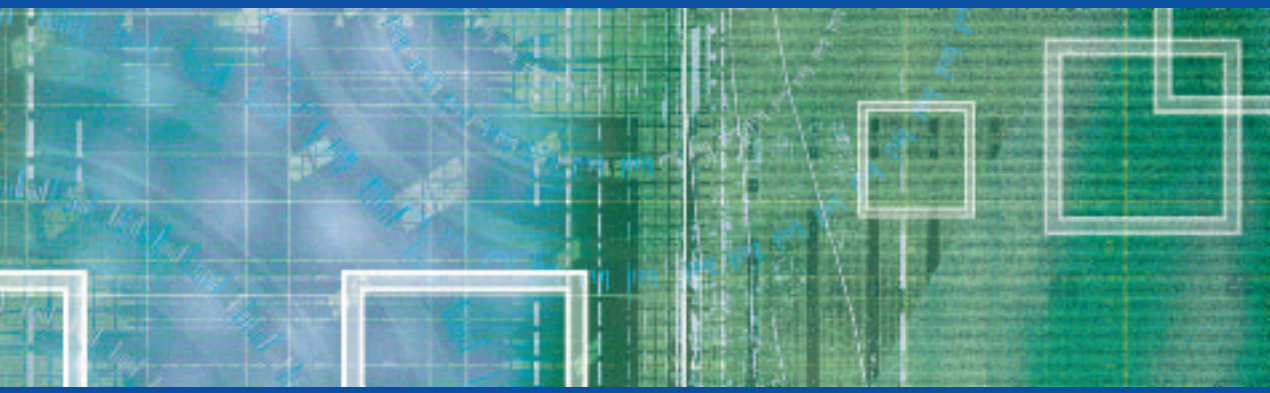
Sund hele livet

– de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10



Regeringen

September 2002

Sund hele livet

- de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10

Regeringen

September 2002

Sund hele livet
– de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10

Udgivet: September 2002

Udgivet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Tryk: Schultz Grafisk

ISBN 87-90227-67-0, trykt version
ISBN 87-90227-69-7, elektronisk version

NORDISK MILJØMÆRKNING
TRYKSAG
541 176

Trykt af Schultz Grafisk, som har licens til brug af svanemærket,
er ISO 14001 miljøcertificeret og ISO 9002 kvalitetscertificeret.

Indhold

Forord 4

1. Det fælles ansvar 5

2. Risikofaktorer 10

3. Folkesygdomme 32

4. Målgrupper 51

5. Den fælles indsats 57

Indikatorprogram for Sund hele livet 62

Forord

Regeringen opfordrer med sundhedsprogrammet, "Sund hele livet", til et bredt samarbejde om en bedre sundhed for alle danskere.

De fremtidige udfordringer er mange. Regeringen har i "Sund hele livet" formuleret de væsentlige fælles udfordringer. Det er helt bevidst, at programmet bruger udtrykket, "fælles udfordringer". Der er nemlig tale om en fælles opgave og et fælles ansvar. Ingen kan alene løfte opgaven med en bedre sundhed.

At forbedre vores sundhed forudsætter, at vi alle vedkender os vores ansvar og påtager os vores del af opgaverne. Dvs. den enkelte, familien, de nære netværk; den frivillige verden; daginstitutioner, uddannelsessteder, sundhedsvæsenet m.v.; arbejdspladser; private og offentlige virksomheder; kommuner, amter og staten.

For at illustrere det er der i programmet en række eksempler på, hvad den enkelte kan gøre, hvad vi kan gøre i fællesskab, og hvad det offentlige kan gøre.

Regeringen forudser, at partnerskaber bliver et centralt element i de kommende års forebyggelsesindsats. Partnerskab er et samarbejde mellem ligestillede parter om løsningen af fælles opgaver. Vi kender allerede partnerskaber på en række områder i det forebyggende arbejde.

Programmet, "Sund hele livet", er et helhedsorienteret sundhedsprogram. Det følger den linie, der blev lagt med VKR-regeringens forebyggelsesprogram 1989 – det første samlede danske forebyggelsesprogram.

Det viderefører væsentlige mål fra den tidligere regerings folkesundhedsprogram. Det gælder de overordnede mål om længere levetid, højere livskvalitet og social lighed i sundhed, mål for en række risikofaktorer, målgrupper og indsatsen i daginstitutionerne og skolen, på arbejdspladserne og i sundhedsvæsenet.

Samtidig sætter programmet – i modsætning til det tidligere program – en særlig fokus på indsatsen i forhold til de store folkesygdomme. Der kan opnås betydelige forbedringer af mange patienters livskvalitet ved en mere systematisk indsats med patientrådgivning, -støtte, -rehabilitering m.v.. Det handler bl.a. om at give den enkelte den nødvendige viden og de nødvendige redskaber til egenindsats og egenomsorg.

I tilknytning til programmet er der udarbejdet et indikatorkatalog. Formålet er at sikre en løbende monitorering og dokumentation af udviklingen i befolkningens sundhed, sundhedsadfærd og den forebyggende indsats. Indikatorprogrammet vil løbende blive udviklet.

Målene er ambitiøse. Udfordringerne store. Det er nødvendigt med en fælles indsats – med respekt for den enkelte og den enkeltes valg.

Indenrigs- og sundhedsminister
Lars Løkke Rasmussen
September 2002

1. Det fælles ansvar

Kontinuitet i folkesundhedsarbejdet

I 1989 fremlagde den daværende VKR-regering, "Regeringens Forebyggelsesprogram", det første samlede danske forebyggelsesprogram. Programmet satte fokus på forebyggelsen af ulykker, kræftsygdomme, hjerte-karsygdomme, muskel- og skeletlidelser og psykiske lidelser. Desuden opstillede programmet politikker for ernærings-, tobaks- og alkoholområdet. Forebyggelsen havde med dette program bevæget sig fra det ad-hoc prægede til det sammenhængende, systematiske arbejde: "Det seje træk".

Programmet baserede sig på, at befolkningens sundhedstilstand ikke alene er et anliggende for den enkelte, de nærmeste og for sundhedssektoren, men at andre sektorer (fx arbejdsmarkedet, boligsektoren, uddannelsessektoren og socialsektoren) er meget væsentlige for befolkningens sundhed. Det tværsektorielle samarbejde om forebyggelse har herefter været på dagsordenen i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

I 1990'erne kom der fokus på danskernes middellevetid. Fra 1970'erne var den stagneret, så den danske middellevetid fra at ligge i toppen var faldet til bunden i forhold til de lande, som vi normalt sammenligner os med. På den baggrund blev der i 1992 igangsat et omfattende udredningsarbejde i Middellevetidsudvalgets regi. Udvalgets hovedkonklusion var, at først og fremmest rygning var årsagen til udviklingen.

At ændre udviklingen i middellevetiden var et af de overordnede mål i den tidligere regerings ti-årige program "Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008". Programmet omfattede i alt 17 mål på forebyggelsesområdet. To overordnede mål om levetid, livskvalitet og social lighed i sundhed. Og 15 mål for risikofaktorer (tobak, rygning m.v.), målgrupper (børn, unge m.v.) og de såkaldte forebyggelsesmiljøer (folkeskolen, arbejdspladsen, lokalsamfundet og sundhedsvæsenet). Samtlige folketingets partier kunne i princippet tilslutte sig prioriteringen af disse mål- eller indsatsområder, da programmet blev behandlet i Folketinget i januar 2000.

De seneste års folkesundhedsarbejde er gennemgået og vurderet i "Status 2001 for folkesundhedsarbejdet", som fremlægges samtidig med dette program. Statussen sammenfatter udviklingen ud fra målene i folkesundhedsprogrammet fra 1999.

Regeringen lægger vægt på at bevare en kontinuitet i folkesundhedsarbejdet. I "Status 2001" er det vurderingen, at særligt risikofaktormålene og målene for skole, arbejdsplads og sundhedsvæsen fortsat er sundhedsfagligt relevante, at de har vundet genklang og er indgået i grundlaget for sundhedsplanlægningen på forebyggelsesområdet.

Regeringen finder samtidig, at der er behov for at nyorientere folkesundhedsarbejdet. Regeringen lægger med sundhedsprogrammet, "Sund hele livet", op til en bredere og mere helhedsorienteret tilgang til forebyggelsesindsatsen, så der skabes en bedre sammenhæng mellem den primære forebyggelse, den enkeltes egenindsats og patientrådgivning, -støtte, -rehabilitering m.v. i relation til de store folkesygdomme.

Flere gode leveår for alle – i alle aldre

I de seneste år er middellevetiden steget væsentligt mere i Danmark end i de lande, vi normalt sammenligner os med. Vi ligger dog fortsat i den nedre ende blandt EU-landene. De seneste tal fra 2001 viser, at kvinder kan forvente at leve 79,2 år i gennemsnit og mænd 74,5 år.

Men det handler ikke kun om levetid. Mindst lige så vigtigt er livskvaliteten. Positivt er her, at der er tegn på, at ældregenerationen har fået bedre liv.

Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats skal rettes både mod det livsforlængende og det livskvalitetsfremmende.

Efter regeringens opfattelse bør perspektivet bredes ud, så fokus i højere grad end tidligere sættes på såvel levetid som livskvalitet. Det gælder bl.a. livskvaliteten i livet efter arbejdslivet, hvor de store sygdomme rammer flest. Det er afgørende for et godt liv at undgå sygdom. Og får man en kronisk lidelse at få mulighed for og støtte til at leve et liv med god livskvalitet.

Regeringen vil fortsat fastholde perspektivet med lighed i sundhed. Samfundet har et ansvar over for de svageste og udsatte grupper. Regeringen fremhæver derfor i programmet behovet for en speciel opmærksomhed og indsats i forhold til en række risikogrupper.

Regeringen finder, at social lighed i sundhed er en grundlæggende værdi i et velfærdssamfund – også for forebyggelsesarbejdet.

Programmet viderefører fra folkesundhedsprogrammet væsentlige sundhedspolitiske målsætninger for indsatsen i forhold til en række risikofaktorer (afsnit 2), i forhold til en række målgrupper (afsnit 4) og i forhold til forebyggelsesarbejdet i skole, på arbejdspladser og i sundhedsvæsenet (afsnit 5).

Regeringen har i regeringsgrundlaget varslet at sætte fokus på en række store folkesygdomme og de store tab af livskvalitet for befolkningen, de indebærer. Det er sygdomme, som en stor del af befolkningen er eller vil blive ramt af. Fokuseringen skal danne grundlag for en løbende vurdering, justering og udvikling af indsatsen i forhold til folkesygdommene, herunder kvaliteten. Dvs. såvel den egentlige forebyggende indsats som patientrådgivning, -støtte, -rehabilitering m.v. (afsnit 3).

Flere gode leveår for alle – i alle aldre

- Middellevetiden skal øges markant
- Antallet af år med god livskvalitet skal øges
- Den sociale ulighed i sundhed skal reduceres

Fælles ansvar – forskellige opgaver

Sundhed er et fælles ansvar

Sundhed skabes i et sammenspil mellem den enkelte, familien, og de små og store netværk og fællesskaber, som den enkelte indgår i. De nære og de daglige relationer præger vores holdninger, livssyn og adfærd. Også når det gælder sundhed.

Og sundhed skabes af vores levekår og af rammerne for vores liv, fx boligforhold, arbejdsmiljø, det ydre miljø, fødevaresikkerhed og sundhedsvæsenets tilbud.

Folkesundhedsarbejdet kan bedst udbygges og udbredes ved, at vi vedkender os vores ansvar og handler herudfra.

Den enkelte har ansvaret for sit eget liv. Vi har alle ret til at leve livet, som vi vil. Træffe vores egne valg. Men vi må være klar over, at vores valg har konsekvenser for os selv og kan påvirke andre – i positiv eller negativ retning. Det er fx ikke ligegyldigt, hvordan vi handler som forældre. *Familien* er en kerne i det danske samfund, også når det gælder sundhed. Gennem opvæksten sætter vi præg på vores

børn. Det er ofte i familien, at man søger og finder støtten i tilfælde af sygdom.

Den enkelte har et ansvar for sig selv, sine nærmeste og for at tage del i fællesskaberne.

Fællesskaberne er de hverdags-sammenhænge, som vi indgår i. Fx skolen, idrætsforeningen, naboskabet, arbejdspladsen.

Vi har her et ansvar overfor hinanden. I fællesskaberne er vi med til at skabe hinandens liv. Fællesskaberne – eller de små og store netværk – er med til at danne og forandre vores normer. Også når det gælder vores sundhedsadfærd – og det både i positiv og negativ retning. Det gælder sundhedsadfærd i bred forstand, dvs. bl.a. vores livsstil, omgang med miljøet, færden i trafikken. De nære netværk, som forældrekredsen i en skoleklasse, naboerne, arbejdskollegerne m.v. har stor indflydelse på, hvordan vi handler. Fællesskaberne kan støtte den enkelte og den enkelte familie. Men fællesskaberne kan også isolere og fjerne sig fra den enkelte. Fx ved mobning i skolen eller på arbejdspladsen.

Det er væsentligt med dialog, åbenhed og medbestemmelse for at få skabt forandring i de fælles rammer på en arbejdsplads, på en uddannelsesinstitution m.v. Ligeværdighed er en vigtig forudsætning for at sikre medejerskab og medansvar i sådanne situationer. Al erfaring viser, at det har stor betydning – ja, afgørende betydning på livsstilsområdet.

Indsatsen bl.a. for sundhedsfremme på arbejdspladsen skal fortsat være baseret på frivillighed og respekt for den enkelte.

Vi taler om "foreningsdanmark" – idrætsorganisationer, frivillige organisationer, herunder ældreorganisationer, lejer- og grundejerforeninger, forældrebestyrelser i skole og institutioner m.v. Den frivillige verden spiller en stor rolle i Danmark. For sundheden er det derfor vigtigt, at "foreningsdanmark" sammen med daginstitutioner, skoler, arbejdspladser m.v. påtager sig et medansvar for sundheden. Ved at tænke sundheden ind i deres aktiviteter og opgaver. Det sker allerede. Men der er næppe tvivl om, at der her kan være endnu mere at bidrage med.

Fællesskaberne har også en væsentlig rolle at spille ved sygdom og svækkelse. Vi har et særligt medansvar for hinanden, når sygdom og svækkelse rammer. Naboskabet er en stor støtte for mange ældre og langvarigt syge. Foreninger m.v. bidrager gennem deres aktiviteter ved fx patientrådgivning, etablering af selvhjælpsgrupper, besøgsordninger og lignende.

Det offentlige – dvs. kommunerne, amterne og staten – har et ansvar for at skabe gode rammer for den enkeltes, familiernes og fællesskabernes sundhed og indsats for sundhed. Det sker gennem lovgivning, planlægning m.v. og gennem velfærdssamfundets mange ydelser og tilbud. Det sker ved at sikre formidling af viden om sundhed og sygdom, ved at overvåge sundheden i befolkningen, ved at bidrage til udvikling af nye metoder og ved at formulere fælles mål og strategier for forebyggelsesindsatsen.

Det offentlige har et særligt ansvar overfor de svageste i samfundet, som har behov for professionel bistand og økonomisk støtte. Det er en af velfærdssamfundets kerneopgaver.

En forbedring af folkesundheden forudsætter, at man vedkender sig sit ansvar på alle tre niveauer.

Fælles ansvar og forskellige opgaver på de 3 niveauer

Hvad kan den enkelte gøre?

***Aktør**: Den enkelte/familien/de nære netværk*
***Handling:** Etablere sunde levevaner, ændre sundhedsadfærd, støttefunktioner i nære netværk.*

Hvad kan vi sammen gøre?

***Aktør:** Fællesskaberne/forenings- og organisationslivet/daginstitutionen, skolen, arbejdspladsen og sundhedsvæsenet*
***Handling:** Gennemføre konkrete forebyggende og sundhedsfremmende initiativer, skabe sunde, støttende rammer og netværk.*

Hvad kan det offentlige gøre?

***Aktør:** Stat/amt/kommune*
***Handling:** Sætte rammebetingelser for forebyggelse (lovgivning, økonomiske rammer, strukturer, redskaber, forskning, vidensformidling). Stille konkrete forebyggende ydelser til rådighed for befolkningen generelt og for særlige mål- og risikogrupper. Støtte de svageste.*

Partnerskaber

Der er i Danmark en lang og god tradition for tæt samarbejde om løsning af samfundsmæssige opgaver. Fx mellem den frivillige verden og det offentlige, mellem arbejdstagere og arbejdsgivere, mellem forældre og skolen.

Regeringen vil med sundhedsprogrammet opfordre til, at denne lange og gode tradition udvikles på folkesundhedsområdet.

Regeringen vil fastholde det offentliges ansvar på folkesundhedsområdet. Det sker fx gennem strategien for et bæredygtig miljø, indsatsen for et godt arbejdsmiljø, støtten til de svageste og udsatte, udviklingen af uddannelsessektoren. Uddannelse har vist sig at være nok en af de bedste veje til at skabe sundhed og udligne social uligheder i sundheden.

Regeringen vil søge at få skabt en yderligere interesse for vores sundhed i de mange sammenhænge, som vi færdes i.

Efter regeringens opfattelse ligger der endnu store muligheder i partnerskabs-tanken på sundhedsområdet.

Partnerskaber er samarbejder mellem ligestillede parter – frivillige organisationer, kommuner, amter, arbejdspladser, udbydere af sundhedsydelser m.v.

Det er ikke nyt på folkesundhedsområdet. Sygdomsbekæmpende foreninger samarbejder med det offentlige om løsningen af en længere række opgaver; virksomheder har

indgået aftaler med udbydere af forebyggende ydelser; stat, amter og kommuner samarbejder om udviklingsprojekter på forebyggelsesområdet – for bare at nævne nogle eksempler. Der er en stor mangfoldighed og variation.

Partnerskaber kan have en løsere eller fastere ramme. Her må behovet for at få afstemt de gensidige forventninger spille en afgørende rolle. Det gælder fx behovet for at formulere fælles målsætninger, fx til fagligheden.

Partnerskaber er en af vejene til at finde nye veje og metoder i det forebyggende arbejde. Gennem nye samarbejder, fx mellem folkeoplysningen og den kommunale social- og sundhedssektor. Igangsættere, frivillige m.v., medarbejdere i kommuner har alene eller i samarbejde stået for en lang række nye ideer og initiativer på forebyggelsesområdet.

Regeringen opfordrer til, at der etableres flere og nye partnerskaber på forebyggelsesområdet. Regeringen vil gå den vej i de kommende år for at få udbygget det forebyggende arbejde.

Regeringen vil samtidig understrege det offentliges fortsatte store rolle på forebyggelsesområdet – som hjørnestenen i vores velfærdssamfund.

Effektivitet, kvalitet og professionalisering

Forebyggelsen skal tage udgangspunkt i, hvad der virker. Dels for ikke at genere befolkningen unødigt med initiativer, hvor udbyttet for den enkelte ikke står mål med indsatsen, dels for at sikre at ressourcerne bliver udnyttet bedst muligt. Det betyder prioritering af omkostningseffektive forebyggelsesmetoder.

Forebyggelsen skal baseres på professionel faglighed og understøttes af forskningsbaseret metodeudvikling og evaluering samt på uddannelse.

Der er behov for mere viden på en række områder. Vi ved meget om sammenhæng mellem livsstil og sygdom, men vi ved mindre om effektive forebyggelsesmetoder. Vi mangler viden på mange felter, bl.a. om de etniske minoriteters vaner og adfærd i forbindelse med rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet m.v. med henblik på vurdering af mere konkrete og målrettede tiltag.

Regeringen vil opfordre til, at forskningsmiljøerne tager disse spørgsmål op.

Regeringen iværksætter i forbindelse med dette program et indikatorprogram. Indikatorprogrammet skal sikre en fortsat monitorering og dokumentation af udviklingen på en overskuelig måde ud fra et relevant udvalg af den store mængde statistik og data, der produceres.

2. Risikofaktorer

En risikofaktor er forhold hos den enkelte, livsstilen eller faktorer i det omgivende miljø med negativ betydning for helbred og sundhed og med dokumenteret sammenhæng til en given sygdom. Fx rygning, forkert kost, svær overvægt og luftforurening.

Kendskab til risikofaktorer er grundlaget for målrettet forebyggelse. Vores viden om sammenhængen mellem risikofaktorer og sygdom øges hele tiden, og man har efterhånden opnået kendskab til risikofaktorer for en lang række sygdomme.

Men alle sygdomstilfælde vil aldrig blive forebyggelige.

En målrettet indsats i forhold til de vigtigste risikofaktorer kan reducere tidlige dødsfald og tab af livskvalitet. En relevant inddragelse af risikofaktorerne i patientrådgivningen, -støtten og -rehabiliteringen m.v. kan styrke livskvaliteten for patienterne og reducere risikoen for tilbagefald og tidlig død.

Risikofaktorerne i programmet tager udgangspunkt i de forebyggelige årsager til de store folkesygdomme og dødsårsager. Programmets risikofaktorer er:

- Rygning
- Alkohol
- Kost
- Fysisk aktivitet
- Svær overvægt
- Ulykker
- Arbejdsmiljø
- Miljøfaktorer

Fakta om risikofaktorer og folkesygdomme

Rygning er den livsstilsfaktor, der har størst negativ indflydelse på danskernes sundhed. Rygning er således årsag til ca. 30% af de iskæmiske hjertesygdomme og ca. 90% af samtlige tilfælde af lungekræft. Ca. 15% af alle rygere vil udvikle rygerlunger (Kronisk obstruktiv lungesygdom: KOL).

Omtrent 50% af dødsfald hos mænd under 65 år skyldes ulykker, rygning og alkohol. For kvinder er det 36%.

Usunde kostvaner og fysisk inaktivitet medfører øget risiko for udvikling af overvægt og dermed bl.a. for aldersdiabetes, som igen kan medføre hjerte-karsygdomme (primært blodprop i hjertet og hjerne).

Fysisk aktivitet har selvstændig sundhedsfremmende effekt.

Svær overvægt forøger bl.a. risikoen for at udvikle aldersdiabetes – ca. 75% af aldersdiabetespatienterne er overvægtige på diagnosetidspunktet.

Ulykker (trafik-, arbejds- og hjemmefritidsulykker) er den hyppigste dødsårsag op til 40-års alderen og koster årligt ca. 2.400 mennesker livet. Bl.a. koster faldulykker årligt 1.200 livet, især ældre over 80 år.

Arbejdsmiljøet har indflydelse på risikoen for at udvikle bl.a. muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme og hjertekarsygdom.

OECD har skønnet, at mellem 2-5% af sygdommene i den rige del af verden kan tilskrives miljøforhold. Ca. 10% af alle kræfttilfælde menes at kunne tilskrives miljøfaktorer.

Rygning

Fakta om rygning

Tobaksrygning koster hvert år 12-13.000 danskere livet.

Livstids-rygere lever i gennemsnit 7-9 år kortere end aldrig-rygere.

Livstidsrygere er alvorligt påvirket af sygdom i 13 år, mens det for ikke-rygere er 8 år.

Beregningsskøn viser at en mandlig ryger koster samfundet ca. 150.000 kr. i direkte udgifter og over 350.000 kr. i indirekte udgifter fra han er 35 til 89 år. En tilsvarende ikke-ryger koster henholdsvis 75-100.000 kr. og ca. 200.000 kr.

Sundhedspolitisk mål

Rygning

Antallet af rygere skal reduceres markant. Dels gennem rygestop, dels gennem begrænsning af antal nye rygere. Røgfri miljøer skal udbredes.

Status

Udviklingen på tobaksområdet har været markant de senere år. Antallet af rygere er faldet – hvor 43% af voksenbefolkningen for 10 år siden var dagligrygere, er tallet i dag 30%. Helt samme positive udvikling ses ikke blandt storrygerne. Her er antallet kun faldet svagt. Flere og flere steder er der etableret røgfri miljøer, og rygestoptilbud er blevet udbygget og tilgængeligheden forbedret.

Strategi

Forebyggelsen på tobaksområdet omfatter:

- Regler og aftaler om røgfri miljøer. Hensyn til risikogrupper, herunder børn og astmatikere bør veje tungt.
- Information, motivation og rådgivning om rygestop, bl.a. gennem professionel rygeafvænning for rygere i risikogrupper, herunder storrygere.
- Oplysning og støttende rammer for at begrænse tilgangen af nye rygere.

Røgfri miljøer

Det er vigtigt at give befolkningen muligheden for at vælge røgen fra og skabe rammer for, at færre udsættes for passiv rygning. Røgfri miljøer har vundet udbredelse i offentligt tilgængelige rum – især i de senere år. Dette er sket ved ændring af lov om røgfri miljøer og ved frivillige initiativer. Den fremtidige indsats skal basere sig på frivillighed. Erfaringerne med frivillige rygeregler i sundhedsvæsenet, på arbejdspladserne og i hotel- og restaurationsbranchen viser, at der kan opnås resultater ad frivillighedens vej.

Rygestoptilbud

Halvdelen af alle rygere vil gerne holde op. Mange vil have nytte af tilbud om rygestop. Det handler derfor om at tilvejebringe tilbud dér, hvor rygerne er, og i de livssituationer, hvor de er motiverede for at tage imod dem. Stadig flere amter har etableret rygestoptilbud for deres borgere. De er organiseret forskelligt – fx som selvstændige rygeafvænningsklinikker eller som aftaler med apoteker om rygestoptilbud.

Færre nye rygere

Der er i befolkningen skabt en viden om rygningens sundhedsskadelige konsekvenser. Det er væsentligt fortsat at sikre, at valget om at ryge eller ikke træffes på et velinformeret grund-

lag. Det er en fortsat opgave at give befolkningen saglig information om rygningens skadelige virkninger og om mulighederne for rygeafvænning. Det er særligt vigtigt at styrke indsatsen for at færre børn og unge begynder at ryge.

Hvem gør hvad?

Tobaksforebyggelse forudsætter en indsats på mange niveauer, og at mange her påtager sig et ansvar. Bl.a. de der har mulighed for at træffe beslutninger om røgfri miljøer på uddannelsessteder, arbejdspladser, restauranter m.v. De ansvarlige for rygestoptilbud i amter, kommuner, sygdomsbekæmpende foreninger m.v., herunder rygestopinstruktører. Og uddannelsessektoren, sundhedsmyndighederne, de sygdomsbekæmpende foreninger m.v. med henblik på vidensformidling og holdningsdannelse.

Eksempler på partnerskaber:
Samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og hotel-, restaurant- og turisterhvervets arbejdsgiverforening HORESTA. Parterne har udarbejdet hjemmesiden www.fritvalg.info, som er en guide om bl.a. restauranter og cafeer med røgfri afdelinger.

Samarbejde om sport og tobak mellem Sundhedsstyrelsen og repræsentanter fra Danmarks Idræts-Forbund, Danske Gymnastik- og Idrætsforeninger og Halinspektørforeningen. Målsætningen er at skabe en bevidsthed om rygning blandt de, der arbejder og færdes i idræts- og fritidsmiljøet.

En række amter har et samarbejde med apotekerne om tilbud borgerne om hjælp til rygestop.

Rygning er det højest prioriterede tema i amternes sundhedsfremmeplanlægning.

Fælles udfordringer

- Antallet af storrygere.
- Rygning blandt børn og unge.
- De sociale forskelle i rygning.
- Den fri grænsehandel med tobak m.v. fra januar 2004.

Hvad kan den enkelte gøre?

- Støtte børn og unge i ikke at begynde at ryge.
- Støtte rygere, der vil prøve at holde op.
- Vise hensyn ved ikke at ryge hvor børn opholder sig.
- Være bevidst om rollemodel ift. børn og unge
- Som ryger – prøve at holde op.
- Som gravid – undlade at ryge.

Hvad kan vi gøre i fællesskab?

- Skabe flere røgfri miljøer i det offentlige rum – restauranter, kantiner m.v., i sammenhæng med sportsaktiviteter, på sygehuse.
- Skabe rygepolitikker på arbejdspladser.
- Uddanne rygestopinstruktører.
- Tilbyde rygeafvænning.

Hvad kan det offentlige gøre?

- Sikre et højt informationsniveau om rygningens sundhedsskadelige virkninger.
- Skabe støttende rammer for især børn og unge.
- Lade rygeafvænning indgå i sundhedsvæsenets tilbud til gravide.
- Lade forebyggelse af tobaksskader indgå i uddannelse af sundhedspersonale.

Alkohol

Fakta om alkohol

Danske unge drikker mere og hyppigere end andre europæiske unge.

Blandt voksne danskere drikker 500.000 mere end Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser.

Der er omkring 200.000 alkoholafhængige i Danmark.

Alkohol koster ca. 2.600 danskere livet og samfundet 10 milliarder kr. hvert år.

Mindst 60.000 børn mellem 0 og 18 år vokser op i en familie med misbrug.

Sundhedspolitisk mål

Alkohol

Antallet af storforbrugere af alkohol skal reduceres markant, unges forbrug af alkohol skal nedbringes og alkoholforbruget blandt børn skal fjernes.

Status

Det gennemsnitlige alkoholforbrug i Danmark har de sidste 30 år været konstant omkring 11-12 liter ren alkohol om året pr. indbygger over 14 år.

Alkoholforbruget har flyttet sig gennem årene. Det er blevet mindre almindeligt at drikke alkohol på arbejdspladsen og mere almindeligt i fritiden. Omkring 60% af danske arbejdspladser har en alkoholpolitik. Danske unge drikker mere end unge i noget andet EU-land. 24% af de 16-20-årige mænd og 14% af kvinderne i samme aldersgruppe drak i år 2000 over Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser. 15-20% af de ældre (65+ år) drikker over de anbefalede genstandsgrænser.

Sundhedsstyrelsens anbefalede grænser er højest 21 genstande pr. uge for mænd og højest 14 genstande for kvinder.

Strategi

Forebyggelsen på alkoholområdet omfatter:

- Oplysning om alkoholens skadelige virkninger, herunder om de anbefalede genstandsgrænser.
- Støttende miljøer for at begrænse alkoholforbruget, herunder støttende miljøer med skærpet håndhævelse af eksisterende regler i forhold til børn og unge.
- Tidlig indsats overfor storforbrugere af alkohol.

Oplysning

En stor del af befolkningen drikker over Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænser. Mange nok uden at kende til de sundhedsskadelige virkninger, som kan følge af et stort alkoholforbrug. Det er væsentligt at formidle viden om konsekvenser ved et stort alkoholforbrug til såvel voksne som børn og unge.

Støttende miljøer

Alkoholforbrug handler om kultur. Den danske alkoholkultur er meget løs og accepterende. Der drikkes i mange sammenhænge. Det er vigtigt, at forældre og andre voksne er deres ansvar bevidst over for børn og unges alkoholforbrug. Det er vigtigt, at omgivelserne støtter op bag en alkoholkultur, som beskytter børn og unge, og som støtter mod for stort alkoholforbrug og mod alkoholmisbrug. De fælles rammer for omgang med alkohol bør diskuteres og aftales på kommunalt niveau,

på arbejdspladser, i skoler, i den enkelte klasse, på uddannelsesinstitutioner, i idrætsklubber m.v.. Regler for udskænkning, forbud mod salg af alkohol til unge under 15 år, markedsføringsaftaler m.v. skal respekteres og håndhæves. Branchen har her et stort ansvar.

Tidlig indsats
Et stort alkoholforbrug kan være svært at erkende for den enkelte. For mange vil det have betydning, at der er nogen som vil og kan hjælpe hermed. Fx praktiserende læger, men også mange andre kan yde et væsentligt bidrag. Relevante personer bør have forudsætninger for at gå ind og søge at motivere mennesker med behov for professionel hjælp.

Hvem gør hvad?

Forebyggelse og sundhedsfremme på alkoholområdet hviler på et samarbejde mellem en lang række aktører. Bl.a. skolen, arbejdspladsen, uddannelsesinstitutionerne, sundhedsmyndighederne, amternes alkohol- og narkotikakonsulenter, kommunerne, social- og sundhedsvæsenet, de praktiserende læger, politiet og det frivillige sociale arbejde.

Eksempler på partnerskaber:
Samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, amternes APPA-konsulenter (Alkohol-Politik På Arbejdspladsen) og de private og offentlige arbejdspladser. Samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, amternes alkohol- og narkotikakonsulenter om aktiviteter i forbindelse med bl.a. Sundhedsstyrelsens uge 40-alkoholkampagnen og om fælles indsats i forhold til skolerne

Samarbejde mellem Center for Alkoholforskning og Center for Rusmiddelforskning om samfunds- og sundhedsvidenskabelig alkoholforskning.

Samarbejde mellem Ballerup kommune, Fredericia kommune, Horsens kommune, Ikast kommune, Nykøbing-Rørvig kommune, Nykøbing Falster kommune, Randers kommune og Sundhedsstyrelsen om udvikling af kommunale handleplaner på alkoholområdet.

Samarbejde mellem Videnscenter om Alkohol, Sundhedsstyrelsen og Socialministeriet om indsamling og bearbejdning af viden om alkohol fra ind- og udland samt om netværksdannelse på tværs af sektorer og fagområder

Indsatsen mod alkoholmisbrug har en fremtrædende plads i amternes forbyggende indsats.

Fælles udfordringer

- Unges høje alkoholforbrug.
- Alkoholstorforbrugere blandt voksne og unge.
- Alkoholstorforbrug blandt ældre.
- Den fri grænsehandel med alkohol m.v. fra januar 2004.

Hvad kan den enkelte gøre?

- Støtte børn og unge i sen alkoholdebut.
- Undlade at drikke over genstandsgrænserne.
- Som gravid – undlade at drikke alkohol.
- Ikke blande alkohol og trafik.
- Tage hånd om venner, kolleger m.v., som viser tegn på alkoholproblemer.
- Søge hjælp og støtte så tidligt som muligt, hvis man har alkoholproblemer.

Hvad kan vi gøre i fællesskab?

- Udarbejde alkoholpolitiker på arbejdspladser, i skoler, på uddannelsesinstitutioner m.v.
- Underrette socialforvaltningen, hvis et barns trivsel er truet pga. alkoholproblemer i familien.
- Sikre trygge festmiljøer for de unge.

Hvad kan det offentlige gøre?

- Sikre et højt informationsniveau om alkoholskader, genstandsgrænser m.v.
- Sikre at alkoholforebyggelse indgår i uddannelserne af relevant frontpersonale.
- Tage hånd om børn og pårørende til alkoholikere.
- Forankre den tidlige indsats

Kost

Fakta om kost

Sund kost har stor betydning for at fremme og bevare et godt helbred og for at forebygge overvægt og kostrelaterede sygdomme som hjerte-karsygdomme, aldersdiabetes, visse kræftformer og knogleskørhed.

Fedtindholdet i danskernes kost er fortsat for højt, selvom fedtenergiprocenten fra 1995 til 2000/2001 er faldet fra 37% til 33%. Det anbefalede er 30%.

Andelen af voksne danskere, der spiser de anbefalede 600 g. frugt og grønt om dagen, er steget fra 4% i 1995 til 11% i 2000/2001. Andelen, der spiser under 200 g. frugt og grønt om dagen, er reduceret fra ca. 1/3 til ca. 1/4.

Sundhedspolitisk mål

Kost

Antallet af danskere, der spiser sundt, skal øges markant, og sunde kostvaner skal være en naturlig del af hverdagen.

Status

Kostvanerne har stor betydning for folkesundheden. Ikke mindst den øgende forekomst af overvægt illustrerer betydningen af sunde kostvaner. Vores kostvaner er de senere år gået i både positiv og negativ retning. Fedtindtaget er faldet, og indtaget af frugt og grønt er steget betydeligt. Vores kost lever dog stadig ikke op til anbefalingerne. Forbruget af sukkerholdige drikke og slik er steget, især blandt børn. Mange børn får betydeligt mere sukker end det anbefalede.

Strategi

Forebyggelse på ernæringsområdet omfatter følgende punkter:

- Oplysning, motivation og rådgivning om sunde kostvaner.
- Større tilgængelighed af sund mad og gode rammer for måltider på skoler, uddannelsesinstitutioner, arbejdspladser, i den offentlige forplejning m.v.
- Regulering og initiativer, der fremmer sunde kostvaner.
- En særlig indsats i forhold til ældre og syge.

Oplysning, motivation og rådgivning om sunde kostvaner

Befolkningens interesse for at spise sundt er stor og stigende. Det er væsentligt fortsat at støtte denne interesse. Befolkningen og fagpersoner må have adgang til saglig information, undervisning og råd om sunde kostvaner. Fremme af sunde kostvaner må ske med udgangspunkt i vores hverdag. Indsatsen må omhandle mere af frugt og grønt, mindre fedt, børns store indtag af sukker samt opfordre til at spise mad i rette mængder.

Større tilgængelighed af sund mad

Gode rammer og muligheder for at spise sundt er vigtige. Fx mad- og måltidsordninger samt politikker i skoler, i dagplejen, på institutioner, arbejdspladser m.v. Det skal være nemt at vælge sund mad.

Regulering og initiativer, der fremmer sunde kostvaner

Borgerne skal sikres sunde fødevarer af høj kvalitet og beskyttes mod vildledning. Regule-

ring nationalt og internationalt må have befolkningens samlede kostvaner for øje. Og dermed bidrage til at fremme sundheden generelt.

Ældre og syge
Mange ældre og syge får for lidt mad. Der er behov for en målrettet indsats for at sikre ældre og syge tilstrækkelig og ernæringsrigtig kost. Øget valgfrihed for ældre mellem offentlige og private tilbud om madudbringning skal være med til at sikre, at der i højere grad tages udgangspunkt i de ældres behov og ønsker. Samarbejdet og koordineringen mellem de personer, der omgiver den ældre/syge, skal styrkes – fx mellem den praktiserende læge, hjemmeplejen, den offentlige eller private leverandør, sygehuset og pårørende – således at underernæring kan forebygges eller opdages hurtigst muligt.

Hvem gør hvad?

Fremme af sunde kostvaner forudsætter et tværsektorielt samarbejde, og at mange påtager sig et ansvar. Bl.a. spiller skoler, dagplejere, institutioner, arbejdspladser, sundhedsvæsenet, ældrecentre m.v. en vigtig rolle i forhold til at skabe rammer for gode og sunde måltider. Folkeoplysningen, undervisningssektoren, offentlige myndigheder m.v. i forhold til at sikre et højt oplysningsniveau. Og producenter og detailhandel i forhold til tilgængeligheden af fødevarer samt fødevarekvalitet, fødevaresikkerhed m.v.

Eksempler på partnerskaber:
6-om-dagen samarbejdet – Fødevaredirektoratet, Ernæringsrådet, Forbrugerinformationen, Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Forskningsforeningen frugt, grønt og kartofler samt Gartneribrugets Afsætningsudvalg samarbejder om at fremme forbruget af frugt og grønt i Danmark.

På Fyn har amtet og 10 kommuner taget initiativ til projektet Børn, Mad og Bevægelse, hvis formål er at øge trivsel og sundhed blandt børn. Bl.a. ved at udvikle lokale mad- og bevægelsespolitikker, involvere familien og efteruddanne lærere og pædagoger.

Kost er et højt prioriteret tema i amternes sundhedsfremmeplanlægning.

Fælles udfordringer

- Sunde kostvaner blandt børn.
- Sunde kostvaner blandt voksne, særligt ældre.
- Tilstrækkeligt indtag af specifikke næringsstoffer (fx vitamin D, folat, jern og jod).
- Kvaliteten af den offentlige måltidsservice, herunder i forhold til særlige målgrupper.
- Dansk indflydelse på EU-harmonisering på fødevareområdet.

Hvad kan den enkelte gøre?

- Vælge sunde mad- og måltidsvaner.
- Skabe fællesskab om måltiderne.
- Støtte børn og unge i at udvikle sunde kostvaner.
- Støtte personer, der prøver at ændre kostvaner.
- Spise sundt og i passende mængder.

Hvad kan vi gøre i fællesskab?

- Skabe sunde mad- og måltidsordninger – på skoler, institutioner, idrætsforeninger, arbejdspladser m.v.
- Sikre kvaliteten af maden – på hospitaler, plejehjem og for ældre i eget hjem.
- Opbygge netværk og initiativer der kan understøtte sunde kostvaner.
- Sikre professionel baggrund hos personer, der har at gøre med ældres og syges kost.

Hvad kan det offentlige gøre?

- Sikre et højt informationsniveau om sundhed i relation til fødevarer og måltider.
- Sikre koordinerede budskaber, så forvirring mindskes.
- Sikre at borgerne har adgang til sunde fødevarer og at borgerne ikke vildledes.
- Lade oplysninger om sund kost indgå i uddannelse af sundhedspersonale.
- Opstille strategier for fremme af sunde kostvaner.

Fysisk aktivitet

Fakta om fysisk aktivitet

20-30% af befolkningen er så fysisk inaktive, at det indebærer en sundhedsrisiko.

Fysisk inaktive har dobbelt så stor risiko for tidlig død end fysisk aktive.

Antallet med stillesiddende arbejde er steget fra 33% i 1987 til 37% i 2000.

Personer med stillesiddende arbejde kompenserer ikke ved at være mere fysisk aktive i fritiden.

Deltagelse i fysisk aktivitet har stærk sammenhæng med uddannelse og indkomst.

Sundhedspolitisk mål

Fysisk aktivitet

Antallet af fysisk aktive skal øges markant, og fysisk aktivitet skal være en naturlig del af hverdagen

Status

Fysisk aktivitet har stor betydning for sundheden – større betydning end man hidtil har været opmærksom på. Dette har medført og må medføre en øget interesse for området. Et voksende antal børn får ikke motion i hverdagen. Og der sker en stadig stigende polarisering af børnene i grupper af fysisk aktive og fysisk inaktive.

Strategi

Forebyggelse i forhold til fysisk inaktivitet omfatter:

- Generel information om anbefalingerne om fysisk aktivitet, herunder målrettet information og rådgivning i forhold til fysisk inaktive personer.
- Fysisk aktivitet som en naturlig del af hverdagen, bl.a. gennem forbedrede muligheder for fysisk aktivitet.
- Fysisk aktivitet som led i behandling og genoptræning.

Information

Befolkningen skal have kendskab til anbefalingerne om fysisk aktivitet. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at voksne dagligt er fysisk aktive mindst 1/2 time af moderat intensitet. For børn er anbefalingen en time. Aktiviteten kan opdeles i mindre perioder. Det er væsentligt, at viden om fysisk aktivitets sundhedsfremmende betydning indgår i uddannelse og videreuddannelse af sundhedsprofessionelle, lærere, pædagoger m.v.

Muligheder for fysisk aktivitet

Det er vigtigt, at den enkelte – også mere spontant – har mulighed for at være fysisk aktiv i hverdagen. Det gælder i hjemmet, i fritiden, i lokalmiljøet, i forbindelse med transport og på arbejdspladsen, og ikke mindst på arbejdspladser med stillesiddende arbejde. Mange steder kan der med fordel udformes motionspolitikker. De frivillige organisationer og foreninger er væsentlige aktører.

Fysisk aktivitet som led behandling og genoptræning

Fysisk aktivitet kan i visse tilfælde erstatte medicinsk behandling. Disse muligheder bør udnyttes bedre. I forbindelse med svær overvægt kan det fx være relevant for den prakti-

serende læge at henvise patienten til et motionshold for overvægtige og lignende.

Hvem gør hvad?

For at forebygge fysisk inaktivitet er det nødvendigt med en indsats fra mange sider. Bl.a. skolen, daginstitutionerne, arbejdspladserne, idræts- og foreningslivet, og de sygdomsbekæmpende foreninger. Og fx de ansvarlige for den fysisk planlægning, byggeriet og sundhedsvæsenet i relation til rehabilitering og motion som lægemiddel.

Eksempler på partnerskaber:
"Vi Cykler til Arbejde" – et motionssamarbejde mellem Dansk Cyklistforbund og Dansk Firmaidrætsforbund.

Sundhedsstyrelsen undersøger sammen med Hjerteforeningen befolkningens motivation og barrierer for fysisk aktivitet.

Flere kvarterløftprojekter, fx Holmbladsgadekvarteret, har kultur- og idrætsområdet som indsatsområde, hvor det bl.a. tilstræbes at få de inaktive aktive.

Socialministeriet har i samarbejde med Syddansk Universitet iværksat en forskningsindsats på ældretræningsområdet.

Indsatser mod fysisk inaktivitet har fået en højere prioritet i amternes sundhedsplanlægning.

Fælles udfordringer

- Sammenhæng i motionstilbud og –muligheder, ikke mindst for børn og unge.
- Borgere, herunder nydanskere, med ringe tradition for eller erfaring med fysisk aktivitet.
- Fysisk aktivitet hos ældre og syge, herunder fysisk aktivitet og genoptræning som et led i sygdomsbehandlingen.
- Nye samarbejdsformer med bl.a. idrætsforeninger.
- Den teknologiske udvikling og dens tendens til at skabe fysisk inaktivitet.

Hvad kan den enkelte gøre?

- Være fysisk aktive mindst en time om dagen (børn).
- Være fysisk aktive mindst en halv time om dagen (voksne).
- Støtte børn og unge i at blive/forblive fysisk aktive.
- Gøre den daglige transport aktiv ved at tage cyklen, trappen m.v.
- Støtte fysisk inaktive til at blive aktive.

Hvad kan vi gøre i fællesskab?

- Skabe fysiske rammer, der stimulerer til fysisk aktivitet, bl.a. i skoler, daginstitutioner og på arbejdspladser.
- Skabe alsidige tilbud, der kan motivere folk, der ikke har tradition for at være fysisk aktive, herunder nydanskere.

Hvad kan det offentlige gøre?

- Sikre et højt informationsniveau om fysisk aktivitets betydning for sundheden.
- Sætte fokus på fysisk aktivitet i forebyggelsen og som led i behandling.
- Lade oplysninger om fysisk aktivitet indgå i uddannelse af sundhedspersonale og pædagogisk personale m.v.

Svær overvægt

Fakta om svær overvægt

Andelen af svært overvægtige over 16 år er steget fra 5,5% i 1987 (250.000) til 9,5% (400.000) i 2000. Andelen af overvægtige er steget fra 1,3 til 1,7 mio. i samme periode.

Svær overvægt øger risikoen for en række sygdomme, som hjerte-karsygdomme, aldersdiabetes, visse kræftformer, nedslidningsskader på bevægeapparatet. Svær overvægt nedsætter kvinders fertilitet.

Svær overvægt er forbundet med risiko for udstødelse fra arbejdsmarkedet, stigmatisering, mobning og lavt selvværd.

Sundhedspolitisk mål

Svær overvægt

Stigningen i antallet af svært overvægtige skal stoppes.

Status

Forekomsten af overvægt og svær overvægt er stærkt stigende – i Danmark som i resten af den vestlige verden. Andelen af svært overvægtige voksne nærmer sig i dag en tiendedel af befolkningen.

Svær overvægt er defineret ved BMI>30 og overvægt ved BMI>25. BMI står for Body Mass Indeks og beregnes ud fra en persons vægt og højde (kg/m2).

Strategi

Indsatsen på området omfatter:

- Generel forebyggelse af overvægt, herunder en målrettet indsats i forhold til børn og unge.
- Udvikling af effektive forebyggelses- og behandlingsmetoder.
- Indsats i forhold til personer med særlig risiko for at udvikle svær overvægt og overvægtsrelaterede sygdomme.

Generel forebyggelse af overvægt

Overvægt er den væsentligste risikofaktor for svær overvægt. Den primære forebyggelse handler om sund kost og fysisk aktivitet.

Svær overvægt er et stigende problem blandt børn og unge. De fleste overvægtige teenagere forbliver overvægtige som voksne. Det er vigtigt, at børn får opbygget sunde og faste kostvaner og en glæde ved at bevæge sig. Det kan ske dels ved at skabe sundhedsfremmende rammer om børns hverdag, og dels ved at de voksne, der omgiver børn, støtter og opmuntrer dem til at udvikle gode kost- og bevægelsesvaner.

Forebyggelses- og behandlingsmetoder

Svær overvægt er et område, hvor der er behov for at få udviklet metoder og redskaber – såvel for forebyggelses- som behandlingsindsatsen. For at sikre en samlet, prioriteret indsats er Sundhedsstyrelsen i færd med at udarbejde et oplæg til en national handlingsplan vedrørende forebyggelse og behandling af svær overvægt. Oplægget vil bl.a. indeholde dokumentation, oversigt over aktiviteter/tilbud samt idekatalog for fremtidige indsatser. Oplægget forventes at foreligge ved årsskiftet 2002/2003.

Personer med særlig risiko
Forebyggelse af svær overvægt og stigende overvægt forudsætter en særlig indsats – især i forhold til risikopersoner, herunder børn og unge med familiær disposition, visse grupper af nydanskere samt personer i visse typer af medicinsk behandling. Det er vigtigt, at der udvikles forskellige behandlingsformer. Behandlingen skal være tværfaglig og individuel og inddrage både biologiske, psykologiske, sociale og kulturelle elementer.

Hvem gør hvad?

Forebyggelse af svær overvægt og udvikling af effektive behandlingstilbud forudsætter en indsats på mange felter. Vigtige aktører er skolen, daginstitutioner, den kommunale sundhedspleje, uddannelsesinstitutioner, arbejdspladser, sygdomsbekæmpende foreninger, patientorganisationer m.v. Men også forskningsinstitutioner, praktiserende læger, amtslige forebyggelsesenheder, Julemærkehjem og andre behandlingstilbud har vigtige roller at spille.

Eksempler på partnerskaber:
Storstrøms Amt, dets sygehuse og kommuner i amtet om indsatser overfor overvægtige gravide og overvægtige børn og unge.

Københavns Kommune samarbejder med Danske Gymnastik- og Idrætsforeninger, Rigshospitalet og Forskningsinstitut for Human Ernæring om indsats i forhold til overvægtige børn.

Thisted Kommune i samarbejde med Folkeligt Oplysnings Forbund om tilbud til overvægtige børn med team af sundhedsplejerske, klinisk diætist, psykolog, idrætslærer, pædagog og sundhedskoordinator.

Vejle Amt i samarbejde med Horsens Kommune og detailhandlen om projektet "Horsens Let by", www.letby.dk, med bl.a. selvhjælpsgrupper samt med fokus på sund kost og børn.

Daghøjskolen Ebeltoft Kurcenter og Arbejdsformidlingen i en række kommuner.

Fælles udfordringer

- Udvikling af effektive behandlingsformer.
- Tidlig indsats overfor risikopersoner.

Hvad kan den enkelte gøre?

- Støtte og opmuntre børn og unge i at udvikle sunde mad- og motionsvaner.
- Være opmærksom på kraftig vægtstigning
- Bremse en stigende vægtudvikling, eventuelt søge støtte hertil.
- Være fysisk aktiv mindst svarende til anbefalingerne.
- Spise sundt og i passende mængder.
- Støtte personer, som ønsker hjælp til vægtstyring/vægttab.

Hvad kan vi gøre i fællesskab?

- Undgå at stigmatisere svært overvægtige.
- Give muligheder for støtte til personer, som ønsker vægtstyring/vægttab.
- Opbygge tværfaglige, sammenhængende forebyggende tilbud.
- Udarbejde sundhedspolitikker på arbejdspladser.
- Animere fødevareproducenter og andre til at producere og markedsføre sund mad.

Hvad kan det offentlige gøre?

- Sikre koordinerede budskaber om vægtstyring/vægttab.
- Udvikle tværfaglige behandlingsformer for risikogrupper.
- Følge udviklingen i overvægt.
- Integrere forebyggelse af svær overvægt i indsatserne i forhold til kost og fysisk aktivitet.
- Lade forebyggelse af svær overvægt indgå i uddannelse af sundhedspersonale.

Ulykker

Fakta om ulykker

Ulykker er den hyppigste dødsårsag op til 40-årsalderen.

Hjemme- og fritidsulykker er hvert år skyld i ca. 1/2 mio. skadestuekontakter og 1.800 dødsfald.

Færdselsulykker er hvert år skyld i ca. 46.000 skadestuekontakter og over 400 dødsfald.

Arbejdsulykker er hvert år skyld i ca. 86.000 skadestuekontakter og 70 dødsfald.[1]

1) **Arbejdsulykker er omfattet af programmets mål for arbejdsmiljø.**

Sundhedspolitisk mål

Ulykker

Antallet af trafik-, hjemme- og fritidsulykker skal reduceres markant.

Status

Antallet af hjemme- og fritidsulykker har stort set været konstant de sidste 10 år. Antallet af ulykkesdødsfald hos børn er højere i Danmark end i flere af de lande, vi normalt sammenligner os med. Faldulykker blandt ældre er et stigende problem.

Antallet af dødsfald i trafikken har været faldende de senere år. Der er taget en række tiltag for at forbedre trafiksikkerheden for svage trafikanter som børn, cyklister, fodgængere og ældre. Og regeringen har stillet forslag om at udbygge kontrollen og skærpe sanktionerne, særligt over for unge bilister.

Strategi

Forebyggelsen af ulykkesområdet omfatter:

- En sammenhængende indsats i forhold til forebyggelsen af hjemme- og fritidsulykker, herunder forbrugersikkerhed.
- En styrkelse af den generelle forebyggelse af trafikulykker gennem information, kontrol, vejtekniske foranstaltninger samt forskning og monitering.
- En særlig indsats overfor særligt udsatte grupper i trafikken og overfor trafikanter med risikoadfærd.

Forebyggelse af hjemme- og fritidsulykker

Der er de senere år gennemført en række indsatser for at forebygge ulykker blandt børn og ældre, som er mere udsatte end andre aldersgrupper. Bl.a. gennem Sund By netværket. Regeringen ønsker fortsat at fremme de lokale forebyggelsesindsatser. Det er vigtigt, at indsatsen er vedholdende og differentieret i forhold til de forskellige målgrupper. Effektiv ulykkesforebyggelse kræver en tværfaglig indsats med personlig kontakt.

Indsatsen for forbrugersikkerhed handler dels om at stille krav til produkters udformning og tjenesteydelsers udførelse, så risikoen ved at bruge disse minimeres eller helt fjernes, dels om en aktiv og målrettet informationsindsats om sikker forbrugeradfærd. Denne indsats skal fortsættes, bl.a. på grundlag af en ulykkesregistrering.

Forebyggelse af trafikulykker

Antallet af dræbte i trafikken har været faldende de seneste år, men det ligger fortsat over antallet af trafikdræbte i flere af de lande, som vi normalt sammenligner os med. Der skal sættes målrettet ind på at nedbringe antallet

af trafikdræbte og alvorligt tilskadekomne. Det vil også have en afsmittende effekt på antallet af lettere tilskadekomne i trafikken. Målene fra Færdselskommissionens handlingsplan fra 2000 "Hver ulykke er én for meget" skal fastholdes.

Særligt udsatte grupper i trafikken og indsats mod risikoadfærd

Trafiksikkerheden skal forbedres for særligt udsatte grupper i trafikken, herunder børn og ældre. Bl.a. gennem en systematisk ulykkesbekæmpelse på både statsveje og på kommune- og amtsveje. Den automatiske hastighedskontrol målrettes i særlig grad mod "sorte pletter" og farlige strækninger, herunder strækninger, hvor børn og ældre ofte færdes.

Det er vigtigt at sætte ind over for trafikanter, som på grund af deres adfærd eller manglende erfaring udgør en risiko for ikke blot dem selv, men også for andre i trafikken. Der skal derfor udøves en effektiv og målrettet politimæssig kontrol og indføres skærpede sanktioner for bl.a. grove hastighedsovertrædelser og spirituskørsel. Den periode, hvori førstegangserhververe af kørekort kan få pålagt kørselsforbud på grund af grove færdselslovsovertrædelser, udvides fra 2 til 3 år.

Hvem gør hvad?

Effektiv ulykkesforebyggelse forudsætter et veludbygget samarbejde. Forebyggelse af hjemme- og fritidsulykker hviler dels på et arbejde på centralt niveau for at fremme sikre produkter. Dels på det lokale forebyggende arbejde. På trafikområdet er der et veludbygget samarbejde mellem Rådet for Større Færdselssikkerhed og myndigheder og organisationer, både lokalt og centralt.

Eksempler på partnerskaber:

Samarbejde mellem amter og kommuner i Sund By netværket om skadeforebyggelse. Netværket har udarbejdet materiale om forebyggelse af ulykker.

Samarbejde mellem amt, kommuner og frivillige om forebyggelse af faldulykker. Et eksempel er "Gå-tur" projektet i Storstrøms Amt. Formålet er at forebygge indlæggelser af ældre, styrke deres fysiske aktivitet og stimulere sociale kontakter.

Samarbejde mellem Rådet for Større Færdselssikkerhed og ca. 80 lokale færdselssikkerhedsudvalg. Samarbejdet resulterer i årlige fælleskampagner.

Kampagnen "SMS – Stodder Med Stil". Et samarbejde mellem Rådet for Større Færdselssikkerhed og GODA – Foreningen Gode Alkoholdninger. Kampagnen er særlig rettet mod unge på tekniske skoler.

Samarbejde mellem politi og folkeskoler om bl.a. færdselslære og gennemførelse af cyklistprøver.

Fælles udfordringer

- Sammenhæng i forebyggelse af hjemme- og fritidsulykker, herunder udbygning af indsatsen overfor ældres faldulykker.
- Trafikal risikoadfærd, spritkørsel og fartsyndere.
- "Sorte pletter" og farlige vejstrækninger.

Hvad kan den enkelte gøre?

- Være bevidst om, at sikkerhed starter med en selv.
- Ikke tage "chancen" med defekt eller farligt udstyr i hjemmet.
- Hjælpe ældre med at faldsikre hjemmet.
- Bruge sikkerhedssele.
- Ikke køre spritkørsel.
- Overholde fartgrænserne.
- Vise hensyn i trafikken.
- Køre efter reglerne, forholdene og egne evner.

Hvad kan vi gøre i fællesskab?

- Udbrede viden om førstehjælp.
- Gennemgå institutioner og det lokale trafiksystem for risici.
- Holdningsbearbejde andre trafikanter.
- Henlede opmærksomheden på risikoen for unges spirituskørsel.
- Etablere fælles afhentningsordninger for unge fra fester, byture m.v.

Hvad kan det offentlige gøre?

- Informere og gennemføre kampagner om forbrugersikkerhed.
- Sikre faldforebyggelse som led i forebyggende hjemmebesøg m.v.
- Sikre ulykkesregistrering.
- Informere om faren ved færdselslovsovertrædelser.
- Styrke trafikkontrollen.
- Skærpe sanktionerne ved fx spritkørsel og grove hastighedsovertrædelser.
- Udføre systematisk ulykkesbekæmpelse på vejnettet.

Arbejdsmiljø

Fakta om arbejdsmiljø

Ca. 10% af sygehusindlæggelserne kan undgås ved godt arbejdsmiljø – for livstruende sygdomme som hjertekarsygdomme drejer det sig om ca. 20% og for kræft om ca. 5%.

Der anmeldes årligt ca. 50.000 arbejdsulykker og ca. 15.000 arbejdsbetingede lidelser.

Ca. 10% af luftvejsallergier er arbejdsbetingede, og hudproblemer rangerer højt i arbejdsskadeanmeldelserne.

Hver erhvervsaktive dansker er i gennemsnit fraværende fra arbejde én dag om året pga. arbejdsulykke.

Dårligt arbejdsmiljø medfører udstødelse fra arbejdsmarkedet og sygefravær. En række ufaglærte jobgrupper er i særlig grad belastet, fx i sundheds- og plejesektoren.

Sundhedspolitisk mål

Arbejdsmiljø

Omfanget af helbredsforringende arbejdsmiljøbelastninger skal reduceres markant. Det skal bl.a. ske gennem målrettede forebyggelsesaktiviteter på arbejdsmiljøområdet og integration med målrettede sundhedsfremmeaktiviteter.

Status

Nye arbejds- og organisationsformer, ændrede ansættelsesforhold og en stadig stigende intensitet i arbejdet har vist nye udfordringer for parterne på arbejdsmarkedet og for myndighederne. Disse problemer skal løses i takt med løsningen af de traditionelle arbejdsmiljøproblemer.

Der er sket et fald i anmeldelserne af arbejdsbetingede skader på grund af tunge løft, men tunge løft er stadigvæk et udbredt og alvorligt arbejdsmiljøproblem. Forekomsten af ensidigt gentaget arbejde er blevet reduceret i en række brancher, men er fortsat et væsentligt problem. Der ses, efter mange års ihærdig indsats fra virksomheder, arbejdsmarkedets parter og myndigheder, et markant fald i anmeldelserne af arbejdsbetingede nervesystemsskader som fx hjerneskader. På en række andre arbejdsmiljøområder kan der ikke identificeres klare udviklingstendenser.

Sundhedsfremme på arbejdspladsen er en effektiv forebyggelsesindsats, og der vil fremover være grobund for en stigende integration af arbejdsmiljø- og sundhedsfremmeaktiviteter.

Strategi

Handlingsprogrammet "Rent Arbejdsmiljø År 2005" fra 1995 fastlægger rammen for den samlede arbejdsmiljøindsats. Status i 2002 viser, at 18 væsentlige arbejdsmiljøproblemer skal udgøre rammen for den samlede indsats i arbejdsmiljøsystemet. For at intensivere indsatsen er der indenfor de 18 arbejdsmiljøproblemer foretaget en prioritering. Det betyder, at følgende fire væsentlige arbejdsmiljøproblemer får særlig opmærksomhed fra parternes og myndighedernes side frem til 2005:

- Forebyggelse af dødsulykker og alvorlige ulykker.

- Forebyggelse af skader ved tunge løft.
- Forebyggelse af skader ved ensidigt gentaget arbejde.
- Forbedring af det psykiske arbejdsmiljø.

For hvert af disse områder er der opstillet landsdækkende effektmål, der skal nås i 2005.

Den enkelte virksomhed og branche vil dog fortsat arbejde med samtlige væsentlige arbejdsmiljøproblemer i det omfang, de er relevante for virksomheden/branchen.

Helbredsproblemer på grund af dårligt arbejdsmiljø har bevæget sig fra problemer med relativ enkle årsagssammenhænge til det moderne livs mere komplekse helbredsproblemer, hvor arbejdsmiljøet er en blandt flere risikofaktorer for helbredsproblemer. Og hvor den måde, man i øvrigt lever sit liv på, kan spille ind på, om man bliver syg eller ej. Omvendt kan vilkårene i arbejdslivet have stor betydning for den enkeltes muligheder for at vælge en sund livsstil.

Der er således et betydeligt forebyggelsespotentiale i arbejdsmiljøet i forhold til en række af de væsentlige folkesygdomme. Indsatsen skal i vidt omfang basere sig på frivillighed.

Hvem gør hvad?

Opstillingen af effektmål for de prioriterede arbejdsmiljøproblemer er landsdækkende og omfatter den samlede arbejdsmiljøindsats, herunder såvel parternes som myndighedernes indsats. Alle brancher forventes at bidrage til at opnå en markant reduktion af problemerne.

Det forudsætter samarbejde og koordinering mellem arbejdsmarkedets parter og myndighederne. Det er organisationerne, der for så vidt angår parternes indsats, skal sikre sammenhæng mellem den landsdækkende prioritering og prioriteringen på brancheniveau, herunder særligt i forhold til de igangsatte aktiviteter.

Eksempler på partnerskaber:
På arbejdsmiljøområdet er der med arbejdsmiljørådet og 11 Branchearbejdsmiljøråd (BAR) etableret en samarbejdsstruktur, hvor Arbejdsmarkedets parter, både private og offentlige, samarbejder om løsning af sikkerheds- og sundhedsspørgsmål generelt på arbejdsmarkedet og inden for en eller flere specifikke brancher. Arbejdsmiljørådet og BAR'erne samarbejder med såvel Arbejdstilsynet som Bedriftssundhedstjenesten (BST).

Projekt Sund Amagerforbrænding – et samarbejde mellem Københavns Kommune og Amagerforbrændingen. Projektets formål har været at øge sundheden og trivslen for den enkelte medarbejder og for arbejdspladsen som helhed.

Fælles udfordringer

- Prioritering af arbejdsmiljøarbejdet.
- Udvikling af løsningsmuligheder og valg af forebyggelsesinstrumenter.
- Fastholdelse af kvalificeret arbejdskraft og konkurrencestærke virksomheder gennem et godt arbejdsmiljø.

Hvad kan den enkelte gøre?

- Tage vare om eget og andres arbejdsmiljø.
- Tage aktivt del i sikkerheds- og sundhedsarbejdet.
- Støtte op om sikkerhedsrepræsentantens arbejde.
- Overholde instruktioner.
- Opdrage børn og unge til at stille krav til og håndtere arbejdsmiljøet.

Hvad kan vi gøre i fællesskab?

- Gøre arbejdsmiljødebatten central på arbejdspladsen og skabe let adgang til information om løsningsmetoder.
- Støtte kolleger og medarbejdere i det daglige arbejde.
- Give rum for tilbageslusning af arbejdsskadede kolleger og medarbejdere.
- Oprette lokale virksomhedsnetværk til erfaringsudveksling.
- Skærpe opmærksomheden overfor unges fritidsarbejde.
- Skabe sunde rammer på arbejdspladsen.
- Sætte særligt fokus på psykisk arbejdsmiljø, tunge løft, ensidigt gentaget arbejde og risici for alvorlige ulykker.

Hvad kan det offentlige gøre?

- Fastholde det stigende fokus på arbejdsmiljøområdet.
- Tilpasse regulering, tilsyn og vejledningsarbejde til den tekniske og sociale udvikling.
- Formidle viden og erfaring om sundhedsfremme på arbejdspladsen.
- Opmærksomhed fra sundhedsvæsenet på arbejdsbetingede lidelser.

Miljøfaktorer

Fakta om miljøfaktorer

OECD anslår, at 2-5 % af sygdomsbelastningen i højindkomst-lande er miljørelaterede.

Ca. 10 % af de årlige kræfttilfælde herhjemme vurderes at være miljørelaterede.

Luftforurening i byer har negativ indflydelse på middellevetiden. En reduktion af den nuværende partikelforurening (alle partikelstørrelser) med ca. 1/3 i danske byer skønnes på længere sigt at kunne reducere dødeligheden med ca. 400 årlige dødsfald pr. 1 million indbyggere.

Miljøstyrelsen har vurderet, at der findes ca. 20.000 kemiske stoffer, 100.000 kemiske produkter og 200.000 varer og industrielle produkter, hvori der indgår kemiske stoffer på det danske marked. For hovedparten af disse stoffer er der kun yderst sparsom viden om stoffernes indvirken på sundheden.

Mange er generet af støj i hverdagen. Støj kan påvirke børns indlæringsevne.

Indeklimasymptomer kan skyldes skimmelsvampe i bygninger. Personer med astma eller høfeber er særligt udsatte for at få gener af skimmelsvampe.

Sundhedspolitisk mål

Miljøfaktorer

Miljøfaktorers negative påvirkning af sundheden skal forebygges, og der skal fortsat sikres et højt beskyttelsesniveau.

Status

Regeringen offentliggør i løbet af kort tid et forslag til strategi for miljøfaktorer og sundhed, som omfatter det ydre miljø, kemiske stoffer i produkter og varer, fødevarer, arbejdsmiljøet og indeklima. Strategien er i høring frem til udgangen af december 2002. Strategien samler og prioriterer den lange række af indsatser, som i dag varetages af forskellige myndigheder.

Strategi

Strategien for miljøfaktorer og sundhed indeholder en plan, som prioriterer og samler indsatsen de kommende år. Strategien omfatter fysiske miljøfaktorer som partikulær forurening, støj og stråling, kemiske miljøfaktorer og visse former for biologiske miljøfaktorer i det ydre miljø. Sigtet med strategien er både at koordinere og styrke myndighedernes indsats mod en række sundhedsskadelige miljøfaktorer og udpege områder, hvor øget viden er afgørende for en mere effektiv indsats.

Hvem gør hvad?

Miljø og sundhed går på tværs af en række områder og myndigheder. Det er vigtigt, at myndighederne tager ansvar for, at rammerne for at få en sund tilværelse er til stede og for at sikre en god og sammenhængende

regulering på området. Det betyder samtidig krav til virksomheder og producenter, information og oplysning til forbrugere. Forbrugerne kan medvirke til, at de varer, som findes på markedet er de mindst miljøbelastende ved at stille krav til de varer de køber. Forbrugerne skal være opmærksomme på, at forbruget af unødvendige kemikalier kan medvirke til den samlede belastning af sundheden.

Fælles udfordringer

Den kommende strategi og handlingsplan anfører en række områder som udfordringer og indsatsområder, mht. indsats overfor særlige sundhedsskader, særlige miljøfaktorer og kilder for disse faktorer.

Hvad kan den enkelte gøre?

- Være opmærksom på brugsvejledning, mærkning og advarsler ved anvendelse af kemiske forbrugerprodukter.
- Være opmærksom på myndigheders råd.
- Tage hensyn til miljøet og de nære omgivelser i det daglige, mht. ressourceforbrug, anvendelse af unødvendig kemi m.v.
- Opbevare kemiske produkter forsvarligt.

Hvad kan vi gøre i fællesskab?

- Tage hensyn til miljøet og være opmærksom på mulige gener/risici.
- Tage hensyn til hvornår andre føler sig generet af støj, kemisk påvirkning, dufte m.v.
- Sørge for tilgængelig information og for at der tages de nødvendige forholdsregler.
- Importører og producenter har ansvar for at tilvejebringe information om fare og risici ved anvendelse af produkter.

Hvad kan det offentlige gøre?

- Sikre relevant og anvendelsesorienteret information.
- Indgå i gensidig dialog med erhvervsliv og borgere for at målrette information og vejledninger.
- Styrke samarbejdet myndighederne imellem.
- Skabe større viden om miljøfaktorers betydning for sundheden gennem forskning og videnopbygning.

3. Folkesygdomme

Forebyggelse og sundhedsfremme har ikke kun til formål at holde "raske mennesker raske". Det har også til formål at rehabilitere syge, dvs. sikre mod yderligere funktionstab og genskabe livskvalitet og livsmod. Ikke alle alvorlige sygdomme er umiddelbart livstruende, men medfører alvorlige begrænsninger for livsudfoldelse og risiko for varige funktionstab. Fokus for forebyggelsen bør derfor også rette sig mod de ikke-livstruende sygdomme og de store tab af livskvalitet, disse kroniske lidelser medfører.

Og det er ikke noget lille problem. Mere end hver tredje voksne dansker lever med en langvarig sygdom og næsten en halv million med en meget hæmmende langvarig sygdom. Næsten halvdelen af disse har sygdomme i muskel og skelet, herunder osteoporose. Resten omfatter hjerte-karsygdomme, luftvejslidelser og følger efter ulykker.

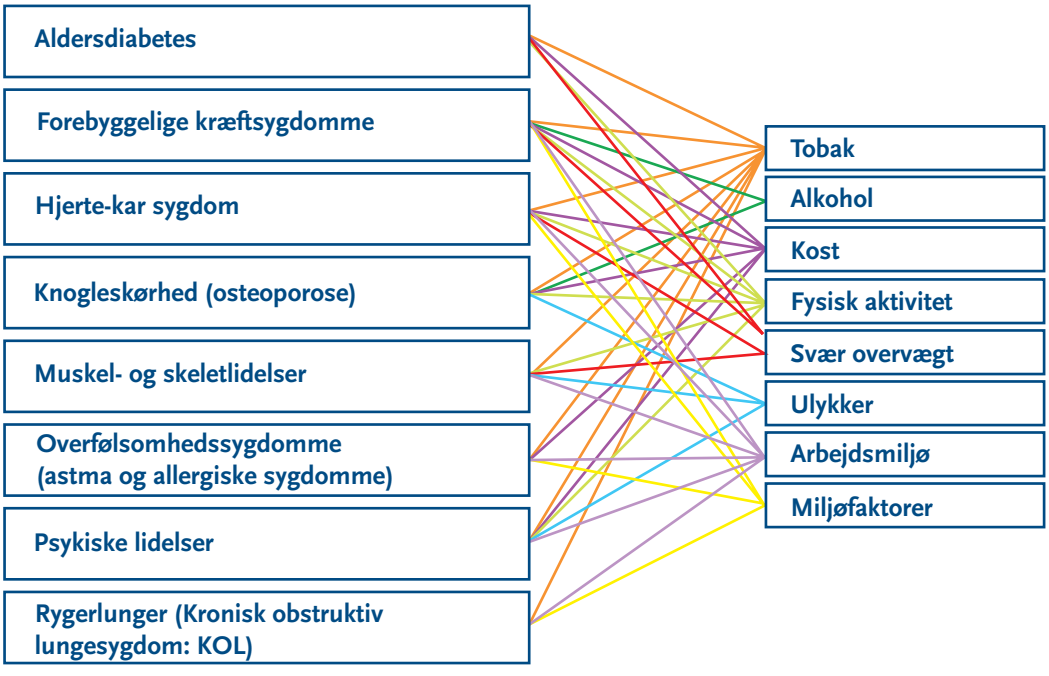
Det er sygdomme med så stor udbredelse, at udtrykket folkesygdomme er berettiget. Det er sygdomme, der har store menneskelige omkostninger, og samtidig koster milliarder for det danske sundheds- og socialvæsen.

I første omgang har regeringen i regeringsgrundlaget meldt ud, at der skal laves strategier for fire af de store folkesygdomme – aldersdiabetes, hjerte-karsygdomme, osteoporose og overfølsomhedssygdomme. De er nu blevet suppleret med fire yderligere – forebyggelige kræftsygdomme, muskel- og skeletlidelser, psykiske lidelser og rygerlunger (kronisk obstruktiv lungesygdom: KOL). Alle otte sygdomme har store menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger. Der er derfor behov for en målrettet indsats – ud fra menneskelige, sundhedsfaglige og samfundsøkonomiske betragtninger.
Regeringen vil udvikle strategier for følgende store folkesygdomme:

- Aldersdiabetes
- Forebyggelige kræftsygdomme
- Hjerte-karsygdom
- Knogleskørhed (osteoporose)
- Musket- og skeletlidelser
- Overfølsomhedssygdomme (astma og allergiske sygdomme)
- Psykiske lidelser
- Rygerlunger (Kronisk obstruktiv lungesygdom: KOL)

En stor del af disse sygdomme kan undgås ved forebyggelse og sundhedsfremme eller – hvis de er indtrådt – begrænses i deres virkninger.

Der er en klar sammenhæng mellem de store folkesygdomme og programmets risikofaktorer. En indsats i forhold til risikofaktorerne er også en indsats i forhold til de store folkesygdomme. Nedenstående figur viser i oversigtsform relationerne mellem programmets risikofaktorer og folkesygdomme.



Regeringen vil igangsætte et strategiarbejde for de otte folkesygdomme.

Strategiarbejdet skal danne grundlag for en fortsat vurdering, justering og udvikling af indsatsen og dens kvalitet. Strategiarbejdet vil således have karakter af en løbende proces.

Strategiarbejdet begynder ikke på bar bund.

Fælles for folkesygdommene er, at der allerede i dag sker en stor indsats for at forebygge sygdommene og deres konsekvenser. Opgaven bliver derfor i første række at få etableret et samlet overblik over indsatsen med henblik på dens fremtidige tilrettelæggelse.

Som et led i strategiarbejdet vil der bl.a. blive udarbejdet relevante indikatorer for de store folkesygdomme med henblik på at sikre en fortsat monitorering og dokumentation af udviklingen. En sådan dokumentation vil have afgørende betydning for en målrettet indsats, som løbende tilpasses og justeres på baggrund af ny viden om udviklingstendenser i sygelighed og sundhedsadfærd.

Strategiarbejdet skal fungere som afsæt for udarbejdelse af konkrete handlingsplaner på specifikke områder, iværksættelse af konkrete initiativer, tilvejebringelse og inddragelse af den nødvendige dokumentation m.v. Der er i den forbindelse behov for en løbende indsamling af ny viden om sygdomsårsager, om effektive forebyggelsesmetoder og om effektive metoder i patientrådgivningen, -støtten og -rehabiliteringen m.v. Strategiarbejdet vil fungere som afsæt for en fortsat udviklingsproces.

Indsatsen i forhold til folkesygdommene har tre centrale elementer:

- Forebyggelse og sundhedsfremme
- Egen indsats
- Patientrådgivning, -støtte, -rehabilitering m.v.

Den enkeltes egen indsats er vigtig for at bevare og forbedre sundheden. Den enkeltes egen indsats afhænger bl.a. af viden og handlekompetence. De bliver skabt i samspil mellem på den ene side den enkelte, familien og det nære netværk og på den anden side den forebyggende indsats og patientrådgivning, -støtte, -rehabilitering m.v., som varetages i store dele af samfundet.

Når det gælder langvarigt og kronisk syge spiller sundheds- og socialvæsenet en særlig rolle. For mange af programmets otte folkesygdomme gør sygdommen det nødvendigt, at patienten lægger sit liv om og ændrer livsstil. Patientens egenomsorg og ansvar for eget helbred er her ofte afgørende for at bevare helbredet bedst muligt og længst muligt. Sundheds- og socialvæsenet indtager en vigtig rolle ved at være med til at skabe rammer og forudsætninger for, at den enkelte kan vælge sundt og leve sundt med sin sygdom.

De tre elementer vil være gennemgående for arbejdet med alle otte folkesygdommene. En væsentlig del af strategiarbejdet er at sikre, at der er sammenhæng i indsatsens forskellige elementer. Og at de forskellige elementer vurderes og koordineres i forhold til hinanden.

Det er vigtigt, at de centrale aktører på de forskellige områder inddrages i strategiarbejdet. Der vil derfor blive etableret netværk i forbindelse med de enkelte strategiområder. Bl.a. med henblik på indgåelse af partnerskaber om konkrete initiativer.

For at sikre og fastholde en fremdrift i processen vil udviklingen inden for de otte folkesygdomme løbende blive fulgt i indikatorprogrammet, og strategiarbejdet og de initiativer, som udløber heraf, vil løbende blive beskrevet og vurderet, bl.a. ved årlige afrapporteringer.

Aldersdiabetes

Fakta om aldersdiabetes (type 2-diabetes)

Godt 100.000 danskere har fået diagnosticeret aldersdiabetes. Et lignende antal forventes at have sygdommen uden at vide det. Forekomsten af aldersdiabetes stiger betydeligt med alderen, og forekomsten af sygdommen er kraftigt stigende i befolkningen og forekommer i stadig yngre aldersgrupper.

Aldersdiabetes medfører risiko for komplikationer og følgesygdomme som åreforkalkning, amputationer, apopleksi, blodprop i hjertet, nyreskader, blindhed, nerveskader, tidlig død og invaliditet. Udover de lidelser, som disse komplikationer medfører, er der også betydelige behandlings- og plejeudgifter forbundet med fx nyresvigt, amputationer og blindhed.

Sundhedspolitisk mål

Aldersdiabetes

Væksten i antallet af personer med aldersdiabetes skal nedbringes. Komplikationer hos patienter med aldersdiabetes skal forebygges bl.a. ved egenomsorgsinitiativer.

Årsager til aldersdiabetes

Aldersdiabetes er en velfærdssygdom, klart relateret til livsstil. De væsentligste risikofaktorer er overvægt som følge af uhensigtsmæssig kost og fysisk inaktivitet. Familiær disposition for aldersdiabetes og visse lægemidler kan kraftigt forøge risikoen. Rygning øger ikke direkte risikoen for at få aldersdiabetes, men forøger risikoen for at udvikle komplikationer til sygdommen.

Hvordan kan aldersdiabetes forebygges?

Den grundlæggende og langsigtede forebyggende indsats over for aldersdiabetes er rettet mod fysisk inaktivitet og sunde kostvaner. Disse områder har de seneste år fået stigende opmærksomhed, og en række initiativer er iværksat, men der er fortsat betydelige udfordringer som beskrevet under målene om kost og fysisk aktivitet.

Aldersdiabetes medfører typisk behov for undervisning i egenomsorg, omlægning i dagligdagen for den enkelte og familien og hyppige kontakter med sundhedsvæsenet og hjemmeplejen.

Status – Hvad gøres allerede på området?

Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 1994: "Diabetesbehandling i Danmark, fremtidig organisering" indeholder en række anbefalinger med relevans for aldersdiabetes:

- Nedsættelse af amtslige diabetesudvalg – og etablering af national diabetesfølgegruppe.
- Organisation af behandling og omsorg.
- Opgavefordeling mellem egen læge og sygehus.
- Diabetesambulatorier med tilstrækkeligt fagligt bagland.
- Undervisning og kommunikation – hjælp til selvhjælp.
- Forebyggelse af senkomplikationer gennem systematisk opsporing.
- Evaluering, monitorering, kvalitetsudvikling.
- Økonomiske betragtninger på tværs af sektorer.
- Kvalitetsudvikling

Der er stor og tiltagende aktivitet på området både herhjemme og i udlandet, bl.a. har Dansk Selskab for Almen Medicin netop udsendt en ny såkaldt "konsensus-vejledning" til praktiserende læger. Sundhedsstyrelsens Center for Evaluering og Medicinsk Teknologi Vurdering er i gang med at belyse sundhedsvæsenets indsats overfor aldersdiabetes. I slutningen af 2002 forventes en MTV rapport (medicinsk teknologivurdering), der belyser områderne: Screening, diagnostik, farmakologisk og non-farmakologisk behandling.

Forebyggelige kræftsygdomme

Fakta om forebyggelige kræftsygdomme

Hvert år får ca. 30.000 danskere konstateret en kræftsygdom og ca. 15.000 danskere dør hvert år af en kræftsygdom. Det skønnes at 39% af kræfttilfældene hos mænd og 23% hos kvinder kan forebygges.

Kræft er den sygdomsgruppe, der bevirker det største antal tabte leveår under 65års-alderen.

Sundhedspolitisk mål

Forebyggelige kræftsygdomme

Antallet af kræfttilfælde skal nedbringes ved reduktion af befolkningens udsættelse for risikofaktorer, der vides at være forbundet med udvikling af kræftsygdom.

Årsager til kræftsygdom

En række kræftsygdomme i bl.a. lunger, mund, svælg, hud og tarm kan i varierende grad forebygges. Det drejer sig om en indsats mod rygning, alkohol, kræftfremkaldende stoffer i arbejdsmiljøet, menneskeskabt stråling (røntgen m.v.), UV-stråling (sollys), overvægt og radon i miljøet. En indsats mod rygning vil have langt den største effekt, idet omkring 25% af al kræft hos mænd og 15% af al kræft hos kvinder kan tilskrives rygning, bl.a. skyldes 85% af al lungekræft rygning. 3-5% af alle kræfttilfælde skyldes udsættelse for kræftfremkaldende stoffer i arbejdsmiljøet. Også kost og motion menes at have væsentlig betydning for udvikling af kræft, men det er vanskeligt at kvantificere.

Hvordan kan kræftsygdom forebygges?

Primær forebyggelse retter sig mod de kendte risikofaktorer for visse kræftsygdomme, som det er beskrevet under målene for risikofaktorer. Forebyggelsen går ud på at fjerne eller mindske befolkningens og den enkeltes udsættelse for disse.

Enkelte kræftsygdomme kan søges forebygget gennem screening: brystkræft, livmoderhalskræft og tarmkræft. Det skal imidlertid pointeres, at forebyggelse gennem screening er afhængig af, at de fundne forstadier kan behandles effektivt. Ved screening nedbringes antallet af kræftsyge ikke, men dødeligheden kan nedbringes. Et skøn er at screening for henholdsvis brystkræft, tarmkræft og livmoderhalskræft kan nedbringe dødeligheden af disse sygdomme i de relevante aldersklasser med henholdsvis omkring 20, 15 og 50%

Status – Hvad gøres allerede på området?

Forebyggelse af kræftsygdom var prioriterede emner i Middellevetidsudvalgets rapporter fra 1994 og i Den Nationale Kræftplan fra 2000. Bl.a. Sundhedsstyrelsen, det tidligere Tobaksskaderåd og Kræftens Bekæmpelse har gennem flere år udarbejdet kampagne- og undervisningsmateriale vedr. rygning rettet til befolkningen i almindelighed og til skolebørn og unge i særdeleshed. Hertil kommer en række nationale og internationale initiativer vedrørende mærkning af tobaksvarer og begrænsninger i markedsføringen. Der har desuden været gennemført kampagner mod

overdreven soludsættelse, især rettet til småbørnsforældre.

Screeningsprogrammer for livmoderhalskræft ("folkeundersøgelser") er nu indført i alle landets amter. Screening for brystkræft er implementeret i hovedstaden og på Fyn svarende til en dækning af ca. 20% af landet, mens screening for tarmkræft foreløbig er indført på forsøgsbasis.

Hjerte-karsygdom

Fakta om hjerte-karsygdom

Mindst 200.000 har iskæmisk hjertesygdom. Det er den næsthyppigste dødsårsag i Danmark og årsag til mere end 1.000 tidlige dødsfald (under 65 år) om året. Hertil kommer en stor gruppe af patienter med risiko for at udvikle hjertesygdom. Patienter med diabetes udgør en væsentlig del heraf. Knap 140.000 indlæggelser årligt (13% af samtlige indlæggelser og 17% af det samlede sengedagsforbrug) betyder, at hjerte-karsygdom er en af de største sygdomsgrupper. Udgifterne til den medikamentelle behandling er stigende.

Sundhedspolitisk mål

Hjerte-karsygdom

Antallet af nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom skal nedbringes.
Sygdomsudvikling blandt personer i høj risiko skal forebygges bl.a. ved hjerterehabilitering for patienter med hjerte-karsygdom.

Årsagerne til hjerte- karsygdom

Udvikling af iskæmisk hjertesygdom skyldes et samspil af mange faktorer, hvoraf nogle kan påvirkes, bl.a. livsstilsfaktorer (rygning, fysisk aktivitet og kostvaner), psykisk arbejdsmiljø (fx stress og skifteholdsarbejde) samt biologiske faktorer (blodtryksforhøjelse, forstyrrelser i blodets kolesterolindhold m.v.). Der findes en tydelig sammenhæng mellem risiko for hjerte-karsygdom og levekår eksempelvis socioøkonomisk forhold, uddannelse, sociale netværk og arbejdsmiljø.

Trods de senere års fald i antallet af dødsfald pga. iskæmisk hjertesygdom er udviklingen bekymrende. Antallet af indlæggelser p.g.a. hjerte-karsygdom har været støt stigende inden for de sidste 20 år.

Hvordan kan hjerte-karsygdom forebygges?

Det er veldokumenteret, at sund levevis og et godt psykisk arbejdsmiljø mindsker risikoen for udviklingen af hjerte-karsygdom. Undersøgelser har vist, at hvis raske mennesker ændrer deres livsstil med mere fysisk aktivitet i dagligdagen, øget indtag af frugt og grønt, reduceret indtag af mættet fedt og det samlede kalorieindtag samt ophører med at ryge, kan forekomsten af hjerte-karsygdom reduceres meget betydeligt.

Personer med særlig risiko for udvikling af iskæmisk hjertesygdom, dvs. personer med arvelig disposition, forhøjet serumkolesterol, højt blodtryk, storcigaretrygning, svær overvægt og diabetes har i særlig grad behov for en målrettet indsats. Effekten på udvikling af egentlig hjertesygdom er særlig markant i denne gruppe. Særligt udsatte erhvervsgrupper er ufaglærte arbejdere.

Tilbud om integreret individuel tilpasset hjerterehabilitering, som omfatter livsstilsintervention (fysisk træning, støtte til kostændring og støtte til rygeophør m.v.), patientundervisning og psykosocial omsorg samt medikamentel forebyggende behandling, kan bidrage positivt til hjertepatienternes fysiske, psykiske og sociale funktion samt livskvalitet. Hertil kommer betydelig reduktion i risikoen for genindlæggelse og død.

Status – Hvad gøres allerede i dag

I 1994 fremlagde Sundhedsstyrelsen en strategi for forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom. Anbefalingerne har været fulgt op af en lang række centrale og lokale aktiviteter vedr. kost og fysisk aktivitet.

Hjerteforeningen har gennem de sidste 15-20 år bidraget med generelle forebyggelsestiltag via støtte til de befolkningsrettede initiativer. Bl.a. gennem efterbehandlingstilbud til hjertepatienter på hjertecentre og i lokale foreninger.

Der er udarbejdet en række rapporter og kliniske retningslinier for hjerterehabilitering:

- Forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i almen praksis. Klinisk vejledning, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2002.
- Kliniske retningslinier for hjerterehabilitering, Hjerteforeningen og Dansk Cardiologisk Selskab, 1997.

Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark er i øjeblikket i gang med at udarbejde kliniske retningslinier for hjerterehabilitering i sygehusregi.

Der er sket en betydelig udbygning af behandlingstilbud. Der er gradvist sket en udbygning af tilbuddene om systematisk hjerterehabilitering.

Også på andre områder er der taget initiativer. Således har Arbejdstilsynet og parterne på arbejdsmiljøområdet prioriteret et målrettet og intensivt arbejde for forbedring af det psykiske arbejdsmiljø.

Knogleskørhed

Fakta om knogleskørhed (osteoporose)

Op til 300.000 personer skønnes at have osteoporose. 10.000-12.000 personer får årligt brud i lårbenshals, et lignende antal får brud i ryggen og endnu flere får brud i håndled. Det skønnes, at omkring halvdelen af disse brud skyldes osteoporose. Den samlede livstidsrisiko for et osteoporotisk brud er for en 50-årig kvinde 30-40%. Risikoen for mænd er betydeligt lavere, men i stigning. Dødeligheden et år efter førstegangsindlæggelse er 20% for hoftebrud.

Hoftebrud alene beslaglægger årligt 300.000 sengedage på sygehusene og betydelige ressourcer i den kommunale sektor til hjemmehjælp, genoptræning og plejehjem.

Sundhedspolitisk mål

Knogleskørhed

Væksten i antallet af personer med knogleskørhed skal nedbringes.
Sygdomsudviklingen blandt risikopersoner skal forebygges bl.a. ved fald- og brudforebyggende foranstaltninger.

Årsager til knogleskørhed

Knogleskørhed skyldes generelt for ringe tilvækst af knogle i barne- og ungdomsår samt tab af knoglemasse i voksenlivet. Knogleskørhed kan i betydelig grad betragtes som en velfærdssygdom klart relateret til livsstil. De væsentligste risikofaktorer er fysisk inaktivitet, mangel på kalk og vitamin D samt rygning. Undervægt og tidlig overgangsalder er ligeledes risikofaktorer. Familiær disposition har stor betydning for risikoen for at få knogleskørhed. Også visse lægemidler kan kraftigt forøge risikoen.

Hvordan kan knogleskørhed forebygges?

Primær forebyggelse retter sig mod fysisk inaktivitet, rygning, højt alkoholforbrug og mangelfuld kost for alle aldersgrupper. For ældre i risiko også mod faldforebyggelse fx indretningen af hjemmet (løse tæpper, utilstrækkeligt lys m.v.) og brugen af svimmelhedsudløsende lægemidler som fx nerve- og sovemedicin.

Sekundær forebyggelse drejer sig om tidlig opsporing af risikopersoner bl.a. personer med familiær disposition, kvinder med tidlig overgangsalder, storrygere og meget spinkle personer. Hvis undersøgelser viser tegn på knogleskørhed, kan der tilbydes samtale om forebyggende livsstilsændringer, anbefales kosttilskud i form af kalk- og D-vitamintilskud og udføres faldforebyggelse, herunder eventuelt udlevering af hoftebeskyttere. Endelig kan tertiær forebyggelse med medicinsk behandling sættes ind i forhold til højrisikopersoner, herunder personer, som har haft knoglebrud uden pludselig større fysisk påvirkning, typisk håndledsbrud eller rygsøjlesammenfald.

Status – Hvad gøres allerede på området?

Den grundlæggende og langsigtede forebyggende indsats over for knogleskørhed er rettet mod fysisk inaktivitet i alle aldersgrupper og mangler ved især ældres kost. Disse områder har de seneste år fået stigende opmærk-

somhed, og en række initiativer er iværksat. Men der er fortsat betydelige udfordringer som nævnt under målene om kost og fysisk aktivitet.

Igennem det seneste årti har der været en stigende opmærksomhed om knogleskørhed. Der er således udarbejdet en række rapporter m.v.:

- Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd og Dansk Sygehusinstituts konsensusrapport, 1995.
- Fødevaredirektoratet/Sundhedsstyrelsen: Osteoporose – Forebyggelse, diagnostik og behandling, 2000.
- Klaringsrapport fra Dansk Knoglemedicinsk Selskab, 2000.
- Praktisk Lægemiddelinformation nr. 4 fra 1997 og nr. 5 fra 1999.

Dansk Selskab for Almen Medicin forventer at udsende en vejledning om osteoporose i slutningen af 2002.

Muskel- og skeletlidelser

Fakta om muskel- og skeletlidelser

16% af voksne danskere har langvarige muskel- og skeletlidelser (fx i form af rygsygdom eller slidgigt) og ca. 50% af befolkningen har inden for de seneste 14 dage haft gener eller besvær i muskler og skelet. Forekomsten af muskel- og skeletlidelser har været stigende. Muskel- og skeletlidelser er en af de hyppigste årsager til sygefravær og den næst hyppigste årsag til helbredsbetinget førtidspension.

Sundhedspolitisk mål

Muskel- og skeletlidelser

Antallet af nye tilfælde af muskel- og skeletlidelser skal nedbringes og udstødelse af arbejdsmarkedet på grund af muskel- og skeletlidelse skal forebygges.

Årsager til muskel- og skeletlidelser

Muskel- og skeletlidelser omfatter sygdomme og gener fra bevægeapparatet, dvs. især led, muskler og sener. Spektret er meget bredt og strækker sig fra ømme og stive muskler ("muskelinfiltrationer", "myoser"), over smerter fra leddene forårsaget af fx slid- og leddegigt, til mere veldefinerede smertetilstande som fx dem, der kan udløses af en discusprolaps. Langt den største gruppe af muskel- og skeletlidelser udgøres af folkesygdommen "ondt i ryggen".

Hos en meget stor del af patienter med muskel- og skeletlidelser er det ikke muligt at angive en årsag til lidelsen. Eksempelvis kan der hos folk med ondt i ryggen kun stilles en specifik diagnose hos ca. 20%. Heller ikke årsagen til lidelser som musearm, fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom og piskesmæld er kendt. I nogle tilfælde skyldes lidelserne ensidige belastninger, fx i form af ensidigt gentagent arbejde og tunge løft, ligesom mindre traumer eller ulykkestilfælde, eventuelt i kombination med uhensigtsmæssig fejlbelastninger i efterforløbet, kan være årsager.

Slidgigt ses sjældent før 45 års alderen. Medfødte defekter og tidligere skader i bevægeapparatet er særlige risikofaktorer til slidgigt. Idræts-, motions- og arbejdsskader overbelaster muskler og senetilhæftninger og giver derved anledning til irritationstilstande. Leddegigt, der ses hos 1-2% af befolkningen, er en kronisk sygdom, der angriber og kan medføre destruktion af flere af kroppens led. Den tilgrundliggende årsag er ukendt, men tidligt indsat behandling kan være afgørende for at sikre funktion og modvirke invaliditet.

Knogleskørhed, der er en muskel- og skeletlidelse, er behandlet som særligt mål.

Hvordan kan muskel- og skeletlidelser forebygges?

Den grundlæggende og langsigtede forebyggende indsats over for de hyppigste typer af muskel- og skeletlidelser skal rettes mod at mindske fysisk inaktivitet i alle aldersgrupper. Forekomsten af muskel- og skeletlidelser kan søges nedbragt gennem en målrettet indsats for forbedrede motionsvaner. Indsatsen på arbejdspladsen skal rettes mod variation i arbejdet, mod tunge løft og ensidige gentagne belastninger og vigtigheden af at have mulighed for at tilrettelægge arbejdet med variationer i arbejdsstillinger og bevægelser. Patienter

der kommer i kontakt med sundhedsvæsenet i forbindelse med fx ulykkestilfælde bør i relevant omfang tilbydes grundig information og instruktion i genoptræning.

Status – Hvad gøres allerede på området?

I 1993 udsendte regeringen en handlingsplan for forebyggelse af muskel- og skeletlidelser. Heri anbefalede man en forstærket indsats indenfor fire hovedområder: Sundhedsoplysning, børn og unge, arbejdslivet og forebyggelse som led i behandling. Planen er senere fulgt op af en række initiativer.

Arbejdsmarkedets parter har i en særlig indsats fra 1995-2000 reduceret forekomsten af sundhedsskadeligt ensidigt gentaget arbejde med 25%. Tunge løft og ensidigt gentaget arbejde er prioriteret som emner, der i perioden 2002-2005 skal have særlig opmærksomhed fra parterne og myndighedernes side. Der er sat et landsdækkende effektmål om en reduktion af ensidigt gentaget arbejde med 10% og tunge løft med 15%.

Gigtforeningen har gennem flere år haft fokus på muskel- og skeletlidelser og informerer løbende om aktiviteter med fokus på motion.

Pensionskassen PenSam har igennem flere år gennemført en omfattende landsdækkende kampagne. "Gør din ryg glad", målrettet pensionskassens medlemmer (bl.a. sygehjælpere, plejere, portører, trafikfunktionærer).

Inden for de senere år er der udarbejdet en række rapporter m.v.:

- Dansk Selskab for Intern Medicin: "Lændesmerter", en gennemgang af udredning og behandling af de almindeligst forekommende akutte og kroniske lænderygsygdomme, 1996.
- Dansk Knoglemedicinsk selskab: "Osteoporose", en gennemgang af knogleskørheds patologi, forebyggelse og behandling, 1998.
- Ondt i ryggen – forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv, Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, 1999.

Overfølsomheds-sygdomme

(astma og allergiske sygdomme)

Fakta om overfølsomheds-sygdomme

Mere end hver fjerde voksne dansker oplyser, at de i løbet af et år har haft en eller flere overfølsomhedssygdomme. Hver femte har haft astma, høfeber og anden allergisk snue – en tilsyneladende fordobling siden 1987. Godt 5% mænd og mere end dobbelt så mange kvinder oplyser, at de i løbet af et år har haft allergisk eksem. Astma er den hyppigste kroniske sygdom hos børn og omkring hver femte barn udvikler i dag børneeksem, næsten fire gange så mange som for 40 år siden. Udgifterne til astmamedicin til voksne beløb sig i 2000 til knap 755 mio. kr.

Sundhedspolitisk mål

Overfølsomhedssygdomme

Væksten i antallet af personer med overfølsomhedssygdomme skal nedbringes. Sygdomsudvikling og komplikationer skal forebygges bl.a. ved egenomsorgsinitiativer.

Årsager til overfølsomhedssygdomme

Overfølsomhed viser sig ved en øget tilbøjelighed til at reagere på en række forskellige ikke nødvendigvis skadelige påvirkninger. Man taler om en allergisk reaktion, hvis immunsystemet er inddraget, og kalder påvirkningen allergener. De udløste symptomer kan dog være af samme karakter og styrke, selvom immunsystemet ikke er inddraget.

Man kan ikke udpege en enkelt faktor som årsag til stigningen i forekomsten af disse sygdomme. Udover kendte allergener som fx pollen, skimmelsvampe, husstøvmider, dyrehår og kemikalier kan faktorer som rygning under graviditet, småbørns udsættelse for passiv rygning, luftforurening fra fx trafik forstærke og måske fremkalde overfølsomhedssygdomme, men de præcise sammenhænge er til dels ukendte. Også arvelige faktorer har betydning for udvikling af overfølsomhedssygdom.

Hvordan kan overfølsomhedssygdomme forebygges?

Forebyggelsen af overfølsomhedssygdomme skal tage udgangspunkt i den allergiform, det drejer sig om.

Kun for kontaktallergi og til dels for fødevareallergis vedkommende er der sikkert grundlag for effekt af primær forebyggelse, henholdsvis ved begrænsning af udsættelse for allergener i miljøet og ved amning. For luftvejsallergi og astma er der også et betydeligt primært forebyggelsespotentiale bl.a. i relation til arbejdsmiljøet og indeklimaet i fx hjemmet. Også forhold i udeluften har betydning. Men der mangler stadig viden på området. Derfor må der overvejende satses på sekundær forebyggelse med tidlig opsporing, udredning samt udarbejdelse af behandlingsprogrammer omfattende miljøsanering, forebyggende behandling og patientuddannelse. En tidlig indsats forbedrer prognosen for astma og kan måske nedsætte risikoen for udvikling af andre overfølsomhedssymptomer/allergier. Den tertiære forebyggelse omfatter rehabilitering med vedvarende medicinsk behandling og optimering af den fysiske funktionstilstand.

Status – Hvad gøres allerede på området?

Der har de seneste årtier været en stigende opmærksomhed på overfølsomhedssygdomme og der er udarbejdet flere handlingsplaner og rapporter på området:

- Regeringens handlingsplan for en forstærket forebyggelse af astma og allergi. Sundhedsministeriet, 1993. Med bidrag bl.a. fra 9 ministerier, amter, kommuner og Astma-Allergi Forbundet.
- Allergiske sygdomme. Forslag til organisation af forebyggelse, diagnostik og behandling. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen, 1999.
- Handlingsplan for forebyggelse af overfølsomhed og allergiske sygdomme i Danmark 2001-2005. Teknologirådets rapporter 2000/7.
- Videnskabelige selskaber og Sundhedsstyrelsen har udsendt forskellige vejledninger på området.

I 2001 etablerede Miljøstyrelsen "Videncenter for allergi overfor kemiske stoffer i forbrugerprodukter". Centrets opgave er at samle indsatsen på området ved at kvalitetssikre diagnostik, forebyggelse og behandling af kontaktallergi gennem overvågning, forskning og information.

Enkelte amter har i samarbejde med almen praksis etableret såkaldte murstensløse allergicentre. Andre har etableret såkaldte §2-aftaler med almen praksis om allergidiagnostik.

Psykiske lidelser

Fakta om psykiske lidelser

Knap 2% af den voksne befolkning angiver, at de har en langvarig psykisk lidelse – lidt flere blandt kvinder end blandt mænd. Næsten 10% af voksenbefolkningen oplyser, at de indenfor en 4-ugers periode har skåret ned på deres arbejde eller andre aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer. Forekomsten af godt psykisk velbefindende er uændret omkring 50% i befolkningen i perioden 1994-2000. Den er mindst i gruppen af lavtuddannede, blandt helt unge og meget gamle.

Psykisk sygdom er årsag til en femtedel af alle sengedage og en tredjedel af alle helbredsbetingede førtidspensioner.

Sundhedspolitisk mål

Psykiske lidelser

Andelen i befolkningen med psykiske lidelser skal nedbringes. Der skal ske en særlig indsats over for børn i familier med psykisk syge eller misbrugende forældre.

Årsager til psykiske lidelser

Psykiske lidelser omfatter et meget bredt spektrum af sygdomme og tilstande, fra de alvorlige psykiske sygdomme over lidelser som depression, kronisk angst- og stresstilstande til lidelser som udbrændthed, nervøsitet m.v. Årsagerne er meget sammensatte. Arvelige, sociale og psykologiske faktorer indgår. Således er fx den tidligere skarpe skelnen mellem "endogene" og "reaktive" depressioner nu forladt til fordel for en mere dynamisk model, hvor man anskuer den enkeltes robusthed i forhold til at udvikle – eller modstå – fx depression, som følge af ugunstige ydre livsbegivenheder. Børn og unge er en særlig vigtig målgruppe for forebyggelse, for det er ikke mindst under opvæksten, psykisk robusthed grundlægges. Børn født af misbrugende mødre eller født af forældre med psykiske lidelser er en særligt udsat gruppe.

Det psykiske arbejdsmiljø er af stor betydning. Fx kan arbejdsrelateret vold eller mobning føre til Posttraumatisk Stressforstyrrelse (PTSD) og angst. Herudover kan langvarig stress føre til depression og arbejde med omsorgskrævende mennesker kan under ugunstige betingelser føre til udbrændthed (psykisk nedslidning).

En tidlig og effektiv behandling kan i noget omfang forebygge videreudvikling af visse psykiatriske lidelser og mindske de enkelte sygdomsepisoders længde. Og i mange tilfælde bidrage til at mildne de ofte alvorlige sociale konsekvenser i form af misbrug, vold og udstødelse.

Hvordan kan psykiske lidelser forebygges?

Tidlige indgreb overfor fødselsdepression og andre situationer, der kan medvirke til at skabe en dårlig mor-barn-relation er grundlæggende vigtig. Børn og unges udvikling støttes i øvrigt ved: at beskytte mod omsorgssvigt og overgreb, at bekæmpe mobning, at forebygge vedvarende stress, at støtte udvikling af selvværd, at modarbejde udstødning og isolation. Kommunernes tværfaglige grupper er et vigtigt element for den tidlige indsats på børneområdet.

Primær forebyggelse for voksengruppen må ske på bl.a. arbejdspladsen ved at bekæmpe

dårligt psykisk arbejdsmiljø, fx arbejdsrelateret vold, mobning, øge den enkeltes indflydelse på arbejdstilrettelæggelsen samt bekæmpe årsagerne til langvarigt stress. Arbejdspladsen er samtidig et væsentligt element i den enkeltes identitet, netværksdannelse og væsentlig for den psykiske sundhed.

Praktiserende læger spiller en vigtig rolle for tidlig indsats i forhold til psykiske lidelser. På flere områder er der kommet nye screeningsinstrumenter og vejledning (fx depression, aldersdemens m.v.), rettet mod at udsætte funktionstabet gennem at bibeholde trygge rammer i hverdagen, etablering af demens teams m.v.

De praktiserende lægers tidlige og grundige behandling af sager med langvarigt sygefravær er endvidere vigtigt i forebyggelsen af udstødelse fra arbejdsmarkedet.

Status – Hvad gøres allerede på området?

I den mest alvorlige ende af sygdomsspektret kan det nævnes, at der i de senere år har været fokus på at bedre behandlingstilbuddene til psykisk syge bl.a. gennem satsning på uddannelse af mere personale, modernisering af de fysiske rammer, udbygning af distriktspsykiatrien samt nye botilbud til sindslidende. Desuden er fokus rettet mod kvalitetsudvikling af behandlingen i form af fx kliniske retningslinier for behandling, forskning og dokumentation bl.a. ved kliniske databaser.

Der er udarbejdet en række vejledninger m.v. på området bl.a.:

- Diagnostik og behandling af depression i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2001. En klinisk vejledning.
- Identifikation og udredning af demens og demenslignende tilstande i almen praksis. En klinisk vejledning, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2000.
- Demens – den fremtidige tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets indsats vedrørende diagnostik og behandling, Sundhedsstyrelsen, 2001.
- Vejledning om behandling med antidepressiva, Sundhedsstyrelsen, 2000.

Arbejdstilsynet og arbejdsmarkedets parter har besluttet at prioritere fire arbejdsmiljøemner, hvoraf det ene er psykisk arbejdsmiljø, frem til år 2005. I perioden 2000-2005 har parterne og myndighederne forpligtet sig til at reducere det belastende psykiske arbejdsmiljø med 5%.

Rygerlunger

Fakta om rygerlunger (Kronisk obstruktiv lungesygdom: KOL)

Ca. 200.000 mennesker lider af rygerlunger, og antallet er stigende. Sygdommen fører til ca. 3.000 dødsfald årligt og er dermed den fjerdehyppigste dødsårsag. Især blandt kvinder har sygdommen udviklet sig foruroligende i takt med ændringerne i kvinders rygemønster. Det skønnes, at der årligt indlægges 15.000 personer på grund af KOL. Antallet af sengedage for kvinder på grund af KOL er fordoblet inden for de seneste 10 år. I alt 700 personer får hvert år tildelt helbredsbetinget førtidspension på grund af KOL.

Sundhedspolitisk mål

Rygerlunger (Kronisk obstruktiv lungesygdom: KOL)

Væksten i antallet af personer, der udvikler rygerlunger skal nedbringes.
Komplikationer og sygdomsudvikling blandt patienter med rygerlunger skal forebygges, bl.a. ved rygestopaktiviteter.

Årsager til rygerlunger

Rygerlunger (KOL) er en sygdom, der har store helbredsmæssige konsekvenser for den enkelte, og som medfører en betydelig overdødelighed. 85-90% af alle KOL-tilfælde skyldes rygning. Ca. 15% af alle rygere udvikler KOL af varierende sværhedsgrad. Ud over at medføre hoste og opspyt påvirker rygning lungefunktionen ved at fremskynde den aldersbetingede lungefunktionsnedsættelse. Miljøfaktorer, herunder arbejdsmiljøfaktorer, kan også i visse tilfælde være medvirkende til sygdommens udvikling og forværring. Sygdommens sværhedsgrad afhænger af individuelle faktorer, men det samlede tobaksforbrug (antal cigaretter gennem årene) er den risikofaktor, der stærkest hænger sammen med lungefunktionsnedsættelsen og dermed funktionsbegrænsningen ved KOL.

Patienternes dagligdag er præget af tabt lungekapacitet, med gener i form af kortåndethed, hoste, og opspyt. Sygdommen udvikles gradvist med lejlighedsvise tilfælde af akut forværring i symptomerne, som følge af komplicerende lungebetændelser.

Hvordan kan rygerlunger forebygges?

Den grundlæggende og langsigtede forebyggende indsats over for KOL er rettet mod rygning. Især er det væsentligt at forhindre at børn og unge begynder at ryge, og at der tilbydes hjælp til rygeophør til motiverede rygere.

Særligt intensive rygeafvænningsaktiviteter bør kunne tilbydes rygere med begyndende symptomer på KOL.

Der er sikker viden om, at rådgivning om tobak ved lægekonsultation øger chancen for rygeophør, og at efterfølgende støtte til rygestop, herunder brug af nikotinerstatningsmidler, kan øge succesraten betydeligt. Måling af lungefunktion hos storrygere kan sikre kendskab til den tidlige udvikling af KOL.

Med hensyn til tertiær forebyggelse er der sikker viden om en positiv effekt af behandling med luftvejsudvidende medicin og rehabiliteringsprogrammer med fysisk aktivitet, der medfører en forbedring af tilstanden og øget livskvalitet. Derudover kan iltbehandling på veldefinerede behandlingskriterier ved svær KOL give øget overlevelse.

Status – Hvad gøres allerede på området?

Bl.a. Sundhedsstyrelsen, det tidligere Tobaksskaderåd og Kræftens Bekæmpelse har gennem en årrække udarbejdet relevante materialer og gennemført en række forebyggende indsatser, herunder rygestop-aktiviteter og uddannelsesprogrammer.

Hertil kommer en række nationale og internationale initiativer vedrørende mærkning af tobaksvarer og begrænsninger i markedsføringen.

I relation til sundhedsvæsenet kan det nævnes, at Dansk Lungemedicinsk Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin i 1998 udarbejdede en såkaldt klaringsrapport om diagnostik og behandling. En KOL-netværksgruppe i regi af Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark arbejder på en Lungerehabiliteringsrapport, der forventes præsenteret i maj 2003. Internationalt foreligger der konsensus på området, i form af evidensbaserede anbefalinger om forebyggelse, diagnose og behandling af KOL.

4. Målgrupper

En vigtig forudsætning for en målrettet forebyggelsesindsats er, at der i det praktiske arbejde tages udgangspunkt i de forskellige målgruppers sundhedsproblemer og sundhedsfremmemuligheder. Programmet opstiller derfor en række målgrupper.

Det drejer sig om:
- Gravide.
- Børn.
- Unge.
- Voksne udsatte.
- Ældre.
- Langvarigt syge.

Målgrupperne omfatter to perspektiver. For det første er de forskellige livsfaser kendetegnet ved forskellige sundhedsmæssige udfordringer og forskellige placeringer i det sociale liv. I nogle faser er vi tilknyttet store sociale systemer som skole og arbejdsplads. I andre faser er tilknytningen svagere – fx for unge og raske ældre. Det er vigtigt, at det forebyggende arbejde tager udgangspunkt i de forskellige målgruppers sundhedsproblemer og i de forskellige målgruppers livssituation.

For det andet findes der i alle grupper risikogrupper eller risikopersoner, der er særligt udsatte. Det gælder fx omsorgssvigtede børn, unge og voksne misbrugere og langvarigt, kronisk syge.

Disse perspektiver danner baggrund for udformningen af de seks målgrupper.

For både de langvarigt syge, de svage ældre og de udsatte voksne er det kendetegnende, at de har betydelig kontakt med social- og sundhedsvæsenet. Det er vigtigt, at denne kontakt aktivt udnyttes til at sikre en tidlig indsats og til at forebygge en forværring af problemerne. Og at der om nødvendigt sker et opsøgende arbejde. De frivillige organisationer spiller her en vigtig rolle. Bl.a. har de vist sig effektive netop i forbindelse med opsøgende arbejde. Et samarbejde mellem det offentlige og de frivillige og private organisationer kan bidrage til en bredspektret, fleksibel indsats med mulighed for nye og utraditionelle tilbud.

Forebyggelsesindsatsen skal tage højde for de særlige forhold, som kan gøre sig gældende for borgere med anden etnisk baggrund end dansk. I de kommende år vil en større del af befolkningen have en anden etnisk baggrund end dansk. De demografiske udviklingstendenser indebærer derved nye udfordringer og behov for mere viden om, hvad der karakteriserer forskellige etniske gruppers sundhedstilstand.

Om målbeskrivelserne

Målgruppebeskrivelserne indeholder en beskrivelse af målgruppernes typiske sundhedsproblemer og lister en række fælles udfordringer.

Svaret på disse udfordringer forudsætter ofte en differentieret indsats.

Forebyggelse af omsorgssvigt hos børn afhænger fx også af en effektiv indsats over for voksnes misbrug af alkohol m.v. – 40% af de omsorgssvigtede børn stammer fra familier med misbrugsproblemer. Tilsvarende afhænger følgerne af kroniske lidelser ikke blot af sundhedsvæsenets indsats, men også af de støttende netværk, der omgiver den syge.

En effektiv forebyggelsesindsats i relation til risikofaktorer og de store folkesygdomme – med en aktiv indsats af den enkelte/familien, fællesskaberne, det offentlige – danner således baggrund for forbedringer af sundhedstilstanden i de forskellige målgrupper og for mere specifikke og målrettede initiativer rettet mod visse gruppers særlige sundhedsproblemer.

Gravide

De fleste graviditeter og fødsler forløber godt. Svangreområdet kan opdeles i sundhedsfremme for alle og særlige indsatser i forhold til en lille gruppe udsatte, svage gravide.

Det moderne gravide par ønsker en sikker fødsel, at opleve graviditeten som udviklende for deres familieliv og at bevare selvbestemmelsen. Det er vigtigt at undgå unødig umyndiggørelse.

Moderne forældre har ofte ikke mulighed for at erfare om graviditet, fødsel, amning og spædbarnspleje fra nære pårørende, men er afhængige af at få information på anden vis. Det forudsætter bl.a. sundhedsfremmende elementer i jordemoder- og andre sundhedstilbud. I den sammenhæng er det vigtigt, at der sker en målrettet indsats for, at flere børn bliver ammet og i længere tid, end det er tilfældet i dag.

I forhold til nydanskere er det vigtigt, at de har information og viden om det danske sundhedssystem og de tiltag, der findes før, under og efter fødslen.

Det er veldokumenteret, at den gravides levevis har stor betydning for fostrets og barnets udvikling og sundhed. Det gælder særligt risikofaktorer som et for stort alkoholforbrug og rygning. Andelen af kvinder, som ryger under graviditet, er svagt faldende. Der er nødvendigt med en målrettet indsats i forhold til gravide og deres muligheder for at leve sundt, bl.a. gennem systematiseret alkoholrådgivning og tilbud om rygestop.

Der findes en mindre gruppe af meget svage gravide, ofte med misbrug, udviklingshæmning eller psykiske lidelser. Her kræves en særlig målrettet indsats med tidlig opsporing, behandling og støtte med henblik på at forebygge skader på barnet i fostertilstanden og sikre omsorg for barnet efter fødslen. De svage gravide har ofte også et sundhedsfarligt stort forbrug af tobak og alkohol. Det har vist sig, at man kan nå en større del af de svageste gravide ved tværfaglige teams eller familieambulatorier med særligt uddannet personale.

Fælles udfordringer:

- Den gode fødsel for hele familien.
- Systematiseret alkoholrådgivning og rygestoptilbud og til gravide.
- Særligt udsatte gravide.

Børn

Danske børn er altovervejende sunde og raske.

Børnefamiliens vilkår i dag er oftest, at begge forældre har fuldtidsarbejde, og at børnene passes i dagtilbud. Det er vigtigt at skabe gode rammer for børnefamilierne. Bl.a. derfor har regeringen udvidet barselsorloven og arbejdet for større valgmulighed for forældrene med hensyn til, hvordan de ønsker deres børn passet.

De mest almindelige sygdomme hos børn er infektioner og astma og allergiske sygdomme. Dagtilbuddenes kvalitet, herunder god hygiejne og et sundt indeklima, er af stor betydning for især de mindre børns sundhed. Der skal derfor gøres en indsats for at nedbringe smitte i daginstitutioner og dagpleje, først og fremmest gennem en bedre hygiejne. Andelen af børn med astma eller astmatisk bronkitis er steget fra 6,2% i 1994 til 7,6% i 2000.

Ulykker er den almindeligste dødsårsag blandt børn. Det er fortsat nødvendigt med en målrettet indsats i forhold til trafikulykker og hjemme- og fritidsulykker, fx sikre skoleveje.

Der er blevet flere børn med trivselsproblemer i form af bl.a. ensomhed og mobning. De ensomme børn har brug for et fristed, hvor de kan henvende sig. Skoler og daginstitutioner bør være opmærksomme på børns trivsel og

aktivt modvirke mobning. Socialministeriet udsender i september 2002 en pjece, der kan støtte børnehaver m.v. i arbejdet med at modvirke mobning.

Udviklingen i børns sundhedsvaner er præget af to tendenser. Alt for mange børn får for meget sukker – sukker udgør i dag ca. 15% af det samlede energiindtag i børns kost mod de anbefalede 10% – og der sker en stigende polarisering af børnene i grupper af fysisk aktive og fysisk inaktive. Antallet af overvægtige børn er steget markant. Sunde kost- og motionsvaner lærer børn af forældrene, men også i skole og dag- og fritidsinstitutioner. Det er vigtigt, at skolen og institutionen udgør sunde rammer for børnenes hverdag. Regeringen vil arbejde for, at flere børn tilbydes mad i daginstitutionerne ved at give kommunerne bedre muligheder for at lave madordninger i børnehaver.

De omsorgssvigtede børn har brug for særlige tilbud. Der er ofte tale om børn i misbrugsfamilier og børn med psykisk udviklingshæmmede eller psykisk syge forældre. Indsatsen overfor disse børn kræver hjælp fra professionelle og udnyttelse af hjælpemulighederne – så tidligt som muligt. Det forudsætter et veludbygget samarbejde i den enkelte kommune mellem specielt social-, skole- og sundhedssektoren. Dialogvejledningen, som giver information om underretningspligten til de faggrupper, der har kontakt med familier og børn, skal være med til at sikre, at der ydes en tidlig og dækkende indsats.

Fælles udfordringer:

- Sundhedsfremme i skole og daginstitutioner – herunder kost og fysisk aktivitet.
- Astma og allergiske sygdomme hos børn.
- Trivselsproblemer hos børn.
- Et stigende antal overvægtige børn.
- Omsorgssvigtede børn.

Unge

Danske unge har overordnet set et godt helbred og op imod 90% vurderer det også sådan selv.

Alvorlige sundhedsproblemer for unge er især knyttet til ulykker, tobaks- og alkoholdebut, vold, brug af illegale stoffer samt selvmordsforsøg. Derudover er sundhedsproblemer i denne alder især relateret til trivsel og livsstil.

En relativt stor del af de unge følger sig stressede – især blandt de unge kvinder er træthed forholdsvis udbredt. Alvorlige spiseforstyrrelser er også et stort problem for mange unge piger og ødelæggende for livskvaliteten. Unge har gennemsnitligt et dårligere psykisk velbefindende end voksne. Det er derfor vigtigt, at forældre og uddannelsesinstitutioner er opmærksomme på unges trivsel.

Udviklingen i ungdomskulturen er kendetegnet ved et højt alkoholforbrug – 24% af de 16-20-årige unge mænd og 14% af pigerne drikker således over de anbefalede genstandsgrænser for voksne. Dertil kommer et stigende brug af illegale rusmidler og et fortsat højt tobaksforbrug. Der er en klar tendens til, at en mindre del af de unge har en livsstil, der omfatter flere typer af risikofaktorer. Eksempelvis er der er et tydeligt sammenfald mellem storforbrug af alkohol, eksperimenterende brug af illegale rusmidler og rygning blandt en mindre gruppe af de unge. Fx drikker 46% af de dagligrygende unge mænd over genstandsgrænserne mod 15% af de unge mænd, der ikke ryger.

Det store sukkerindtag, som præger mange børns kost, genfindes blandt de unge. Ligesom den voksne del af befolkningen spiser de unge for lidt frugt og grønt, og fedtet udgør for stor en del af det samlede energiindtag. Der ses en stigende polarisering i de

unges motionsvaner – en mindre gruppe bliver mere fysisk inaktiv. Bl.a. derfor er antallet af svært overvægtige unge stigende – særligt blandt de unge mænd, hvor andelen er steget fra 1994 (1%) til 2000 (5%).

Der er behov for en målrettet indsats i forhold til disse aspekter af de unges livsstil, der på sigt kan give sundhedsproblemer. En sådan indsats forudsætter, at både de unge selv, forældre, uddannelsesinstitutioner og lokalsamfund engagerer sig i at skabe rammer, der understøtter sund adfærd og modvirker marginalisering. I de unges nærmiljø bør være fritidstilbud, rådgivningstilbud, holdningsmæssige markeringer i form af "politikker" og aktiv inddragelse af forældre for tilsammen at give de unge et fundament for at udvikle en sund livsstil. Hele uddannelsessystemet skal aktiveres mere målrettet i forebyggelsen. Bl.a. gennem målrettet sundhedsundervisning i grundskolen og ungdomsuddannelserne.

Seksuelt overførte sygdomme er i stigende grad et problem blandt unge. Klamydia er særligt udbredt, og hovedparten af de anslåede 25.000 nye klamydiatilfælde om året ses hos unge. Antallet af uønskede graviditeter er faldet stødt. Fra 1995 til 2000 er antallet af aborter i aldersgruppen 15-24 år faldet fra 6.474 til 4.212. Udviklingen antyder, at de unge har viden om prævention, men mangler kendskab til at sikre sig effektivt mod seksuelt overførte sygdomme.

Ungdomsperioden er for mange en særlig sårbar periode. Unge, der har en svag familieforankring, er særligt udsatte. Det samme gælder de unge, der ikke gennemfører en uddannelse. Det er vigtigt at sikre unge mod marginalisering fra uddannelse og arbejdsliv. Særligt vigtigt er det at være opmærksom på de unges overgang fra grundskole til ungdomsuddannelse, fra ungdomsuddannelse til erhvervsrettet uddannelse og fra erhvervsrettet uddannelse til erhverv. Ved disse miljøskift sker ofte ændringer i den unges livsstil, og der er risiko for frafald fra uddannelsessystemet.

Fælles udfordringer:

- Særlig risikoadfærd (selvmordsforsøg, misbrug, spiseforstyrrelser, hasarderet kørsel, vold).
- Trivselsproblemer hos unge.
- Rusmiddelkulturen blandt unge.
- Det stigende antal overvægtige unge.
- Marginalisering fra uddannelse og arbejdsliv.

Voksne udsatte

Voksne udsatte omfatter bl.a. alkoholmisbrugere, narkomaner og de mest udsatte blandt sindslidende. Regeringen prioriterer det fælles ansvar for de svageste i samfundet højt og har sat fokus på voksne udsatte i "Det fælles ansvar – Regeringens handlingsprogram for de svageste grupper", Socialministeriet, 2002.

Det skønnes, at omkring 200.000 personer over 14 år har et alkoholforbrug, der giver stor risiko for helbredsskader – heraf hører 20.000-25.000 til i den udsatte gruppe. At ca. 14.000 er stofmisbrugere, defineret som misbrugere af heroin og/eller andre illegale stoffer og ofte med et samtidigt misbrug af medicin og alkohol. Og at ca. 22.000 personer har en behandlingskrævende sindslidelse. Heraf kan omkring 1.000 betegnes som meget vanskeligt stillede, idet de både har en sindslidelse og et misbrug af alkohol og/eller narkotika.

Et fællestræk for alkoholmisbrugere, narkomaner, udsatte sindslidende og udviklingshæmmede er, at de ofte både er socialt og sundhedsmæssigt udsatte. De mangler sociale netværk, er ensomme og isolerede og har ofte ikke de fornødne ressourcer til selv at sikre sig et uafhængigt liv. De har vanskeligt ved at sætte præg på egen dagligdag og udvikling.

Det er derfor vigtigt, at indsatsen for at forbedre disse gruppers sundhed og velfærd sker på deres egne præmisser og inddrager den enkelte i tilrettelæggelsen af indsatsen.

Udsatte gruppers forestillinger om livskvalitet og et godt liv kan udfordre de gængse normer og værdier i samfundet. En udfordring, som det er vigtigt at kunne håndtere i arbejdet med disse målgrupper.

Forståelse for de voksne udsattes behov sikres bl.a. gennem uddannelse. Fx ved at grunduddannelserne inden for sundheds- og socialområdet målrettes de specifikke problemstillinger, der knytter sig til udsatte grupper, at sundhedspersonale og andre faggrupper efteruddannes, og at der iværksættes metodeudvikling på området.

Sundhedsfremme, forebyggelse, omsorg og behandling i relation til udsatte voksne kræver en tværfaglig, tværsektoriel og koordineret indsats, kombineret med opsøgende arbejde. Det forudsætter inddragelse af de frivillige organisationer og selvejende, private institutioner, der allerede yder en stor indsats i forhold til voksne udsatte. Bl.a. har de frivillige organisationer vist sig effektive i forbindelse med opsøgende arbejde. Det er derfor vigtigt, at indsatsen for de svageste udvikles i en dialog mellem det offentlige og de frivillige og private organisationer.

De hårdest belastede stofmisbrugere er en særlig gruppe af de udsatte voksne. Gruppen udgør 900-1.200 personer. En ekspertgruppe har i februar 2002 afgivet en redegørelse om indsatsen for denne gruppe. Redegørelsen indeholder bl.a. en række anbefalinger, som det vil være naturligt at tage udgangspunkt i, når den fremtidige indsats udarbejdes.

Fælles udfordringer

- De udsatte voksnes vilkår.
- Bedre tværsektorielt samarbejde både inden for det offentlige og den frivillige verden.

Ældre

De ældre udgør ikke en homogen gruppe. Men spænder fra raske ældre med høj livskvalitet og ingen begrænsninger i dagligdagen til svage ældre med dårligt funktionsniveau, meget sygdom, ensomhed og forringet livskvalitet.

Gruppen af raske ældre, forstået som personer med høj helbredsrelateret livskvalitet, godt fysisk funktionsniveau og lav sygelighed, udgør 36% af de 65-79-årige og 12% af de 80-årige eller derover.

Gennem de senere år er de ældres fysiske funktionsniveau forbedret, og flere og flere ældre vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt. Bl.a. er antallet af tabte gode leveår på grund af nedsat fysisk funktionsevne faldet fra 5,3 år til 4,1 år fra 1987 til 2000 blandt 60-årige mænd eller derover og fra 8,4 år til 7,7 år blandt kvinder. Denne udvikling skal fastholdes.

Der er for ældre et stort sundhedsfremmende potentiale i at være sundhedsdimensionen bevidst. Bl.a. er det vigtigt, at overgangen fra arbejdsliv til seniorliv ikke fører til fysisk inaktivitet.

Indsatsen overfor de ældre skal sigte mod så længe som muligt at opretholde et højt niveau af helbredsmæssig livskvalitet og fysisk funktion og mod at sikre en tidlig udredning og indsats overfor følgerne af sundhedsmæssige og sociale problemer. I løbet af de sidste 15 år er der sket en stigning i andelen af fysisk aktive ældre, men der er stadig en stor andel blandt ældre, der er fysisk inaktive eller kun lidt fysisk aktive. Ældre har stor helbredsmæssig gevinst ved fysisk aktivitet og træning – bl.a. er det muligt at reducere eller udskyde den forventede aldersrelaterede funktionsnedsættelse og mindske risikoen for faldulykker – men også en stor social gevinst. Også ældre

med nedsat funktionsevne – fx som følge af sygdom – kan have stort udbytte af regelmæssig fysisk træning.

Det er derfor vigtigt, at tilbud om fysisk aktivitet og træning til ældre udbredes. Her spiller både det offentlige og de frivillige organisationer en vigtig rolle.

En god ernæringstilstand og et tilstrækkeligt indtag af energi, vitaminer og mineraler kan være med til at sikre ældre en god aldring med høj livskvalitet. De fleste raske ældre har en god ernæringstilstand. Med stigende alder sker dog et fald i energiindtaget og dermed en øget risiko for dårlig ernæringstilstand og svækkelse. Det er vigtigt at informere ældre om betydningen af sund kost og en god ernæringstilstand. Bl.a. via praktiserende læger og forebyggende hjemmebesøg.

Over 80% af alle ældre har mindst én gang om året kontakt med deres praktiserende læge. Lægen er ofte den første, der kontaktes ved problemer af såvel sygdomsmæssig som social karakter. Den praktiserende læge spiller derfor en afgørende rolle i forhold til de ældre.

Fælles udfordringer:

- Fysisk aktivitet blandt ældre.
- Ernæringstilstand blandt syge og svækkede ældre.
- Ensomhed og utryghed blandt ældre.
- Kvalitetsudvikling i de praktiserende lægers forebyggende indsats.

Langvarigt syge

Ved langvarigt syge forstås personer med en eller flere meget hæmmende langvarige kroniske sygdomme.

I 2000 angav i alt 11,5% af voksne danskere at have en eller flere langvarige sygdomme, der var meget hæmmende i dagligdagen. Det svarer til ca. 500.000 personer. Langvarig sygdom medfører stort tab af livskvalitet. Bl.a. vurderer 4 ud af 10 personer med meget hæmmende langvarig sygdom deres eget helbred som værende meget dårligt eller dårligt. Forekomsten af meget hæmmende langvarig sygdom stiger med stigende alder – fra 3% blandt de 16-24-årige til 32% blandt de 80-årige eller derover. Og forekomsten er højere for de ikke-erhvervsaktive end for de erhvervsaktive. I alle aldersgrupper er andelen større blandt kvinder end blandt mænd.

Fra 1994 til 2000 er der sket et lille fald i forekomsten af meget hæmmende langvarig sygdom. Muskel- og skeletlidelser, hjerte-karsygdomme og sygdomme i nervesystem og sanseorganer er de hyppigst forekommende meget hæmmende langvarige sygdomme.

Der er forskellige risikofaktorer til langvarig sygdom, såvel genetiske, biologiske som ydre faktorer. En målrettet indsats i forhold til langvarigt syge indebærer både primær forebyggelse, tidlig opsporing af sygdommen, effektiv behandling og løbende opfølgning. Når sygdom er opstået, drejer indsatsen sig særligt om at undgå udstødelse fra arbejdsmarkedet, undgå forværring af sygdommen og om at afbøde følgevirkningerne – fx indsats for at bevare førligheden, styrkelse af funktionsniveau, adgang til støttemidler, etablering af støttende netværk m.v.

Det forudsætter en samtidig og koordineret indsats i social- og sundhedssektorerne, på arbejdspladsen og i de nære sociale netværk.

Fælles udfordringer:

- Fastholdelse til arbejdsmarkedet.
- Målrettet sygedagpengeopfølgning.
- Målrettede forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.
- Etablering af støttende netværk.

5. Den fælles indsats

Den fremtidige indsats på forebyggelsesområdet står over for nogle store fælles udfordringer og opgaver som beskrevet i afsnit 2, 3 og 4. For at løse dem er det nødvendigt med en fælles indsats for, ingen kan løse dem alene. Der er behov for en indsats fra og et samarbejde mellem:

- Den enkelte og familierne.
- Fællesskaberne.
- Det offentlige.

Den enkelte og familierne

Der er en stor og stigende interesse for sundhed i befolkningen og på flere områder lever vi sundere i dag end for få år siden.

Vores viden om sundhed er generel god. Det er et godt grundlag for forebyggelsesarbejdet. En vigtig forudsætning i det forebyggende arbejde er nemlig relevant information, så den enkelte kan træffe sine valg på et veloplyst grundlag. Afgørende er, at den enkeltes selvbestemmelse respekteres. Det offentlige skal ikke styre vores liv.

Den enkelte har et ansvar – for sig selv, sine nærmeste og fællesskaberne.

Fællesskaberne – de lokale og miljøerne

De lokale fællesskaber

De nære netværk er afgørende som støtte for den enkelte og familierne, forum for dialog om sundhed og for dannelse og forankring af holdninger og sundhedsadfærd. Dvs. naboskabet, vennerne, forældrekredsen for børnene, boligselskaber, idrætsforeninger m.v.

Der er behov for en fælles ansvarlighed og et samarbejde på tværs, fx om børn og unges drikkevaner og omsorgen for ensomme.

De lokale fællesskaber kan bidrage væsentlig til det forebyggende arbejde, og mange gør det allerede.

Regeringen opfordrer alle – og især den organiserede del af de lokale fællesskaber – til at tage de fælles udfordringer op.

Miljøerne

Nogle af de vigtigste rammer om vores hverdag er:

- Daginstitutionerne og skolen.
- Arbejdspladsen.
- Sundhedsvæsenet.

Regeringen opfordrer til man her vedkender sig og påtager sig sin del af ansvaret for sundheden. Det gælder bl.a. forældre, personale og deres organisationer på institutions- og skoleområdet; arbejdstagere, arbejdsgivere og arbejdsmarkedets parter; sundhedsvæsenet, dets faggrupper og organisationer; kommuner og amter.

Daginstitutioner og skolen

Hver dag går omkring 550.000 børn i kommunale dagtilbud (dagpleje, vuggestue, børnehave, fritidshjem m.v.). Grundskolen udgør den daglige ramme for over 600.000 børn og beskæftiger mindst 60.000 voksne.

Det er derfor vigtigt, at daginstitutionerne og skolen udgør et sundt miljø og har en sundhedskultur, der understøtter sunde vaner og befordrer trivsel.

Daginstitutionerne har med de klare regler for røgfri miljøer og den stærke tradition for forældresamarbejde og samarbejde med sundhedsfaggrupperne i disse år fået et mere klart fokus på det sundhedsmæssige. For skolebørn sker der også mange steder en god udvikling i samarbejdet mellem skolen og institutioner og klubber. Samarbejdet kan fx omfatte sikring af gode vilkår for sunde måltider og daglig fysisk aktivitet for alle – også for de der traditionelt ikke er fysisk aktive. For de større børn er emner som alkohol og rygning væsentlige. Der er et stort potentiale i samarbejdet mellem daginstitution og skole om det enkelte barns – og særligt de udsatte børns – sundhedsmæssige behov.

Grundskolen har i sidste par år arbejdet intensivt med skolens kerneopgaver. Der er ikke gennemført formelle ændringer med henblik på en styrkelse af sundhedselementer i undervisningen. Men der er iværksat en række initiativer om bl.a. børn og mad, børn og alkohol, børn og motion samt mobning.

Skolen har et betydeligt udviklingspotentiale som forebyggelsesmiljø.

Udfordringerne de kommende år bliver bl.a.:

- En faglig udvikling og styrkelse af skolens sundhedsundervisning.
- Gode rammer for børnenes fysiske aktivitet.
- En fortsat udbredelse af sundhedspolitikker i skolerne om alkohol m.v.
- Evaluering af skolen som sundhedsfremmende miljø.

Arbejdspladsen

Langt over halvdelen af den voksne befolkning har tilknytning til en arbejdsplads. Arbejdspladsen er derfor en naturlig tilgang til at forbedre befolkningens sundhed. Dels har det fysiske og psykiske arbejdsmiljø en betydelig indflydelse på medarbejdernes sundhed, dels er arbejdspladsen som socialt netværk en vigtig bærer af holdninger til sundhed og en vigtig ramme for støtte til konkrete adfærdsændringer. En god sundhedstilstand i befolkningen har betydning for landets muligheder for at producere – til forbrug, til handel med omverdenen, til velfærdsydelser.

I de senere år har der været en stigende interesse for sundhed i bred forstand på arbejdspladserne og i virksomhederne. En del virksomheder arbejder systematisk med de væsentlige arbejdsmiljøproblemer på virksomhederne. Mange arbejdspladser har fået sundhedspolitikker for rygning, alkohol, sund kantinemad, fysisk aktivitet, støtteordninger for misbrugere m.v. Interessen for sundhedsfremme-aktiviteter på arbejdspladsen er stor – og kommer både fra virksomhedsledelser og medarbejdere. Indsatsen skal også fremover være baseret på frivillighed.

Udfordringerne for arbejdspladserne kan bl.a. omfatte:

- En fortsat styrkelse af det systematiske arbejdsmiljøarbejde på virksomhederne.
- Integrering af arbejdet med sundhedsfremme på arbejdspladsen, sundt arbejdsmiljø og virksomheders sociale ansvar.
- En fortsat udbredelse af sundhedspolitikker på de danske arbejdspladser.
- Nye partnerskaber mellem arbejdsmarkedspartner om sunde arbejdspladser.

Sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet har en lang tradition for forebyggelse og sundhedsfremme og har samtidig utrolig gode muligheder herfor. Dels har sundhedsvæsenet en betydelig kontaktflade – ca. 90% af befolkningen er årligt i kontakt med deres praktiserende læge, ca. 700.000 er årligt indlagt på landets sygehuse, og der foretages godt 4,5 mio. ambulante besøg i sundhedsvæsenet. Dels er det ofte i mødet med det behandlende system, at folk er motiveret for at gå ind i forebyggelse.

Det bør udnyttes, idet den enkeltes motivation er afgørende. Mulighederne og tilbuddene skal være på de tidspunkter, hvor den enkelte er motiveret. Målet må være, at forebyggelse bliver en integreret del af sundhedsvæsenets opgaver på linie med undersøgelse, behandling og pleje – og med tilbud, som svarer til patienternes motivation og behov.

Sundhedsvæsenet udvikler i disse år systematiske forebyggelsestiltag i forbindelse med sygehusbehandling, opfølgning og rehabilitering af patienter. Det er en meget positiv udvikling.

Udfordringerne de kommende år bliver bl.a.:

- En fortsat udbredelse og udvikling af effektive forebyggelsestilbud i sundhedsvæsenet.
- Forebyggende behandling.
- De praktiserende læger og henvisningsmuligheder.
- Udbygning af partnerskabet Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark.

Det offentlige

Folkesundhed har været en af det offentliges væsentligste opgaver i årevis. Hygiejne, sundhedspleje, arbejdsmiljø, trafiksikkerhed m.v.

Amter og kommuner har ydet en stor indsats i de seneste års forebyggende arbejde, som det bl.a. fremgår af "Status 2001 for folkesundhedsarbejdet", som offentliggøres samtidig med dette program.

Regeringen ser frem til et fortsat stort engagement fra amter og kommuner. Forventningerne til kommunerne og amterne er uændrede, dvs. store.

Amter og kommuner har i de senere år udviklet mange og forskelligartede samarbejder på folkesundhedsområdet både med hinanden og sammen med fællesskaberne. Regeringen ser gerne denne udvikling fortsat. At kommuner og amter indgår i, støtter og udvikler partnerskaber på forebyggelsesområdet. og søger at skabe gode rammer for fællesskabernes indsats på folkesundhedsområdet.

Amter og kommuner har ydet et væsentligt bidrag til udvikling af nye forebyggelsesmetoder. For den videre udvikling vil det være værdifuldt, at amter og kommuner fortsat udbygger og udvikler samarbejdsformer på forebyggelsesområdet – som er tværsektorielt og tværfagligt.

Regeringen vil fortsat understøtte dette arbejde, tage initiativer til samarbejde om udviklingsopgaver og dokumentation, støtte faglige netværk og informations- og dokumentationsarbejde.

Virkemidler

Folkesundhedsarbejdet bygger på en bred vifte af virkemidler, bl.a.:

- Lovgivning
- Sundhedspolitikker
- Forebyggelsesydelser
- Opsporing
- Netværk
- Kommunikation og dialog
- Uddannelse, forskning og dokumentation.
- Implementering og udvikling
- Monitorering

Lovgivning. Egentlig lovgivning (fx vedr. tobak, alkohol, arbejdsmiljø og miljø) samt myndighedernes udmøntning af lovene i form af bekendtgørelser, retningslinier, vejledninger m.v.

Sundhedspolitikker. Sundhedspolitikker er et værktøj til at fastsætte målsætninger og indsatser for et område. Fx ved lokale beslutninger i kommuner, i institutioner (børnehaver, sygehuse m.v.) og på arbejdspladser om alkoholpolitik, kostpolitik m.v.

Forebyggelsesydelser. Forebyggelsesydelser omfatter ydelser til risikogrupper som fx gravide med et stort alkoholforbrug eller rehabilitering af hjertepatienter ved rygeafvænning og kostændring. Samt tilbud om rygeafvænning i almindelighed, tilbud til alkoholstorforbrugere, tilbud om træning og fysisk aktivitet m.v.

Opsporing. Undersøgelser af befolkningen eller dele af befolkningen for risikofaktorer eller tidlige tegn på sygdom - fx screening for livmoderhalskræft – samt de praktiserende lægers undersøgelser for bestemte tilstande, når en patienthenvendelse giver mulighed for det (opportunistisk screening). Fx blodtryksundersøgelser og undersøgelser af symptomer for dia-

betes af svært overvægtige. Dertil kommer det klassiske undersøgelsesprogram for gravide samt børneundersøgelser. Opsporing kan også foregå i andre sektorer end sundhedsvæsenet, fx gennem de forebyggende hjemmebesøg.

Netværk. De nære netværk, familie, venner og kolleger er en dokumenteret vigtig faktor for påvirkning af holdninger og tilskyndelse til ændring af sundhedsadfærd. De nære netværk er samtidig en vigtig praktisk støtte i dagligdagen og en central psykosocial støtte i tilfælde af sygdom. Som en forværrende faktor ved deres fravær og en styrke ved tilstedeværelse af gode nære netværk. Betydningen af nære netværk slår igennem ved meget forskellige sygdomme - der er tale om en selvstændig faktor for overlevelse og livskvalitet. Fx selvhjælpsgrupper. Hvor nære netværk er svage, kan sekundære netværk af professionelle være et vigtigt forebyggende element.

Kommunikation og dialog. Kommunikation og dialog i befolkningen om sundhedsrisici og løsninger er en nødvendig forudsætning for det forebyggende arbejde. Netværkskommunikation er fx en metode, hvor personlig dialog, uddannelse og påvirkning af nøglepersoner er i fokus. En forpligtende dialog i sundhedsvæsenet mellem personale og patient er af stor betydning. Massekommunikation gennem landsdækkende, generelle kampagner finder anvendelse, hvor problemernes udbredelse og alvor gør det velbegrundet at rette indsatsen mod hele befolkningen.

Uddannelse, forskning og dokumentation. Kvalificering af medarbejdere, der dagligt arbejder med forebyggelse - særligt medarbejdere, der arbejder med udsatte grupper – gennem uddannelse og videreuddannelse. Kliniske vejledninger og retningslinier kan medvirke til en større professionalisering i det forebyggende arbejde. Forskning i effektive forebyggelsesmetoder danner grundlaget for en målrettet og effektiv forebyggelsesindsats. En væsentlig forudsætning for professionalisering af forebyggelsesarbejdet er dokumentation og målrettet formidling, som det bl.a. udføres af dokumentationsenheden i Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse.

Implementering og udvikling. I mange af landets amter og kommuner er udviklet velegnede forebyggelsesmetoder. Det er vigtigt, at gode forebyggelsesmetoder udbredes og implementeres. Der skal fortsat udvikles nye forebyggelsesmetoder, særligt rettet mod udsatte grupper. Bl.a. gennem etablering af partnerskaber.

Monitorering. Løbende overvågning af udviklingen i befolkningens sundhedstilstand, sygdoms- og ulykkesudvikling samt udvikling i risikofaktorerne er en forudsætning for prioriteringsarbejdet og for tidlig erkendelse af nye udviklingstendenser med henblik på rettidig indsats. Forebyggelsesområdet har i de senere år udviklet mere stabile, løbende og detaljerede monitoreringssystemer.

Opfølgning af programmet

Initiativer. Regeringen har løbende taget og vil tage en række initiativer for at forbedre befolkningens sundhed:

- Fødevaredirektoratet iværksætter i efteråret 2002 et nyt projekt med titlen "Alt om kost - smag for livet". Projektet har til hensigt at fremme etablering af madordninger på skoler og institutioner samt at yde borgerne vejledning om fakta på ernæringsområdet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil igangsætte en flerårig indsats vedr. fysisk aktivitet.

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil igangsætte strategiarbejder for programmets folkesygdomme.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet støtter bl.a. lokale modelprojekter vedr. forebyggelse af svær overvægt og vedr. fysisk aktivitet.
- Sundhedsstyrelsen har iværksat et arbejde med et oplæg til en national strategi vedr. svær overvægt.
- Kulturministeren vil fremlægge en idrætspolitisk redegørelse i foråret 2003. Redegørelsen vil sætte fokus på idrættens sundheds- og uddannelsesmæssige dimension, herunder hvordan foreningsidrætten i samspil med andre aktører – fx skole, institution og arbejdsplads - kan forbedre mulighederne for at dyrke idræt.
- Kulturministeren vil igangsætte en revision af Eliteidrætsloven. I den forbindelse skal der foretages en analyse af eliteidrættens nationale og internationale udvikling m.v.
- Regeringen fremlægger i løbet af kort tid en strategi for miljøfaktorer og sundhed.
- Regeringen vil tilstræbe, at der gives motiverede alkoholmisbrugere mulighed for hurtigt at komme i behandling.
- Socialministeriet har i foråret 2002 iværksat en forskningsindsats på trænings- og genoptræningsområdet.
- Socialministeren nedsatte i foråret 2002 *Rådet for socialt udsatte* for at styrke indsatsen over for de svageste i samfundet.
- Socialministeren fremsætter i efteråret 2002 lovforslag om behandlingsgaranti for stofmisbrugere.
- Socialministeren fremsætter primo 2003 lovforslag om mulighed for madordninger i børnehaver mod fuld forældrebetaling.
- Undervisningsministeriet udgiver nye Klare Mål for det obligatoriske emne sundheds-, seksualundervisning og familiekundskab.
- Undervisningsministeriet vil tage initiativ til at udarbejde et inspirationsmateriale vedr. skolernes sundhedsundervisning.
- Undervisningsministeriet vil tage initiativ til at udarbejde et erfarings- og inspirationsmateriale vedr. lokale projekter med tildelt øget idrætstimetal og deres anvendelse m.v.
- Undervisningsministeriet vil i samarbejde med andre ministerier tage initiativ til udformning af et rammeoplæg til udvikling af modeller for sundhedspolitik på skoler.
- Undervisningsministeriet vil tage initiativ til, at der udvikles værktøjer til evaluering af skolen som sundhedsfremmende miljø.

Indikatorprogrammet
I forbindelse med offentliggørelse af "Sund hele livet" fremlægges samtidig et indikatorprogram med nøgletal for programmets overordnede mål, risikofaktorer, målgrupper og forebyggelsesmiljøer.

Udviklingen i indikatorerne vil løbende blive opdateret på programmets hjemmeside www.folkesundhed.dk. En samlet opdatering vil igennem programperioden blive samlet i en årlig publikation.

Status for programmets gennemførelse
Programmet vil følge de kommunale valg- og dermed planlægningsperioder. Der vil blive gjort status for folkesundhedsarbejdet i 2005 og 2009 i lighed med "Status 2001 for folkesundhedsarbejdet". Statusarbejdet skal beskrive og vurdere udviklingen i sundhedstilstanden og sundhedsadfærden, indsatsen fra stat, amt og kommuner, i fællesskaberne m.v.

Statusarbejdet vil i 2005 og 2009 blive gjort til genstand for overvejelser med henblik på justering eller revision af sundhedsprogrammet med hensyn til mål og virkemidler. Som et led i dette vil Indenrigs- og sundhedsministeren i forbindelse med sundhedsplanlægningsudmeldingen i 2005 komme med særlige prioriteringer for forebyggelsesarbejdet.

Indikatorprogram for Sund hele livet

BILAG

1. Indledning

I tilknytning til sundhedsprogrammet "Sund hele livet" fremlægges dette indikatorprogram med samtlige sundhedsprogrammets målområder for risikofaktorer (rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet, svær overvægt, ulykker, arbejdsmiljø og miljøfaktorer), målgrupper (gravide, børn, unge, voksne udsatte, ældre og langvarigt syge), forebyggelsesmiljøerne (skoler/daginstitutioner, arbejdspladsen og sundhedsvæsenet) samt centrale indikatorer for den offentlige forebyggelse.

Indikatorprogrammet vil løbende blive udviklet. I forbindelse med strategiarbejdet for programmets otte folkesygdomme, vil der blive udarbejdet relevante indikatorer for de enkelte sygdomme.

Formålet med indikatorkataloget er at sikre en fortsat monitorering og dokumentation af udviklingen på en overskuelig måde ud fra et relevant udvalg af den store mængde af statistik og data, der produceres.

Indikatorerne er udvalgt, så de dels afspejler de konkrete målområder så dækkende og præcist som muligt, dels er fagligt velunderbyggede. F.eks. har en række valideringsundersøgelser vist, at befolkningens selvoplevede helbredsforhold, som de fremkommer ved sundheds- og sygelighedsundersøgelsernes interviewundersøgelse, har en meget stærk sammenhæng med den faktiske sygelighed og dødelighed.

Udviklingen i indikatorerne vil løbende blive opdateret på sundhedsprogrammets hjemmeside www.folkesundhed.dk

Nationalt og internationalt indikatorarbejde

I forbindelse med udarbejdelsen af indikatorprogrammet er der søgt inspiration såvel nationalt som internationalt.

I udviklingen af nærværende sundhedsprogram indikatorer er der taget hensyn til indikatorer, der enten er udviklet eller er under udvikling i EU og i de nordiske lande.

Som eksempler kan nævnes monitoreringsprogrammet Health Monitoring Program, der er udviklet i EU-regi med det formål at monitorere folkesundhedsinitiativer og andre sundhedspolitiske foranstaltninger, der vil gøre det muligt at følge sundhedstilstanden og faktorer, der påvirker sundhedstilstanden i EU-landene. På The Lisbon Special European Council´s møde i Lissabon i marts 2000 blev listen over strukturelle indikatorer til monitoreringen af udviklingen af medlemslandene fastlagt. Det blev endvidere besluttet at udvikle en sundhedsindikator, nemlig et mål for tabte gode leveår (Disability Free Life Expectancy, DFLE).

Nordisk ministerråd har også iværksat udvikling af et sæt indikatorer for en bæredygtig udvikling i Norden. Der vil i den forbindelse blive udviklet særlige indikatorer for social- og sundhedsområdet.

2. Indikatorer for folkesundheden

Indikatorer er et redskab til at følge udviklingen på et givent område. Ud fra udvalgte indikatorer er man i stand til at se, om udviklingen går i den ønskede retning. Indikatorer er på den måde med til at identificere udfordringer og påpege behov for indsatser.

For at kunne give et billede af udviklingen i forhold til mål og udfordringer i "Sund hele livet" er valgt et sæt af indikatorer, der illustrerer sundhedsprogrammets forskellige indsatsområder.

Indikatorprogrammets elementer

"Sund hele livet" indeholder dels overordnede mål i relation til sundhed og livskvalitet, dels udvalgte konkrete indsatsområder, hvor der er formuleret mål og fælles udfordringer.

Indikatorprogrammet består således af to dele:

- *Nøgleindikatorer*: et overordnet indikatorsæt, som beskriver udvikling og resultater i forhold til sundhedsprogrammets overordnede målsætninger.
- *Detaljeret, specifikt indikatorsæt*: dette indikatorsæt beskriver for hvert indsatsområde udviklingen og resultater i forhold til mål og fælles udfordringer i "Sund hele livet".

For at sikre kontinuitet i forhold til den tidligere regerings folkesundhedsprogram 1999-2008 og det dertil hørende indikatorprogram, er mange af indikatorerne i nærværende program identiske med de tidligere anvendte. Samtidig vil indikatorprogrammet sammenholde udviklingen med de kvantitative mål i det tidligere program.

Kilder

Der er anvendt en lang række kilder i udarbejdelsen af indikatorprogrammet. Det er angivet ud for de enkelte indikatorer, hvad kilden er. Blandt de vigtigste kilder kan nævnes sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (SUSY), landspatientregistret (LPR) med oplysninger om sygehusenes aktivitet og befolkningens brug af sundhedsydelser, dødsårsagsregistret, monitorering af unges livsstil og dagligdag (MULD), statistikpublikation fra Danmarks Statistik m.v.

3. Nøgleindikatorsæt

Indikatorprogrammet bag "Sund hele livet" bygger foreløbig på følgende nøgleindikatorer:

1. Middellevetid
2. Tabte gode leveår
3. Spædbørnsdødelighed
4. Selvvurderet helbred
5. Sociale forskelle i dødelighed
6. Sociale forskelle i livskvalitet
7. Storrygere blandt børn, unge og voksne
8. Overskridelse af alkoholgenstandsgrænsen blandt børn, unge og voksne
9. Andel, der indtager mere end 40% fedt
10. Fysisk aktivitetsniveau i fritid og i arbejde blandt børn, unge og voksne
11. Body Mass Index (BMI) > 30 blandt børn, unge og voksne
12. Ulykker blandt børn, unge og voksne (trafik-, hjemme- og fritidsulykker)
13. Alvorlige arbejdsulykker, inkl. dødsulykker
14. Brug af narkotiske stoffer (unge)

4. Vurdering af indikatorernes dækningsgrad og det videre indikatorarbejde

Indikatorprogrammet er opstillet ud fra, hvad der i dag eksisterer af data. Indikatorprogrammet vil blive udviklet i takt med bedre datagrundlag, med strategiarbejdet for de otte folkesygdomme og med, at nye eller andre mål eventuelt bliver opprioriteret i forhold til at forbedre folkesundheden.

Der eksisterer i dag solide indikatorer på de fleste af de områder, der er medtaget i indikatorkataloget. Det gælder eksempelvis tobaks- og alkoholområdet. På begge disse områder findes sammenlignelige data og et godt overblik over udviklingen. Det er klart defineret, hvad der måles, og hvordan det gøres.

På nogle områder er indikatorer under udvikling. Det gælder eksempelvis børneområdet, hvor Sundhedsstyrelsen arbejder på et centralt monitoreringsprogram for børnesundhed.

På andre områder er der behov for fortsat og yderligere metode- og dataudvikling. Det gælder eksempelvis hele motionsområdet. Her er der behov for at udvikle nye mål for

fysisk aktivitet, ikke mindst set i lyset af de nye motionsanbefalinger om at børn skal være fysisk aktive mindst en time og voksne mindst en halv time dagligt. Det er intentionen, at sådanne indikatorer udvikles og indarbejdes i kataloget.

Endnu andre områder er i dag svagt beskrevet indikatormæssigt. Det gælder specielt i forhold til forebyggelsesmiljøerne i sundhedsprogrammet. Her er det af metodemæssige årsager ikke intentionen at foretage tilbagevendende monitoreringer. Her må i stedet anvendes mere ad-hoc prægede undersøgelser til at give et billede af situationen og udviklingen.

5. Indikatorprogrammets opbygning

I det følgende gennemgås de valgte indikatorer. Strukturen er identisk med den struktur, der er anvendt i sundhedsprogrammet. Således er der først indikatorer for de overordnede mål, herefter for risikofaktorerne, målgrupper og forebyggelsesmiljøerne.

Indikatorerne er skematiseret, således at der i forbindelse med hver enkelt indikator er en faktuel beskrivelse, hvor det forklares, hvordan indikatoren skal forstås/læses. Dernæst er der en beskrivelse af udviklingen, dvs. en beskrivelse af, hvordan tendensen har været i tidligere år, eventuelt efterfulgt af en årsagsforklaring. Endelig er der generelle kommentarer og kildeangivelser.

Indikatorprogrammet bag Sund hele livet

Nøgleindikatorer er angivet med farvet baggrund

Sundhed og livskvalitet

Indikator	Faktuel beskrivelse	Udvikling	Kilde
Middellevetid	Den forventede levetid for nyfødte eller restlevetiden ved en given alder. Beregninger af middellevetiden baseres på de aktuelle dødelighedserfaringer.	Middellevetiden steg fra midten af 1970'erne og til midten af 1990'erne betydeligt langsommere end i de øvrige europæiske lande. Men i sidste halvdel af 90'erne har Danmark haft en stigning på niveau med mange andre europæiske lande. Fra 1995 til 2001 er middellevetiden for en nyfødt dreng steget med 1,7 år og er nu (2000) 74,5 år. For en nyfødt pige er middellevetiden steget med 1,2 år og er nu 79,2 år.	Kilde: Danmarks Statistik. www.statistikbanken.dk
Tabte gode leveår	Tabte gode leveår er baseret på beregning af den helbredsjusterede levetid (health expectancy), der estimerer den gennemsnitlige tid en person kan forvente at leve i forskellige helbredstilstande. Målet kombinerer således mål for dødelighed og sygelighed i en enkelt indikator. Tabte gode leveår er det antal år en person ved en given alder kan forventes at leve med nedsat funktion eller anden form for reduceret helbredsrelateret livskvalitet. Måles ved hjælp af forskellige parametre: 1) meget dårligt, dårligt eller nogenlunde selvvurderet helbred, 2) langvarig sygdom og 3) varig aktivitetsbegrænsning.	Selvvurderet helbred: Fra 1987 til 1994 faldt antallet af tabte gode leveår blandt 16-årige mænd fra 12,1 år til 10,6 år i 1994. Blandt kvinder faldt det fra 1987 til 1991 men steg atter til 16,6 år i 1994, hvilket var på niveau med 1987. Den forventede levetid med langvarig sygdom steg for 16-årige mænd fra 18,7 år i 1987 til 20,9 år i 1994. For kvinder var stigningen fra 22,4 år i 1987 til 26,5 år i 1994. Flest gode leveår går tabt pga. muskel- og skeletsygdomme. Antallet af tabte gode leveår foranlediget af nedsat fysisk funktion for 60+ årige er blandt mænd faldet fra 5,3 år i 1987 til 4,1 år i 2000. For kvinder er faldet mindre, fra 8,4 år i 1987 til 7,7 år i 2000.	Kilde: SUSY-2000. Henrik Brønnum-Hansen: Trends in health expectancy in Denmark, 1987 - 1994. Niss Skov Nielsen: Funktionsniveau blandt 60-årige eller derover. Antallet af tabte gode leveår kan måles ved hjælp af flere forskellige parametre: - at man ikke føler sig frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til at gøre, - selvvurderet dårligt eller meget dårligt helbred, - svækket fysisk funktionsniveau, - forekomst af langvarig sygdom mv.

Sundhed og livskvalitet

Indikator	Faktuel beskrivelse	Udvikling	Kilde
Førtidspension	Antal tildelte helbredsbetingede førtidspensioner generelt og sygdomsspecifikt.	I 2001 blev der tilkendt 14.818 nye helbredsbetingede førtidspensioner, hvilket svarer til en stigning på 7% i forhold til 2000. I alt 33% af de nytildelte pensioner skyldes psykiske lidelser og 24% skyldes muskel- og skeletlidelser. Dernæst følger hjerte-kar sygdomme, sygdomme i nervesystem og sanseorganer samt kræftsygdomme. Sygdomsmønstret bag de tildelte førtidspensioner er stort set konstant.	Kilde: Den sociale ankestyrelse: Førtidspensioner Årsstatistik 2001.
Dødelighed	Dels generelt, dels sygdomsspecifikt.	I 1999 var der 58.722 dødsfald. De hyppigste dødsårsager er fortsat hjerte-karsygdomme (37% af dødsfaldene), kræft (27%), lungesygdom (10%) og selvmord og ulykker (6%). I de seneste 20 år er dødeligheden af iskæmisk hjertelidelse faldet, mens dødeligheden af anden hjertesygdom er steget – men samlet er der tale om et markant fald. I samme periode har den samlede kræftdødelighed været stort set uforandret, mens dødeligheden af kroniske lungesygdomme er steget for mænd og steget volsomt for kvinder. Antallet af selvmord er halveret fra 1980 til 1999. Dødsfald som følge af sukkersyge er stigende og rammer helt overvejende ældre.	Kilde: Dødsårsagsregisteret 1999. Sundhedsstyrelsen 2002; 6 (8).

Sundhed og livskvalitet

Indikator	Faktuel beskrivelse	Udvikling	Kilde
Tabte leveår før 65 års alderen	Dels generelt, dels sygdoms-specifikt.	I 1998 tabtes der 164.000 leveår før 65 års alderen. Flest leveår tabtes pga. kræft-sygdomme (26%), ulykker og selvmord (24%) samt hjerte-karsygdomme (12%).	Kilde: Dødsårsagsregistret, specialanalyser. Indikatoren afhænger af aldersfordelingen i befolknin-gen og er derfor umiddelbart vanskelig sammenlignelig over tid.
Spædbørns-dødelighed	Antal døde i alderen 0-365 døgn pr. 1000 levendefødte.	Spædbørnsdødeligheden er faldet fra 7,9 pr. 1000 leven-defødte i 1986-1990 til 5,0 i perioden 1991-95 og 5,6 i 1996.	Kilde: Health Statistics in the Nordic Countries 1999. Nom-esco 61: 2001.
Lavvægtige nyfødte	Andel nyfødte med fødsels-vægt under 2,5 kg.	Andelen af lavvægtige børn er uændret.	Kilde: Landspatientregistret.
Selvvurderet helbred	Måles ved spørgsmålet: Hvorledes vil De vurdere Deres nuværende helbredstil-stand i almindelighed?	I alt 77,9% af voksne danske-re vurderer, at de har et virke-lig godt eller godt helbred. Andelen, der vurderer eget helbred som værende virkelig godt eller godt, aftager med stigende alder. I alle alders-grupper vurderer en større andel af mænd end kvinder, at deres helbred er virkelig godt eller godt. I perioden 1987 til 2000 er der sket en lille stigning i andelen med virkelig godt eller godt selvvurderet hel-bred blandt de 45-66 årige og blandt de 67+ årige, mens der er sket et svagt fald i de yngste aldersgrupper.	Kilde: SUSY-2000.

Sundhed og livskvalitet

Indikator	Faktuel beskrivelse	Udvikling	Kilde
Aktivitets-begrænsning	Måles ved spørgsmålet: Har sygdom, skader eller lidelser gjort det besværligt eller umuligt for Dem inden for de sidste 14 dage at udføre Deres sædvanlige daglige gøremål? (fx arbejde i eller udenfor hjemmet, fritidsaktiviteter o.lign).	I alt 14,9% af voksne danskere angiver, at de har været begrænset i udførelse af dagligdagsaktiviteter pga. sygdom. Andelen med aktivitetsbegrænsning inden for de seneste 14 dage er steget fra 10,8% i 1987 til 14,9% i 2000. Stigningen ses blandt mænd og kvinder i alle aldersgrupper – men mest udtalt blandt kvinder.	Kilde: SUSY-2000.
Langvarig sygdom	Måles ved spørgsmålet: Har De nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse?	Forekomsten af langvarig sygdom er steget fra 32,4% i 1987 til 41,1% i 2002. Stigningen er sket blandt mænd og kvinder i alle aldersgrupper.	Kilde: SUSY-2000.
Sociale forskelle i dødelighed	Dødelighed i forskellige stillingsgrupper og erhvervsgrupper.	I perioden 1970-1995 er forskellen i dødelighed mellem ikke-faglærte mænd og andre stillingsgrupper øget væsentligt. I 1970 havde ikke-faglærte samme dødelighed som faglærte. I 1991-95 lå dødeligheden blandt ikke-faglærte 20 pct. højere end blandt faglærte. Dødeligheden blandt mænd uden for erhverv er næsten 3 gange højere end for mænd i erhverv. For kvinder uden for erhverv er dødeligheden 2-3 gange højere end for kvinder i erhverv. Jo højere uddannelse, jo lavere dødelighed.	Kilde: Danmarks Statistik 2001. Otto Andersen et al: Dødelighed og erhverv 1981-1995.

Sundhed og livskvalitet

Indikator	Faktuel beskrivelse	Udvikling	Kilde
Sociale forskelle i livskvalitet	Selvvurderet helbred i forskellige stillingsgrupper.	Resultater fra 1987 og 1991 viser, at blandt 30 årige mænd havde funktionærer i gruppe I den længst forventede levetid med godt selvvurderet helbred (41 år), ikkefaglærte arbejderes forventede levetid med godt selvvurderet helbred var 32 år og mænd uden for erhverv havde 19 års forventet levetid med godt selvvurderet helbred. Blandt 30-årige kvinder havde funktionærer i gruppe I længst forventet levetid med godt helbred (46 år), medhjælpende hustruer havde 36 år og kvinder uden for erhverv 25 år.	Kilde: Henrik Brønnum-Hansen: Socioecconomic differences in health expectancy in Denmark. Scand J Public Health 2000; 28, 194-199. Dækker 1987 og 1991. Henrik Brønnum-Hansen et al: Social gradient in life expectancy and health expectancy in Denmark. Under udarbejdelse. Dækker 2000.
Sociale forskelle i rygning	Andel dagligrygere fordelt på uddannelsesgrupper og socioøkonomiske grupper.	Andelen af dagligrygere er faldet fra 44,1% i 1987 til 34% i 2000. Nedgangen ses blandt de 16-24 årige og de 25-44 årige kvinder og blandt de 25-44 årige og 45-66 årige mænd. I forhold til uddannelsesgrupper er andelen af dagligrygere blandt mænd især faldet blandt de højere uddannede, mens den hos kvinder især er faldet blandt de kortest uddannede. I forhold til socioøkonomiske grupper er der sket et fald i alle grupper i arbejdsstyrken på nær de selvstændige uden ansatte (SUSY-2000).	Kilde: SUSY-2000. Sundhedsstyrelsens årlige monitorering af danskernes rygevaner.

Sundhed og livskvalitet

Indikator	Faktuel beskrivelse	Udvikling	Kilde
Sociale forskelle i forekomsten af meget hæmmende langvarige sygdomme	Andel med en eller flere meget hæmmende langvarige sygdomme fordelt på uddannelsesgrupper og socioøkonomiske grupper.	I forhold til uddannelse ses i 2000 en klar gradient med størst forekomst af langvarig hæmmende sygdom blandt personer med kortest uddannelse. I forhold til socioøkonomisk placering ses lavest forekomst blandt funktionærer i gruppe I og II og højst forekomst blandt ikke-faglærte arbejdere.	Kilde: SUSY-2000.

Risikofaktorer

Indikator	Faktuel beskrivelse	Udvikling	Kilde
Rygning			
Tobaksforbrug	Antal solgte cigaretter, cigarer og røgtobak pr. indbygger pr. år.	I 1999 blev der solgt 7.041 mill. cigaretter. Antallet af solgte cigaretter var lavest i 1993 (6.382 mill.), men dernæst svagt stigende.	Kilde: Danmarks Statistik.
Dagligrygere blandt børn, unge og voksne	Andel dagligrygere fordelt på køn og aldersgrupper.	Andelen af dagligrygere er faldet fra 43% i 1991 til 30% i 2001 (Sundhedsstyrelsen, 2001).	Kilde: Sundhedsstyrelsens årlige monitorering af danskernes rygevaner. SUSY-2000. MULD-undersøgelsen: Nielsen et al: Unges livsstil og dagligdag – forbrug af tobak, alkohol og stoffer. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, 2002. Rasmussen M., Due P., Holstein B., Skolebørnsundersøgelsen 1998.
Storrygere blandt børn, unge og voksne	Andel, der ryger mere end 15 cigaretter om dagen fordelt på køn og aldersgrupper.	Fra 1994 til 2000 er der sket et mindre fald i andelen af storrygere fra 20,4% til 18,6%. Faldet er mest udtalt blandt de 25-44 årige. Blandt de 16-20 årige er 8,0% af drengene og 5,2% af pigerne storrygere (SUSY-2000).	Kilde: SUSY-2000. MULD-undersøgelsen. Sundhedsstyrelsens årlige monitoreringer af danskernes rygevaner.

Risikofaktorer

Indikator	Faktuel beskrivelse	Udvikling	Kilde
Rygeafvænnings-tilbud	Dækningsgrad.		
Alkohol			
Alkoholforbrug	Antal solgte liter alkohol pr. indbygger pr. år.	I 1999 var det registrerede årlige forbrug af alkohol 11,6 liter pr. dansker over 14 år. Alkoholforbruget har med mindre udsving ligget på dette niveau siden midten af 1970'erne.	Kilde: Alkohol og narkotika-statistik 2001. Sundhedsstyrelsen 2001/18.
Overskridelse af genstands-grænsen blandt børn, unge og voksne	Andel blandt mænd, der har drukket mere end 21 genstande inden for den seneste uge og andelen blandt kvinder, der har drukket mere end 14 genstande, fordelt på alders-grupper.	Andelen, der har overskredet genstandsgrænsen er lidt højere i 2000 (11,7%) end i 1994 (10,7%). Stigningen ses blandt mænd og kvinder i alle aldersgrupper med undtagelse af de 25-44 årige. Blandt de 16-20 årige har 24% af drengene og 14% af pigerne drukket mere end svarende til genstandsgrænsen.	Kilde: SUSY-2000. MULD-undersøgelsen. WHO-undersøgelserne King A. et al: The health of youth: a cross-national study. WHO regional publications, European series NO 69, Canada 1996, ESPAD-undersøgelserne (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - Svend Sabro).
Kost			
Fødevare-forsyning	Angiver mængden af producerede varer minus eksporterede men plus importerede. Mælk med henholdsvis 3% fedt eller mere og mindre end 3% fedt, kød og sukker.	I perioden 1965-1998 er der sket et fald i forsyningen af sødmælk og stigning i forbruget af fedtfattig mælk. Forbruget af øvrige mejeriprodukter er steget (ost, fløde). Forsyningen af kød er steget. Forbruget af sukker er faldet fra 1965 til 1989 men er atter stigende.	Kilde: Fagt S. & Trolle E.Forsyningen af fødevarer 1955-1999. Udviklingen i danskernes kost – forbrug, indkøb og vaner. København: Fødevaredirektoratet. Afdeling for Ernæring, 2001. Fagt S.: Kostvaner i Norden 1965-1998. Food Market Norden, 2001. Indikatoren er medtaget for at svare til tobaks- og alkoholforbruget.
Gennemsnitligt fedtindtag	Fordelingen af energiindtaget på fedt, kulhydrat og protein. Mættet fedt i forhold til andet fedt.	Fra 1995 til 2000/2001 er fedtenergiprocenten faldet fra 37 til 33 (fra 39 til 35 når alkohol ikke indgår i beregningerne).	Kilde: Baseres på landsdækkende kostundersøgelser fra Fødevaredirektoratet. Seneste tal fra Kostundersøgelsen 2000-2002.

Risikofaktorer

Indikator	Faktuel beskrivelse	Udvikling	Kilde
Kost			
Andel der indtager mere end 40% fedt		Fra 1995 til 2000/2001 er andelen af 15-75 årige, der har en fedtenergiprocent over 40 faldet fra 26 til 11%.	Kilde: Baseres på landsdækkende kostundersøgelser fra Fødevaredirektoratet. Seneste tal fra Kostundersøgelsen 2000-2002.
Indtag af frugt og grøntsager		Det gennemsnitlige daglige indtag af frugt og grønt blandt 11-75 årige er steget fra 279 til 379 g. Andelen, der lever op til anbefalingen på 600 g. om dagen, er steget fra 4 til 11%, og andelen, der spiser mindre end 200 g., er faldet fra 36 til 23%.	Kilde: Baseres på landsdækkende kostundersøgelser fra Fødevaredirektoratet. Seneste tal fra Kostundersøgelsen 2000-2002. Indtaget af frugt og grønt er medtaget, fordi det peger mod såvel hjerte-kar- som kræftsygdomme. Indikatorer vedr. kartofler, kornprodukter samt fiskeprodukter er udeladt.
Fysisk aktivitet			
Fysisk aktivitetsniveau i fritid og i arbejde blandt voksne, børn og unge	Blandt voksne måles andel med stillesiddende fritidsaktivitet, andel med hård/mellemhård fysisk aktivitet i fritiden, andel blandt erhvervsaktive med stillesiddende arbejde og andel med stående/gående løftearbejde eller tungt/hurtigt anstrengende arbejde fordelt på køn, aldersgrupper og hovedbeskæftigelse.	Andelen med stillesiddende fritidsaktivitet og andelen med hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden i 2000 er på niveau med 1994. Andelen med stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen er steget – især blandt mænd – fra 33,1% i 1987 til 36,9% i 2000. Andelen af 15-årige, der er fysisk aktive, er faldet i perioden 1984-98. Det gælder både drenge og piger.	Kilde: SUSY-2000. WHO-undersøgelserne (King A. et al: The health of youth: a cross-national study. WHO regional publications, European series no. 69, Canada 1996. Rasmussen M., Due P., Holstein B., Skolebørnsundersøgelsen 1998. Der er brug for at udvikle nye mål for fysisk aktivitet, ikke mindst set i forhold til målsætningen om at voksne skal være fysisk aktive mindst en halv time og børn mindst en time dagligt.

Risikofaktorer

Indikator	Faktuel beskrivelse	Udvikling	Kilde
Svær overvægt			
Body Mass Index (BMI) > 30 blandt børn, unge og voksne	Selvrapporteret højde og vægt fordelt på køn og aldersgrupper.	Andelen af svært overvægtige er steget fra 5,5% i 1987 til 7,6% i 1994 og 9,5% i 2000. Stigningen er særlig høj blandt 16-24 årige mænd og blandt 25-44 årige kvinder. Andelen af svært overvægtige 14-16 årige børn er steget markant gennem de sidste 25 år.	Kilde: SUSY-2000. Petersen T., Rasmussen S., Madsen M. Danske Skolebørns body mass index målt i perioden 1986/87-1996/97 sammenlignet med danske målinger fra 1971/72. Ugeskrift for Læger 2002 (i trykken).
Ulykker			
Trafikulykker blandt børn, unge og voksne	Forekomst af dødsulykker.	2000: 498 2001: 431	Kilde: Danmarks Statistiks publikation "Færdselsuheld" og Trafikministeriet (politidata).
	Antal børn og unge, der kommer til skade i trafikken.	Antallet af børn og unge, der kommer til skade i trafikken er reduceret fra 3806 i 1997 til 3587 i 2000. Fra 1998 til 2000 er der tale om en reduktion på knap 6%.	Kilde: Danmarks Statistiks publikation "Færdselsuheld" og Trafikministeriet (politidata).
	Forekomst af skadestuekontakter pga. trafikulykker blandt børn, unge og voksne.	Der er årligt ca. 46.000 skadestuekontakter – antallet er konstant til svagt stigende. Antal børn og unge (0-24 år), der kommer til skade i trafikken: 1998: 28.570 1999: 27.920 2000: 28.510 2001: 27.530 Udviklingen er imidlertid sammensat af positiv udvikling for de 20-24-årige, negativ for 15-19-årige og uændret for de yngste.	Kilde: Landspatientregistret – fulgt siden 1995 og Ulykkesregistret – fulgt siden 1990. Ulykkesregistret arbejder på udvikling og afgrænsning af en indikator for svære kvæstelser. Hermed skabes mulighed for kvalificering af politidata, der alene omfatter de ulykker, der kommer til politiets kendskab. Indikator for sværhedsgrad kan også anvendes på hjemme- og fritidsulykker.
Hjemme- og fritidsulykker	Forekomst af dødsulykker.	Ca. 1800 i 1996 – konstant. Ca. 1800 i 1999 – konstant .	Kilde: Dødsårsagsregistret.
	Forekomst af skadestuekontakter.	Ca. 1/2 mill. ulykker – konstant.	Kilde: Landspatientregistret – fulgt siden 1995 og Ulykkesregistret – fulgt siden 1990.

Risikofaktorer

Indikator	Faktuel beskrivelse	Udvikling	Kilde
Arbejdsmiljø			
Alvorlige ulykker, inkl. dødsulykker	Omfatter ulykker, der medfører død eller ulykker med mén-grad over 5% og/eller amputation.	De sidste 10 års udvikling har ikke vist signifikante forskelle. I 1999 blev der anmeldt 69 dødsulykker og 5.539 andre alvorlige ulykker til Arbejdstilsynet, altså i alt 5.608 alvorlige ulykker. Parterne og myndigheden vil intensivere forebyggelsesarbejdet på ulykkesområdet, sådan at der kan identificeres et fald på 15% i 2005.	Kilde: Overvågningen baseres på Arbejdstilsynets arbejdsskaderegister
Skader som følge af tunge løft	Omfatter skader pga. tunge enkeltløft eller gentagne løft, bæring skub og træk af byrder.	I 1999 blev der anmeldt 7.352 løfteulykker til Arbejdstilsynet. Parterne og myndigheden vil intensivere forebyggelsesarbejdet i forhold til tunge løft, sådan at der kan identificeres et fald på 15% i 2005.	Kilde: Overvågningen baseres på Arbejdstilsynets arbejdsskaderegister.
Skader som følge af ensidigt, gentaget arbejde (EGA)	Højrepetetivt EGA forekommer, når arbejdscyklus er kortere end 30 sekunder, eller når samme bevægelse gentages mere end 50% af cyklustiden. Det højrepetetive EGA anses for at være mest sundhedsskadeligt.	Evalueringen af parternes handlingsplan mod EGA viste, at forekomsten af EGA blandt de undersøgte virksomheder i risikobrancherne var reduceret med 25% siden handlingsplanens påbegyndelse. Parterne og myndigheden vil intensivere forebyggelsesarbejdet på EGA-området, sådan at der kan identificeres et fald på 10% i 2005.	Kilde: Overvågningen baseres på virksomhedsundersøgelser i konkrete brancher, og Arbejdsmiljøinstituttets nationale arbejdsmiljøkohorte (NAK).

Risikofaktorer

Indikator	Faktuel beskrivelse	Udvikling	Kilde
Arbejdsmiljø			
Psykisk arbejdsmiljø	Psykisk arbejdsmiljø dækker over en lang række påvirkninger på arbejdspladsen med udspring i blandt andet arbejdets organisering, arbejdets tilrettelæggelse og samarbejdet blandt de beskæftigede.	Arbejdstilsynets overvågningsrapport viser, at der er sket en stigning i krav til opmærksomhed og koncentration. I forhold til en række øvrige psykiske risikofaktorer ses mere positive udviklingstræk. Fx oplever flere, at de har indflydelse på eget arbejde. Parterne og myndigheden vil intensivere forebyggelsesarbejdet i forhold til psykisk arbejdsmiljlø, sådan at der kan identificeres et fald i antallet af beskæftigede, der vurderer sig selv som belastede på 5% i 2005.	Kilde: Overvågningen baseres på Arbejdsmiljøinstituttets nationale arbejdsmiljøkohorte (NAK). Endvidere arbejdes der på udvidelse og tilretning af Arbejdstilsynets virksomhedsovervågning.
Arbejdsmiljøets andel af store folkesygdomme og behandlingskrævende ulykker		Arbejdsmiljøets andel af hospitalsindlæggelser var i perioden 1994-99 7-15% svarende til 60-100.000 indlæggelser i perioden. Beregningerne er netop gennemført for første gang, men kan gennemføres løbende.	Kilde: Arbejdsmiljøinstituttets Erhvervs- og hospitalsindlæggelsesregister, der løbende kan opdateres, indeholder de nødvendige oplysninger til at gennemføre beregningerne.
Miljøfaktorer			
			Der henvises til Danmarks nationale strategi for bæredygtig udvikling, "Fælles fremtid – udvikling i balance", indikatorprogram. Der nedsættes en tværfaglig gruppe, der skal belyse mulighederne for at udvikle et bredere sæt af indikatorer.

Målgrupper

Indikator	Faktuel beskrivelse	Udvikling	Kilde
Gravide			
Dagligrygere blandt gravide			Indikator udvikles.
Alkoholforbrug blandt gravide			Indikator udvikles.
Deltagelse i svangrekontrol	Andel som deltager i svangrekontrol.		Kilde: Sygesikringsregistret. Landspatientregistret.
Børn			
Deltagelse i forebyggende helbredsundersøgelser	Andel som deltager i forebyggende helbredsundersøgelser hos læge.	Tilslutningen til børneundersøgelser i barnets første leveår er generelt meget høj – og i perioden 1998-2000 yderligere stigende (ca 95% i 2000). For de 2-5 årige er der dog en generel faldende tilslutning (ca. 85%).	Kilde: Sygesikringsregistret.
Forskellige sygdoms- og trivselsmål blandt børn	Selvvurderet helbred, akut sygelighed og trivsel.		Kilde: Rasmussen M., Due P., Holstein B., Skolebørnsundersøgelsen 1998. SUSY 2000. Sundhedsstyrelsen arbejder med udvikling af et monitoreringsprogram for børnesygdom indeholdende et begrænset antal indikatorer vedrørende vækst, udvikling, helbred og trivsel for børn i alderen 0-15 år.
Dødelighed og sygelighed blandt børn	Selvvurderet helbred, akut sygelighed og trivsel.		Kilde: Dødsårsagsregisteret. Landspatientregistret. Ulykkesregistret. SUSY-2000. HBSC (Health Behaviour in School-aged Children).

Målgrupper

Indikator	Faktuel beskrivelse	Udvikling	Kilde
Unge			
Risikoadfærd			Indikatoroversigt udvikles.
Brug af narkotiske stoffer	Andel der har brugt hash henholdsvis narkotiske stoffer inden for det seneste år.	25,8% af de 16-24 årige mænd og 15,0% af kvinder i samme aldersgruppe har røget hash inden for det seneste år. Blandt de 16-20 årige har 38% af drengene og 28% af pigerne prøvet et eller flere illegale stoffer – hyppigst hash.	Kilde: SUSY-2000. MULD-undersøgelsen.
Andel uden ungdomsuddannelse			Kilde: Undervisningsministeriets elevprofilmodel.
Anmeldte arbejdsbetingede lidelser blandt unge			Kilde: Overvågningen baseres på Arbejdstilsynets arbejdsskaderegister.
Forskellige sygdoms- og trivselsmål blandt unge	Selvvurderet helbred, akut sygelighed og trivsel.		Kilde: Rasmussen M., Due P., Holstein B., Skolebørnsundersøgelsen 1998. SUSY 2000. Sundhedsstyrelsen arbejder med udvikling af et monitoreringsprogram for børnesygdom indeholdende et begrænset antal indikatorer vedrørende vækst, udvikling, helbred og trivsel for børn i alderen 0-15 år.
Voksne udsatte			
Alkoholmisbrugere			Indikator udvikles.
Narkomaner			Indikator udvikles.
Sindslidende			Indikator udvikles.
Personer med anden etnisk baggrund			Indikator udvikles.

Målgrupper

Indikator	Faktuel beskrivelse	Udvikling	Kilde
Ældre (65+)			
Raske ældre	Andel med høj helbredsrelateret livskvalitet, godt fysisk funktionsniveau og lav sygelighed.		Kilde: SUSY-2000.
Fysisk funktion	Andel med nedsat fysisk funktion.	Andelen med god fysisk funktion er steget fra 1987 til 2000 – mest udtalt i relation til fysisk mobilitet.	Kilde: SUSY-2000. Fysisk funktion måles som andel, der uden besvær kan gå 400 meter, bære 5 kg, gå op og ned ad trapper, læse en alm. avistekst, høre en samtale mellem flere personer og tale.
Social isolation	Andel, der ofte uønsket er alene.	Andelen socialt isolerede ældre er faldet i perioden 1987 til 2000.	Kilde: SUSY-2000.
Fysisk aktivitetsniveau			Kilde: SUSY-2000.
Langvarigt syge			
Meget hæmmende langvarig sygdom, generelt og sygdomsspecifikt	Andel med meget hæmmende langvarig sygdom.	Lille fald i andelen med meget hæmmende langvarig sygdom fra 12,2% i 1994 til 11,5% i 2000.	Kilde: SUSY-2000.

Miljøer

Indikator	Faktuel beskrivelse	Udvikling	Kilde
Daginstitutioner og skolen			
Skoler med ryge-, alkohol-, kost- og motionspolitik	Dækningsgrad.	3% har formuleret en kostpolitik for skolen, men 43% af skolerne har diskuteret kostpolitik, som helhed eller for kantinen/skoleboden inden for det sidste år.	Kilde: Mad og måltider i grundskole og fritidsinstitutioner – hvordan ser det ud?, Sundhedsstyrelsen, 2000.
Undervisningsmiljøvurdering	Dækningsgrad.		
Arbejdspladsen	Antal formaliserede flex- og skånejobs.		
Arbejdspladser med rygepolitik, alkoholpolitik, kost- og motionspolitik	Andel arbejdspladser.		
Udsættelse for passiv rygning på arbejdspladsen	Andel blandt erhvervsaktive.		
Sundhedsvæsenet			
Tobakspolitik, kostpolitik og alkoholpolitik på sygehuse	Dækningsgrad.		
Deltagelse i Netværket af forebyggende sygehuse	Dækningsgrad.		
Det offentlige			
Kommuner/amter med politikker vedr. alkohol, rygning, kost og motion generelt og rettet mod specifikke aldersgrupper	Dækningsgrad.		