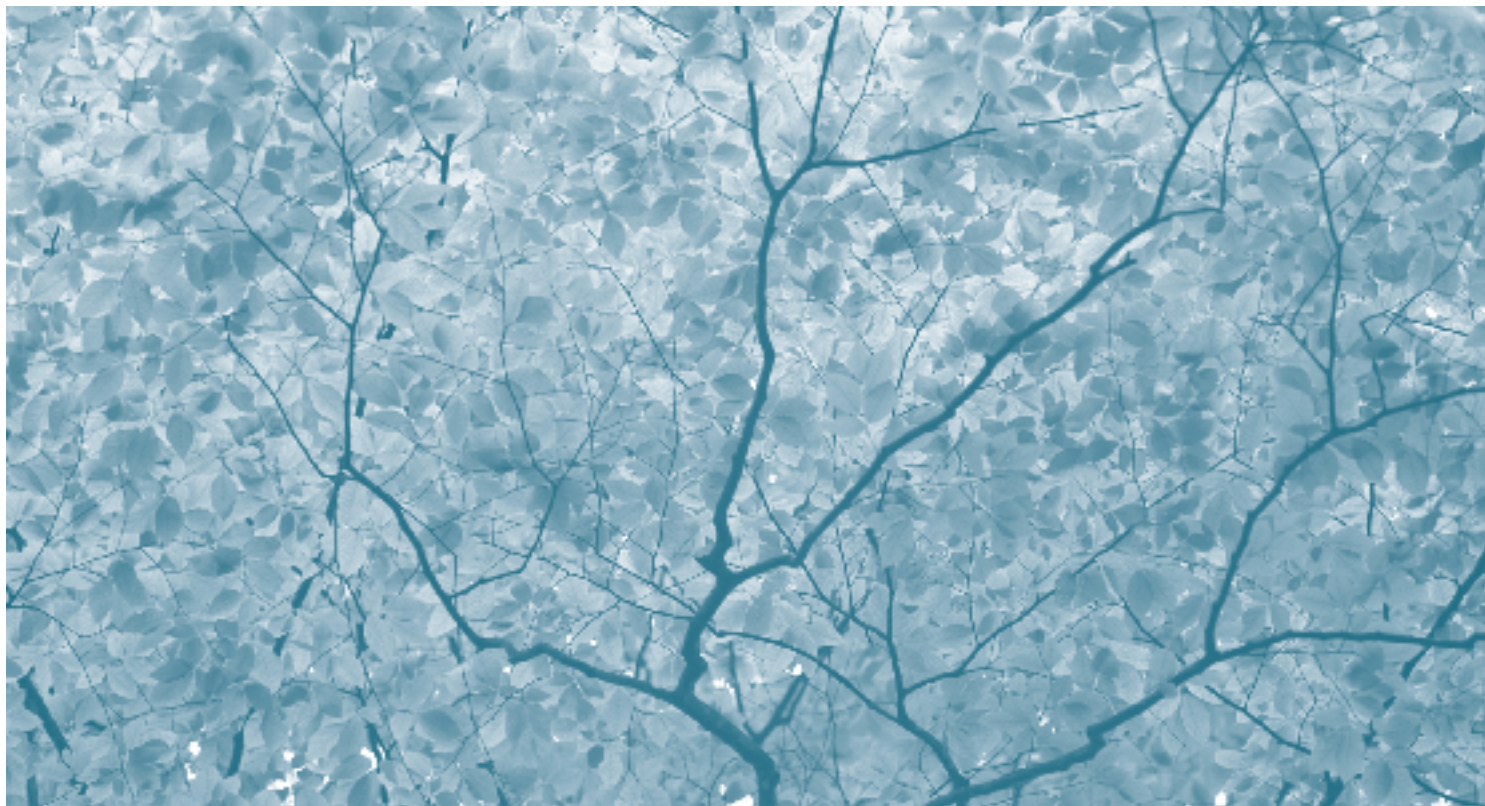




FOLKESUNDHED OG RISIKOFAKTORER
– tal på sundhed til kommunen

2006

Folkesundhed og risikofaktorer

Tal på sundhed til kommunen

Pjecen bygger på rapporten "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark" udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed. Forskere bag rapporten: Knud Juel, Jan Sørensen og Henrik Brønnum-Hansen.

Center for Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

sst@sst.dk
URL: <http://www.sst.dk>

Sprog: Dansk
Version: 1,0
Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, juni 2006

Sproglig bearbejdning, layout og produktion: Line-by-Line
Tryk: Scanprint

Elektronisk ISBN: 87-7676-310-2
Den trykte versions ISBN: 87-7676-311-0

Publikationen kan bestilles gennem:
Sundhedsstyrelsens publikationer
c/o Schultz Information
Herstedvang 12
2620 Albertslund
Telefon: 70 26 26 36
Fax: 43 63 62 45
sundhed@schultz.dk
URL: <http://www.sundhed.schultz.dk>

Pris: kr. 0, dog betales ekspeditions- og forsendelsesgebyr

FOLKESUNDHED OG RISIKOFAKTORER

– tal på sundhed til kommunen

FORORD

Hvis ingen røg herhjemme, ville danskernes middellevetid være mere end tre år længere end nu. Hvis man er en svært overvægtig kvinde, kan man forvente at tabe 10 gode leveår sammenlignet med en normalvægtig. Fysisk inaktivitet giver årligt anledning til 3,1 millioner ekstra fraværsdage blandt erhvervsaktive.

Disse fakta er eksempler på, at risikofaktorer har stor betydning for danskernes sundhed. Denne pjece sætter tal på, hvor meget og hvordan risikofaktorer har indflydelse på sundhedstilstanden. Pjecen leverer således en del af den viden, der kan danne baggrund for prioritering og tilrettelæggelse af forebyggelsesindsatser, som søger at mindske borgernes påvirkning fra risikofaktorerne. I pjecen kan man samlet læse om, hvor meget risikofaktorerne indvirker på danskernes helbred, livskvalitet, sygelighed og dødelighed. Man kan også se, hvordan risikofaktorerne påvirker fx brug af sundhedsvæsenet, sygefravær og førtidspensioner.

Fra 2007 er det kommunerne, som får ansvaret for en stor del af forebyggelsesindsatsen. Pjecen henvender sig derfor til sundhedspolitiske beslutningstagere og planlæggere i landets kommuner.

De risikofaktorer, der er medtaget i pjecen, er udvalgt på baggrund af deres vigtighed, den tilgængelige viden om dem og den offentlige interesse for dem. Det betyder, at de udvalgte risikofaktorer ikke er de eneste, det kan være relevant at arbejde med i det kommunale forebyggelsesarbejde. En række andre faktorer vil have betydning for lokale prioriteringer, og de sammenstillinger af risikofaktorer, der er i pjecen, kan ikke bruges direkte som prioriteringslister. Men en indsats, som omhandler de udvalgte risikofaktorer er et godt sted at starte, når folkesundheden skal forbedres. Det er i planlægningen af en sådan indsats vigtigt, at man, ud over den viden der præsenteres i pjecen, også anvender den viden, der eksisterer om effektive forebyggelsesmetoder og interventioner.

Pjecen tager udgangspunkt i rapporten “Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark” udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed (SIF) for Sundhedsstyrelsen. Rapporten kan findes elektronisk på www.sst.dk eller rekvireres hos SIF på sif@si-folkesundhed.dk eller telefon 39 20 77 77. Sundhedsstyrelsen vil gerne takke forskerne på SIF for det store arbejde med rapporten samt den referencegruppe, der har været tilknyttet, og som har haft repræsentation fra interessenter og faglige miljøer. Sundhedsstyrelsen takker desuden KL for kommentarer til denne pjece.

Pjecen er en af flere publikationer fra Sundhedsstyrelsen, som omhandler de nye kommunale forebyggelsesopgaver, fx pjecerne “Sundhed i kommunen” og “Borgerrettet forebyggelse i kommunen”. Begge disse pjecer kan findes på www.sst.dk.

Jens Kristian Gøtrik
Medicinaldirektør, juni 2006

INDHOLD

Indledning.....	8
-----------------	---

Kapitel 1

Belastningen fra udvalgte risikofaktorer	11
--	----

Tobak	14
Rygning	14
Passiv rygning	15
Alkohol og stofmisbrug	16
Alkohol	16
Stofmisbrug	17
Fysisk inaktivitet, usund kost og overvægt	18
Fysisk inaktivitet	18
Usund kost	19
Overvægt	21
Forhøjet blodtryk	23
Usikker sex	24
Arbejdsrelaterede risikofaktorer	25
Psykisk arbejdsbelastning	25
Ulykker	27
Hjemme- og fritidsulykker	27
Kort uddannelse og svage sociale relationer	28
Kort uddannelse	28
Svage sociale relationer	29

Kapitel 2

Mål for helbred og økonomiske konsekvenser	31
--	----

Mål for dødelighed og sygelighed	32
Dødsfald	32
Middellevetid	33
Langvarig belastende sygdom	35
Mål, der kombinerer sygelighed, dødelighed og livskvalitet	36
Tabte gode leveår	36
Tab af kvalitetsjusterede leveår – QALY	37
Brug af sundhedsvæsenet	39
Hospitalsindlæggelser	39
Skadestuebesøg	40
Ambulante hospitalsbesøg	41
Kontakter til alment praktiserende læge	42
Sygefravær og førtidspensioner	43
Sygefravær	43
Førtidspensioner	44
Sundhedsvæsenets omkostninger	45
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser	45
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger	46

Tabel over samtlige risikofaktorerers effekt	48
--	----

INDLEDNING

Tallene i denne pjece er beregnet af Statens Institut for Folkesundhed (SIF) og bygger på danske tal for forekomsten og effekten af de forskellige risikofaktorer, bl.a. fra SIF's Sundheds- og Sygelighedsundersøgelser. En nærmere diskussion af datagrundlaget og beregningsmetoderne samt en uddybning af resultaterne finder man i rapporten "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark" fra SIF. Enkelte steder er der i pjecen suppleret med tal fra andre undersøgelser, bl.a. ved forekomsten af risikofaktorerne på kommunalt niveau.

Pjecen præsenterer SIF's beregningsresultater på to forskellige måder. Først rettes blikket mod den enkelte risikofaktor (fx overvægt) og dens effekt, udtrykt i forskellige mål for helbred og økonomiske konsekvenser. Dernæst præsenteres de enkelte risikofaktorer inden for hvert helbredsmål, fx dødelighed. Pjecen fortæller altså den samme historie to gange ud fra hvert sit perspektiv: risikofaktorens og effektens. Man kan vælge at gå ind og se på, hvor meget risikofaktoren rygning belaster kommunens borgere, eller man kan se på hospitalskontakter og de risikofaktorer, der hyppigt fører til indlæggelser og dermed belaster kommunens økonomi.

Bagest i pjecen er der en tabel, der viser samtlige risikofaktorerers effekt.

Datatilgængeligheden i Danmark er enestående på grund af gode dataregistre, der kan sammenkøres med undersøgelser af forekomsten af risikofaktorer i befolkningen. Nogle af beregningerne er tidligere foretaget med andre metoder og resultater, og derfor kan der i pjecen forekomme tal, der afviger fra de hidtil kendte.

Alle resultater gælder for den samlede danske befolkning. Ønsker man cirkatal for en gennemsnitskommune på 50.000 indbyggere, kan tallene således divideres med 100. Når der er tale om økonomiske beregninger, skal der imidlertid tages højde for, at kommunerne kun dækker dele af udgifterne. Ligeledes bør det tages i betragtning, at der er store forskelle mellem kommunerne og også inden for mange af de større kommuner med hensyn til fordeling af risikofaktorer og sociale forhold.

Ud over de risikofaktorer, der belyses i denne pjece, er der mange andre forhold, der også er vigtige for sundheden, men som på grund af manglende data ikke har kunnet indgå i beregningerne. Dermed afdækker pjecen kun en lille del af et meget større felt af risikofaktorer og giver et bedste bud på deres effekter ud fra de valgte data og metoder.

Uanset hvordan man måler byrden af de forskellige risikofaktorer, vil nogle faktorer påvirke folkesundheden mere end andre. Det drejer sig først og fremmest om rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, usund kost og overvægt. Det betyder ikke, at man ikke skal arbejde med de øvrige risikofaktorer, men blot at det især er vigtigt at fokusere på disse særligt belastende faktorer, når man planlægger konkrete indsatser, ligesom disse risikofaktorer bør medtænkes i fx sundhedspolitikker og handleplaner for forebyggelse.

Kønsforskelle i forhold til effekten af risikofaktorerne

Risikofaktorerne har betydning er forskellig hos mænd og kvinder. Effekterne af alkohol, stofmisbrug, arbejdsbetingede lidelser og psykisk arbejdsbelastning ses især blandt mænd, mens effekterne af usikker sex, fysisk inaktivitet og overvægt er størst hos kvinder. Effekten af trafikulykker ses hyppigst hos yngre mænd, mens effekten af faldulykker hyppigst findes hos ældre kvinder. Køns- og aldersforskelle er vigtige at være opmærksom på, når man tilrettelægger forebyggelsen.

Derudover har man forsøgt at sætte tal på effekten af mere bagvedliggende forhold, de såkaldte sociale determinanter som uddannelse og sociale relationer, der også har betydning for helbredet. Det er markant, at "kort uddannelse" har stor effekt på samtlige helbredsmaal i kortlægningen.

Samtidig skal det understreges, at uddannelse er et komplekst begreb, som ikke umiddelbart kan sammenlignes med de andre risikofaktorer, da en del af effekten af kort uddannelse netop går via de mere traditionelle risikofaktorer, der er ophobet hos denne gruppe. Uddannelse alene er altså ikke nok til at forbedre sundhedstilstanden for denne gruppe. Det er på den anden side klart, at der ligger en udfordring i at arbejde med den sociale ulighed i sundhed, også i relation til forebyggelse.

Indsats på tværs af sektorer

Risikofaktorerne findes inden for flere sektorer i samfundet, og forebyggende indsatser må derfor også være tværsektorielle for at virke bedst muligt. Sundhed er ikke alene et ansvarsområde for social- og sundhedssektoren.

I nogle persongrupper er der en tendens til en ophobning af risikofaktorer. Det gælder særligt udtalt hos:

- personer, der er storrygere
- personer med stort alkoholforbrug
- personer med kort uddannelse
- personer med svage sociale relationer

Der er altså tendens til, at risikofaktorerne, ud over at påvirke hele befolkningen, er ophobet hos mindre, særligt udsatte dele af befolkningen. Derfor er der brug for særlig opmærksomhed på disse befolkningsgrupper, når man tilrettelægger forebyggelsen.

Det skal pointeres, at præsentationen af risikofaktorerne ikke skal tages som en prioriteringsliste for forebyggelsesindsatser i kommunerne. Resultaterne kan bidrage til overvejelser om fokus i de indsatser, som kommunerne vælger at tilrettelægge. Herudover skal der inddrages viden om effektive forebyggelsesmetoder, og der er stadig brug for studier til at fastslå, hvilke effekter og omkostninger forebyggende interventioner har for den enkelte og for samfundet.

KAPITEL 1

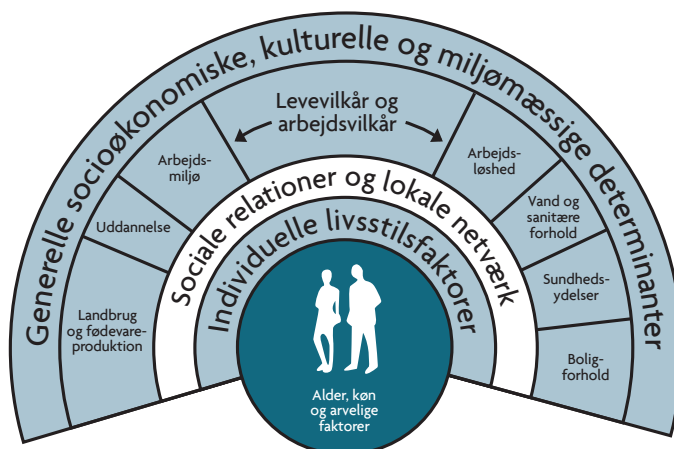
BELASTNINGEN FRA UDVALGTE RISIKOFAKTORER

Folkesundheden er påvirket af mange forskellige risikofaktorer, som det fremgår af figur 1.1 nederst på siden. Risikofaktorerne tættest på individet omfatter køn, alder og arvelige faktorer. Det næste niveau handler om livsstil og de sociale relationer og netværk, som individet indgår i. Længere fra individet findes faktorer relateret til levevilkår, fx uddannelse, indkomst, bolig, arbejdsmiljø, sundhedsvæsenets indretning samt vandmiljø og luft. I periferien ligger de generelle socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige determinanter i samfundet.

Hvad er en risikofaktor?

Ved en risikofaktor forstår vi i denne publikation et forhold, der på en eller anden måde øger risikoen for sygdom, funktionsnedsættelse eller død. For nogle risikofaktorer er der en direkte årsagssammenhæng med sygdom eller død. Det gælder fx for sammenhængen mellem rygning og lungekræft. Men sammenhængen kan også være mere indirekte, fx når det drejer sig om kort uddannelse, sociale netværk og tidlige dødsfald. Det vil sige, at risikofaktorer i denne pjece både omfatter individuelle livsfaktorer og mere bagvedliggende sociale determinanter.

Figur 1.1 Risikofaktorer, der påvirker folkesundheden (Kilde: Dahlgren og Whitehead 1991)



Risikofaktorerne på de forskellige niveauer i figuren spiller sammen. Fx afgøres folks fysiske aktivitet af mange forhold:

- de fysiske rammer, fx adgang til grønne områder og sikre cykelstier
- normer for bevægelse i samfundet, fx antallet af gymnastiktimer i skolen
- tilgængeligheden af idrætstilbud i lokalområdet og på arbejdspladsen
- den enkeltes viden om motions gavnlige effekter
- helbredsforhold hos den enkelte

Samtidig påvirker risikofaktorerne hinanden. Således vil effekten af risikofaktoren “overvægt” være forbundet med effekten af risikofaktorerne fysisk inaktivitet og usund kost. Det er ikke muligt i beregningsmodellerne at tage højde for alle de mange sammenhænge mellem risikofaktorer og sygdomme, og en sammenligning af forbundne risikofaktorer kræver derfor meget stor forsigtighed. Det er altså ikke muligt blot at lægge effekterne af de forskellige risikofaktorer sammen, fordi flere af risikofaktorerne lapper over hinanden.

Risikofaktorerne i kortlægningen er udvalgt efter tre kriterier: datatilgængelighed, vigtighed og offentlig interesse. Ud over de udvalgte faktorer har flere andre været overvejet, fx kolesterol, partikler og adgangen til grønne områder. Fravalget af disse faktorer skyldes primært, at der mangler tilstrækkelige danske data til at sætte tal på effekten af dem. Generelt findes de bedste data for risikofaktorer i niveauet tæt på individet, hvor der er en direkte årsagssammenhæng med udviklingen af sygdom.

På næste side er der en oversigt over de risikofaktorer, som er medtaget i denne pjece. Flere risikofaktorer er behandlet i SIF's rapport.

Risikofaktorer medtaget i pjecen

- rygning (smårygere: 1-14 cigaretter dagligt, storrygere: mindst 15 cigaretter dagligt)
- passiv rygning
- alkohol (forbrug over genstandsgrænserne, som er maksimalt 21 genstande ugentligt for mænd og 14 for kvinder)
- stofmisbrug (illegale stoffer og misbrug af afhængighedsskabende lægemidler)
- fysisk inaktivitet (under anbefalingerne om 30 min. daglig motion for voksne, 60 min. for børn og unge)
- usund kost (for meget mættet fedt og for lidt frugt og grønt i forhold til kostanbefalingerne)
- overvægt (BMI ≥ 25) – moderat overvægt ($25 \leq \text{BMI} < 30$), svær overvægt (BMI ≥ 30)
- forhøjet blodtryk ≥ 140 mm Hg (systolisk)
- usikker sex (seksuelt overførbare infektioner og aborter)
- psykisk arbejdsbelastning (ubalance mellem krav og indflydelse)
- hjemme- og fritidsulykker
- kort uddannelse (< 13 -15 års kombineret skole- og erhvervsuddannelse)
- svage sociale relationer (ikke at kunne regne med hjælp fra andre, træffer sjældent familie)

Lignende beregninger i andre lande

Lande som Sverige, Holland og New Zealand har udført lignende beregninger af risikofaktorerens betydning for folkesundheden (se SIF's rapport). WHO har udviklet Global Burden of Disease-studiet, hvor belastningen af sygdomme og enkelte risikofaktorer er estimeret globalt og regionalt. For nationale beregninger i den europæiske region, se www.euro.who.int/ehr2005.

På de følgende sider beskrives effekterne af de enkelte risikofaktorer.

Rygning

Rygning både reducerer levetiden og forværrer helbredet og er en af de mest belastende risikofaktorer for folkesundheden i Danmark. Det gælder, uanset hvilket helbredsmål man ser på. Hvert år dør mere end 14.000 danskere på grund af rygning, hvilket svarer til 24 % af alle dødsfald. Tidligere har man brugt tallet 12.000 årlige dødsfald, men ny forskning har vist, at den anvendte beregningsmetode undervurderede de sundhedsmæssige konsekvenser af rygning.

Det er gennemgående, at storrygere er mere belastede end smårygere, som igen er mere belastede end eksrygere. Der er desuden tegn på, at storrygere også er mere belastede af andre risikofaktorer som stort alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og overvægt.

Rygning	
Dødelighed (dødsfald/år)	14.000
Tab i danskernes middellevetid (år)	M: 3,5/K: 3
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	M: 105.000 K: 58.000
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år) (storrygere)	M: 10/K: 11
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY (storrygere)	M: 10/K: 11
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	150.000
Skadestuebesøg (antal/år)	–
Ambulante besøg (antal/år)	–
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	2,7
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	2,8
Førtidspensioner (antal/år)	5.000
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	4,5 mia.
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	3,4 mia.

Tal for kommunen

I en kommune med 50.000 indbyggere vil der være ca. 10.000 rygere, hvoraf ca. 5.000 er stor-rygere mellem 25 og 64 år. Halvdelen af rygerne vil være interesseret i at holde op med at ryge, og hvert år vil 30 % af rygerne faktisk forsøge at holde op.

Passiv rygning

Det er veldokumenteret, at passiv rygning er skadeligt for helbredet og kan medføre en række alvorlige sygdomme hos ikkerygere. I beregningerne regnes også med dødsfald af passiv rygning blandt rygere.

Det har ikke været muligt at beregne sundhedsvæsenets omkostninger relateret til passiv rygning.

Passiv rygning	
Dødelighed (dødsfald/år)	2.000
Tab i danskernes middellevetid (år)	M: 0,5/K: 0,3
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	–
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år)	–
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY	–
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	–
Skadestuebesøg (antal/år)	–
Ambulante besøg (antal/år)	–
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	–
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	–
Førtidspensioner (antal/år)	–
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	–
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	–

Der er generelt flere dødsfald relateret til passiv rygning hos mænd end kvinder.

Alkohol

De helbreds- og samfundsmæssige konsekvenser relateret til et stort alkoholforbrug er store og ses hyppigere hos mænd end kvinder. Det hænger sammen med, at mænd oftere drikker over de anbefalede genstandsgrænser end kvinder. I 2000 angav 15 % af de adspurgte mænd og 9 % af kvinderne, at de inden for den seneste uge havde drukket over genstandsgrænserne. Det vurderes således, at 500.000 voksne danskere drikker over genstandsgrænserne, og at 200.000 er alkoholafhængige.

Eventuelle gavnlige effekter ved et begrænset alkoholforbrug belyses ikke i denne undersøgelse.

Alkohol	
Dødelighed (dødsfald/år)	3.000
Tab i danskernes middellevetid (år)	M:1,3/K: 0,5
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	M: 10.000/K: –
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år)	M: 5/K: 1
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY	M: 5/K: 3
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	30.000
Skadestuebesøg (antal/år)	10.000
Ambulante besøg (antal/år)	M: 50.000 K: 22.000
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	0,2
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	0,3
Førtidspensioner (antal/år)	500
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	950 mio.
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	600 mio.

Personer med et stort alkoholforbrug er mere belastede af risikofaktorerne rygning, fysisk inaktivitet og overvægt end personer, der drikker mindre end de anbefalede genstandsgrænser.

Tal for kommunen

I en kommune på 50.000 indbyggere vil der være mindst 3.700 indbyggere, der overskrider de anbefalede genstandsgrænser, og knap 5 % af alle børn under 18 år vil have en forælder, som har været indlagt på hospitalet med en alkoholrelateret lidelse.

Stofmisbrug

I 2001 var der skønsmæssigt 25.500 stofmisbrugere i Danmark. Stofmisbrug er skadeligt for begge køn, men betydningen af stofmisbrug er størst for mændenes vedkommende.

Stofmisbrug	
Dødelighed (dødsfald/år)	1.000
Tab i danskernes middellevetid (år)	M: 0,4/K: 0,3
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	–
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år)	–
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY	–
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	4.000
Skadestuebesøg (antal/år)	1.500
Ambulante besøg (antal/år)	M: 4.000 K: 3.000
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	–
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	–
Førtidspensioner (antal/år)	100
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	110 mio.
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	< 0

De årlige nettoomkostninger i sundhedsvæsenet relateret til stofmisbrug er således under 0, dvs. en besparelse. Selvom nettoomkostningerne er negative, kan der blandt andet være en række helbredsmæssige og sociale fordele ved at iværksætte initiativer, der søger at reducere forekomsten af stofmisbrug.

Fysisk inaktivitet

Det er veldokumenteret, at fysisk inaktivitet er skadeligt for helbredet, og omvendt at fysisk aktivitet har en sundhedsfremmende virkning.

For fysisk inaktivitet kan sammenhængen være, dels at fysisk inaktivitet øger risikoen for sygdom, dels at belastende sygdom kan reducere muligheden for at være fysisk aktiv. Det er der forsøgt taget højde for i relation til de fleste helbredsmaal i undersøgelsen.

Fysisk inaktivitet	
Dødelighed (dødsfald/år)	4.500
Tab i danskernes middellevetid (år)	M: 0,8/K: 0,8
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	M: 20.000 K: 27.000
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år)	M: 8/K: 10
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY	M: 7/K: 7
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	100.000
Skadestuebesøg (antal/år)	–
Ambulante besøg (antal/år)	–
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	2,6
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	3,1
Førtidspensioner (antal/år)	1.200
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	3,1 mia.
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	2,9 mia.

Der er tegn på, at fysisk inaktive også er belastede af andre risikofaktorer som rygning, alkohol og overvægt, og det gælder specielt for mænd.

Tal for kommunen

I en kommune med 50.000 indbyggere vil der være 13.000-15.000 voksne borgere, der er fysisk inaktive set i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for voksne. Derudover skønnes det, at mellem halvdelen og to tredjedele af de 15-årige er fysisk inaktive i forhold til anbefalingerne for børn og unge.

Usund kost

Det er vanskeligt at sætte tal på kostens betydning for helbredet. Risikofaktoren usund kost er kompleks og udtrykkes her kun gennem to faktorer, nemlig at man spiser “for meget mættet fedt” og “for lidt frugt og grønt” i forhold til kostanbefalingerne. Det er svært at få pålidelige informationer ud fra selvrapporterede oplysninger, og resultaterne må derfor tolkes med forsigtighed.

For meget mættet fedt	
Dødelighed (dødsfald/år)	2.200
Tab i danskernes middellevetid (år)	M: 0,4/K: 0,3
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	–
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år)	–
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY	–
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	–
Skadestuebesøg (antal/år)	–
Ambulante besøg (antal/år)	–
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	–
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	–
Førtidspensioner (antal/år)	–
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	–
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	–

For lidt frugt og grønt	
Dødelighed (dødsfald/år)	2.200
Tab i danskernes middellevetid (år)	M: 0,4/K: 0,3
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	–
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år)	–
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY	–
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	–
Skadestuebesøg (antal/år)	–
Ambulante besøg (antal/år)	–
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	–
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	–
Førtidspensioner (antal/år)	–
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	–
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	–

Der ses ubetydelige kønsforskelle i helbredsmålene – dog er der lidt flere mænd end kvinder, der dør som følge af for meget mættet fedt i kosten.

Det har ikke været muligt at beregne omkostninger i sundhedsvæsenet relateret til usund kost.

Kun hver femte spiser frugt og grønt nok

Man har gennem de seneste 10 år set en stigning i befolkningens indtag af frugt og grønt, men det er stadig kun omkring 20 % af de voksne, der lever op til kostenbefalingerne. I forhold til resten af EU er Norden karakteriseret ved et lavt indtag af frugt og grønt og et højt indtag af mættet fedt.

Overvægt

Svær overvægt (BMI ≥ 30) er tydeligt sundhedsskadelig, mens følgerne af moderat overvægt er mere usikre. Svær overvægt ser ud til at være farligere for yngre end for ældre, og helbredskonsekvenserne er større for kvinder end for mænd.

Overvægt	
Dødelighed (dødsfald/år)	1.350
Tab i danskernes middellevetid (år)	M: 0,3/K: 0,7
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	M: 15.000 K: 61.000
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år)	–
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY	–
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	55.000
Skadestuebesøg (antal/år)	–
Ambulante besøg (antal/år)	–
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	1,1
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	1,8
Førtidspensioner (antal/år)	1.100
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	1,6 mia.
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	1,5 mia.

Moderat overvægtige mænd ikke mere syge

For overvægt ses det specielle forhold, at moderat overvægtige mænd ikke er mere syge end normalvægtige, mens svært overvægtige mænd er. For kvinder medfører både moderat overvægt og svær overvægt belastende sygdom. Svær overvægt giver anledning til langvarig belastende sygdom hos dobbelt så mange kvinder som mænd.

Kvinder har dobbelt så mange dødsfald, tabt middellevetid og tabte gode leveår relateret til overvægt som mænd, og dobbelt så mange kontakter til alment praktiserende læge relateret til overvægt. Derimod er der ingen kønsforskelle i omfanget af hospitalsindlæggelser og sygefravær som følge af overvægt.

Overvægtige (og specielt svært overvægtige kvinder) er i højere grad end normalvægtige belastet af risikofaktorer som rygning, stort alkoholforbrug og fysisk inaktivitet. Man må formode, at det også gælder usund kost, selvom det ikke har været muligt at beregne.

Tal for kommunen

I en kommune med 50.000 indbyggere vil omkring en tredjedel være overvægtige, heraf ca. 4.200 svært overvægtige. Ca. 800 vil være så overvægtige, at de har komplikationer som følge af deres overvægt.

FORHØJET BLODTRYK

Hvert år dør mere end 2.000 danskere på grund af forhøjet blodtryk. Mænd tegner sig for over dobbelt så mange dødsfald som kvinder. Jo højere blodtrykket er, desto mere belaster det helbredet.

Det har ikke været muligt at beregne omkostninger i sundhedsvæsenet relateret til højt blodtryk.

Forhøjet blodtryk	
Dødelighed (dødsfald/år)	2.000
Tab i danskernes middellevetid (år)	M: 0,7/K: 0,5
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	–
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år)	–
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY	–
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	–
Skadestuebesøg (antal/år)	–
Ambulante besøg (antal/år)	–
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	–
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	–
Førtidspensioner (antal/år)	–
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	–
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	–

USIKKER SEX

En række infektioner overføres seksuelt, fx klamydia og infektion med humant papillomvirus, der kan føre til livmoderhalskræft. Sammen med aborter relateres de til risikofaktoren "usikker sex".

Usikker sex	
Dødelighed (dødsfald/år)	300
Tab i danskernes middellevetid (år)	M: 0,04/K: 0,1
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	–
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år)	–
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY	–
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	10.000
Skadestuebesøg (antal/år)	–
Ambulante besøg (antal/år)	M: 8.000 K: 38.000
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	–
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	–
Førtidspensioner (antal/år)	50
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	280 mio.
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	260 mio.

For de fleste helbredsmaal er konsekvenserne af usikker sex størst hos kvinderne, men af anmeldelsespligtige seksuelt overførbare sygdomme er der flest blandt mænd. Hos mænd er hiv/aids, syfilis og gonoré de vigtigste sygdomme, mens det for kvinder især er livmoderhalskræft, der er vigtig.

Da man kun har kendskab til anmeldte og diagnosticerede tilfælde, må man antage, at de helbreds-mæssige konsekvenser af usikker sex er undervurderede. Fx skønner man, at kun halvdelen af klamydia-tilfældene nogen sinde bliver diagnosticeret.

Tal for kommunen

I en kommune med 50.000 indbyggere vil ca. 250 ud af 500 tilfælde af klamydia blive opdaget og behandlet. Der vil ca. være 27 ungdomsaborter, 8 teenagefødsler og 1-2 nyopdagede tilfælde af hiv-infektion årligt.

ARBEJDSRELATEREDE RISIKOFAKTORER

Arbejdsrelateret sygelighed og dødelighed udgør en væsentlig sygdomsbyrde, men er et kompliceret felt at beskrive. Arbejdsmiljøet kan være direkte årsag til en række specifikke sygdomme, fx silikose som følge af udsættelse for kvartsstøv. Herudover kan arbejdsrelaterede faktorer indirekte øge risikoen for en række sygdomme i samspil med andre risikofaktorer hos individet. Risikofaktorerne psykisk arbejdsbelastning, skifteholdsarbejde samt stillesiddende arbejde kan fx alle bidrage til udvikling af hjertesygdom, og risikoen øges, hvis personen også ryger eller er fysisk inaktiv i sin fritid.

Som et eksempel på en arbejdsrelateret risikofaktor er der sat tal på effekten af psykisk arbejdsbelastning. I SIF's forskningsrapport er der desuden beregninger for arbejdsbetingede lidelser og arbejdsulykker.

Psykisk arbejdsbelastning

Det psykosociale arbejdsmiljø spiller en rolle for trivsel og helbred, hvilket især er belyst for hjerte-kar-sygdomme. Mange aspekter af arbejdsmiljøet spiller ind, og her belyses kun et lille hjørne, nemlig balancen mellem krav og indflydelse på arbejdet. Det er et gennemgående træk, at personer, hvis arbejde er præget af høje krav og høj indflydelse, er mindst psykisk og helbredsmæssigt belastede. Det mest belastende arbejde er karakteriseret ved lave krav og lav indflydelse efterfulgt af høje krav og lav indflydelse. Krav og indflydelse på arbejdet er centrale forhold i forbindelse med udvikling af stress.

Over 10 % af de erhvervsaktive føler sig ofte stressede i deres hverdag.

Psykisk arbejdsbelastning	
Dødelighed (dødsfald/år)	1.400
Tab i danskernes middellevetid (år)	M: 0,5/K: 0,5
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	M: 4.000 K: 2.000
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år)	M: 5/K: 2
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY	M: 3/K: 1
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	30.000
Skadestuebesøg (antal/år)	–
Ambulante besøg (antal/år)	–
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	0,5
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	1,5
Førtidspensioner (antal/år)	2.800
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	860 mio.
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	690 mio.

Beregningerne vedrørende psykisk arbejdsbelastning bygger på et spinkelt grundlag og må tolkes med forsigtighed.

Der er tendens til, at personer med stor psykisk arbejdsbelastning yderligere er belastede af risikofaktorerne rygning, stort alkoholforbrug, overvægt og fysisk inaktivitet.

Hjemme- og fritidsulykker

Som et eksempel på ulykker præsenteres beregninger for hjemme- og fritidsulykker. I SIF's rapport er der desuden beregninger for trafikulykker og arbejdsulykker.

Hvert år dør 1.800 danskere ved en hjemme- og fritidsulykke. Over to tredjedele af dødsfaldene sker blandt de ældste over 75 år og er oftest relateret til faldulykker. Blandt børn i alderen 1-4 år er 15 % af dødsfaldene forårsaget af hjemme- og fritidsulykker.

Hjemme- og fritidsulykker	
Dødelighed (dødsfald/år)	1.800
Tab i danskernes middellevetid (år)	M: 0,4/K: 0,3
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	–
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år)	–
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY	–
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	32.000
Skadestuebesøg (antal/år)	440.000
Ambulante besøg (antal/år)	–
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	–
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	–
Førtidspensioner (antal/år)	–
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	1,2 mia.
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	1,1 mia.

KORT UDDANNELSE OG SVAGE SOCIALE RELATIONER

Risikofaktorerne “kort uddannelse” og “svage sociale relationer” er mere bagvedliggende faktorer, såkaldt sociale determinanter, der ikke umiddelbart kan sammenlignes med risikofaktorer tæt på individet som fx fysisk inaktivitet eller stort alkoholforbrug. Grunden er, at en væsentlig del af effekten af fx kort uddannelse skyldes den øgede forekomst af rygning, stort alkoholforbrug og mindre fysisk aktivitet i denne gruppe. Det har været ønsket at medtage disse faktorer for at pege på betydningen af sociale forhold for sundheden, og for at understrege vigtigheden af at medtænke ulighed i sundhed, når forebyggelsen tilrettelægges. Uddannelse og sociale relationer er kun dele af det meget mere komplekse begreb social ulighed, og mange andre faktorer bidrager til ulighed i sundhed, fx social arv og fordelingen af økonomiske ressourcer.

Kort uddannelse

Der er en kendt sammenhæng mellem uddannelse og helbred: jo længere og højere uddannelse, desto bedre helbred. I denne pjeces sammenlignes kortuddannede med personer, der er længere uddannet. Ved kort uddannelse forstås her mindre end 13 års (i nogle tilfælde 15 års) kombineret skole- og erhvervsuddannelse.

Kort uddannelse	
Dødelighed (dødsfald/år)	7.700
Tab i danskernes middellevetid (år)	M: 1,8/K: 1,6
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	M: 103.000 K: 85.000
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år)	M: 8/K: 7
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY	M: 6/K: 5
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	135.000
Skadestuebesøg (antal/år)	–
Ambulante besøg (antal/år)	–
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	3,7
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	4,8
Førtidspensioner (antal/år)	2.600
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	3,8 mia.
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	3,2 mia.

Der er tendens til, at kortuddannede er betydeligt belastede af andre risikofaktorer som rygning, stort alkoholforbrug, overvægt, fysisk inaktivitet, psykisk arbejdsbelastning og svage sociale relationer.

Svage sociale relationer

Relationer til andre mennesker har betydning for helbredet, men sammenhængen er kompleks. I denne opgørelse repræsenteres risikofaktoren kun af to forhold, nemlig “ikke at kunne regne med hjælp fra andre i tilfælde af sygdom” og “træffer sjældent familie”. Dermed belyses det komplekse begreb sociale relationer kun overfladisk.

Kan ikke regne med hjælp	
Dødelighed (dødsfald/år)	1.000
Tab i danskernes middellevetid (år)	M: 0,2/K: 0,2
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	M: 8.000 K: 20.000
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år)	M: 6/K: 11
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY	M: 5/K: 6
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	13.000
Skadestuebesøg (antal/år)	–
Ambulante besøg (antal/år)	–
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	0,3
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	0,1
Førtidspensioner (antal/år)	190
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	400 mio.
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	300 mio.

Træffer sjældent familie	
Dødelighed (dødsfald/år)	1.500
Tab i danskernes middellevetid (år)	M: 0,5/K: 0,2
Danskere m. langvarig belastende sygdom pga. risikofaktoren (antal syge/år)	M:10.000 K: 6.000
Tabte gode leveår hos personer med risikofaktoren (år)	M: 4/K: 3
Tab af kvalitets-justerede leveår – QALY	M: 4/K: 2
Hospitalsindlæggelser (antal/år)	8.000
Skadestuebesøg (antal/år)	–
Ambulante besøg (antal/år)	–
Kontakter til praktiserende læge (mio. kontakter/år)	0,2
Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	–
Førtidspensioner (antal/år)	160
Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (kr./år)	280 mio.
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (kr./år)	150 mio.

Analyserne bygger på et spinkelt grundlag, og resultaterne må derfor tages med forbehold.

Der er tendens til, at personer med svage sociale relationer i en vis grad er belastede af andre risikofaktorer som rygning, stort alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og overvægt.

KAPITEL 2

MÅL FOR HELBRED OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Man kan beskrive befolkningens sundhed på flere måder: hvor længe man lever, og om man er rask og har det godt, mens man lever.

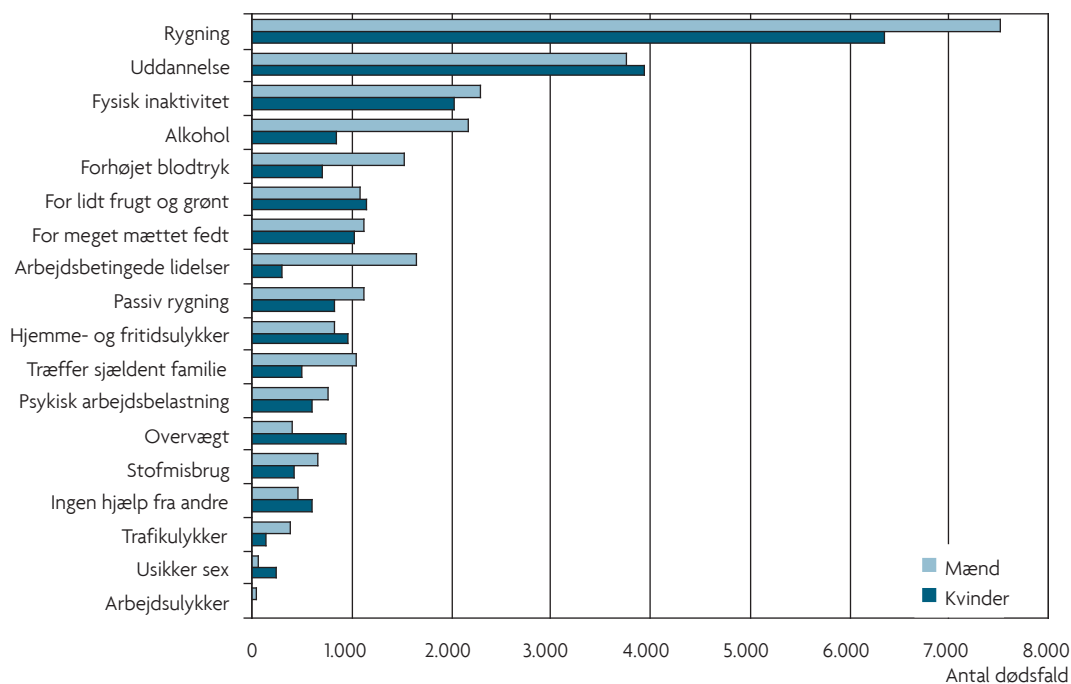
Hvis man kun beskriver befolkningens sundhed målt som levetid, sygelighed og dødelighed, får man ikke tilstrækkeligt belyst betydningen af ikke-dødelig sygdom eller kvaliteten af de levendes helbred, fx med funktionsnedsættelse. I de senere år er der udviklet helbredsmål, som tager højde for dette og kombinerer sygelighed, dødelighed og livskvalitet. Det gør det muligt at sammenligne belastningen af forskellige sygdomme og risikofaktorer, også økonomisk. Også her har datatilgængelighed, vigtighed og i et vist omfang offentlig interesse ligget til grund for udvælgelsen af de helbredsmål og mål for økonomiske konsekvenser, der er med i kortlægningen. Ud over de mål, der er medtaget i denne pjece, findes der flere andre i SIF's rapport, fx samfundsøkonomisk produktionstab, tabte leveår og DALY (sygdomsjusterede leveår) relateret til risikofaktorer.

I det følgende beskrives belastningen af risikofaktorerne gennem forskellige mål, fx dødelighed, tab af middellevetid, sygefravær, hospitalsindlæggelser og økonomiske konsekvenser. Det skal igen understreges, at rangordningen af risikofaktorerne ikke skal tages som en prioriteringsliste for forebyggelsesindsatser i kommunerne, men at resultaterne, sammenholdt med viden om effektive forebyggelsesmetoder, kan bidrage til overvejelser om indsatsernes fokus.

Dødsfald

Hvis man har en risikoadfærd eller er udsat for risikofaktorer, har man større sandsynlighed for at dø tidligt – det vil sige før forventet i forhold til den danske middellevetid.

Figur 2.1 Dødsfald i Danmark relateret til forskellige risikofaktorer. Årligt antal dødsfald for mænd og kvinder



De risikofaktorer, der giver anledning til flest tidlige eller ekstra dødsfald, er rygning med 14.000 dødsfald årligt og det mere bagvedliggende forhold kort uddannelse, der bidrager med knap 8.000 tidlige dødsfald hvert år.

Det er ikke muligt blot at lægge dødsfaldene i figur 2.1 sammen, da mange dødsfald forårsages af mere end én risikofaktor og således er talt med flere gange i figuren. Fx vil en dødelig trafikulykke forårsaget af spritkørsel være opført både under trafikulykker og alkohol. Et forsigtigt skøn over, hvor mange af det samlede antal dødsfald i Danmark der er opgjort ved denne kortlægning, er cirka halvdelen.

Mindst 60 % af dødsfaldene sker før 65-års-alderen for risikofaktorerne alkohol, stofmisbrug, overvægt og trafikulykker. Blandt børn og unge under 25 år dominerer dødsfald relateret til trafikulykker og hjemme- og fritidsulykker.

Køns- og aldersforskelle i tidlige dødsfald

De største kønsforskelle er relateret til risikofaktorerne stort alkoholforbrug, rygning, forhøjet blodtryk, arbejdsbetingede lidelser samt trafik- og arbejdsulykker, hvor de tidlige dødsfald for dem alle ses hyppigere hos mænd end hos kvinder. Tidlige dødsfald relateret til overvægt og usikker sex er hyppigere blandt kvinder end mænd.

Stor effekt ved at begrænse rygning

Hvis andelen af rygere blev nedsat med en tredjedel i løbet af en tiårig periode, ville den reducerede dødelighed af lungekræft, kronisk bronkitis og lungeemfysem, iskæmisk hjertesygdom og slagtilfælde betyde, at mindst 20.000-30.000 flere danskere ville være i live efter tyve år.

Fysisk aktivitet mindsker dødeligheden

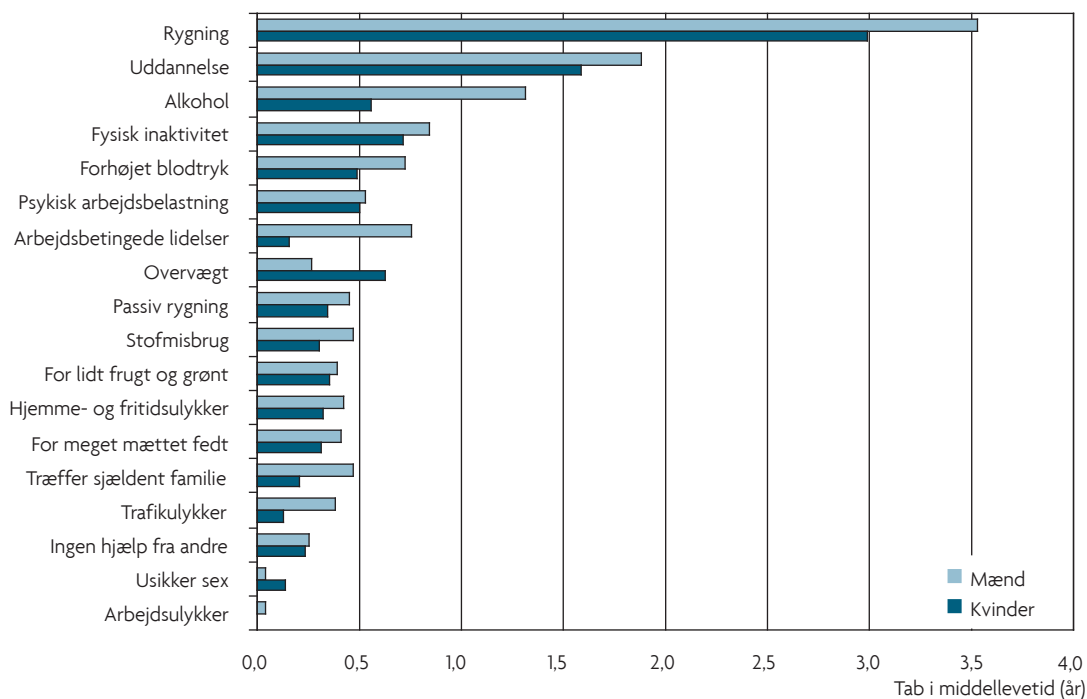
Hvis alle stillesiddende blev fysisk aktive 30 minutter om dagen, ville dødeligheden af hjerte-kar-sygdomme mindskes med ca. 4 % hos danskere under 65 år. Fysisk aktivitet forebygger også andre lidelser, og den samlede reduktion af for tidlig død ville derfor være større. Der er yderligere gevinst at hente, hvis man træner mere og hårdere.

Middellevetid

Risikofaktorerne betyder meget for danskernes middellevetid. Dødsfald blandt unge tæller relativt meget ved opgørelser af middellevetid.

Middellevetiden defineres som den forventede levetid for en nyfødt, altså hvor gammel man kan forvente at blive, når man bliver født.

Figur 2.2 Tab i danskernes middellevetid relateret til forskellige risikofaktorer.
Tab i middellevetid (år) for mænd og kvinder



Rygning, alkohol og fysisk inaktivitet er de adfærdsrisikofaktorer, der er årsag til det største tab i middellevetiden. Middellevetiden påvirkes også væsentligt af den mere bagvedliggende risikofaktor kort uddannelse.

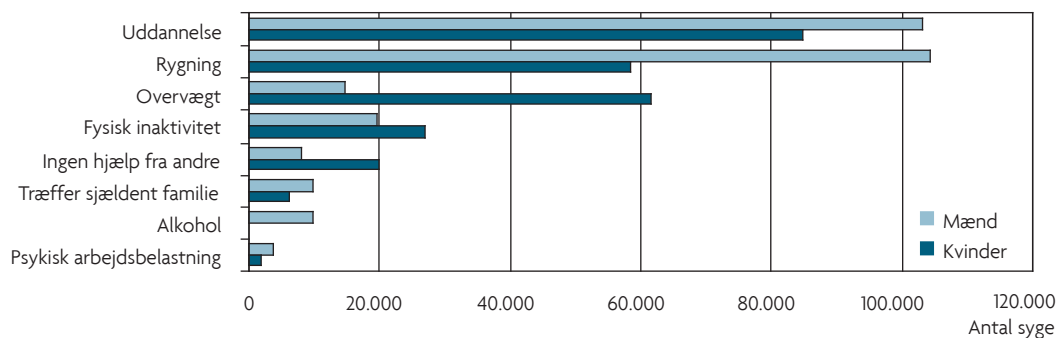
Kønsforskelle i tab af middellevetid

For flere af risikofaktorerne ser man nogenlunde samme reduktion i middellevetid blandt mænd og kvinder. Men der er undtagelser. Mændene taber mere middellevetid end kvinder som følge af alkohol, rygning, arbejdsbetingede lidelser, trafikulykker og risikofaktoren “træffer sjældent familie”. Det omvendte gør sig gældende for overvægt og usikker sex, hvor kvindernes tab af middellevetid er betydeligt større end mændenes.

Langvarig belastende sygdom

Man kan føle sig hæmmet i sin dagligdag på grund af langvarig belastende sygdom relateret til en eller flere risikofaktorer.

Figur 2.3 Danskere med langvarig belastende sygdom relateret til forskellige risikofaktorer. Antal syge mænd og kvinder i 2000



Rygning, overvægt og fysisk inaktivitet er de risikofaktorer, der giver flest danskere langvarig belastende sygdom. Kort uddannelse er et væsentligt bagvedliggende forhold i denne sammenhæng.

Kønsforskelle i langvarig belastende sygdom

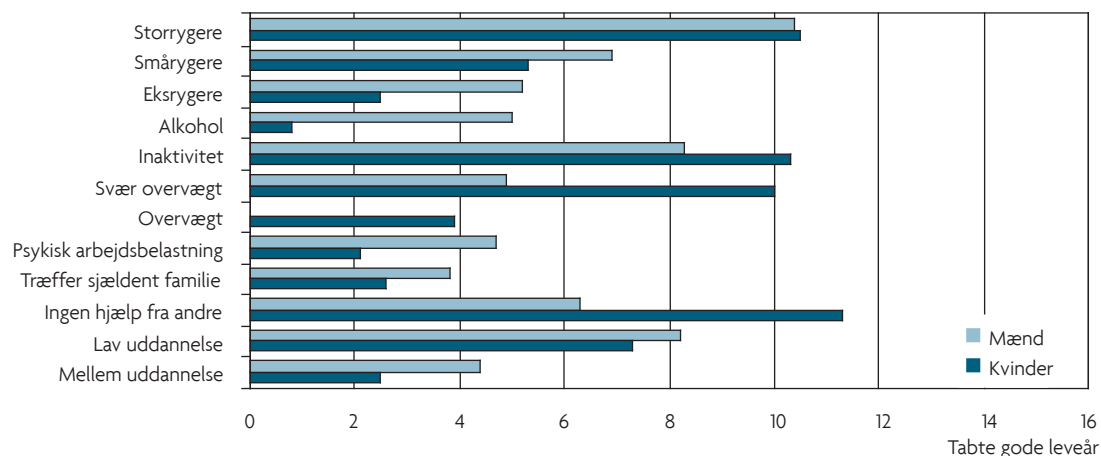
Hos mænd skønnes det, at overskridelse af de anbefalede genstandsgrænser for alkoholindtag kan forklare næsten 10.000 tilfælde af langvarig belastende sygdom, mens det i denne undersøgelse ikke har været muligt at påvise en forhøjet forekomst af langvarig belastende sygdom hos kvinder, relateret til stort alkoholforbrug. Mange flere kvinder end mænd har en langvarig belastende sygdom relateret til overvægt og risikofaktoren "ikke at kunne regne med hjælp fra andre".

Tabte gode leveår

Risikofaktorer kan reducere levetiden både med og uden sygdom. Ved tabte gode leveår forstås tab af forventet levetid uden langvarig belastende sygdom, altså tab af raske leveår. Dette helbredsmål kombinerer sygelighed og dødelighed og præsenteres her for 25-årige.

Risikofaktorerne rygning, overvægt og uddannelse er opdelt på flere niveauer, og der sammenlignes med aldrigrygere, normalvægtige og højtuddannede.

Figur 2.4 Tabte gode leveår uden langvarig belastende sygdom relateret til forskellige risikofaktorer



Rygning, fysisk inaktivitet og overvægt er de risikofaktorer, der giver anledning til det største tab af gode leveår uden langvarig belastende sygdom hos danskerne. Kort uddannelse samt svage sociale relationer er begge væsentlige bagvedliggende forhold i denne sammenhæng.

Kønsforskelle i tab af gode leveår

De største kønsforskelle i tab af gode leveår ses for risikofaktorerne overvægt og svær overvægt, "ikke at kunne regne med hjælp fra andre" samt fysisk inaktivitet. Disse risikofaktorer medfører langt større tab af gode leveår hos kvinder end hos mænd. Omvendt belastes mændene i højere grad end kvinderne af risikofaktorerne eksrygning, alkohol, psykisk arbejdsbelastning og kort uddannelse i form af tabte gode leveår.

Tab af kvalitetsjusterede leveår – QALY

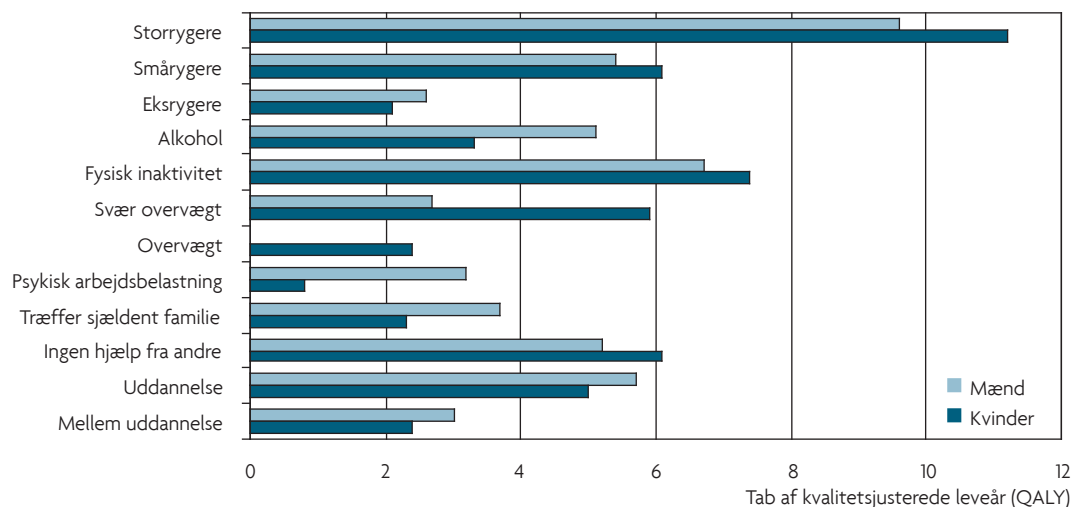
Kvalitetsjusterede leveår – QALY (quality-adjusted life-years) – kombinerer livskvalitet og dødelighed i ét samlet helbredsmål og værdisætter levetiden efter, hvor godt helbredet er. Perfekt helbred i et år værdisættes til 1 og død til 0. Hvis helbredet ikke er perfekt, værdisættes et leveår til et tal mellem 0 og 1. Livskvaliteten er fastsat ved at spørge mange danskere om deres mobilitet, varetagelsen af personlig pleje og sædvanlige aktiviteter, smerter/ubehag samt angst/depression i relation til en række sygdomme. QALY-målet giver altså mulighed for at sammenligne helbredskonsekvenser på tværs af risikofaktorerne.

På samme måde kan man sammenligne effekten af forskellige forebyggelsesindsatser efter, hvor mange QALY man vinder ved dem, sammenholdt med hvor meget de koster. Målet kan altså bruges til sundhedsøkonomiske analyser.

Hvis kommunen fastlægger, hvor meget man er villig til at betale for et ekstra QALY (fx 40.000 kr.), kan man vurdere, hvor mange ressourcer det er hensigtsmæssigt at investere i en forebyggelsesindsats. Hvis en ryger fx vinder 4 QALY ved at stoppe med at ryge, så kan man investere i rygestopindsatser, der koster op til $4 \times 40.000 \text{ kr.} = 160.000 \text{ kr.}$ pr. person, der opnår rygestop.

Risikofaktorerne rygning, overvægt og uddannelse er opdelt i flere niveauer, og der sammenlignes med aldrigrygere, normalvægtige og højtuddannede som referencegrupper.

Figur 2.5 Tab af kvalitetsjusterede leveår (QALY) relateret til forskellige risikofaktorer



Risikofaktorerne rygning og fysisk inaktivitet samt de bagvedliggende forhold kort uddannelse og svage sociale relationer bidrager mest til tab af kvalitetsjusterede leveår for danskerne.

Kønsforskelle i QALY-tab

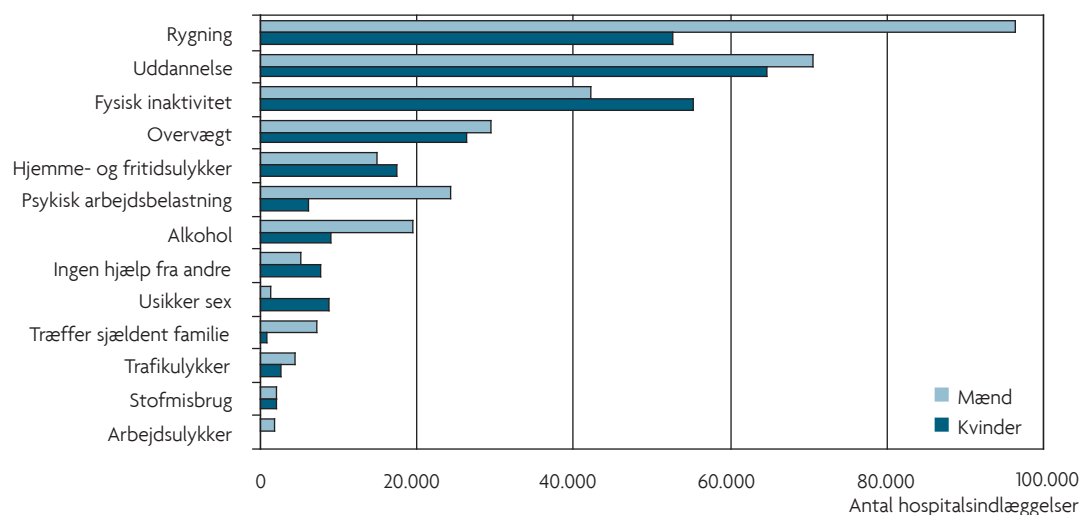
Overvægt og rygning giver anledning til større tab af kvalitetsjusterede leveår hos kvinder end hos mænd. Omvendt belaster risikofaktorerne alkohol, psykisk arbejdsbelastning og “træffer sjældent familie” i højere grad mænd end kvinder i form af tab af kvalitetsjusterede leveår.

Risikofaktorer giver anledning til ekstra hospitalskontakter i form af indlæggelse på sengeafsnit, skadestuekontakter og ambulante besøg. Det er kun muligt at beregne hospitalskontakter for nogle af risikofaktorerne.

Hospitalsindlæggelser

Ved beregning af hospitalsindlæggelser anvendes kun indlæggelseshyppigheden, som er en stærkere markør end indlæggelsesvarigheden. Det giver en risiko for undervurdering af sundhedsvæsenets omkostninger.

*Figur 2.6 Hospitalsindlæggelser i Danmark relateret til forskellige risikofaktorer.
Årligt antal indlæggelser for mænd og kvinder*



Tre risikofaktorer giver anledning til mange hospitalsindlæggelser: rygning, fysisk inaktivitet og det mere bagvedliggende forhold kort uddannelse.

Kønsforskelle i hospitalsindlæggelser

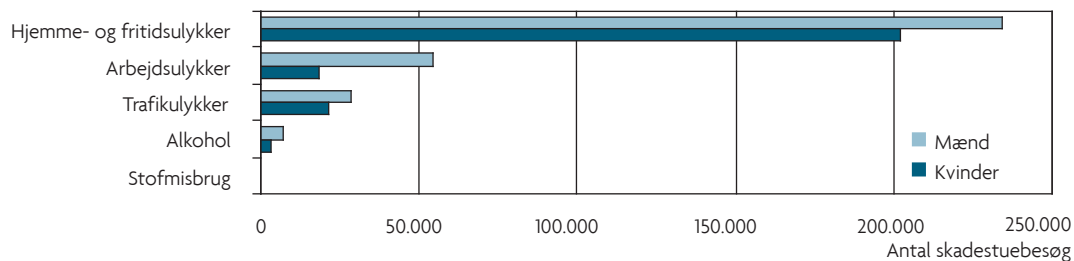
I Danmark er der næsten lige mange hospitalsindlæggelser blandt mænd og kvinder, men der er kønsforskelle i indlæggelser relateret til de forskellige risikofaktorer. Mænd har langt flere indlæggelser i forhold til kvinder på grund af rygning, stort alkoholforbrug, psykisk arbejdsbelastning, arbejdsulykker og “træffer sjældent familie”. Indlæggelser på grund af usikker sex ses næsten kun hos kvinder, som også har flere indlæggelser relateret til fysisk inaktivitet. Indlæggelser relateret til fysisk inaktivitet og hjemme- og fritidsulykker blandt kvinder sker typisk, fra de er 65 år.

Skadestuebesøg

Risikofaktorer medfører ekstra skadestuebesøg, der kan opgøres for udvalgte faktorer.

Figur 2.7 Skadestuebesøg i Danmark relateret til forskellige risikofaktorer.

Årligt antal skadestuebesøg for mænd og kvinder



Hjemme- og fritidsulykker fylder meget i skadestuerne og giver anledning til godt 400.000 skadestuebesøg årligt.

Kønsforskelle i skadestuebesøg

I Danmark har mænd ca. 25 % flere skadestuebesøg end kvinder. Størst kønsforskel er der relateret til arbejdsulykker, hvor mænd årligt har tre gange så mange skadestuebesøg som kvinder.

Mange børn og unge besøger skadestuen

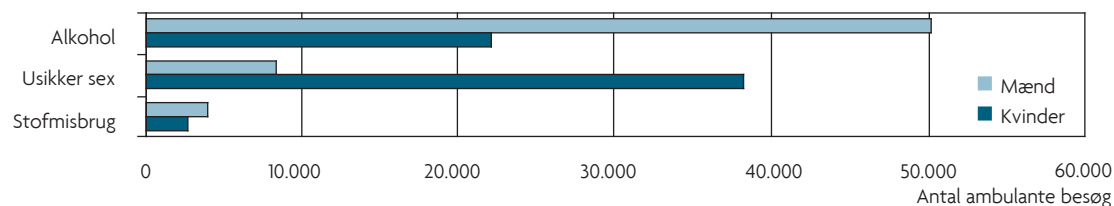
En relativt stor del af skadestuebesøgene forekommer i aldersgruppen 0-14 år (særligt hjemme- og fritidsulykker) og 15-24 år (både hjemme- og fritidsulykker, trafikulykker og arbejdsulykker).

Ambulante hospitalsbesøg

For ambulante hospitalsbesøg er der kun oplysninger relateret til risikofaktorerne stort alkoholforbrug, stofmisbrug og usikker sex.

Figur 2.8 Ambulante besøg i Danmark relateret til forskellige risikofaktorer.

Årligt antal ambulante besøg for mænd og kvinder



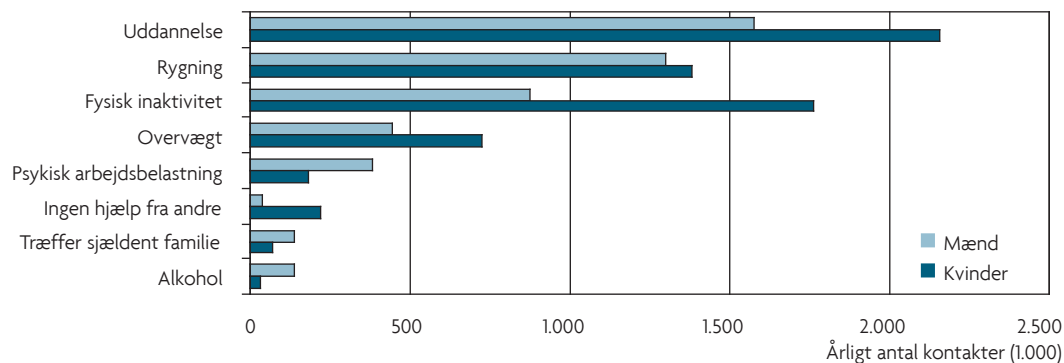
Kønsforskelle i ambulante besøg

De største kønsforskelle ses ved risikofaktoren alkohol, som medfører langt flere ambulante hospitalsbesøg for især midaldrende mænd end kvinder, og risikofaktoren usikker sex, der er mere belastende for især yngre kvinder end mænd.

Kontakter til alment praktiserende læge

Risikofaktorer betyder mange besøg hos den praktiserende læge inklusive vagtlægebesøg.

Figur 2.9 Kontakter til alment praktiserende læge i Danmark relateret til forskellige risikofaktorer. Årligt antal kontakter (1.000) for mænd og kvinder



Rygning, fysisk inaktivitet, overvægt samt den bagvedliggende faktor kort uddannelse er de risikofaktorer, der bidrager mest til kontakter til praktiserende læge.

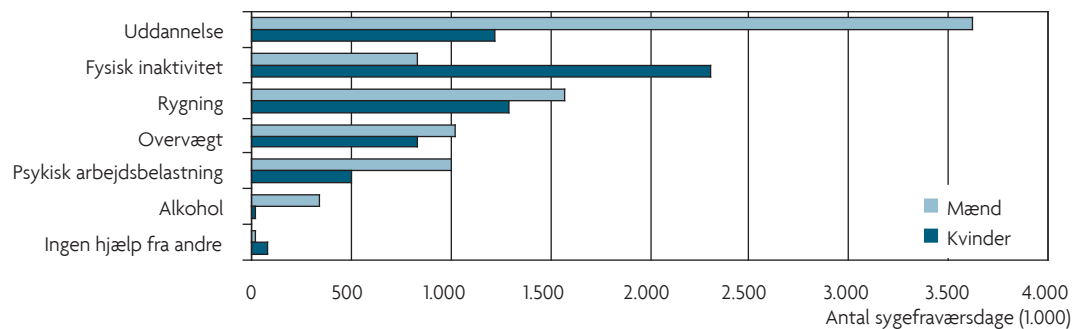
Kønssforskelle i brug af praktiserende læge

Kvinder har generelt flere kontakter til praktiserende læge end mænd. De største kønssforskelle ses i forhold til risikofaktorerne fysisk inaktivitet, overvægt, kort uddannelse og “ikke at kunne regne med hjælp fra andre”, hvor kvinder har langt flere besøg hos den praktiserende læge end mænd. Det omvendte gælder for risikofaktorerne psykisk arbejdsbelastning og stort alkoholforbrug, der er årsag til flere besøg for mænd end for kvinder.

Sygefravær

Risikofaktorer giver anledning til sygefravær hos personer i arbejde.

*Figur 2.10 Sygefravær i Danmark relateret til forskellige risikofaktorer.
Årligt antal fraværssdage (1.000) for mænd og kvinder*



De risikofaktorer i kortlægningen, der giver anledning til flest sygedage, er fysisk inaktivitet, rygning og den bagvedliggende faktor kort uddannelse. Fysisk inaktivitet medfører 3,1 mio. og rygning 2,8 mio. fraværssdage årligt. Overvægt og psykisk arbejdsbelastning bidrager også med flere millioner fraværssdage årligt.

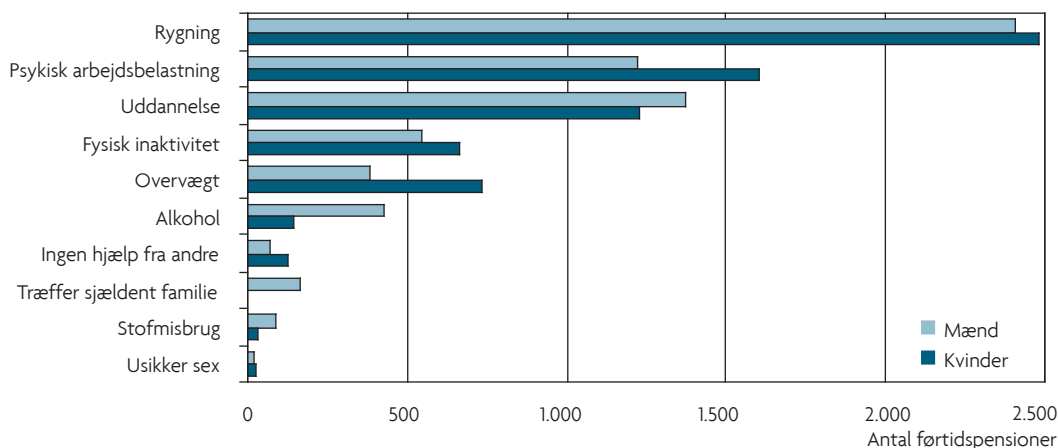
Kønsforskelle i sygefravær

Det gennemsnitlige antal dage med arbejdsfravær på grund af sygdom er 6 dage om året for mænd og 8 dage for kvinder med beskedne forskelle mellem aldersgrupperne. De største kønsforskelle ses ved risikofaktorerne kort uddannelse, psykisk arbejdsbelastning og stort alkoholforbrug, hvor mænd har mange flere fraværssdage end kvinder. Omvendt giver fysisk inaktivitet anledning til langt flere fraværssdage hos kvinder end mænd.

Førtidspensioner

Risikofaktorer giver anledning til tilkendelser af førtidspensioner. Vurderingen af førtidspensioner er kun relevant for personer i aldersgruppen 25-64 år.

Figur 2.11 Helbredsbedingede førtidspensioner i Danmark relateret til forskellige risikofaktorer. Årligt antal tildelte førtidspensioner for mænd og kvinder



Risikofaktorerne rygning, psykisk arbejdsbelastning, kort uddannelse, fysisk inaktivitet og overvægt giver anledning til det største antal førtidspensioner årligt.

Kønsforskelle i årsager til førtidspensionering

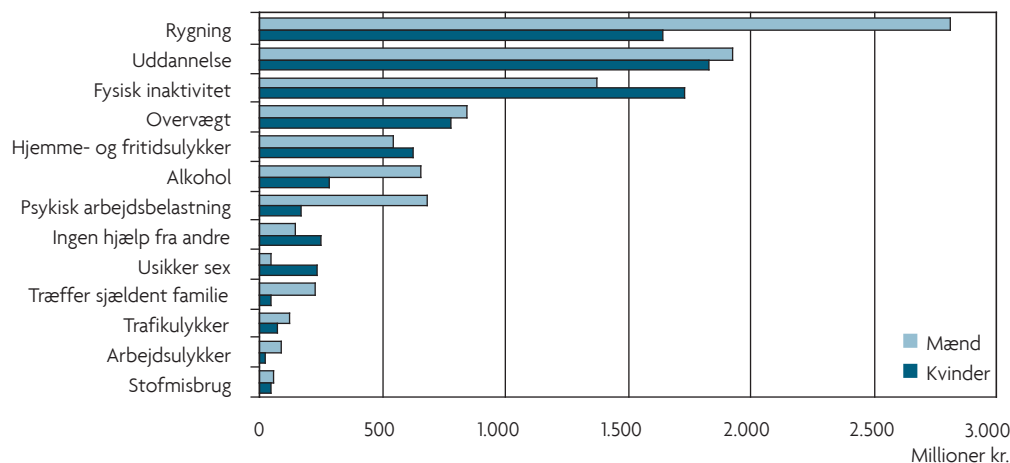
De største kønsforskelle ses for risikofaktorerne psykisk arbejdsbelastning og overvægt, som berører kvinderne mere, mens risikofaktoren højt alkoholforbrug betyder mere for mænd end kvinder, opgjort i førtidspensioner.

Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser

Risikofaktorerne bidrager til øgede omkostninger i sundhedsvæsenet gennem større sygelighed og tidlige dødsfald. Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser omfatter omkostninger i sygehusvæsenet (indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuekontakter) samt omkostninger ved forbrug af sygesikringsydelser (praktiserende læger inkl. speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter mv.). Derimod indeholder beregningerne ikke patienternes egenbetaling eller alment praktiserende læges grundhonorar. Medicinforbrug og omkostninger i den kommunale sundhedstjeneste indgår heller ikke.

De nødvendige forbrugsuplysninger har ikke været til stede for alle risikofaktorer. Kun for alkohol har alle oplysninger været tilgængelige, mens der for de øvrige risikofaktorer mangler en eller flere opgørelser af relateret forbrug. Det betyder, at sammenligning på tværs af risikofaktorer skal tolkes med stor forsigtighed.

Figur 2.12 Sundhedsvæsenets omkostninger i Danmark relateret til forskellige risikofaktorer. Omkostninger i mio. 2005-kroner



Risikofaktorerne rygning, fysisk inaktivitet og kort uddannelse er forbundet med meget store omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling af relaterede sygdomme.

Kønsforskelle i sundhedsvæsenets omkostninger

Omkostningerne er væsentligt større for mænd end for kvinder i relation til rygning, alkohol, psykisk arbejdsbelastning, arbejdsulykker og det, at man sjældent træffer familie. Omvendt er der hos kvinder et betydeligt større forbrug i sundhedsvæsenet relateret til usikker sex, fysisk inaktivitet og ikke at kunne regne med hjælp fra andre, i forhold til mænd.

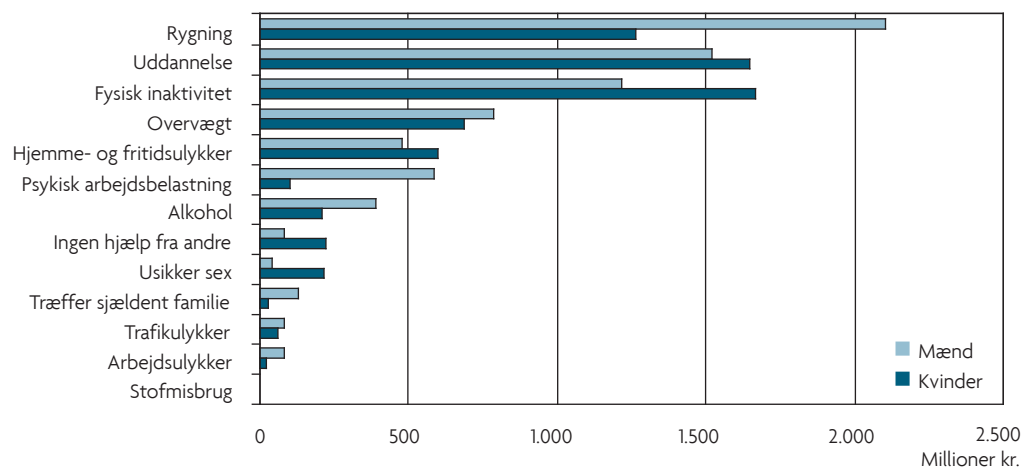
Sundhedsvæsenets nettoomkostninger

Sundhedsvæsenets årlige nettoomkostninger defineres som summen af tre slags omkostninger:

- sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af lidelser relateret til risikofaktorerne
- sundhedsvæsenets omkostninger i forbindelse med tidlig død
- besparelser ved mindre forbrug af sundhedsvæsenet som følge af tidlig død

Beregningerne er præget af, at der mangler en del data om ressourceforbruget. Resultaterne skal derfor tolkes med stor forsigtighed, når der sammenlignes på tværs af risikofaktorer.

Figur 2.13 Sundhedsvæsenets nettoomkostninger i Danmark relateret til forskellige risikofaktorer. Omkostninger i mio. 2005-kroner



Risikofaktorerne rygning, fysisk inaktivitet samt den bagvedliggende faktor kort uddannelse belaster sundhedsvæsenet mest med nettoomkostninger, der for hver enkelt faktor svarer til omkring 3 mia. kr. om året.

Selvom nettoomkostningerne for stofmisbrug er negative (dvs. der er tale om en besparelse), kan der fortsat være en række fordele ved at forebygge stofmisbrug.

Kønsforskelle i sundhedsvæsenets nettoomkostninger

De største kønsforskelle ses for rygning, psykisk arbejdsbelastning, arbejdsulykker, sjældent at træffe familie samt stort alkoholforbrug, hvor sundhedsvæsenets nettoomkostninger er betydeligt større for mænd end for kvinder. Kvinder har til gengæld større nettoomkostninger end mænd relateret til risikofaktorerne fysisk inaktivitet, usikker sex samt "ikke at kunne regne med hjælp fra andre".

TABEL OVER SAMTLIGE RISIKOFAKTORERS EFFEKT

– udtrykt i helbredsmål og økonomiske konsekvenser (afrundede tal)

Kilde: Risikofaktorer og Folkesundhed i Danmark, Statens Institut for Folkesundhed 2006

Helbredsmål og økonomiske konsekvenser Risikofaktor	Dødelighed (antal/år)	Tab i danskernes middellevetid (år) Mænd/kvinder	Danskere m. langvarig belas- tende sygdom pga. risikofaktorer (antal syge/år) Mænd/kvinder	Tabte gode leveår hos personer med risikofaktorer (år) Mænd/kvinder	Tab af kvalitets- justerede leveår – QALY Mænd/kvinder	Hospitals- indlæggelser (antal/år)
Rygning	14.000	3,5/3	105.000/58.000	10/11 (storrygere)	10/11 (storrygere)	150.000
Passiv rygning	2.000	0,5/0,3	–	–	–	–
Alkohol	3.000	1,3/0,5	10.000/–	5/1	5/3	30.000
Stofmisbrug	1.000	0,4/0,3	–	–	–	4.000
Fysisk inaktivitet	4.500	0,8/0,8	20.000/27.000	8/10	7/7	100.000
For meget mættet fedt	2.200	0,4/0,3	–	–	–	–
For lidt frugt og grønt	2.200	0,4/0,3	–	–	–	–
Overvægt samlet	1.350	0,3/0,7	15.000/61.000	–	–	55.000
Moderat overvægt	–	–	0/33.000	- 1/4	- 0,5/2	–
Svær overvægt	–	–	14.500/28.500	5/10	3/6	–
Forhøjet blodtryk	2.000	0,7/0,5	–	–	–	–
Usikker sex	300	0,04/0,1	–	–	–	10.000
Psykisk arbejds- belastning	1.400	0,5/0,5	4.000/2.000	5/2	3/1	30.000
Hjemme- og fritidsulykker	1.800	0,4/0,3	–	–	–	32.000
Kort uddannelse	7.700	1,8/1,6	103.000/85.000	8/7	6/5	135.000
Kan ikke regne med hjælp	1.000	0,2/0,2	8.000/20.000	6/11	5/6	13.000
Træffer sjældent familie	1.500	0,5/0,2	10.000/6.000	4/3	4/2	8.000

Skadestuebesøg (antal/år)	Ambulante besøg (antal/år) Mænd/kvinder	Kontakter til praktiserende læge (mio./år)	Sygefravær hos erhvervsaktive (mio. dage/år)	Førtidspensioner (antal/år)	Sundhedsvæsenets omkostninger til behandling af relaterede lidelser (mio. kr./år)	Sundhedsvæsenets nettoomkostninger (mio. kr./år)
–	–	2,7	2,8	5.000	4.500	3.400
–	–	–	–	–	–	–
10.000	50.000/22.000	0,2	0,3	500	950	600
1.500	4.000/3.000	–	–	100	110	< 0
–	–	2,6	3,1	1.200	3.100	2.900
–	–	–	–	–	–	–
–	–	–	–	–	–	–
–	–	1,1	1,8	1.100	1.600	1.500
–	–	–	–	–	–	–
–	–	–	–	–	–	–
–	–	–	–	–	–	–
–	8.000/38.000	–	–	50	280	260
–	–	0,5	1,5	2.800	860	690
440.000	–	–	–	–	1.200	1.100
–	–	3,7	4,8	2.600	3.800	3.200
–	–	0,3	0,1	190	400	300
–	–	0,2	–	160	280	150



Risikofaktorer har stor betydning for danskernes sundhed. Denne pjece sætter tal på, hvor meget og hvordan risikofaktorer har indflydelse på sundhedstilstanden. Pjecen leverer således en del af den viden, der kan danne baggrund for prioritering og tilrettelæggelse af forebyggelsesindsatser, som søger at mindske borgernes påvirkning fra risikofaktorerne.

I pjecen kan man samlet læse om, hvor meget risikofaktorerne indvirker på danskernes helbred, livskvalitet, sygelighed og dødelighed. Man kan også se, hvordan risikofaktorerne påvirker fx brug af sundhedsvæsenet, sygefravær og førtidspensioner.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Telefon 72 22 74 00
Telefax 72 22 74 11
sst@sst.dk