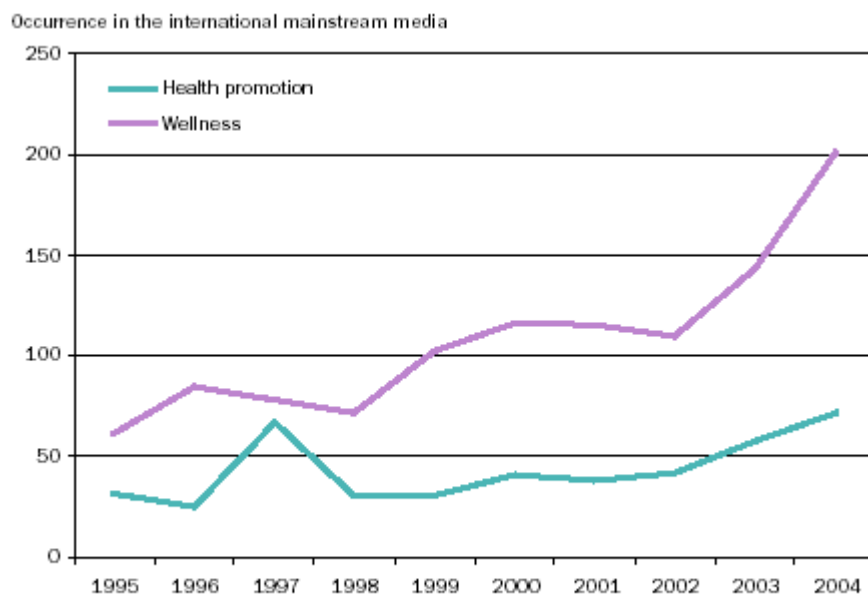
God helse er i ferd med å bli sett på som grunnleggende for menneskeverdet og nærmest en menneskerett. Utviklingen er synlig i medier, politiske og offentlige debatter som i økende grad fokuserer på sunn livsstil. Helse og sunnhet er i ferd med å bli suksessparameter og personlig merkevare. Helse er en hobby og del av livsstilen for stadig flere. Og mange er villige til å betale for det.

Danske Mandag Morgen søkte i internasjonale medier på bruken av ordene "health promotion" og "wellness". Resultater er som vi ser en formidabel økning i antall artikler som skriver om "wellness" i en eller annen form. Helse og livsstil er definitivt på dagsorden også i norske medier. Søndag 15. januar hadde for eksempel VG 9 helsider om helse, mot 4 sider utenriks og 14 sider sport.

¹⁹ Følgende vare- og tjenestegrupper er inkludert: Helsepleie, legemidler, helseartikler, briller, hjelpeutstyr, helsetjenester utenom institusjon, legetjenester mv utenom institusjon, tannlegetjenester utenom institusjon, andre helsetjenester utenom institusjon og sykehustjenester.



Figur 2: Antall artikler som handler om hhv "Health promotion" og "wellness" i internasjonale medier. Kilde: Huset Mandag Morgen.



Source: MM's word frequency survey in leading English-language newspaper and magazines, August 2005

Markedspress

Forbrukerne forventer at nye markeder utvikler seg. Sunn livsstil er et av de raskest ekspanderende markedene og kilden til nye globale næringer. Mens kosmetikkindustrien har sørget for ytre skjønnhet, vil nye næringer rette seg mot "indre skjønnhet", fysisk og psykisk helse. En rekke store internasjonale virksomheter er i ferd med å posisjonere seg på dette markedet: Tesco, PepsiCo og L'Oreal i samarbeid med Nestlé.

Ved siden av økt privat etterspørsel, kan vi trolig også vente økt etterspørsel etter helsefremmende produkter og konsepter fra bedrifter/arbeidsgivere. Med den demografiske profilen vi har fremover er det behov for å holde flest mulig i arbeid så lenge som mulig, og da vil arbeidsgivere ha behov for å ta en mer aktiv del i å fremme medarbeidernes helse og livsstil. Til det trenger de partnere med konsepter som fungerer i praksis, og som strekker seg lenger enn tradisjonell bedriftshelsetjeneste. Enkelte bedrifter inngår avtaler med treningssentre, andre kjøper helseforsikringer, noen tilbyr medarbeiderne tilgang til psykologer, og andre utarbeider retningslinjer for å forebygge skader, som f.eks glattkjøringskurs, hvordan man skal gå i trapper og unngå å rygge inn på parkeringsplasser.

Teknologisk press

Nye muligheter til å diagnostisere og behandle vil drive frem markedet og endre betingelsene for prioritering, etiske debatter etc. Det britiske forsvaret har for eksempel utviklet en metode som skal gjøre det mulig å registrere sykdomstilfeller før symptomene oppstår. Instituttet Defence Science and Technology Laboratory har søkt patent på en metode som kalles pre-deteksjon. Metoden skal også gjøre det mulig å forutsi med stor sannsynlighet hvem som er mest utsatt for ulike sykdommer.²⁰

²⁰ BBC News 2. januar 2006.

Interessenter og aktører: Fremtidens forebyggere

Forebyggende helsearbeid har i stor grad vært en oppgave som det offentlige og ideelle organisasjoner/stiftelser har drevet. Slik skal det også være, leser vi i Stortingsmeldingen for Folkehelsepolitikken. Spørsmålet er om det blir slik, eller om vi ser konturene av en nokså annen utvikling. De siste årene er det blitt langt flere aktører som tilbyr produkter og tjenester som enten er forebyggende eller helsefremmende. Sannsynligvis vil det bli enda flere i årene fremover.

I tabellen nedenfor har vi forsøkt å sette opp en oversikt over hvilke aktører som driver/vil drive helsefremmende arbeid, hvilken rolle de har og hvilke virkemidler de har til disposisjon.

Tabell 1: Aktører, roller og virkemiddel. Kilde: Visjon helse 2015.

Tradisjonelle aktører	Rolle	Virkemiddel
Politikere	Bestiller Betaler	Lovgivning Policy og prioritering Finansieringssystem Incentivsystem Skattesystem Veitbygging, vei- og trafikksikkerhet
Statlige helsemyndigheter	Bestiller Betaler Kontrollør Produsent	Prioritering Screening Vaksinasjonsprogram Andre helsefremmende tiltak Kompetanseutvikling Fremme partnerskap Holdningsskapende arbeid "Folkehelseopplysning" Arealplanlegging Initiere prosjekter og forskning
Organisasjoner (pasientforeninger, Røde Kors etc)	Produsent Betaler	Kurs og informasjon "Folkehelseopplysning" Forskning
Norges forskningsråd	Bestiller Betaler	Prioritering av forskningsmidler Forskningsprogrammer
Kommuner/fylkeskommuner	Bestiller Betaler Kontrollør Produsent	Prioritering Kompetanseutvikling Fremme partnerskap Holdningsskapende arbeid Arealplanlegging Barne- og ungdomsarbeid Eldreomsorg Rusomsorg Trygge lokalsamfunn
Sykehus (Lærings- og mestringssentre, LMS)	Produsent	Kompetanseheving/opplæring av pasienter Behandling
Leger/fastleger	Produsent	Kompetanseheving/opplæring av pasienter Holdningsskapende arbeid "Folkehelseopplysning" Behandling
Legemiddelindustri	Produsent	Utvikle produkter
Utstyrsindustri	Produsent	Utvikle produkter og tjenester
Bedrifter/arbeidsgivere	Bestiller Betaler Produsent	Holdningsskapende arbeid Tilrettelegging for trening, sunn mat, arbeidsmiljø etc
Forskning	Produsent	Dokumentere evidens
Nye aktører	Rolle	Virkemiddel
Private helsetilbydere	Produsent	Utvikle produkter og tjenester
Virkemiddelapparatet	Betaler	Såkorntmidler/fond Etablerings- og utviklingsmidler Etablerings- og utviklingsrådgivning
Forsikringsselskap	Bestiller Produsent	Utvikle produkter og tjenester Rådgivning/megling
IKT-næringen	Produsent	Utvikle produkter og tjenester
Næringsmiddelindustri	Produsent	Utvikle sunne næringsmidler Markedsføre og fremme sunne næringsmidler
Designere	Produsent	Utvikle produkter og tjenester
Eiendomsutviklere/arkitekter	Bestiller Betaler Produsent	Arealplanlegging Helsefremmende boliger og bomiljø
"Livsstilsnæringen"	Produsent	Utvikle produkter og tjenester
Reklamenæringen	Produsent	Utvikle bedre metoder for kommunikasjon og kunnskapsformidling
Privatpersoner/stiftelser	Betaler	Donasjoner Legater Fond
Medier	Produsent	Kunnskapsformidling Utvikler produkter og tjenester

Så langt fungerer dette langt på vei som to parallelle "markeder" for forebygging – et offentlig produsert og finansiert, og et privat produsert og finansiert, selv om vi ser utvikling i retning av flere offentlig/private partnerskap.

Frem mot 2015 antar vi at noen av disse aktørene vil bidra mer ift forebyggende og helsefremmende arbeid. Det vil gjelde alle de nye aktørene som er listet opp. I tillegg kan man anta at frivillige organisasjoner vil stå for mesteparten av "folkehelseopplysningen". De ideelle organisasjonene er "tunge" medlemsorganisasjoner som har lett tilgang til medlemmer via medlemsblader og annen kommunikasjon, som har hatt en tradisjonell rolle innen dette arbeidet. Dessuten er de ofte lokalt tilstedeværende og kan arrangere kurs og møte folk i lokalmiljøet uten å måtte opprette egne og nye administrative enheter.

Muligens vil vi se en rolle- og oppgaveforskyvning mellom aktørene, noe vi kommer inn på i siste avsnitt. Offentlige myndigheter vil fremdeles være viktigste aktør i både forebyggende og helsefremmende arbeid. Den sitter på en rekke virkemidler i form av bestilling og utføring av en rekke tjenester, lovgivning, bevilgninger, skatte- og avgiftssystem, prioriteringer etc, som vi ser i tabellen ovenfor.

Men det vil trolig være behov for endringer i måten offentlig sektor jobber med forebygging og helsefremmende arbeid på, og i det følgende viser vi noen korte eksempler på hva som skjer i andre land.

Eksempler fra utlandet

Offentlige myndigheter innoverer

Endringer skjer både i form av enkelttiltak av relativt enkel karakter, i andre tilfeller vil det omtrent snu rundt på den etablerte helsetjenesten og praksis.

Storbritannia

Vurderer å innføre merkesystem på mat der produsentene må oppgi hver matvares næringsverdi/profil.²¹ Videre skjer det en vridning av National Health Service mot mer forebyggende arbeid, blant annet ved å implementere *chronic care-modellen*, som er omtalt nedenfor i avsnittet om Danmark. NHS har også etablert en praksis der personer fra lokale helsemyndigheter oppsøker innbyggere som er fylt 75 for å kartlegge helsetilstanden og få dem inn i "systemet" ved behov.

Sverige

Undersøker om man skal innføre skatt på mat med høyt glykemisk innhold og mye fett.

USA

Lanserte nye diett-retningslinjer på web og en webside der man kan spore matinntak og trening for å se om det er en viss balanse eller ikke. I løpet av de første 72 timene websiden eksisterte, fikk den 160 millioner hits, og 20 prosent var fra utlandet.

I West Virginia er det et interessant initiativ på gang. Guvernøren har foreslått å etablere et lavkost-nettverk av klinikker som driver med forebyggende arbeid. Han ønsker at det etableres private medisinske sentre og klinikker som tilbyr grunnleggende medisinsk behandling for pasienter som ikke har forsikring, og det skal ha en månedlig avgift ned mot \$30. Den månedlige avgiften skal dekke medisinsk behandling og forebyggende helesjekker for de mest vanlige sykdommene. Et lignende forsøk for et par år siden der en lege etablerte en lavkost-klinikk for uforsikrede, ble stoppet av forsikringsindustrien. Guvernøren har nå søkt lovgivende myndighet om tillatelse til å la private etablere slike klinikker utenfor forsikringsnæringen. *"Dersom det blir tillatt, vil West Virginia ha en unik*

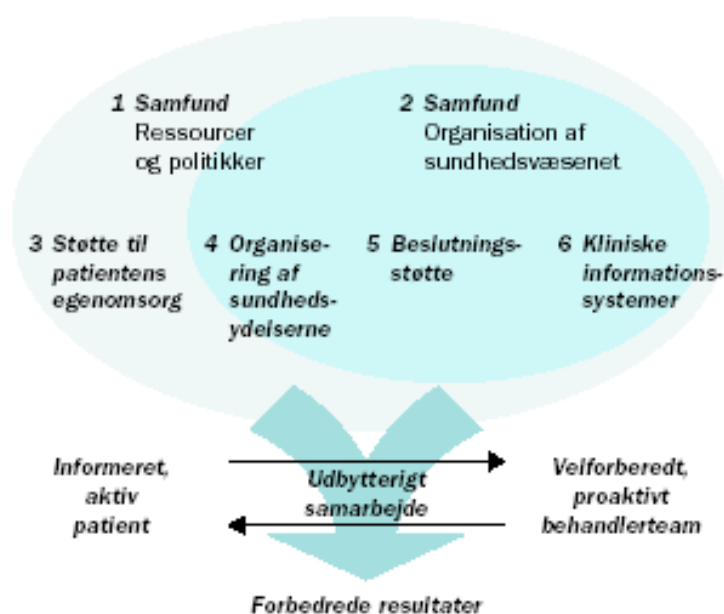
²¹ PriceWaterhouseCoopers: "HealthCast 2020. Creating a Sustainable Future", 2005.

modell for helsepleie for de uforsikrede”, sier Dave Bowman, som er talsmann for det føderale Health Resources and Services Administration.²²

Danmark

Danske helsemyndigheter anslår at 75 prosent av alle offentlige helseutgifter går til å behandle kronikere. Sundhedsstyrelsen la frem en rapport på slutten av fjoråret med anbefalinger til hvordan helsesystemet må legges om for å rettes mer inn mot kroniske pasienter.²³ Den går blant annet inn for å innføre den såkalte chronic care-modellen som overordnet ramme for behandlingen. Modellen er utarbeidet ved MacColl Institute i Seattle, og hoveddelene i den kan summeres opp i følgende modell:

Figur 3: Chronic care-modellen. Behandling av det hele mennesket. Kilde: Sundhedsstyrelsen.



Modellen er evidensbasert og er implementert med gode resultater i Storbritannia, Nederland, Canada og Australia. Dersom man følger denne modellen, må man både inkludere helsetjenesten, samfunnet for øvrig og pasientenes egen innsats for å sikre det mest optimale forløpet.

Dette vil kreve følgende endringer i det danske helsesystemet, og denne analysen er trolig overførbart til norske forhold:²⁴ Mest mulig av behandlingen bør foregå i pasientens eget miljø og i primærhelsetjenesten. Den praktiserende lege/fastlegen er navet i systemet, og legene bør ha incitamentene både faglig og økonomisk til å planlegge behandlingsprogrammer for de kroniske pasientene. I tilfeller der sykdommen er langt fremskrevet, bør pasienten utstyres med en case manager. Det bør også utpekes en koordinator for kroniske sykdommer på regionalt nivå, som sørger for at tilbudene til pasienter med kroniske sykdommer både er kvalitetssikret og sammenhengende.

For store sykdomsgrupper som diabetes 2 utarbeides det forløpsprogrammer som er evidensbasert. Det vil også være behov for informasjonssystemer som utgjør en plattform for nøytral og kvalitetssikret kunnskapsdeling mellom partene i helsetjenesten som er involvert. I Danmark mener man at internettportalen www.sundhed.dk bør være det sted der kronikere kan dele kunnskap om deres sykdommer og innhente informasjon.

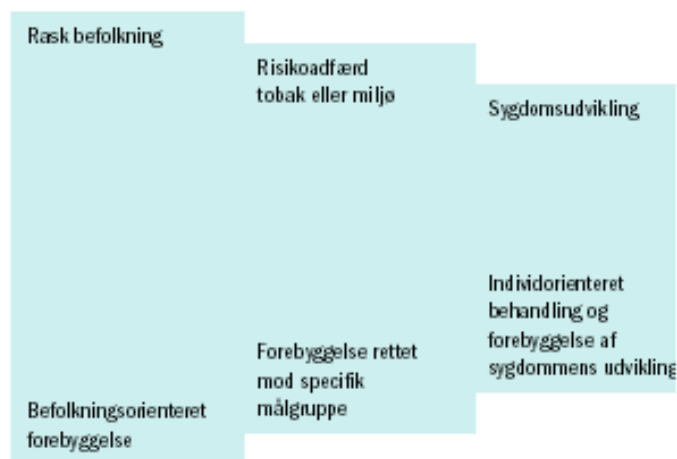
²² Charleston Daily Mail, 17. januar 2006

²³ Sundhedsstyrelsen: ”Kronisk Sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb”. København, 2005.

²⁴ Ugebrevet Mandag Morgen: ”Behov for radikal ændring af sundhedsvæsenet”, nr 42, 5. desember 2005. København.

Sundhedsstyrelsen ser for seg at innsatsen mot kroniske sykdommer kan skisseres opp på følgende måte:

Figur 4: Innsats mot kroniske sykdommer. Kilde: Sundhedsstyrelsen.



Nederland og Maastricht-modellen

Universitetssykehuset i Maastricht har gjennomført chronic care-modellen og kan vise til konkrete resultater.²⁵ Her har man utarbeidet programmer for diabetes og astma-pasienter som samordner behandlingen mellom sykehus og primærhelsetjenesten. Det er etablert ulike spesialiseringsnivåer som kan ta seg av pasientene avhengig av hvor langt fremskredet sykdommen er. Erfaringene så langt viser at diabetikerne er sjeldnere på sykehuset siden de har fått bedre kontroll med blodsukkernivået. De er mindre syke og mer arbeidsaktive. Den økonomiske gevinsten for diabetespasienter som har mottatt behandlingen i tre år er en nettobesparelse på ca 900 kr per pasient per år. For astmapasientene som har hatt behandlingstilbudet i to år, er besparelsen ca 1.200 kr per pasient per år, og man antar på sikt å kunne spare opp mot 3,700 kr per astmapasient per år. Det har kostet ca 2,9 mill kr å starte opp hvert prosjekt, som har involvert universitetssykehuset, praktiserende leger, pasientorganisasjoner, regionale og nasjonale myndigheter.

Andre aktører innoverer

Forsikringsselskap / finanssektoren

Det ligger i forsikringsens logikk at man søker å unngå skader, sykdom og annet man forsikrer seg mot. Hittil har ulike varianter av det vi for enkelthets skyld kaller helseforsikringer vært rettet mot å enten utløse penger til å dekke behandling eller medikamenter ved sykdom eller finne ledig spesialist for å få stilt diagnose og/eller ledig behandlingsplass innen garantert tid. Helseforsikringene har vært en forsikring for å utløse penger eller behandling. De har ikke hatt innebygde elementer som gjør at de bidrar til å unngå eller redusere risikoen for sykdom og dårlig helse. De har med andre ord ikke vært en forsikring mot økt helserisiko. Nå ser det imidlertid ut som denne typen produkter introduseres på markedet.

²⁵ Ugebladet Mandag Morgen: "Behov for radikal ændring af sundhedsvæsenet", nr 42, 5. desember 2005. København.

Skandia Forsikring (Norge): Tilbyr å dekke inntil 10 konsultasjoner hos psykolog under Behandlingsforsikring Bonus.

Virgin Life Care (USA): I samarbeid med et amerikansk helseforsikringsselskap har Virgin lansert [Virgin Life Care](#), som tar sikte på å tilby helseforsikringer med en ny vri: Du får bonuspoeng når du deltar i aktiviteter som bedrer helsen din. Bonuspoengene kan omgjøres i lavere forsikringspremie eller lavere priser på helseprodukter og helsestudiomedlemskap. Et nøkkelelement i programmet er en spesialdesignet måleenhet (lik et pedometer som festes i beltet) som registrerer alle kroppsbevegelser, dokumenterer fremgangen din i treningsprogrammene og holder oversikt over hvor mange bonuspoeng du har opparbeidet. Virgin tror dette opplegget vil hjelpe folk til å holde motivasjonen oppe for å trene og holde seg i form, og dermed redusere risikoen for å få helseproblemer.

Discovery Health (Sør-Afrika): Kunder kan opptjene poeng dersom de forebygger sykdom ved å blant annet ta kolesteroltester, mammografi, har en sunn livsstil, trener etc. Kunder som har kroniske sykdommer kan også tjene opp poeng ved å delta i screening, monitorering og pasientskoler/programmer for å bedre livsstilen.²⁶

"SilverSneakers": I Ohio, USA, har treningssentrene fått flere tusen nye seniormedlemmer de siste ukene. Flere forsikringsselskaper betaler medlemskapet ved treningssentrene for seniorkundene sine. Bakgrunnen er en undersøkelse som Preventive Medicine offentliggjorde i 2003, og som viste at personer over 50 år som er i fysisk aktivitet tre eller flere ganger i uken vil redusere årlige utgifter til helsetjenester med \$2,200 per person. Et medlemskap på et treningssenter som tilbyr egne SilverSneakerklasser med spesialtilpasset trening koster \$450. Noen sentre utarbeider egne treningsopplegg for f.eks kardiovaskulær trening. Tilsvarende opplegg tilbys nå i 48 stater, og stadig flere forsikringsselskaper dekker helsefremmende aktiviteter som røykestoppkurs, ernæringsrådgivning og treningsmedlemskap. Det er også planer om å utvide tilbudet til yngre forsikringskunder.²⁷

"Health & Wealth": McKinsey skriver i en analyse at vi vil se mer konvergens mellom "health & wealth" – dvs mellom helsetjenester og finansielle tjenester.²⁸ Deres analyse gjelder først og fremst USA. McKinsey peker blant annet på muligheten for å lansere "helse-kredittkort", dvs kredittkort som kombinerer betaling med avslag for ulike produkter og tjenester innen helse.

USA er i ferd med å introdusere såkalte Consumer-directed health plans (CDHP).²⁹ Hensikten med dette konseptet er at forbrukerne selv skal designe og koordinere sine helseplaner på et åpent marked og kombinere dette med andre finansielle produkter. CDHP skal gjøre det mulig å f.eks plassere en årlig pengesum via arbeidsgiver som vil dekke utgifter til helsetjenester og medisiner. Det er innebygget en motivasjon til forebygging ved at fondene dekker tjenester som f.eks mammografi. Pengene akkumuleres og dersom man ikke bruker opp "helsepengene", kan disse overføres til pensjonsutbetaling, livsforsikring, finansiering av høyere utdanning etc. Det skal også være mulig å mikse og matche fondene i ulike faser av livet – og pengene er hele tiden skattefrie og følger kunden. Kritikken mot CDHP er at personer som allerede er syke og kronikere kan stå i fare for å komme svært skjevt ut, og at dette er en ordning som passer friske mennesker.³⁰

Legemiddelindustrien

Legemiddelindustrien spiller en sentral rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid. Fremover vil trolig en del produkter og tjenester bli mer direkte rettet mot sluttbrukeren ettersom det trolig både er et økende privatmarked, men også en generell utvikling mot at enkeltindividet tar mer hånd om egen helsetilstand og sykdom. Industrien vil i økende grad utvikle utstyr for hjemmemonitorering av

²⁶ PriceWaterhouseCoopers: "HealtCast 2020. Creating a Sustainable Future", 2005.

²⁷ <http://www.columbusdispatch.com/news-story.php?story=dispatch/2006/01/21/20060121-A1-01.html>

²⁸ McKinsey: "The coming convergence of US health care and financial services", The McKinsey Quarterly, June 2005.

²⁹ Gary Ahlquist, David Knott and Philip Lathrop: "Precription for Change", Strategy + business, issue 40, fall 2005.

³⁰ McKinsey: "Health savings accounts: Making patients better consumers", McKinsey Quarterly, January 2005.

risikofaktorer som blodtrykk, blodsukker, kolesterol etc som vil markedsføres overfor befolkningen som forebyggende helsetjenester.

Ettersom testene blir bedre og antall personer i risikozonen øker, vil også behovet for forebyggende medikamenter og/eller andre behandlingsformer øke. Det store spørsmålet er hvordan og hvem som skal finansiere utviklingen av produktene. På et møte i det danske Innovationsrådet 17. januar 2006, ble ideen om at Danmark kan skape en ny milliardindustri ved å utvikle medisin til u-land lansert. Utviklingen skal finansieres dels av stiftelser som Bill Gates Foundation. Denne stiftelsen har allerede donert rundt 100 mill kr til danske forskningsmiljøer innen malaria og tuberkulose. Det foreslås også å etablere en fifty-fifty-ordning slik at midler fra stiftelser, EU eller andre finansieringskilder utløser en dobbelt så stor sum fra staten. Målet er å posisjonere danske forskningsmiljøer i den internasjonale eliten, gi dem kritisk masse og øke mulighetene for å tiltrekke internasjonale donasjoner – og dermed posisjonere seg som utvikler og produsent av medisiner som bekjemper sykdommer der betalingsevnen er liten. Bavarian Nordic er et selskap som arbeider med en vaksine mot aids. Selskapet ser muligheten for at deler av utviklingen og produksjonen kan finansieres ved at WHO kjøper retten til å bruke medisinen i Afrika og andre land med stor utbredelse av aids og minimal betalingsevne.³¹

Danske Novo Nordisk gikk høyt ut i mediene for to år siden og fortalte om en ny forretningsstrategi som skal rettes mot å forebygge kroniske sykdommer. Selskapet har vært med i etableringen og finansieringen av Oxford Health Alliance, som er et nettverk av forskere, NGOer, pasientforeninger, offentlige instanser, WHO og Oxford University. Et av prosjektene er et samarbeid mellom Oxford Health Alliance og Yale School of Public Health der man undersøker hvilken rolle samfunnet kan spille i forhold til å begrense røyking, usunt kosthold og fysisk inaktivitet slik at man forebygger kroniske sykdommer.

Næringsmiddelindustrien

Næringsmiddelindustrien har stort potensial i å drive helsefremmende arbeid via sine produkter. Hittil har ikke sunne matvarer dominert porteføljen til de største internasjonale konsernene. Men industrien frykter at den kan bli hengt ut som en del av problemet med global overvekt. Skrekkeksempelet er tobakkindustrien, og det rykket nærmere da WHO lanserte sin "sukkerkrig" for et par år siden. Overvektige som har gått til rettsak mot McDonalds på grunn av sin overvekt er et annet eksempel på at næringen utsettes for økende press.

En oversikt fra EU viser at næringsmiddelindustrien kommer på bunn sammenlignet med 12 andre næringer i bruk av FoU som andel av omsetningen. Bilindustrien kommer på førsteplass, etterfulgt av it-hardware og legemiddelindustrien inkl bioteknologi.³² Økende etterspørsel etter sunne matvarer og funksjonell mat kan motivere næringen til økt forskning. Samtidig presses den fra ulike hold til å innta en mer helsefremmende profil og fremme sunnere produkter.

EU-kommissæren for helse, Marco Kyrianiou, har stilt den europeiske næringsmiddelindustrien overfor utsikten til en rekke forbud dersom den ikke innen 2006 regulerer markedsføringen av usunne matvarer til barn, herunder å helt fjerne markedsføring til barn under 6 år. I Storbritannia jobber en arbeidsgruppe under regjeringen med et forslag om å forby næringsmiddelindustrien å bruke tegneserierfigurer, sportsstjerne o.l i markedsføring av usunne matvarer til barn under 12 år.³³

Internasjonalt har investeringsselskapene USB Warburg og JP Morgan rangert de største, globale næringsmiddelindustrielskapene ut fra hvor stor andel usunne matvarer utgjør av deres produksjon. De selskapene som baserer hoveddelen av deres inntjening på produksjonen av usunne matvarer, har en høyere risikoprofil sammenlignet med industriens øvrige aktører. Produsenter av fastfood og sjokolade som McDonald's, Hershey Foods og Cadbury's inntar risikotoppen.³⁴ Thomas Blach, som tidligere var

³¹ Ugebladet Mandag Morgen: "Milliardforretning i medicin til verdens fattige", nr 3, 23. januar 2006.

³² Ugebladet Mandag Morgen: "Fra bagstræber til nytænker", nr 44, 19. desember 2005. København.

³³ Ugebladet Mandag Morgen: "En trussel mod bundlinjen", nr 44, 19. desember 2005. København.

³⁴ Ibid.

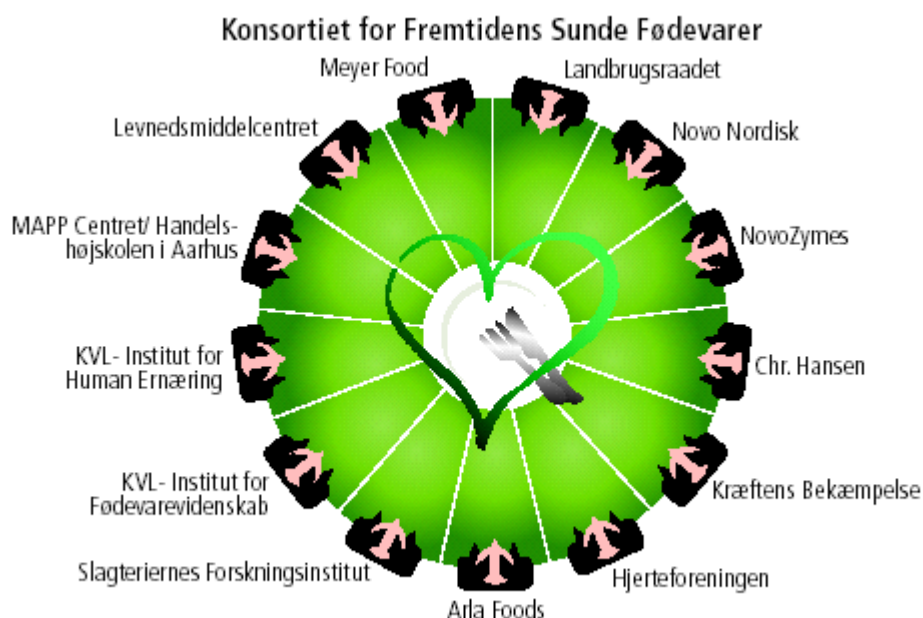
internasjonal leder av Burson Marsteller, spår at helse og sunnhet vil bli den fjerde bunnlinje som supplement til den økonomiske, miljømessige og sosiale rapporteringen.³⁵

Nestlé og Kraft Foods er i gang med å snu fedmeutviklingen fra å være en risikofaktor til å utvikle nye produkter. Nestlé har brukt fedmeutviklingen til å definere en rekke sosiale behov som markedspotensial, omsette disse til nye produkter og dermed endre virksomhetens profil fra å være en tradisjonell næringsmiddelprodusent til å bli en tilbyder av "wellness" og livskvalitet. Som et ledd i denne prosessen har Nestlé bl.a revurdert 700 produkter, samt innledet samarbeid med L'Oreal om å utvikle næringsmidler som virker pleiende for hår, hud og negler.³⁶

Funksjonell mat med spesielle helsefremmende stoffer er langt mer utbredt i utlandet enn i Norge, og møtes med en del skepsis blant forbrukerne. Det internasjonale markedet for funksjonell mat anslås til \$10 billioner, og trekkes frem som et vekstmarked som antas å doubles innen 2010.

Det danske Innovationsrådet har etablert et nytt næringsmiddelkonsortium for å fremme produksjon og utvikling av sunn mat. Konsortiet består av følgende parter:

Figur 5: Konsortiet for Fremtidens Sunde Fødevarer. Kilde: Innovationsrådet.



Hensikten med denne store satsingen er å posisjonere dansk næringsmiddelindustri som verdens fremste produsenter av sunn mat. Man mener det vil være en av landets kommende milliardindustrier og gi et enda større eksportpotensial enn det danske matvarer allerede har.

Andre aktører

Det er en vifte av aktører som posisjonerer seg for å få en del av kaken – og de utfordrer til dels både myndighetene og den måten man arbeider med forebygging på. Blant de nye aktørene som posisjonerer seg innen helsefremmende konsepter, finner vi internasjonale konsern innen helt andre sektorer enn helse, som it-selskapene IBM og Intel.

Intels prioritet vil i årene fremover være utvikling av helseteknologi. Styreformann Craig Barrett (66) skal bruke sine gyldne år til å posisjonere Intel som ledende selskap for å gjøre livet enklere for eldre mennesker gjennom nytenkende teknologi. Intel vil dermed være en sentral aktør i forebyggende helsearbeid for å gjøre det enklere for eldre å få bedre hjelp og være selvstendige lenger. Men

³⁵ Ibid.

³⁶ Ugebrevet Mandag Morgen: "En trussel mod bundlinjen", nr 44, 19. desember 2005. København.

selskapet vil drive forebygging på en ganske annen måte enn det man tradisjonelt legger i forebyggende helsearbeid.³⁷

Intel har inngått samarbeid med andre aktører i regi av Center for Aging Services Technology. Det er et konsortium bestående av 400 selskaper, universiteter, foreninger og tilbydere av helsetjenester. På en konferanse om aldring som Det Hvite Hus arrangerte i Washington i desember presenterte senteret 50 nye prototyper og produkter på et tidlig stadium - alt fra robotassistenter kalt "Nursebot" til interaktive web-baserte medisinskap. Intel har utviklet en PC- og Internettløsning som gjør det mulig for legen og pårørende å sjekke aktivitetsnivået på eldre som bor alene. Man kan bl.a spore om medisinene er tatt og hvor mye personen har gått siden han/hun stod opp. Det koster ca 4.500 dollar å utruste et hjem med trådløse sensorer for å få til dette.

Noen av løsningene som er i ferd med å utvikles er dermed svært kostbare, men Barrett mener at prisene vil synke betydelig i årene fremover. Dessuten, sier han, så vil dette være kostnader som må ses i sammenheng med at man kan redusere de enorme medisinutgiftene.

Helseturisme og et internasjonalt helsemarked vil også være endringskraft innen forebygging.

- Det etableres spa, sentre for velvære og livsstil over en lav sko verden over. Får kurbadene sin renessanse?
- Dubai Health Care City åpner i 2006. Ambisjonen er å etablere et internasjonalt ledende samlingspunkt for helsetjenester av høy kvalitet og integrert "center of excellence for clinical wellness, medical services, as well as education and research".
- Private sykehus/helseaktører i India, Thailand etc tilbyr all verdens screening og tester – etterfulgt av kurs innen forebygging og hjelp til å etablere en sunn livsstil.

Andre, lokale aktører utvider tilbudet til nye målgrupper. Flere treningssentre i Norge tilbyr nå organisert trening for barn og ungdom. De vil konkurrere med klamme gymsaler og amatørdrøvne idrettslag og tilbyr fine lokaler, profesjonelle instruktører og fengende trening for å få unge mer i aktivitet.³⁸

En ny samhandlingsmodell for forebyggende helsearbeid?

Gjennomgangen har vist at vi står på terskelen av en ny tid innen helsefremming og forebygging. Nye aktører, nye konsepter og nye konstellasjoner av aktører og tjenester vil prege sektoren i årene fremover.

Utviklingen vi ser konturene av så langt kan oppsummeres i følgende punkter:

"Triple helix": Fremvekst av partnerskap mellom offentlige myndigheter, næringsliv og forskning. Oxford Health Alliance er et eksempel. Center for Aging Services Technology er et annet. Partnerskapene vokser frem fordi partene har gjensidig interesse og trenger hverandres kompetanser og virkemidler i utviklingen og produksjonen av tjenester og produkter.

Verdiøkende tjenester: Helse kan i seg selv være et verdiøkende element i andre produkter. Men markedet kan også vokse frem ved at *kombinasjonen* av tjenester/produkter gir totalt bedre resultater og dermed økt verdi for kundene enn de gjør enkeltvis.

Et eksempel er SATS-kjeden som har inngått samarbeid med Fedon Lindberg. Her kombineres trening og kosthold. Alliansen kunne trolig gitt kundene enda større verdi dersom en tredje part kom til – f.eks en virksomhet som drev med diagnostisering og kunne teste kundene for mulige sykdommer, og så tilrettelegge trening og kosthold spesielt for hver enkelt kunde. Verdiøkningen vil for kunden være at man får "alt på ett sted" og kan følges opp jevnlig. Dette er i seg selv ikke revolusjonerende, men kan oppleves som et stort fremskritt for pasientene. Man slipper å komme ut fra et sykehus/lege

³⁷http://www.mercurynews.com/mld/mercurynews/news/politics/13395723.htm?template=contentModules/print_story.jsp

³⁸ VG. "Treningssentrene kaprer barna", 13. desember 2005.

med beskjed om at "du er disponert for hjerteproblemer så du må slutte å røyke, spise sunt og mosjonere jevnlig", får kanskje en brosjyre om hjerteproblemer og "fem om dagen" fra SHdir i hånden og telefonnummer til Røykestopptelefonen, kontrolltime om tre måneder og må finne ut av resten selv. I stedet fases man inn i et tilrettelagt opplegg som kan bidra til positiv motivasjon og personlig oppfølging på den vanskelige veien mot en ny livsstil. Det kan ha en verdi som det er betalingsvilje for.

Konvergens: Bransjer og aktører glir over i hverandre. Mat blir medisin, it blir helse, design blir helse osv, og det fremmer nye markeder som retter seg mot latente behov.

Offentlig/private partnerskap: Samarbeidet mellom Helse Øst og NIMI om "helseleir" for overvektige på den nedlagte Helgelandsmoen er ett eksempel på nye partnerskap. Et annet interessant eksempel er det nyetablerte KRAM-prosjektet i Danmark. TrygFonden, Sundhedsministeriet og et universitet har gått sammen om å dybdeintervjue 50.000 dansker om kosthold, røyking, alkohol og mosjon og ta blodtester rundt om i 20 kommuner. TrygFonden finansierer store deler av prosjektet, som har en ramme på 30 mill over 3-4 år. Her er det en privat stiftelse som finansierer forskning og undersøkelser av forebyggende karakter mens offentlige helsemyndigheter og forskere gjennomfører arbeidet og dokumenterer resultatene. Legemiddelindustrien har hatt lignende partnerskap i mange år med offentlig sektor. En tilsvarende mulighet kunne man hatt i Norge gjennom HUNT (Helseundersøkelse i Nord-Trøndelag), som imidlertid er et rent forskningsrettet prosjekt finansiert av det offentlige og uten målsetting om aktiv bruk av resultatene i en forebyggende sammenheng annet enn gjennom den vanlige vitenskapelige prosessen.

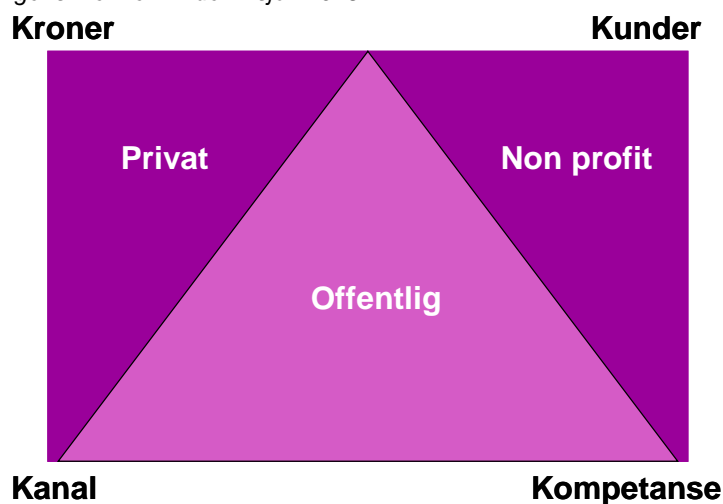
Internasjonalt marked: Internasjonale aktører innen helsetjenester, it, næringsmidler, legemidler etc vil bli mer fremtredende og spille en større rolle i forebygging.

Helsefremming og de fire k-ene

Frem mot 2015 vil helsefremmende og forebyggende arbeid handle om ulike konstellasjoner av de fire k-ene: Kroner, kunder, kanaler og kompetanse.

Vi ser i økende grad at ulike aktører posisjonerer seg ut fra hvilken "k" som er deres komparative fortrinn. VG og Dagbladet har for eksempel posisjonert seg innen slankemarkedet med "Vektklubb" og "Vektklubben Litt Lettere" fordi de har en *kanal* til å nå kunder, men de har i seg selv ikke kompetanse på området – den må de leie inn fra ulike eksperter på kosthold og trening. Fedon Lindberg har kompetanse, mens SATS blir en kanal for å treffe kundene, som har kronene. Som vi så tidligere har ideelle organisasjoner kanaler til å treffe kunder i lokalmiljøene, i tillegg til kompetanse på noen områder. Tjenestene og produktene kan utvikles og produseres av både offentlige, private og ideelle aktører. I årene fremover vil vi se en rekke innovative konstellasjoner mellom aktører som har sin styrke i ulike deler av verdikjeden og blant de fire k-ene.

Figur 6: Forebyggingens fire k-er. Kilde: Visjon 2015.

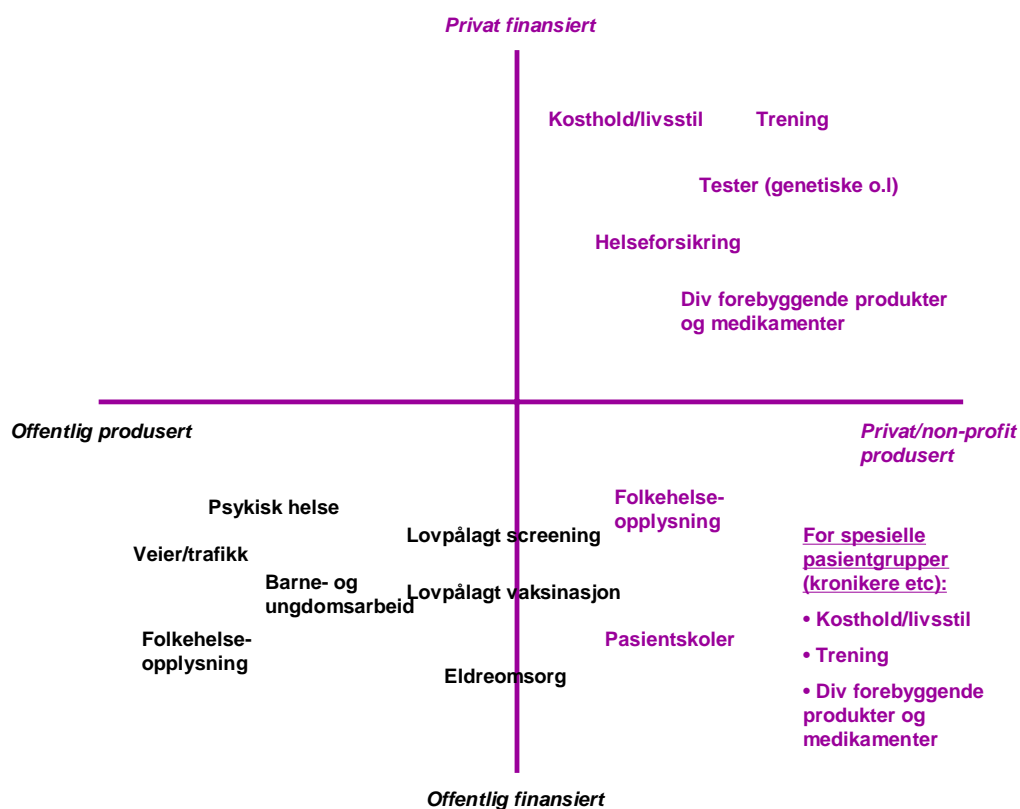


En ny rollefordeling for helsefremmende arbeid?

Endringene som vi har skissert gir en rekke muligheter, men også betydelige utfordringer. For det første krever det en opprydding og policy for hvem som skal ha ansvar for hva og hvilken rolle de ulike aktørene skal innta. Det gjelder ikke minst for offentlig sektor som nå både er bestiller, betaler, produsent og kontrollør. Noen viktige og tunge forebyggingsoppgaver vil trolig være det offentliges ansvar både mht finansiering og produksjon, som innen psykiatri, barn- og ungdomsarbeid.

Muligens kan man tenke seg en modell med en annen rollefordeling enn den vi viste i interessentoversikten,?

Figur 7: Hvem skal finansiere og produsere fremtidens forebygging? Kilde: Visjon helse 2015.



Fire barrierer

Det er ikke vanskelig å se en rekke andre hindringer for fremtidens forbygging, slik det er skissert i dette notatet.

Kortsiktighetens tyranni:

Forebygging er i mange tilfeller langsiktig investering. Folkevalgte politikere har fire år på å vise resultater for velgerne, og har derfor behov for å treffe tiltak som gir raskt synlige resultater. En så viktig aktør som legemiddelindustrien er under press og måles kvartalsvis.

Manglende incentivstruktur og fragmentering:

Helsetjenesten er som et øyrike uten broer mellom mange av øyene, og pasientene må ofte selv ta seg over til neste øy. Finansieringssystemet er dessuten bygget opp slik at det tjener på at folk er syke og taper økonomisk på å holde folk friske. Hvilken mulighet har kommuner og helseforetak til å flytte midler fra behandling til å f.eks subsidiere tiltak i regi av bedrifter eller non-profit organsasjoner som man antar vil redusere presset på behandlinger i fremtiden (f.eks fedme som er kostbart å behandle men mulig å forebygge)?

I tillegg kan en fragmentert forvaltning hindre gode løsninger og incentivsystemer fordi ulike deler ikke samhandler eller er koordinert. Det er også uklart hvem som har ansvaret for forebygging – er det kommunene, helseregionene, staten? Som det pekes på i Stortingsmeldingen om Folkehelse, er det manglende kunnskap om resultatopnåelse. Dermed har man heller ikke mulighet til å måle verken innsats eller resultater og kan bygge incentivstrukturer basert på erfart kunnskap.

Offentlig kopiering:

Det er ikke alltid de som må stå for investeringen som tjener på den på sikt. Gode løsninger kopieres og innlemmes av det offentlige, og det fremmer ikke utvikling av et privat marked eller videre innovasjon.

Proteksjonisme:

Helsetjenesten består av sterke faggrupper med stor innflytelse. Ønsker ikke endringer for det kan truet etablert innflytelse og posisjon.

Informasjonskampen:

Mange initiativ kan koke bort i faglige diskusjoner om hva som er "riktig" og hva som er "feil", hva som er sunt, usunt, hva som bør være etablert praksis osv osv. Hvem skal være autoritative kilder, hvordan skal informasjonen formidles og i hvilke kanaler er en viktig diskusjon.

Til diskusjon i tankesmien

- ❖ Hva er viktigst å prioritere innen forebyggende helsearbeid fra nå og frem mot 2015?
- ❖ Hva er de viktigste flaskehalsene (slik man erfarer fra egen virksomhet)?
- ❖ Hvordan ser vi for oss forebyggende helsearbeid i Norge i 2015?
- ❖ Hvilken rolle ser vi for oss at vår egen virksomhet kan ha? Hva skal til for å utløse potensialet?
- ❖ Hvordan finansieres forebyggende arbeid frem mot 2015?
- ❖ Hva slags incentiver vil fremme forebyggende arbeid blant viktige aktører?

Kilder

BBC News 2. januar 2006.

Charleston Daily Mail, 17. januar 2006

Dagens Næringsliv 20. januar 2006, som refererte til rapporten ""Who's going Broke? Growth in Healthcare Costs in Ten OECD countries".

Erik Rasmussen og Josefine Volqvartz: "Entering the Health Age. A new approach to fighting chronic diseases", Huset Mandag Morgen, 2005.

Gary Ahlquist, David Knott and Philip Lathrop: "Precription for Change", Strategy + business, issue 40, fall 2005.

Kreftforeningen

Mandag Morgen: "Gi gass mot nullvisjonen", nr 36, 14. november 2005.

McKinsey: "Health savings accounts: Making patients better consumers", McKinsey Quarterly, January 2005.

McKinsey: "The coming convergence of US health care and financial services", The McKinsey Quarterly, June 2005.

Nasjonalt Folkehelseinstitutt

OECD: "Health at Glance 2005", totale utgifter som andel av BNP i 2003.

PriceWaterhouseCoopers: "HealthCast 2020: Creating a Sustainable Future", PwCs Health Reserach Institute, 2005.

Rikstrygdeverket: Trygdestatistisk årbok 2005.

St.meld.nr. 16: "Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken", 2002-2003.

Sundhedsstyrelsen: "Kronisk Sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb". København, 2005.

Ugebrevet Mandag Morgen: "Behov for radikal ændring af sundhedsvæsenet", nr 42, 5. desember 2005. København.

Ugebrevet Mandag Morgen: "Fra bagstræber til nytænker", nr 44, 19. desember 2005. København.

Ugebrevet Mandag Morgen: "En trussel mod bundlinjen", nr 44, 19. desember 2005. København.

Ugebrevet Mandag Morgen: "Milliardforretning i medicin til verdens fattige", nr 3, 23. januar 2006.

VG. "Treningssentrene kaprer barna", 13. desember 2005.

WHO: "Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases", Geneva 2003.