

- *Den første samlede danske folkesundhedsrapport er en sammenskrivning af tilgængelig viden om sundhedstilstanden, sygeligheden og udviklingen heri samt determinanter for folkesundheden. Udviklingen i Danmark belyses endvidere i et internationalt perspektiv.*
- *Rapporten består af fire hovedafsnit. I første afsnit gennemgås sygdomsudviklingen i Danmark generelt og i relation til de otte folkesygdomme (hjerte-kar-sygdomme, kræft, muskel- og skeletsygdomme, psykiske lidelser, kronisk obstruktiv lungelidelse, diabetes samt astma og allergi) og infektionssygdomme, ulykker og vold samt tandstatus.*

*I andet afsnit belyses faktorer af betydning for folkesundheden. Først KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion) og andre livsstilsfaktorer (stress, overvægt og brug af euforiserende stoffer). Dernæst udvalgte levevilkårsområder, arbejdsmiljøets, det ydre miljø og naturens betydning for folkesundheden. Sidst følger en gennemgang af sundhedsvæsenets betydning, herunder betydningen af screening, og behovet for evidensbaseret forebyggelse.*

*I tredje del fokuseres der på sundhedstilstanden i udvalgte befolkningsgrupper: børn, ældre, mænd og kvinder, sociale forskelle samt etniske minoriteter. I fjerde og sidste del forsøges det at kigge ind i fremtiden. Hvordan vil sygeligheden udvikle sig frem mod 2020, hvordan vil sygehusvæsenet blive belastet, og hvordan vil det gå med den forebyggende og sundhedsfremmende indsats?*
- *Folkesygdommene fylder meget, skaber dårlige liv for mange mennesker og belaster sundhedsvæsenet.*
- *Middellevetiden stiger fortsat og er i 2006 75,9 år for mænd og 80,4 år for kvinder, men sammenlignet med andre OECD-lande er Danmark fortsat placeret i bunden.*
- *Mange forhold er af betydning for udviklingen i folkesygdommene. Der er tale om et kompliceret samspil mellem individuelle livsstilsfaktorer, sociale relationer og fællesskaber, levevilkår og arbejdsvilkår samt generelle socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige vilkår. De individuelle livsstilsfaktorer fylder meget i dette samspil. Sundhedsvæsenet synes at få stadig større betydning for en god funktionsevne og livskvalitet hos ældre.*
- *Der er en positiv udvikling i flere af sundhedsvanerne. Andelen af dagligrygere er faldet, men der bliver flere og flere storrygere blandt dem, der ryger. Andelen af fysisk aktive er stigende. Kostvanerne er forbedret med faldende fedtindhold og stigende indtag af frugt og grønt. Brugen af hash og andre euforiserende stoffer synes at være stagneret.*
- *På den negative side tæller en markant stigning i andelen af svært overvægtige, stigning i andelen, der overskrider genstandsgrænserne og en lille men konstant stigning i andelen, der ofte føler sig stresset.*
- *Mange midaldrende og ældre har forhøjet blodtryk og blandt de, der er i behandling, skønnes kun en tredjedel at være optimalt behandlet. Generelt ses faldende kolesteroltal.*
- *Arbejdsmiljømæssige forhold og forhold i miljøet generelt (luft, jord, vand, stråling, fødevarer og indemiljø) er af betydning for udviklingen af en række sygdomme: muskel- og skeletsygdomme, astma og allergi, kræft, hjerte-kar-sygdomme, luftvejslidelser, infektionssygdomme og hudlidelser.*

- *De fleste børn og unge trives og udvikler sig svarende til deres alder. Men børn og unges sundhedsadfærd er bekymrende på en række områder, først og fremmest mht. rygning, alkoholforbrug og fysisk inaktivitet. Ca. hvert tiende barn lever med kronisk sygdom.*
- *De ældres fysiske funktionsniveau og livskvalitet er forbedret. Fra 1987 til 2005 er den forventede levetid uden funktionsindskrænkninger for 60-årige steget med 2,4 år for mænd og 1,3 år for kvinder.*
- *Der er fortsat klare forskelle mellem mænd og kvinders sundheds- og sygelighedstilstand, og klare sociale forskelle i befolkningens sundhedsadfærd, sygelighed, brug af sundhedsvæsenet og dødelighed. Uligheden i sundhed er ikke elimineret – mænds dødelighed er fortsat størst, og kvinder lever med mere sygdom end mænd.*
- *Den hidtidige stigning i sygeligheden forventes at fortsætte. Det skønnes, at der i 2020 vil være ca. to mio. voksne, der angiver at have en eller flere langvarige sygdomme, svarende til en tilvækst på i alt ca. 300.000 voksne fra 2005 til 2020.*
- *Også aktiviteten i sundhedsvæsenet forventes at stige. Antallet af heldøgnsindlæggelser skønnes at stige med ca. 230.000 til knap 1,4 mio. indlæggelser i 2020, og antallet af ambulante kontakter forventes næsten fordoblet fra 2005 til 2020 og være ca. fem mio. i 2020.*
- *Den aktuelle sundhedstilstand og den statistiske fremskrivning af sundhedsudviklingen til 2020 signalerer et behov for en betydelig øget indsats for at fremme sundhed og forebygge sygdom, og for at den stigende gruppe af kronisk syge får et godt behandlingstilbud i sundhedsvæsenet.*

En folkesundhedsrapport er en sammenskrivning af tilgængelig viden om sundhedstilstanden, sygeligheden og udviklingen heri samt determinanter for folkesundheden.

Folkesundhed drejer sig om befolkningens helbreds- og sundhedstilstand. Udgangspunktet er et bredt sundhedsbegreb, som både omfatter den aktuelle sundhedstilstand og determinanter som livsstil og levevilkår. Folkesundhed drejer sig også om sundhedsvæsenets indsats og om tiltag, der skal forbedre befolkningens helbred og sundhed og om samfundets indsats for at reducere sygelighed og dødelighed.

## Folkesundhed – folkesygdomme

I Regeringens folkesundhedsprogram "Sund hele livet" fra 2002 prioriteres otte folkesygdomme, og der er opsat generelle, ikke kvantitative politiske mål for sygdomsudviklingen 2002-2010. Alle sygdomme indgår i Folkesundhedsrapporten og desuden omtales infektionssygdomme, ulykker og vold samt tandstatus.

## Middellevetid og dødelighed

I de senere år er middellevetiden øget med et par måneder om året for mænd og 1½ måned for kvinder, men danskeres middellevetid stiger fortsat betydeligt langsommere end i vore nabolande. I 2006 var middellevetiden for en mand 75,9 år og for en kvinde 80,4 år. Danske mænd ligger på en 18. plads blandt 20 OECD-lande og danske kvinder på en sidste plads. Der er knap tre års forskel op til de lande, der har den højeste middellevetid.

Ændringer i dødeligheden kan tilskrives ændring i sygdomsforekomsten (antallet af nye tilfælde pr. år) og ændring i overlevelsen blandt dem, der har fået sygdommen.

Dødeligheden er de sidste 50 år faldet i hele befolkningen, mest markant blandt spædbørn men også blandt småbørn og unge ses et fald i dødeligheden. Blandt de 35-74 årige er der en markant overdødelighed i forhold til vore nabolande.

Dødeligheden er stigende for flere sygdomme relateret til livsstil. Det gælder lungekræft, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), levercirrose blandt mænd og diabetes. For disse sygdomme er dødeligheden i 2005 langt højere end for 50 år siden, hvilket først og fremmest skyldes, at flere i

befolkningen får disse sygdomme – behandlingsresultaterne er blevet bedre. For tarmkræft og brystkræft har dødeligheden stort set været konstant, mens udviklingen i dødeligheden af hjertesygdomme og apopleksi generelt har været faldende.

## Livskvalitet og funktionsevne

EU besluttede i 2005, at ikke blot middellevetiden men også antallet af ”sunde leveår” (Healthy Life Years, HLY) fremover skal være en vigtig strukturel indikator. Indikatoren, som indgår i EU’s økonomiske vækststrategi, er et mål for befolkningens forventede levetid med godt helbred, defineret som inden for en 6-måneders periode ikke at have været begrænset i at udføre de sædvanlige dagligdags gøremål pga. helbredsproblemer. I 2005 kunne en 65-årig dansk mand således forvente yderligere 13,1 sunde leveår og en dansk kvinde yderligere 14,1 sunde leveår.

Størsteparten (79 %) af voksne danskere vurderer, at deres helbred er virkelig godt eller godt, og en tilsvarende andel i befolkningen angiver at være frisk nok til at gøre, hvad de har lyst til. I forhold til 1987 vurderer de ældste aldersgrupper, at helbredet er forbedret, mens de yngste aldersgrupper vurderer, at deres helbred er uændret eller endog lidt dårligere.

Blandt 11-15 årige vurderer godt en tredjedel, at deres trivsel på en række forskellige områder er i top, mens 13 % vurderer, at deres trivsel er i bund.

Det fysiske funktionsniveau blandt 60-årige eller derover er forbedret markant siden 1987. Antallet af leveår uden funktionsbegrænsning er siden 1987 steget med 2,4 år for mænd og 1,3 år for kvinder.

Fire ud af ti voksne danskere angiver at have en eller flere langvarige sygdomme. Den selvrapporterede sygelighed er steget fra 1987 til 2000 og dernæst stagneret. Muskel- og skeletsygdomme er den største sygdomsgruppe (angives af 15 % af voksne), efterfulgt af hjerte-kar-sygdomme, sygdomme i åndedrætsorganer, sygdomme i nervesystem og sanseorganer, stofskiftesygdomme (inkl. diabetes) og skader. I følge forældrenes oplysninger havde 11 % af børn under 16 år en eller flere langvarige sygdomme.

I alt 80 % af voksne har inden for en 14-dages periode en eller flere gener og symptomer, og 40 % har endog været meget generet heraf. De hyppigst angivne gener og symp-

tomer er smerter eller ubehag i skulder eller nakke (33 %), smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led (31 %), smerter eller ubehag i ryg eller lænd (30 %), træthed (29 %).

Kvinder vurderer gennemgående deres helbred som værende dårligere og rapporterer flere sygdomme og gener end mænd. Det samme gælder personer med kort uddannelse sammenlignet med personer med lang uddannelse.

## Bedre overlevelse efter hjerte-kar-sygdomme

Den forbedrede overlevelse efter hjerte-kar-sygdomme betyder, at flere lever med deres sygdom og har behov for sundhedsvæsenets tilbud. I 2005 blev 86.000 personer indlagt en eller flere gange, svarende til 12 % af alle indlæggelser. Mere end 300.000 voksne angiver at have en langvarig hjerte-kar-sygdom.

Indlæggelseshyppigheden for hjertesygdom under ét er steget gennem de seneste 25-30 år, mens der for karsygdomme uden for hjertet har været en svagt faldende tendens. Udviklingen varierer dog stærkt inden for de forskellige undergrupper. Således er indlæggelseshyppigheden for blodprop i hjertet faldet, men 10-doblet for angina pectoris. For hjertesvigt og blodprop i hjernen er indlæggelseshyppigheden steget frem mod årtusindeskiftet og dernæst faldet.

Stigningen i indlæggelseshyppigheden afspejler også øgede behandlingsmuligheder, hvor der findes en veldokumenteret effekt. Således er antallet af by-pass operationer og i særdeleshed ballonudvidelser steget fra under 1.000 i 1990 til 12.500 til 2005. Der er sket en markant stigning i forbruget af medicin til hjerte-kar-sygdomme og især til den forebyggende medicinske behandling (kolesterolsænkende medicin, medicin mod forhøjet blodtryk). I 2005 indløste mere end en mio. danskere en recept på medicin til hjerte og kredsløb.

Dødsfald og indlæggelser som følge af sygdomme i hjertens kar forekommer relativt hyppigere blandt kvinder end blandt mænd, mens dødsfald og indlæggelser som følge af iskæmisk hjertesygdom er hyppigere hos mænd end hos kvinder.

Udviklingen i risikofaktorerne for hjerte-kar-sygdomme har været både positiv og negativ. Positiv i forbindelse med udviklingen i rygning, fysisk aktivitet, fedtfattig kost og forhø-

jet kolesterol, men negativ i forbindelse med udviklingen i overvægt, diabetes, forhøjet blodtryk og stress.

Der er dokumenteret en positiv effekt af hjerterehabilitering på patienternes livsstil og risiko for forværring af sygdommen, og patienterne vil gerne deltage. Den borgerrettede forebyggelse har omfattet både massestrategier og højrisikostrategier, og der er dokumenteret fordele og ulemper ved begge metoder. Fælles for dem er dog, at det har været vanskeligt at dokumentere en direkte effekt på dødeligheden, hvorimod der er vist effekt på risikofaktorerne for hjerte-kar-sygdomme – om end beskeden. Lovindgreb og tobaksbeskatning er de mest effektive metoder til at reducere omfanget af såvel aktiv som passiv rygning.

## Mange kræfttilfælde kunne undgås

Siden begyndelsen af 1970'erne er forekomsten af nye kræfttilfælde steget både blandt mænd og kvinder. I samme periode var kræftdødeligheden konstant men dog svagt faldende i slutningen af perioden. Antallet af nye tilfælde af kræft er steget fra godt 9.000 i 1940'erne til knap 33.000 i 2001. I 2001 levede ca. 216.000 voksne danskere med en kræftdiagnose, svarende til ca. 4 % af befolkningen.

Kræft rammer først og fremmest ældre mennesker. Ca. 84 mænd og 120 kvinder ud af 100.000 i aldersgruppen 30-34 år får hvert år konstateret kræft sammenholdt med henholdsvis 3.414 nye tilfælde blandt mænd og 2.165 blandt kvinder pr. 100.000 i aldersgruppen 75-79 år. Den stærkt aldersrelaterede incidens er en del af forklaringen på det fortsat stigende antal kræfttilfælde.

De hyppigste kræftformer blandt mænd er almindelig hudkræft, lungekræft og kræft i blærehalskirtlen. Blandt kvinder er det brystkræft, hudkræft og lungekræft. Dødeligheden af lungekræft er meget høj, mens der stort set ikke forekommer dødsfald pga. almindelig hudkræft.

De væsentligste risikofaktorer for kræft er rygning, overvægt, fysisk inaktivitet, usund kost, alkohol og soldyrkning samt udsættelse for kræftfremkaldende stoffer, herunder kemikalier. Rygning er den vigtigste risikofaktor og skønnes at være årsag til ca. 5.000 nye kræfttilfælde hvert år. Det vurderes, at mindst en tredjedel af kræftforekomsten i 2000 kunne være forebygget, hvis disse kendte risikofaktorer var blevet elimineret.

I perioden 2000-2004 var der gennemsnitligt 78.800 patienter i behandling i det offentlige sygehusvæsen, og godt 77.000 havde kontakt til sygehusvæsenet pga. mistanke om kræft eller forstadium hertil. Yderligere var 32.000 til kontrol for kræftsygdom.

Kræftbehandling kan være helbredende, lindrende (palliativ), understøttende (rehabiliterende) eller forebyggende. Den helbredende behandling kan være kirurgisk, strålebehandling eller medicinsk, og behandlingerne kan anvendes alene eller i kombinationer. Det skønnes at 45 % af alle kræftpatienter helbredes gennem behandling.

Der er i de senere år fokuseret meget på at forbedre kvaliteten og behandlingen af kræft, og udviklingen følges nøje af en kræftstyregruppe, nedsat af sundhedsministeren.

## Muskel- og skeletsygdomme er velfærdstruende sygdomme

Muskel- og skeletsygdomme er velfærdstruende sygdomme, der resulterer i aktivitetsbegrænsninger, sygefravær, arbejdsskift og/eller arbejdsophør. Det er den sygdomsgruppe, der koster flest tabte gode leveår: en 20-årig mand kan forvente at skulle leve 5,5 år med muskel- og skeletsygdom og en 20-årig kvinde 8,4 år.

Muskel- og skeletsygdom er den hyppigste form for langvarig sygdom i befolkningen – i 2005 angav 15 %, svarende til ca. 660.000 voksne, at have en eller flere muskel- og skeletsygdomme. Godt halvdelen (58 %) af voksne angiver at have haft muskel- og skeletbesvær inden for en 14-dages periode i form af smerter eller ubehag i skulder eller nakke (33 %), smerter eller ubehag i ryg eller lænd (30 %) eller i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led (31 %).

De hyppigste former for muskel- og skeletsygdom er lænderygmerter, skulder-nakke smerter og slidgigt. I alt 60-65 % af voksne forventes på et eller andet tidspunkt at få lænderygmerter. I Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005) angiver 15 % at have rygsygdom nu, og en tredjedel har gener og symptomer inden for en 14-dages periode. Forekomsten af lænderygmerter er svagt stigende.

Nakkesmerter skønnes at have en livstidsforekomst på 70-80 % og skuldersmerter 7-10 %. I SUSY-undersøgelserne ses en stigning i forekomsten af smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode fra 23 % i 1987 til 33 % i 2005.

Stort set alle 70-årige eller derover har slidgigtforandringer, men kun 10-30 % har symptomer. I SUSY-2005 angiver 5 % at have slidgigt.

Omkring 500.000 danskere skønnes at have osteoporose og forekomsten af nye osteoporotiske brud er stigende. Osteoporose er markant underdiagnosticeret i Landspatientregisteret. I SUSY-2005 angiver 2 % at have osteoporose.

Det gælder generelt for muskel- og skeletsygdomme, at de hyppigere ses hos kvinder end hos mænd, og at forekomsten stiger med stigende alder. Desuden ses en klar social gradient med højere forekomst blandt personer med kort uddannelse.

En række risikofaktorer er fælles for de nævnte muskel- og skeletsygdomme. Det drejer sig om rygning, dårlig fysisk form (fysisk inaktivitet), stress og depressivitet samt dårligt arbejdsmiljø. Desuden har alle sygdommene en arvelig komponent. Overvægt er en vigtig risikofaktor for lænderygmerter, skulder-nakke smerter og slidgigt, mens lav vægt forøger risikoen for osteoporose.

Forebyggelse af muskel- og skeletsygdomme har stået på dagsordenen siden det første forebyggelsesprogram fra 1989. Især har der på arbejdsmarkedet været sat ind over for ensidigt gentaget arbejde og tunge løft, og i daginstitutioner og skoler har fokus været på øget fysisk aktivitet, god kost og øget kropsbevidsthed.

## Psykiske lidelser er hyppige og belastende

Psykiske lidelser tæller tungt. De er forbundet med overdødelighed – først og fremmest pga. selvmord men også pga. ulykker og sygdom. En tredjedel af alle tildelte helbredsbedingede førtidspensioner skyldes psykisk sygdom, der også spiller en stor rolle i forbindelse med sygefravær og langvarige sygedagpengesager. Psykiske lidelser er forbundet med øget somatisk sygelighed af alle sygdomme med undtagelse af kræft.

I SUSY-2005 angav 4 % af voksne at lide af kronisk angst eller depression og 2 % at lide af dårlige nerver eller anden psykisk lidelse. Psykiske lidelser rapporteres betydeligt hyppigere af kvinder end af mænd, forekomsten aftager med stigende antal års uddannelse og er større blandt samlevende og enlige end blandt gifte.

Det vurderes, at i løbet af et år vil 20 % af den voksne befolkning have psykiske problemer svarende til kriterierne for en eller flere psykiske sygdomme – det svarer til 700.000-800.000 voksne danskere.

I alt 8 % af henvendelser til almen praksis skyldes psykiske problemer, og 4 % skyldes stort alkoholforbrug. Men psykiske lidelser diagnosticeres relativt sjældent af alment praktiserende læge – eksempelvis får under halvdelen af patienter med depression stillet diagnosen i almen praksis.

Forekomsten af psykiske lidelser blandt patienter indlagt på somatisk afdeling skønnes at være meget høj (35 %), men som i almen praksis diagnosticeres de psykiske lidelser ofte ikke, og meget få med psykiske lidelser henvises til psykiatrisk vurdering og behandling under indlæggelsen.

I 2004 var ca. 82.000 personer i behandling i sygehusvæsenet pga. psykisk sygdom – som indlagte, i ambulant behandling eller ved en skadestuekontakt. Hyppigheden af kontakt med sundhedsvæsenet er størst blandt yngre (15-44 årige). Blandt mænd er de hyppigste lidelser misbrugs-tilstande, nervøse og stressrelaterede tilstande, skizofreni samt affektive sindslidelser. Blandt kvinder er det nervøse og stressrelaterede tilstande samt affektive lidelser.

Antallet af selvmord er faldet markant siden 1980, og i 2005 var der 628 selvmord. Selvmordshyppigheden er højere blandt mænd end blandt kvinder og højest blandt de 75-84 årige. Der skønnes årligt at være 1.600-2.000 selvmordsforsøg blandt mænd og 1.700-2.400 blandt kvinder. Antallet af selvmordsforsøg er stigende, især blandt de helt unge kvinder. I SUSY-2005 angav knap 1/2 % at have forsøgt at tage deres eget liv inden for det seneste år, og 7 % angav at have tænkt på at tage deres eget liv. Relativt flest blandt unge har selvmordstanker, og flere blandt kvinder end blandt mænd.

Det psykiatriske behandlingstilbud har ændret sig markant gennem de seneste 30 år. Ca. to tredjedele af hospitalssengene er nedlagt, og der er i stedet etableret botilbud i kommunerne, oprettet distriktpsikiatriske centre og etableret opsøgende teams og kontaktpersonordninger mv. Forebyggelsesmulighederne i forhold til psykiske lidelser har først og fremmest karakter af patientrettet forebyggelse.

Meget tyder på, at det for børns vedkommende ved en relevant familiemæssig, uddannelsesmæssig, social- og sundhedsmæssig forebyggende indsats er muligt at sikre en alderssvarende psykisk udvikling, herunder alderssvarende

kompetencer og funktionsevner, trivsel og en positiv og glad grundstemning samt fravær af alvorlig sygdom.

### Sygdomsbelastningen af KOL stiger især blandt kvinder

Den væsentligste årsag til kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er rygning, og det vurderes, at 15-35 % af alle rygere får KOL.

KOL er den fjerde hyppigste dødsårsag i Danmark, og 90 % af dødsfaldene forekommer blandt 65-årige eller derover. I 2001 var der 3.500 dødsfald som følge af KOL. Dødeligheden er steget siden 1970, og stigningen er mest udtalt blandt kvinder. Dødeligheden af KOL er markant højere i Danmark end i vore nabolande.

Indlæggeshyppigheden af KOL er steget markant fra 1990 til 2000 og dernæst faldet igen, hvilket dog først og fremmest må tilskrives ændrede DRG-takster. I 2000 var der godt 20.000 indlæggelse som følge af KOL som primær indlæggelsesårsag (aktionsdiagnose) og 20.000 med KOL som bidiagnose. Også antallet af ambulante kontakter er steget.

På basis af SUSY-2005 estimeres der at være 260.000 voksne danskere med kronisk bronkitis, svarende til 5 % blandt mænd og 7 % blandt kvinder.

Generelt stiger sygdomsbelastningen mest hos kvinder. Det gælder antallet af dødsfald, som nu er på niveau med mændenes og antallet af indlæggelser, hvor der fra midten af 1960'erne og til 2000 er sket en tredobling. Siden starten af 1990'erne har der været flere indlæggelser blandt kvinder end blandt mænd. Den stigende sygdomsbelastning afspejler udviklingen i rygemønsteret blandt kvinder.

Behandlingen af KOL er først og fremmest rygestop, hvorved progressionen af sygdommen kan stoppes. I KOL rehabilitering indgår elementerne rygeafvænning, fysisk træning, medicinsk behandling, ernæringsvejledning, patientuddannelse og psykosocial støtte.

Forebyggelsesmulighederne er klart fokuseret omkring rygestop.

### Stigende forekomst af allergisk snue og astma

Allergi, allergisk snue og astma er steget markant i Danmark siden 1950'erne og 1960'erne. Generelt synes forekomsten at stige med stigende velstand, stigende urbanisering samt tilegnelse af "vestlig" livsstil.

Forekomsten af allergisk snue (høfeber eller anden allergisk snue) i danske undersøgelser varierer mellem 14 og 22 %. Det er den hyppigste kroniske sygdom blandt unge og yngre voksne i Danmark. Forekomsten er højest i tæt befolkede områder. På basis af longitudinelle undersøgelser vurderes det, at allergi er en langt mere vedvarende tilstand end tidligere antaget. Det indebærer, at gennemsnitsalderen for patienter med allergi vil stige i de kommende år, og at forekomsten i befolkningen som helhed ligeledes vil stige. Denne udvikling svarer til, hvad der forventes at ske i andre europæiske lande.

I Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 angav 6 % af voksne at have astma. I de ældste aldersgrupper forekøles astma ofte med kronisk obstruktiv lungesygdom, men KOL forekommer sjældent hos personer under 40 år. Forekomsten blandt 16-24 årige og 25-44 årige mænd og kvinder er steget markant fra 1987 til 2005.

Der stigende forekomst af allergisk snue og astma er forårsaget af et samspil mellem arvelige dispositioner og en række livsstils- og miljøfaktorer – men endnu har man ikke med sikkerhed kunnet udpege, hvilke livsstils- og miljøfaktorer det drejer sig om. Med kendskab til hvad der udløser allergi hos det enkelte menneske, kan der dog tages relevante forebyggende forholdsregler.

Størsteparten af patienter med allergisk snue og astma diagnosticeres og behandles i almen praksis og en mindre del hos praktiserende speciallæge. Behandlingen består dels i information om sygdommen og om forebyggende forholdsregler dels i medicinsk behandling.

Den borgerrettede forebyggelse kan rettes mod råd om amning til barnet er 4-6 måneder og frihed for tobaksrøg. Den patientrettede forebyggelse kan fokusere på at reducere udsættelsen for de allergener, der er årsag til allergien.

### "Diabetesepidemien"

Den markante udvikling i forekomsten af diabetes – både i Danmark og i verden som helhed – benævnes ofte som

en epidemi. Stigningen i antallet af diabetesramte skyldes imidlertid ikke blot stigende forekomst af nye tilfælde, men også faldende dødelighed af sygdommen og dermed flere, der lever med sygdommen samt den højere gennemsnitlige levetid, der betyder øget risiko for at udvikle diabetes.

Der er ca. 25.000 personer med type 1-diabetes og skønsmæssigt 200.000 med type 2-diabetes i Danmark. Hertil kommer yderligere 200.000, som formodes at have sygdommen uden at vide det. Forekomsten af type 2-diabetes stiger markant med stigende alder op til 75-års alderen. Stigningen i forekomsten er mest udtalt blandt mænd.

Alder er den faktor, der har størst betydning for udvikling af diabetes. Andre væsentlige risikofaktorer er overvægt og fedme, fysisk inaktivitet samt uhensigtsmæssig kost. Også arvelige forhold og lav fødselsvægt spiller en rolle. Endelig viser etnicitet sig at være en væsentlig faktor, ikke blot for risikoen for at udvikle diabetes men også for hvornår sygdommen rent aldersmæssigt sætter ind.

Risikoen for at udvikle senkomplikationer af diabetes er stor. Det drejer sig om komplikationer fra øjne, nyrer, nerverbaner og hjerte-kredsløb, f.eks. blodprop i hjerte eller hjerne, nyresvigt, nedsat syn eller blindhed, nedsat følesans eller fodsår. Derfor er det vigtigt for behandlingen og den patientrettede forebyggelse, at der etableres systemer og organisatoriske rammer, der sikrer regelmæssig og systematisk screening for tidligt og sent optrædende komplikationer.

Den borgerrettede forebyggelse af type 2-diabetes skal fokusere på livsstilsmodifikation (kost, fysisk aktivitet og overvægt). Det er dokumenteret, at ændringer i livsstilen over en periode på tre til seks år kan reducere risikoen for at udvikle diabetes med 50-60 %.

## Infektionssygdomme

Den forbedrede levestandard i Danmark – og især den forbedrede hygiejne – og et omfattende vaccinationsprogram har nedsat danskernes risiko for mange infektionssygdomme, herunder difteri og stivkrampe. Alligevel udgør det høje sygefravær som følge af infektionssygdomme en stor samfundsmæssig belastning. Behandling med lægemidler har reduceret dødeligheden blandt de syge markant.

En epidemi med sæsoninfluenza skønnes at kunne ramme op til en femtedel af den danske befolkning med øget dø-

delighed til følge. Overdødeligheden ses overvejende i de ældste aldersgrupper. Sæsoninfluenza forebygges ved årlig vaccination af risikogrupper.

Fugleinfluenza er forårsaget af influenza A virus blandt fugle og overføres kun sjældent til mennesker. Risikoen ved fugleinfluenzaen er risikoen for mutation af influenza virus, således at det effektivt kan smitte fra person til person. Sker det, kan der opstå en influenzapandemi.

Siden HIV blev anmeldelsespligtig i 1990 er der årligt anmeldt knap 300 tilfælde, og det skønnes, at 5.500 personer lever med HIV. Ved slutningen af 2005 var der konstateret AIDS hos godt 2.500 personer, langt størstedelen mænd (87 %). Den medicinske behandling af HIV, der udskyder udviklingen af AIDS, har betydet, at det årlige antal tilfælde af AIDS og også den årlige dødelighed af AIDS er reduceret med 80 %. Derimod er det bekymrende, at der ikke er sket et fald i det årlige antal anmeldte HIV-tilfælde. Særligt det stigende antal smittede blandt homoseksuelle mænd er en udfordring for det forebyggende arbejde tillige med rådgivningen af de relativt mange smittede indvandrere.

Klamydia ses især hos unge kvinder. Det skønnes, at 5 % af befolkningen i alderen 16-25 år er smittet med klamydia. Ca. 65 % af de smittede er kvinder. Hos mellem halvdelen og tre fjerdedele af de smittede er der ingen symptomer, og følgelig opdages infektionen ikke. Hvert år er klamydia årsag til ca. 4.000 underlivsbetændelser, knap 480 tilfælde af barnløshed, 320 tilfælde af graviditet uden for livmoderen og 600 tilfælde af kroniske underlivssmerter. Forebyggelsesmæssigt lægges der vægt på information til unge piger om sygdommen og om betydningen af brug af kondomer.

Sygehusinfektioner er blevet et stigende problem. De hyppigste former er urinvejsinfektioner, infektioner i sår, luftvejsinfektioner og sepsis ("blodforgiftning") forårsaget af stafylokokker og colibakterier. I 2003 havde 10 % af godt 4.000 undersøgte patienter fået en infektion i forbindelse med deres sygehusophold. Antallet af sygehusinfektioner kan begrænses ved god hospitalshygiejne.

Tuberkulose (TB) er en af de mest udbredte sygdomme på verdensplan. Det skønnes, at ca. en tredjedel af jordens befolkning er smittet med TB. I Danmark er forekomsten af TB steget siden 1980, primært som følge af indvandringen fra områder med høj forekomst for TB. Efter 2000 er forekomsten atter faldet, primært pga. nedgangen i antallet af indvandrere.

## Ulykker og vold – især blandt yngre mænd

Ulykker udgør lidt over halvdelen af det samlede antal skadestuekontakter. Ulykker medfører årligt ca. 568.000 skadestuekontakter, ca. 40.000 sygehusindlæggelser og knap 2.000 dødsfald.

Fire ud af fem ulykker er hjemme- og fritidsulykker. Denne form for ulykker sker især blandt de 10-19 årige og blandt de ældre, mens trafikulykker og arbejdsulykker toppe blandt de 10-29 årige.

Faldulykker er den hyppigste form for hjemme- og fritidsulykke og ses først og fremmest blandt ældre. Kontaktulykker, dvs. ulykker hvor man bliver ramt af eller støder ind i genstande, mennesker eller dyr, ses hyppigst blandt børn og unge. Det samme gælder ulykker forårsaget af klemning, stik eller snit og ulykker forårsaget af akut overbelastning, f.eks. forstuvninger. I 2005 var der 449.000 skadestuekontakter og 32.200 indlæggelser som følge af hjemme- og fritidsulykker – lidt flere skadestuekontakter blandt mænd end blandt kvinder men lidt flere indlæggelser blandt kvinder end blandt mænd.

Risikoen for at blive udsat for en trafikulykke er størst blandt 10-29 årige – det gælder alle grupper af trafikanter (cyklister, knallertkørere, bilister og fodgængere). I 2005 var der ca. 44.000 skadestuekontakter og 5.500 indlæggelser som følge af trafikulykker – flest blandt mænd.

Det samlede antal skadestuekontakter som følge af hjemme- og fritidsulykker og trafikulykker har stort set været konstant siden 1995. Ligeledes har antallet af dødsfald som følge af hjemme- og fritidsulykker været konstant, mens antallet af trafikdræbte er faldet jævnt siden 1970'erne.

Voldsskader er skader, der forsætligt er påført af en anden person. Vold er årsag til godt 20.000 skadestuekontakter, 1.400 hospitalsindlæggelser og 50 dødsfald. Mænd er i større risiko for vold uden for hjemmet og kvinder for vold i hjemmet. Yngre er mere udsat for vold end ældre og mænd mere udsat end kvinder.

Der er sammenhæng mellem vold og en række kroniske helbredsproblemer, herunder dårligt selvvurderet helbred, psykiske problemer, symptomer fra mave-tarmkanal, hovedpine og gynækologiske klager.

## Positiv udvikling i tandsundheden

Caries (huller i tænderne) og parodontose er de helt dominerende tandsygdomme i befolkningen. Uddannelsesniveauet er den enkeltfaktor, der har størst betydning for forekomsten af tandsygdomme. I gennemsnit har personer med kort uddannelse 20 tandflader mere med caries end personer med lang uddannelse, og 15 % af voksne med kort uddannelse har dybe tandkødschlommer som tegn på parodontose sammenholdt med 4 % blandt personer med lang uddannelse. Den klare sociale gradient i tandstatus ses også, når vurderingen gælder et funktionelt tandsæt (20 tænder eller flere).

Fire ud af fem voksne danskere går regelmæssigt til tandlæge – flere i de ældre aldersgrupper end i de yngre. Igen er der klare uddannelsesmæssige forskelle i hvem, der regelmæssigt går til tandlæge. Syv ud af ti voksne danskere børster tænder mindst to gange dagligt, en fjerdedel bruger dagligt tandstikker og en tiendedel bruger dagligt tandtråd.

WHO's og Sundhedsstyrelsens målsætninger for befolkningens tandstatus er i 2005 efterlevet for de 35-44 årige (maksimalt 1 % tandløse og 96 % har 20 tænder eller flere), mens målsætningen endnu ikke er nået for ældrebefolkningen. Der er dog tale om en ganske positiv udvikling i ældregruppen.

Den kommunale skoletandpleje er en væsentlig faktor for den positive udvikling i befolkningens tandstatus. Tre fjerdedele af de 35-44 årige har deltaget i regelmæssig tandpleje i barneårene, mens en fjerdedel regelmæssigt har fulgt tandpleje hos privat tandlæge. Langtidseffekten af deltagelse i regelmæssig tandpleje i barneårene viser sig ved, at der er bevaret flere naturlige tænder og en lavere andel af tandløse og protesebærere.

## Faktorer af betydning for folkesundheden

En række faktorer er af betydning for folkesundheden. Det drejer sig først og fremmest om individuelle livsstilsfaktorer og sundhedsvaner men også om biologiske og genetiske faktorer. Endvidere er en række mere strukturelle forhold af betydning. Det gælder arbejdsmiljø og miljø i bred forstand samt de forebyggende og behandlende tilbud fra sundhedsvæsenet.

## Blodtryk, kolesterol og vægt er vigtige prædiktorer for sygdom

Betydningen af en række biologiske og fysiologiske faktorer for sygdom er i langt overvejende grad analyseret i relation til udvikling af hjerte-kar-sygdom og tidlig død men betydningen for udviklingen af andre sygdomme belyses i stigende omfang.

Med stigende blodtryk øges risikoen for at udvikle apopleksi, blodprop i hjertet og andre hjerte-kar-sygdomme. Danskerne blodtryk faldt fra begyndelsen af 1960'erne og til midten af 1980'erne, men steg i løbet af 1990'erne. På basis af undersøgelser i det tidligere Københavns Amt skønnes det, at ca. 50 % af 60-årige mænd og 40 % af 60-årige kvinder enten har forhøjet blodtryk eller er i behandling for det. Blandt de, der var i behandling for forhøjet blodtryk, havde kun en tredjedel opnået det ønskede behandlingsmål (140/90 mmHg).

Med faldende kolesteroltal falder risikoen for udvikling af hjertesygdom. Kolesteroltallet er generelt faldet siden 1960'erne – lidt mere for kvinder end for mænd. Det gennemsnitlige kolesteroltal for midaldrende mænd ligger dog fortsat over anbefalingerne.

Body Mass Index (BMI) er et udtryk for den relative vægt, og fedme er en markør for udvikling af kroniske sygdomme som diabetes, hjerte-kar-sygdomme og en lang række kræftformer. Både højt og lavt BMI er associeret med for tidlig død. Selvrapporterede data viser, at andelen af fede i befolkningen er steget til 11 %. Ved undersøgelser i det tidligere Københavns Amt, hvor deltagerne er målt og vejede, var ca. 20 % af de 50-60 årige fede.

Blodtryk, kolesterol og vægt er enkeltfaktorer, der er lette at måle og af stor betydning for folkesundheden, hvorfor der er al mulig grund til at skærpe opmærksomheden på disse markører både forebyggelsesmæssigt og behandlingsmæssigt. Andre væsentlige fysiologiske og biologiske markører for udvikling af sygdom er kondition, lungefunktion, fedtfordeling, hånd-underarmsstyrke og sukkerstofskiftet.

## Genetikken giver nye muligheder

Betydningen af udviklingen inden for genetikken spores på flere områder. Det betyder øget forståelse af årsag og mekanismer bag sygdomme. Det giver nye muligheder for

individbaseret risikovurdering og rådgivning samt bedre diagnosticering. Endvidere øger genetikken mulighederne for den farmakologiske behandling ("skræddersyet medicin"), og for patologien mht. at bestemme infektionstyper og kræfttyper.

## Danskerne har et højt alkoholforbrug

Ud over de direkte alkoholrelaterede sygdomme (alkoholisk skrumpelever, betændelse i bugspytkirtlen og alkoholisme) er alkohol medvirkende årsag til udviklingen af en lang række sygdomme, herunder kræft i mundhule, spiserør, bryst og tyktarm. Danskerne alkoholforbrug medfører årligt mere end 3.000 dødsfald – det svarer til 5 % af alle dødsfald. De alkoholrelaterede dødsfald sker i en relativ ung alder. Et stort alkoholforbrug er også forbundet med arbejdsmæssige problemer, skilsmisser, psykiske lidelser, sygemeldinger, vold, kriminalitet, ulykker og dødsfald.

På den positive side tæller, at midaldrende og ældre personer med et moderat alkoholforbrug har 20-30 % lavere risiko for at dø af iskæmisk hjertesygdom end afholdende.

Salgsstatistikken viser et ret konstant, men højt forbrug af alkohol på gennemsnitlig 11,4 liter ren alkohol pr. år pr. dansker over 14 år. Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne har siden 1994 vist, at en stigende andel overskrider genstandsgrænserne, at flere mænd end kvinder overskrider genstandsgrænserne, og at det især er de unge og de midaldrende, der har et højt ugentligt forbrug. Et episodisk forbrug (binge) er forbundet med højere risiko for sygelighed og dødelighed end et jævnt forbrug (steady). Alkoholforbruget er socialt skævt fordelt, idet forbruget stiger med stigende antal års uddannelse.

Set i internationalt perspektiv har danskerne et højt alkoholforbrug, og danske unge har en topplacering i Europa, hvad angår hyppig fuldskab. Ud af 15 EU-lande og Norge har kun fire lande en mindre restriktiv alkoholpolitik end Danmark.

Et væsentligt element i en langsigtet forebyggelsesindsats er konsistens mellem forskellige politiske perspektiver, men i Danmark synes beslutninger vedr. grænsehandlen og afgifter mv. at være gået i én retning men indsats vedr. f.eks. aldersgrænser at være gået i en anden. Med henblik på at sænke det samlede forbrug i en befolkning er der særdeles god effekt af pris- og skatteregulering. Der er endvidere god evidens for at sænke promillegrænserne, at

anvende hyppige, vilkårlige ballontests og at stramme lovgivningen omkring kørekort i forbindelse med at køre spirituspåvirket.

## Rygning koster flest menneskeliv

Uanset hvor meget man ryger, er det forbundet med øget sygdomsrisiko. Rygning er en af de vigtigste årsagsfaktorer til hjerte-kar-sygdomme, kræft samt lunge- og luftvejssygdomme. Rygning betyder også risiko for, at sygdomme eller tilstande forværres, f.eks. diabetes og osteoporose, og rygning øger risikoen for komplikationer i forbindelse med operation. Rygning nedsætter fertiliteten hos både mænd og kvinder, øger risikoen for komplikationer under graviditet og fordobler risikoen for misdannelser hos barnet.

Hvert år dør knap 14.000 som følge af rygning, og det skønnes at 2.000 dør af passiv rygning. Rygning tegner sig for 24 % af alle dødsfald. Blandt mænd steg dødeligheden frem til 1980'erne for dernæst at falde lidt. Blandt kvinder er der sket en jævn stigning.

Andelen af rygere er faldet jævnt de seneste årtier – for mænd fra 68 % i 1970 til 31 % i 2006; for kvinder er faldet i samme periode fra 47 % til 25 %. Andelen af storrygere er steget jævnt frem til begyndelsen af 1990'erne og har siden været svagt faldende. Storrygere udgør en stadig stigende andel af samtlige rygere – i 2005 var over 50 % blandt mandlige rygere storrygere, mens det for kvinders vedkommende var 40 %. Der er en klar uddannelsesmæssig gradient i rygemønsteret: jo højere uddannelsesniveau desto færre dagligrygere og storrygere.

Faldet i andelen af rygere i Danmark er parallelt med udviklingen i vore nabolande – om end det danske fald er lidt mere udtalt. Udviklingen i flere lande er tilsyneladende stagneret, f.eks. gælder det for finske og engelske mænd og for finske og svenske kvinder.

Fire ud af fem rygere begyndte at ryge i teenage årene. Både forældres og venners rygeadfærd har stor betydning for unges rygeadfærd.

De mest omkostningseffektive forebyggelsesindsatser over for både aktiv og passiv rygning er øgede cigaretpriiser og lovgivningsbaserede reguleringer. Hertil kommer indsatser i specifikke arenaer, f.eks. almen praksis, sygehuse, skoler og arbejdspladser, samt gruppebaseret og individuel rådgivning vedrørende rygestop kombineret med nikotinsubstitutionsmidler eller bupropion.

I forhold til de lande, vi normalt sammenligner os med, halter Danmark bagud mht. lovgivning vedr. rygning.

## Menneskets krop er bygget til bevægelse

Fysisk aktivitet giver energi, glæde og psykisk velbefindende. Fysisk inaktivitet øger risikoen for en række sygdomme, først og fremmest hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, muskel- og skeletsygdomme, brystkræft, kræft i tyktarm og psykiske sygdomme samt overvægt.

Sundhedsstyrelsens anbefaling er, at voksne skal være fysisk aktive mindst 30 minutter af moderat intensitet, helst alle ugens dage. De 30 minutter kan stykkes sammen af mindre perioder. Børn og unge bør være fysisk aktive med mindst moderat intensitet i 60 minutter om dagen.

Ca. 4.000 dødsfald årligt skønnes at være relateret til fysisk inaktivitet – det svarer til 7-8 % af alle dødsfald. En 25-årig, der er og vedbliver med at være fysisk aktiv, forventes at leve 5-6 år længere end en 25-årig fysisk inaktiv.

I alt 27 % af voksne danskere angiver, at de er moderat eller hårdt fysisk aktive i mindst fire timer om ugen i fritiden, mens 13 % angiver at være fysisk inaktive. Næsten dobbelt så mange mænd som kvinder er moderat eller hårdt fysisk aktive, mens andelen af fysisk inaktive er den samme blandt mænd og kvinder. Med stigende alder er færre og færre moderat til hårdt fysisk aktive. Jo højere uddannelsesniveau desto større sandsynlighed for, at en person er moderat eller hårdt fysisk aktiv i fritiden. Siden 1987 er der sket en markant stigning i andelen med moderat eller hårdt fysisk aktivitetsniveau i fritiden.

I alt 59 % af voksne dyrker idræt – i forening eller selvorganiseret. Der er i de senere år sket en markant tilvækst i andelen af idrætsaktive blandt de 50-årige eller derover. Knap tre fjerdedele af erhvervsaktive bruger mindre end 15 minutter af den daglige transporttid til at gå eller cykle, mens lidt over 10 % bruger en halv time eller mere. Flest erhvervsaktive (39 %) har stillesiddende arbejde.

Igennem de senere år har der været flere lokale og centrale initiativer for at fremme befolkningens fysiske aktivitetsniveau. Der er udarbejdet idekataloger, gennemført generelle og lokale cyklistkampagner, der har været igangsat modelprojekter rettet mod daginstitutioner og skoler og mod at fremme sociale netværk ved hjælp af fysisk aktivitet. En række kommuner og tidligere amter har igangsat forsøg

med ”Motion på recept”, og de foreløbige resultater viser, at det for det første kan lade sig gøre og for det andet, at der på kort sigt er positive effekter på flere biologiske mål, så som kondition, blodtryk og vægt.

## Kost – for meget og for usundt

De sundhedsmæssige effekter af kosten drejer sig for danskernes vedkommende primært om helbredsmæssige følger af uhensigtsmæssig sammensætning af kosten og om at spise for meget. De helbredsmæssige konsekvenser er bedst dokumenteret i relation til hjerte-kar-sygdom, overvægt og fedme, type 2-diabetes, kræft (mundhule, spiserør, mavesæk, blære samt tyk- og endetarm) samt knogleskørhed. Det skønnes, at 17 % færre danskere ville dø af hjerte-kar-sygdom, hvis befolkningens indtag af frugt og grønt blev øget til 500 gram pr. dag, og 9 % færre, hvis befolkningen nedsatte indtaget af fedt i kosten til de anbefalede højst 30 % af energiindtaget.

Udviklingen i kostvanerne fra 1995 til 2000-2001 viser, at det gennemsnitlige indtag af frugt og grønt er steget, fedtindholdet er faldet, mens sukkerindtaget – især for børn – er steget. Men i forhold til anbefalingerne for en sund kost er indtaget af fedt fortsat for højt i alle aldersgrupper og indtaget af frugt og grønt for lavt. I alt 22 % af voksne danskere lever op til anbefalingerne for fedt i kosten, mens 12 % lever op til anbefalingerne for frugt og grønt.

Forsyningsstatistikker fra de nordiske lande viser, at danskerne har den største andel energi fra fedt i kosten. Også i europæisk perspektiv har danskerne et højt indtag af animalsk fedt men et lavt indtag af frugt og grønt.

Der er klare sociale forskelle i kostvanerne. Grupper med lang uddannelse spiser en kost, der ligger tættere på anbefalingerne end grupper med kort uddannelse, der tillige spiser flere kartofler og mere kød end de højtuddannede.

Kostvanerne hænger sammen med anden livsstil. Indtaget af frugt og grønt er mindst og indtaget af fedt højest blandt dem, der primært har stillesiddende fritidsaktivitet, er storrygere og drikker meget alkohol.

Oplysning har været det primære virkemiddel i den officielle ernæringspolitik, og der har været gennemført en række oplysningskampagner og lokale indsatser på arbejdspladser, kantiner og skoler, som har haft en positiv effekt på danskernes kostvaner. Det er ofte blevet foreslået at anvende

de lovgivning samt skatter og differentieret moms på fødevarer i forbindelse med indsatsen for at forbedre kostvanerne – men endnu er det ikke ført ud i livet.

## Fedme – en hastigt voksende trussel

Der er mange alvorlige følgesygdomme til fedme, først og fremmest type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme, men også en række kræftsygdomme (kræft i livmoder, bryst, æggestokke, galdeblære og bugspytkirtel, lever, nyre og prostata samt kræft i mave-tarmkanalen) ses oftere i forbindelse med overvægt. Endvidere er slidgigt, specielt i knæ, lænderygsmærter samt søvnapnø (snorken og lungeinsufficiens) relateret til fedme. Endelig er psykosociale problemer almindelige blandt overvægtige og fede.

Body Mass Index (BMI) anvendes som mål for graden af overvægt og fedme og beregnes som vægten divideret med kvadratet på højden målt i meter, kg/m<sup>2</sup>. BMI på mellem 25 og 30 betegnes som overvægt og BMI på 30 eller derover som svær overvægt eller fedme.

SUSY-2005 viste, at 41 % blandt mænd og 26 % blandt kvinder var overvægtige, og henholdsvis 12 % og 11 % var svært overvægtige (fede). Fedme forekommer lige ofte hos mænd og kvinder, stiger med stigende alder frem til 80-års alderen, hvor den aftager. Der er klar sammenhæng mellem fedme og uddannelsesniveau: jo færre års uddannelse desto højere forekomst af fedme. Såvel undersøgelser baseret på målt vægt og højde som undersøgelser baseret på selvrapporterede data viser markant stigning i forekomsten af fedme. Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne viser en aldersstandardiseret stigning fra 6 % i 1987 til 11 % i 2005. Stigningen er mest udtalt blandt de yngre og blandt personer med kort uddannelse. Også sessionsdata viser markant stigning i forekomsten af fedme.

På verdensplan overstiger antallet af overvægtige nu antallet af undervægtige.

I 2003 blev der udarbejdet en national handlingsplan mod svær overvægt. Målsætningen er at forebygge, at flere bliver fede og at reducere vægten blandt de, der allerede er fede. Det anbefales at sætte ind på tre niveauer, nemlig det private niveau, fællesskaberne samt det offentlige niveau.

Behandling af fedme kræver livslang indsats og kontrol, men generelt er prognosen for blivende væggtab dårlig.

## Stress – reaktion på belastning

Stress er ikke en sygdom men individets reaktion på en belastning. Belastningen (stressoren) kan både være fysisk, f.eks. et traume og psykisk, f.eks. urealistiske forventninger, manglende anerkendelse på arbejdspladsen, skilsmisse og dødsfald. Håndtering af stresstilstanden kaldes coping eller mestring, der har til formål at forebygge, mildne eller afbøde stresstilstanden. Håndteringen kan både være positiv og negativ, og den kan rettes mod belastningen eller mod symptomet.

Graden af stress – og evt. helbredsmæssige følger – afhænger af belastningens styrke og varighed, oplevelsen af belastningen, de personlige og miljøbestemte ressourcer hos den belastede person, håndteringen af belastningen, symptomer og graden af de fysiologiske reaktioner, belastningen medfører, samt personens disposition for sygdom.

Typiske fysiske tegn på stress er hjertebanken, mavesmerter og rysten på hænderne. Psykiske tegn kan være ulyst, træthed, koncentrationsbesvær, irritabilitet og adfærdsmæssige tegn kan være søvnløshed, indesluttethed, nedsat præstationsevne, sygefravær mv.

Der har været megen fokus på sammenhængen mellem arbejdsmiljø og stress. Især personer, der oplever høje krav til deres arbejdsindsats samtidig med, at de kun har lav grad af kontrol – og evt. ringe social støtte – er mest belastede og har dermed størst risiko for at udvikle stressbetinget sygdom. Andre stressorer kan være lang arbejdstid, tidspres, højt tempo og manglende anerkendelse, natarbejde, skifteholdsarbejde, chikane og mobning.

Længerevarende belastninger kan føre til stressbetinget sygdom. Bedst dokumenteret er sammenhængen mellem belastning og iskæmisk hjertesygdom og depressive tilstande. Der er også konstateret sammenhæng mellem stress og muskel- og skeletsygdom. Endvidere kan en række kroniske sygdomme påvirkes af stress, f.eks. insulinkrævende diabetes, allergi, leddegigt og psoriasis.

Den køns- og aldersjusterede forekomst af selvrapporteret stress er steget fra 6 % i 1987 til 9 % i 2005. Stigningen er sket i de erhvervsaktive aldersgrupper. Flere kvinder end mænd angiver ofte at føle sig stresset, og forekomsten af stress er højest blandt de 25-44 årige og lavest blandt personer på 65 år eller derover. Det er især personer med høj uddannelse og høj socioøkonomisk placering, der angiver

at føle sig stresset. Oplevelsen af ofte at være stresset er mest udtalt blandt personer med uhensigtsmæssige sundhedsvaner (stillesiddende fysisk aktivitetsniveau, ryger/storryger, overskridelse af genstandsgrænsen).

Forebyggelse af stress kan rettes mod nedsættelse af belastninger både i arbejdslivet og i befolkningens dagligdag og mod evnen til at håndtere stressfyldte situationer i arbejdsliv og familieliv.

## Unge brug af euforiserende stoffer er stabiliseret

Euforiserende stoffer omfatter hash og en række andre psykoaktive stoffer med stimulerende, sløvende og/eller hallucinogene virkninger.

Eksperimenterende brug af stoffer finder først og fremmest sted i de unge år og topper blandt 16-24 årige. I 2005 havde 8 % af 16-44 årige brugt hash inden for det seneste år, og 3 % havde brugt et eller flere andre euforiserende stoffer, hyppigst kokain og amfetamin. I SUSY-2005 angav hver fjerde 16-24 årige mand og knap hver femte 16-24 årige kvinde at have brugt hash inden for det seneste år, mens ca. 8 % blandt mænd og 3 % blandt kvinder i samme aldersgruppe havde brugt andre euforiserende stoffer inden for det seneste år. Brug af euforiserende stoffer er mest udbredt blandt unge, der ikke er under uddannelse.

Både SUSY-undersøgelserne, monitoreringen af unges livsstil og sundhedsvaner (MULD) og monitoreringen af rusmiddelforbruget i folkeskolens afgangsklasser (ESPAD) viser samstemmende tegn på, at unges brug af euforiserende stoffer har stabiliseret sig inden for de seneste år.

Mange forhold er af betydning for, at unge eksperimenterer med stoffer, f.eks. nysgerrighed, manglende trivsel, psykiske behov, inspiration fra venner mv.

Der er gennemsnitlig 1.000 misbrugsrelaterede dødsfald årligt, svarende til 2 % af samtlige dødsfald. Dødsfaldene sker i en relativ ung alder. Der er tæt sammenhæng mellem brug af euforiserende stoffer og psykiske lidelser – men årsagssammenhængen er uafklaret.

Der skønnes at være 27.000 stofmisbrugere i Danmark, og 13.000 stofmisbrugere er årligt i behandling. Der er tæt sammenhæng mellem stofmisbrug og dårlige sociale og økonomiske levevilkår i form af manglende uddannelse og

manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, manglende social udvikling med svigtende kontakt til familie og netværk samt brug af alternative indtægtskilder (kriminalitet, stofhandel, prostitution).

Den danske narkotikapolitik bygger på forbud, oplysning og behandling. Ansvar for både forebyggelsen og den sociale og lægelige misbrugsbehandling er placeret i kommunerne.

### Både klassiske og nye arbejdsmiljømæssige påvirkninger

Arbejdsmiljømæssige påvirkninger er forhold i arbejdet, der kan have betydning for helbred og velbefindende.

Blandt lønmodtagere og selvstændige arbejder 10 % helt eller delvist om aftenen og 7 % helt eller delvist om natten. Det er især natarbejdet, der kan have helbredsmæssige konsekvenser. I alt 22 % blandt mænd og 7 % blandt kvinder har lange arbejdsuger (48 timer eller mere). Op i mod tre gange så mange kvinder som mænd har deltidsarbejde (mindre end 30 timer om ugen).

Udviklingen i det fysiske arbejdsmiljø fra 2000 til 2005 viser, at en større andel af lønmodtagere og selvstændige klager over støj, mens en mindre andel klager over tunge løft og u hensigtsmæssige arbejdsstillinger. En mindre andel angiver at være udsat for opløsningsmidler. Der er sket en væsentlig reduktion i et af de vigtigste indeklimaproblemer, nemlig udsættelse for passiv rygning, der faldt fra 20 % i 2000 til 14 % i 2005. Ensidigt, tungt, gentaget arbejde er tidligere reduceret ved en bevidst arbejdsmiljøindsats.

Hvad angår det psykosociale arbejdsmiljø oplever en stigende andel højt tempo – men også stigende støtte fra den nærmeste leder og bedre fremtidsmuligheder.

Antallet af arbejdsbetingede dødsulykker har i mange år ligget konstant på omkring 50-70. Der er tendens til fald i antallet af anmeldte arbejdsulykker – i 2005 var der knap 45.000 arbejdsulykker.

De væsentligste arbejdsrelaterede sygdomme og symptomer er besvær og sygdomme i bevægeapparatet, hudlidelser, høreskader, hjerte-kar-sygdomme, luftvejslidelser, kræft, reproduktionsskader, mavesår og indeklimasymp-tomer i form af slimhindeirritation, hovedpine, træthed, kvalme og svimmelhed.

Konsekvenserne af sygeligheden i de forskellige jobgrupper kan være sygefravær, førtidspensionering og død. I alt 33 % af lønmodtagerne med dårligst arbejdsmiljø havde højt sygefravær sammenholdt med 13 % blandt dem med bedst arbejdsmiljø. Risikoen for langtidssygefravær og førtidspensionering var højest blandt ufaglærte, der også havde en overdødelighed i forhold til andre grupper på arbejdsmarkedet. Antallet af tabte leveår (her målt som antal år der tabes pga. dødsfald) varierer markant mellem de forskellige brancher – blandt mænd mellem et og fire år og blandt kvinder mellem et og 2,5 år.

I kapitlet beskrives detaljeret, hvilke jobgrupper og brancher, der i særlig grad er udsat for arbejdsmiljømæssige påvirkninger, og hvilke arbejdsbetingede sygdomme og lidelser, der er særlig udtalte i de forskellige jobgrupper. Også forskelle mellem jobgrupper og brancher mht. konsekvenserne af sygeligheden omtales detaljeret.

De seneste 20 år har det forebyggende arbejde på arbejdsmarkedet været styret af en række handlingsplaner. Den aktuelle plan har fokus på arbejdsulykker, sygefravær i relation til det psykiske arbejdsmiljø og i relation til muskel- og skeletbesvær samt udsættelse for støj.

De kommende års udvikling vil stille nye krav til forebyggelsesarbejdet. Der vil blive tale om nye måder at organisere arbejdet på i form af det grænseløse arbejde, hvor overgangen mellem arbejde og fritid er sløret, og 24/7-samfundet, dvs. et arbejdsmarked hvor produktion og arbejde pågår døgnet rundt og året rundt. Det forudses, at flere kommer til at arbejde med mennesker, der forventes rivende udvikling inden for informations- og kommunikationsteknologi, der forventes indførelse af nye teknologier og nye stoffer, f.eks. nanoteknologi. Samtidigt skal indsatsen overfor de ”gamle” arbejdsmiljøpåvirkninger fastholdes.

### Helbredsskadelige miljøfaktorer

Helbredsskadelige miljøfaktorer kan være naturligt forekommende eller menneskeskabte. Mennesket udsættes for helbredsskadelige miljøfaktorer gennem luft, jord, vand, indeklima, fødevarer, støj og stråling.

Anvendelsen af fossile brændstoffer er hovedkilden til udslip af luftforurenende stoffer, der kan være transporteret over store afstande. Bybefolkningen er mest udsat. Knap 11.000 lokaliteter er i dag kortlagt som forurenede, og der skønnes i alt at være 31.000 forurenede lokaliteter – flest i

byerne. I Danmark hentes 99 % af drikkevandet fra grundvandet – men i de senere år er det blevet vanskeligere at hente godt råvand op fra undergrunden. I løbet af de sidste 15 år er der lukket en del vandværker pga. forurening af grundvandet med nitrat, pesticider og organiske opløsningsmidler.

Det estimeres, at den menneskeskabte partikulære luftforurening i udeluften årligt forårsager ca. 3.400 for tidlige dødsfald, 3.300 tilfælde af kronisk bronkitis, 11.600 tilfælde af akut bronkitis hos børn under 15 år, 160.000 astmaanfald, ca. 2.200 hospitalsindlæggelser pga. kredsløbssygdomme samt ca. 1.500 hospitalsindlæggelser og knap to mio. sygedage pga. luftvejsygdomme.

Fysiske faktorer i indeklimaet (temperatur, lysforhold, luftfugtighed m.m.) har betydning for komfort og velvære. Samspillet mellem f.eks. luftfugtighed og temperatur har betydning for vækst af skimmelsvampe. Forureninger i indemiljøet kan stamme fra kemiske stoffer (f.eks. byggematerialer, maling, rengøringsmidler, forbrændingsprocesser eller i form af passiv rygning) og fra biologiske mekanismer (f.eks. skimmelsvampe, husstøvmider, skæl og hår fra kæledyr samt fra pollen, der trænger ind i boligen).

Det estimeres, at passiv rygning årligt forårsager 30 tilfælde af lungekræft blandt aldrigrygere og et ukendt antal tilfælde blandt tidligere og nuværende rygere.

Forurening af fødevarer skyldes mikroorganismer (f.eks. bakterierne salmonella og campylobacter) eller uønskede kemiske stoffer. De kemiske stoffer kan skyldes naturligt forekommende forureninger (pga. af miljøforureninger som følge af menneskeskabte aktiviteter) eller kan være opstået i forbindelse med tilberedningen (f.eks. bly, cadmium, PCB, dioxiner, bromerede flammehæmmere eller stegemutagener). I 2004 registreredes 5.657 nye tilfælde af levnedsmiddelbårne infektionssygdomme, hvilket skønnes at være 5-10 % af den reelle forekomst.

Trafikstøj, især vejtrafikstøj, er den væsentligste kilde til støjbelastning. I 2003 skønnes 705.000 boliger at være belastet af støj (> 55 decibel (dB)). Heraf skønnes 150.000 boliger at være stærkt vejstøjbelastede (> 65 dB). Andre hovedkilder til støj er togtrafik, flytrafik, virksomheder, byggepladser og støj i nabolaget. Det estimeres, at trafikstøj årligt forårsager 800-2.200 tilfælde af iskæmisk hjertesygdom/forhøjet blodtryk.

Stråling sker via både menneskeskabte (f.eks. medicinsk bestråling i forbindelse med røntgen og radioaktive lægemidler) og naturlige kilder (f.eks. solens ultraviolette stråling, radon i boligen eller fra elektromagnetiske felter fra højspændingsanlæg og anlæg til mobil telekommunikation).

Det estimeres, at UV-lys fra solen årligt forårsager 1.150 nye tilfælde af ondartet modermærkekræft (malignt melanom), svarende til 94 % af alle nye tilfælde, og ca. 5.500 nye tilfælde af anden hudkræft, svarende til 80-85 % af alle nye tilfælde af anden hudkræft.

## Natur og sundhed – nyt tema i sundhedspolitikken

Forskningsmæssigt er der endnu kun begrænset viden om naturens betydning for helbredet, men væsentlige elementer er, at brug af naturen og grønne områder påvirker helbredet positivt, både oplevelsesmæssigt, psykisk og kropsligt, og at hyppig brug af naturen virker afstressende og også bruges som regulært afstressningsmiddel.

Sammenhængen mellem natur og sundhed kan være på flere forskellige niveauer. På det psykologiske niveau handler det om positive oplevelser i form af fred og ro og skønhed i modsætning til en travl og hektisk hverdag i byen og på arbejde. På det sociale niveau handler det om samvær med andre mennesker og på det fysiske niveau om let adgang til at kunne være fysisk aktiv.

Selv om der mangler detaljeret viden om sammenhængen mellem brug af naturen og sundhed, anbefales det, at arealplanlæggende myndigheder og kommuner indtænker let adgang til natur og grønne områder i politik og planlægning. Især tre forhold er vigtige for at fremme brugen af naturen og grønne områder: Nærhed, let adgang samt kvalitet, dvs. at naturen og de grønne områder skal indeholde de kvaliteter, brugerne efterspørger.

En kortlægning af kommunernes sundhedspolitikker fra efteråret 2007 viste, at hver fjerde kommune eksplicit nævner, at natur er en direkte del af deres sundhedspolitik.

## Screening

Screening er systematiske undersøgelser, der ved brug af en screeningstest har til formål at dele de undersøgte i en gruppe med høj risiko, der skal tilbydes yderligere diagnostisk udredning og en gruppe, der med stor sandsynlighed er raske. Screeningen kan vedrøre et tidligt stadium af en sygdom eller en risikofaktor og have karakter af masse-screening, hvor hele befolkningsgrupper undersøges, eller selektiv screening, hvor udvalgte grupper, f.eks. med formodet eller kendt høj risiko, undersøges.

En række krav bør være opfyldt inden screeningsundersøgelser iværksættes. Det drejer sig om forhold vedrørende den sygdom, der undersøges for, selve screeningstesten og selve programmet. Desuden bør testens validitet (gyldighed) og de etiske og psykologiske konsekvenser for de undersøgte samt de økonomiske forhold og selve organiseringen af screeningen være grundigt vurderet.

Der er mange etiske problemstillinger i forbindelse med gennemførelse af screening. Til de positive hører tryghed, sikkerhed, hurtigere behandling og større chance for helbredelse. Til de negative hører oplevelsen af frivillig tvang, unødigt bekymring, falsk sikkerhed, unødvendigt tidsforbrug og risiko ved selve screeningstesten.

I relation til kræft screenes der for livmoderhalskræft (Smear-test) og for brystkræft (mammografi), mens screening for tyk- og endetarmskræft ved undersøgelser af blod i afføringen er under afprøvning. For alle tre screeninger er der evidens for, at dødeligheden af den pågældende sygdom er faldet i den screenede befolkning.

På mindre end to år (2004-2006) er der indført systematisk screening af gravide for Downs syndrom (mongolisme). I screeningen indgår nakkefoldsscanning af fosteret i 11.-13. svangerskabsuge samt en blodprøve. Allerede i 2005 blev 81 % af alle tilfælde af Downs syndrom påvist ved den prænatale screening, og antallet af børn, hvor diagnosen først blev stillet efter fødslen, var nede på 30.

Forsøg med forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis har vist positive helbredseffekter i form af vundne leveår og reduktion i risikoen for udvikling af iskæmisk hjertesygdom. Samtidigt er det dokumenteret, at tilbud om helbredsundersøgelser og -samtaler er omkostningsneutralt.

## Omhyggelig, eksplicit og kritisk brug af den aktuelt bedste viden

Evidens er den aktuelt bedste viden, man har om et givent forhold. Når det handler om evidensbaseret forebyggelse er det hensigtsmæssigt at sondre mellem evidens om årsager til og udbredelse af sygdom, evidens om effekten af forebyggelsesindsatsen og evidens om organisering og implementering af indsatsen.

Arten og indholdet af evidensen skal tilpasses det konkrete mål og niveau, forebyggelsesindsatsen retter sig imod. I forbindelse med rene evalueringer kan der fokuseres på de strukturelle forhold, på selve indsatsen, på processen og på resultatet. I forbindelse med planlægningen og gennemførelsen af større forebyggelsesindsatser kan fokus f.eks. være på selve implementeringen, på kvalitetsvurdering eller vurdering af tilbuddets gennemslagskraft i befolkningen.

Systematiske oversigter baseret på randomiserede, kontrollerede forsøg (RCT) er den gyldne standard inden for medicinsk behandling. Her vurderes alene effekten af indsatsen. I systematiske oversigter udarbejdet efter modellen for medicinsk teknologivurdering vurderes ikke alene effekten af indsatsen, men også de strukturelle, brugerorienterede og økonomiske forhold, indsatsen foregår under.

Især i forbindelse med evidens om organisering og implementering af forebyggelsesindsatser kan det være relevant også at inddrage den erfaringsbaserede evidens i form af f.eks. ekspertudtalelser, sundhedsprofessionelles erfaringer, den "tavse viden" samt gråzonelitteraturen (f.eks. lokale sundhedsprofiler, evalueringsrapporter, kvalitetssikringsrapporter mv.), som primært formidles på dansk og derfor ikke finder vej til de videnskabelige tidsskrifter.

Sundhedskonsekvensvurderinger er vurdering af de fremtidige direkte eller indirekte sundhedsmæssige effekter på befolkningen af en strategi, et program eller et projekt. En nylig gennemført kortlægning af kommunernes sundhedspolitikker i 2007 viste, at omkring en fjerdedel af kommunerne vil anvende sundhedskonsekvensvurdering som led i udviklingen af deres sundhedspolitik.

## Sundhedsvæsenet bidrager til forbedring af folkesundheden

Funktionerne i sundhedsvæsenet omfatter sundhedsfremme og forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering, palliation (lindrende behandling), uddannelse og forskning.

Hovedparten af forbedringerne i befolkningens sundhedstilstand og middellevetid kan tilskrives faktorer uden for sundhedssektoren. Sundhedsvæsenet kan bidrage til forbedring af folkesundheden ved at nedbringe dødeligheden, ved at reducere sygelighed og forbedre livskvaliteten og ved at nedbringe uligheden i sundhed.

Det er en udbredt opfattelse i den internationale litteratur, at udviklingen i middellevetiden igennem den sidste halvdel af det 20. århundrede til dels, men ikke udelukkende, kan forklares ved sundhedsvæsenets fremskridt.

Sundhedsvæsenet kan siges at have effekt på folkesundheden, såfremt indsatsen omfatter en hyppig forekommende sygdom, såfremt der er en dokumenteret effekt af indsatsen på individ- eller gruppeniveau, og såfremt indsatsen involverer tilstrækkeligt mange. Ud fra disse kriterier har sundhedsvæsenet en positiv virkning på sundhedstilstanden i relation til de såkaldte reaktive ydelser, f.eks. operation for grå stær, medicinsk og kirurgisk behandling af hjertets kranspulsårer og den behandlende tandpleje. Derimod er det usikkert om der er effekt på folkesundheden af behandlingen af sjældne sygdomme, der kun rammer få personer, f.eks. hjerte- og levertransplantationer.

Også sundhedsvæsenets generelle forebyggende programmer, hvor der er tale om antalsmæssigt store målgrupper, må antages at være af betydning for folkesundheden. Det gælder f.eks. svangreomsorgen, sundhedsplejen, forebyggende børneundersøgelser, børnetandplejen, forebyggende hjemmebesøg hos ældre mv.

Sundhedsvæsenets aktiviteter indebærer også risici i form af utilsigtede eller skadevoldende hændelser i forbindelse med indlæggelsen. Således får 8-10 % af sygehusindlagte patienter en sygehusinfektion med mulig dødelighed eller invaliditet til følge. Fire ud af 10 utilsigtede hændelser vurderes at kunne forebygges.

Ifølge sundhedsloven er et af sundhedsvæsenets mål, at der skal være let og lige adgang for alle; dermed kan sundhedsvæsenet bidrage til at reducere den ulighed i sundhed,

der forårsages af ulige fordelte sygdomsårsager. Der er dog både formelle og uformelle barrierer. Til de formelle hører brugerbetalingen i relation til f.eks. lægemidler, tandlæge og fysioterapeut. Ligeledes kan de mange private sundhedsforsikringer bidrage til, at nogle befolkningsgrupper får hurtigere og bedre adgang til sundhedsydelser. Til de uformelle barrierer for let og lige adgang til sundhedsvæsenet hører eksempelvis lavt uddannelsesniveau og fremmed etnisk herkomst, hvor bl.a. kulturelle og sproglige forskelle, utilstrækkelig viden, manglende tillid kan vanskeliggøre kontakt til sundhedsvæsenet.

## Sundhedstilstanden i forskellige befolkningsgrupper

I denne del af Folkesundhedsrapporten drejer det sig om sundhedstilstanden blandt børn og unge, blandt ældre og blandt etniske minoriteter. Endvidere belyses forskelle i mænds og kvinders sundhedstilstand samt sociale forskelle.

### De fleste børn og unge trives og udvikler sig alderssvarende

De fleste børn og unge trives, udvikler sig svarende til deres alder og har fortrolig kontakt med kammerater og forældre. Dog angiver 13 % af 11-15 årige, at de generelt trives dårligt. Ved udskolingen er det overordnede billede, at pigernes skolemæssige, sociale og personlige færdigheder er bedre end drengenes.

Lidt over en femtedel af børn under 16 år har været syge inden for den seneste 14-dages periode. Sygeligheden er især høj blandt de 1-2 årige, hvor 41 % af drenge og 34 % af piger har været syge inden for en 14-dages periode. Frem mod skolealderen falder sygeligheden år for år og er mindst blandt de 9-12 årige, men i teenage årene bliver sygeligheden igen hyppigere. I de tidlige år er drenge mere syge end piger, men billedet skifter fra præpuberteten. Infektionssygdomme dominerer sygdomsbilledet i alle aldersgrupper, men er særlig udtalt blandt småbørn.

Ca. 11 % af børn har ifølge forældrenes oplysninger en eller flere langvarige sygdomme, hyppigst sygdomme i åndedrætsorganerne (astma, astmatisk bronkitis). Mere end 5 % af alle børn er født med en misdannelse, dog er knap halv-

delen af disse uden større betydning for barnets helbreds-tilstand.

I alt 5-15 % af børn i den vestlige verden skønnes at have psykiske sygdomme. Ca. halvdelen skyldes adfærdsforstyrrelser. I alt 2-3 % skønnes at have alvorlige psykiske lidelser.

Andelen af overvægtige børn er steget samtidig med at de, der er overvægtige, er blevet endnu mere overvægtige. Forekomsten af overvægt hos 15-årige er således steget fra 5-6 % i begyndelsen af 1970'erne til 16 % i slutningen af 1990'erne.

I gennemsnit kommer hvert fjerde barn i 12-års alderen på skadestuen. Langt de fleste skader er dog mindre alvorlige. Drengene kommer hyppigere ud for ulykker end piger. De mindste børn kommer hyppigst til skade i hjemmet, de lidt større især på institutioner og i skolen, mens de unge især kommer til skade ved idræt eller i trafikken.

Børns tandsundhed er forbedret markant – i 2004 havde lidt over 70 % af 5-årige og ca. 60 % blandt 12-årige ingen huller i tænderne.

Dødeligheden blandt spædbørn er faldet markant gennem de sidste 50 år og er nu under 1/2 %. Dødeligheden er størst i den første leveuge og fortsætter med at falde igennem den tidlige barndom frem til 9-12 års alderen for derefter at stige svagt i teenage årene. De hyppigste dødsårsager blandt spædbørn er sygdom i forbindelse med fødslen og misdannelser. Blandt de 1-15 årige er ulykker den hyppigste dødsårsag.

Siden der i 1987 blev indført vaccination mod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR), har der stort set ikke været hospitalsindlæggelser som følge af disse børnesygdomme.

Danske børns sundhedsadfærd er på en række områder bekymrende: I 7. klasse drikker 10 % regelmæssigt alkohol, 20 % har prøvet at drikke sig fulde, 11 % ryger, og andelen der drikker og ryger stiger kraftigt gennem ungdomsårene. Antallet af timer tilbragt foran TV, PC eller play-station er stigende, færre 15-årige dyrker hård motion mindst fire timer om ugen, og blandt børn i 3. klasse har man kunnet konstatere en dårligere fysisk kondition. Samtidig er indtagelsen af fødevarer med tilsat sukker steget. Mobning er udbredt både blandt småbørn og skolebørn, og børn der mobbes er

oftere ensomme, triste, ængstelige og passive og har oftere langvarig sygdom.

De fleste forældre giver udtryk for, at det er meget vigtigt, at deres børn ikke begynder at bruge stoffer, og ikke begynder at ryge, at de lærer at samarbejde og løse konflikter, og at de har god kontakt til andre børn .

## Flere ældre – færre med funktionstab

De fysiske og kognitive funktioner aftager allerede fra 30-års alderen men med hurtigere hastighed efter 70-års alderen end før. Generelt stiger sygeligheden med stigende alder, og hjerte-kar-sygdomme, kræft, lungesygdomme og diabetes er stærke prædiktorer for overlevelse blandt de yngre ældre, men blandt de allerældste (90 år og derover) mister disse sygdomme – sammen med andre kendte risikofaktorer, f.eks. rygning – deres prædiktive værdi.

Sygeligheden influerer også på funktionsniveauet. Den forventede levetid uden funktionsindskrænkninger er fra 1987 til 2000 steget med 2,4 år for mænd og 1,1 år for kvinder. Blandt de allerældste er der på individniveau betydeligt tab af færdigheder med stigende alder, men på populationsniveau er der kun beskedent tab pga. stor dødelighed blandt de mest funktionshæmmede.

Ældre er generelt glade og tilfredse med livet, og først op mod 90-års alderen falder tilfredsheden – men dog er der i denne aldersgruppe fortsat tre fjerdedele, der udtrykker tilfredshed med livet. Jo ældre desto færre mener, at deres helbred er dårligere end deres jævnaldrendes.

Dødeligheden blandt ældre er faldet markant siden 1950'erne – mest udtalt blandt kvinder. Således er den årlige dødsrisiko for 80-84 årige kvinder faldet fra 14 % pr. år til 6 % pr. år. Der er ingen biologisk bestemt grænse for, hvor gamle vi kan blive. Tvært om synes aldringsprocessen at være påvirkelig af både psykologiske faktorer, levevilkår og behandlingsmuligheder.

Kommunerne skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg mindst to gange årligt til alle på 75 år og derover. Formålet er at skabe tryghed og trivsel samt at hjælpe borgerne til at udnytte egne ressourcer og undgå funktionstab længst muligt.

## Kvinder lever længere end mænd – men har et dårligere helbred

Så længe, der har eksisteret dødelighedsstatistikker i vestlige lande, så længe har det været kendt, at kvinder har længere middellevetid – og det på trods af betydelig dødelighed i forbindelse med fødsel og graviditet. Langt de fleste undersøgelser viser, at kvinder vurderer eget helbred dårligere end mænd, og at mænd har færre funktionsindskrænkninger. Desuden rapporterer kvinder mere sygelighed end mænd. Bortset fra de kønsspecifikke sygdomme har kvinder overvægt af sygdomme, der er forbundet med lav dødelighed, mens mænd har øget forekomst af hjertekar-sygdomme.

Baggrunden for dette paradoks er multifaktoriel, og der er ikke én men mange forskellige teorier og forklaringer. Biologiske og genetiske faktorer, livsstil og sundhedsvaner, levevilkår, sociale roller samt forskelle i brug af sundhedsvæsenet er alle faktorer, som på forskellig måde kan bidrage til opklaring af paradokset. Ingen af forklaringerne kan stå alene, men indgår i et komplekst samspil.

## Sociale forskelle eller social ulighed?

Sociale forskelle i sundhed og sygdom strider ofte mod forestillinger om retfærdig fordeling af goder, og derfor er det højt prioriteret i både den nuværende regerings og den tidligere regerings forebyggelsesprogrammer at reducere den sociale ulighed.

Social ulighed peger i retning af uretfærdighed og noget, der skal fjernes eller ændres, mens sociale forskelle, f.eks. mellem uddannelsesgrupper, refererer til noget faktisk konstaterbart.

Der er flere forskellige teorier om og opfattelser af årsager til sociale forskelle i sundhed og sygelighed, f.eks. livsforløbsperspektivet, dvs. ophobning af helbredspåvirkninger gennem livsforløbet, og social arv, der kan forstås som de påvirkninger på helbred, sundhedstilstand, adfærd, viden, holdninger, livsværdier, handlegenet mv., der kan føres tilbage til opvækstfamilien og det sociale og subkulturelle opvækstmiljø i bredere forstand. Den sociale arv kan således være både positiv og negativ.

Sociale forskelle beskrives ofte i forhold til uddannelsesniveau, socioøkonomisk status og indkomst. Det vurderes dog, at uddannelse er det mest robuste mål. I Danmark er

stort set alle sygdomsmanifestationer og alle risikofaktorer socialt skævt fordelt – og oftest vender den tunge ende nedad. Eksempelvis kan en 30-årig mand med videregående uddannelse forvente at leve godt fire år længere end en 30-årig mand uden uddannelse efter folkeskolen. Desuden kan de højt uddannede forvente flere leveår med godt helbred end gruppen med kort eller ingen uddannelse. Forskellen mellem de bedst stillede og de dårligst stillede grupper viser potentialet for forbedringer i sundhedstilstanden.

I kapitlet gennemgås en række eksempler på sociale forskelle i relation til middellevetid og dødelighed, sundhed og sygelighed, livsstil og sundhedsvaner, levevilkår samt brug af sundhedsvæsenet.

## Sundhed blandt etniske minoriteter

Der er ikke en entydig definition af begrebet etnisk minoritet, men et gennemgående træk ved mange definitioner er, at der er tale om en social gruppe, som mht. sprog, kost, religion, fysiske træk og oprindeligt hjemland af sig selv og/eller andre opleves som forskellig fra en majoritetsbefolkning. De fleste undersøgelser anvender fødeland som mål for etnisk tilhørsforhold. Generelt er det dog pga. forskellige definitioner, inklusion af forskellige minoritetsgrupper og forskellig dataindsamlingsmetode mv. vanskeligt at sammenligne forskellige undersøgelsesresultater. Hertil kommer problemer med små datamaterialer, bortfald og problemer med at tage højde for andre baggrundsfaktorer end køn og alder.

I 2006 var der ca. 361.000 indvandrere og 117.000 efterkommere svarende til knap 9 % af befolkningen. Den største gruppe var personer af tyrkisk herkomst. På basis af en række danske undersøgelser gives der i kapitlet en oversigt over forskelle mellem danskeres og etniske minoritetsgruppers sygelighed, brug af sundhedsvæsenet samt sundhed og helbredsrelateret livskvalitet.

En større andel blandt de etniske minoriteter end blandt danskere vurderer, at deres helbred er dårligt, og at de er stressede. Blandt de etniske minoriteter er forekomsten af diabetes og HIV/AIDS højere, mens forekomsten af kræft er lavere; en mindre andel indlægges pga. ulykker. En større andel af de etniske minoriteter har brugt praktiserende læge, mens en mindre andel har fået foretaget forebyggende helbredscheck sammenlignet med danskere.

En mindre andel med etnisk baggrund tror på vigtigheden af egen indsats for at bevare et godt helbred. Ligeledes overskrider en mindre andel genstandsgrænsen sammenlignet med danskere. Lige store andele af danskere og etniske minoritetsgrupper spiser frugt og grønt, mens en større andel blandt de etniske minoriteter har stillesiddende fritidsaktiviteter og et ringere socialt netværk.

### Det er svært at spå – især om fremtiden

Rapportens sidste kapitel handler om folkesundheden i fremtiden. En fremskrivning af den selvrapporterede sygelighed fra 2005 til 2020 viser, at antallet af voksne danskere, der rapporterer at have en eller flere langvarige sygdomme forventes at stige med ca. 300.000 til i alt ca. to mio. voksne. En tilsvarende fremskrivning af to proxy-mål for sygelighed (heldøgnsindlæggelser og ambulante kontaktføløb) viser, at antallet af heldøgnsindlæggelser forventes at stige med ca. 230.000 til knap 1,4 mio. indlæggelser i 2020, og at antallet af ambulante kontakter forventes næsten at fordobles fra 2005 til 2020 og være ca. fem mio. i 2020.

Generelt viser fremskrivningen af de enkelte sygdomsgrupper et ganske broget billede. Blandt folkesygdommene forventes især en antalsmæssig stigning i relation til hjerte-kar-sygdomme, åndedrætssygdomme, diabetes samt astma og allergi.

Enhver statistisk fremskrivning er forbundet med store og mange usikkerhedsmomenter. Derfor er det vigtigt ikke blot at forholde sig kritisk til selve resultaterne af fremskrivningen, herunder at vurdere såvel den anvendte metode som dens forudsætninger, men også at tage stilling til, om der er tale om en ønskelig udvikling, eller om der skal gribes ind for at afværge den forventede udvikling.

Set over en 50-årig periode har forebyggelsesarbejdet i Danmark udviklet sig fra forsigtige eksperimenter og ad hoc bevillinger til at være en driftsopgave for kommunerne. Udviklingen har været påvirket af den internationale udvikling, herunder af WHO's Sundhed for Alle strategi fra 1984 og dens opfølgning samt af EU's folkesundhedsprogrammer, hvor der i det seneste program gives høj prioritet til sundhedsområdet og til fremme af borgernes trivsel.

I 2008 forventes den danske regering at nedsætte en forebyggelseskommission, der skal analysere og fremsætte forslag til en styrket forebyggende indsats. På baggrund af kommissionens arbejde forventes der i 2009 i samarbejde med kommuner og regioner at blive udarbejdet en ny national handlingsplan for forebyggelse.

