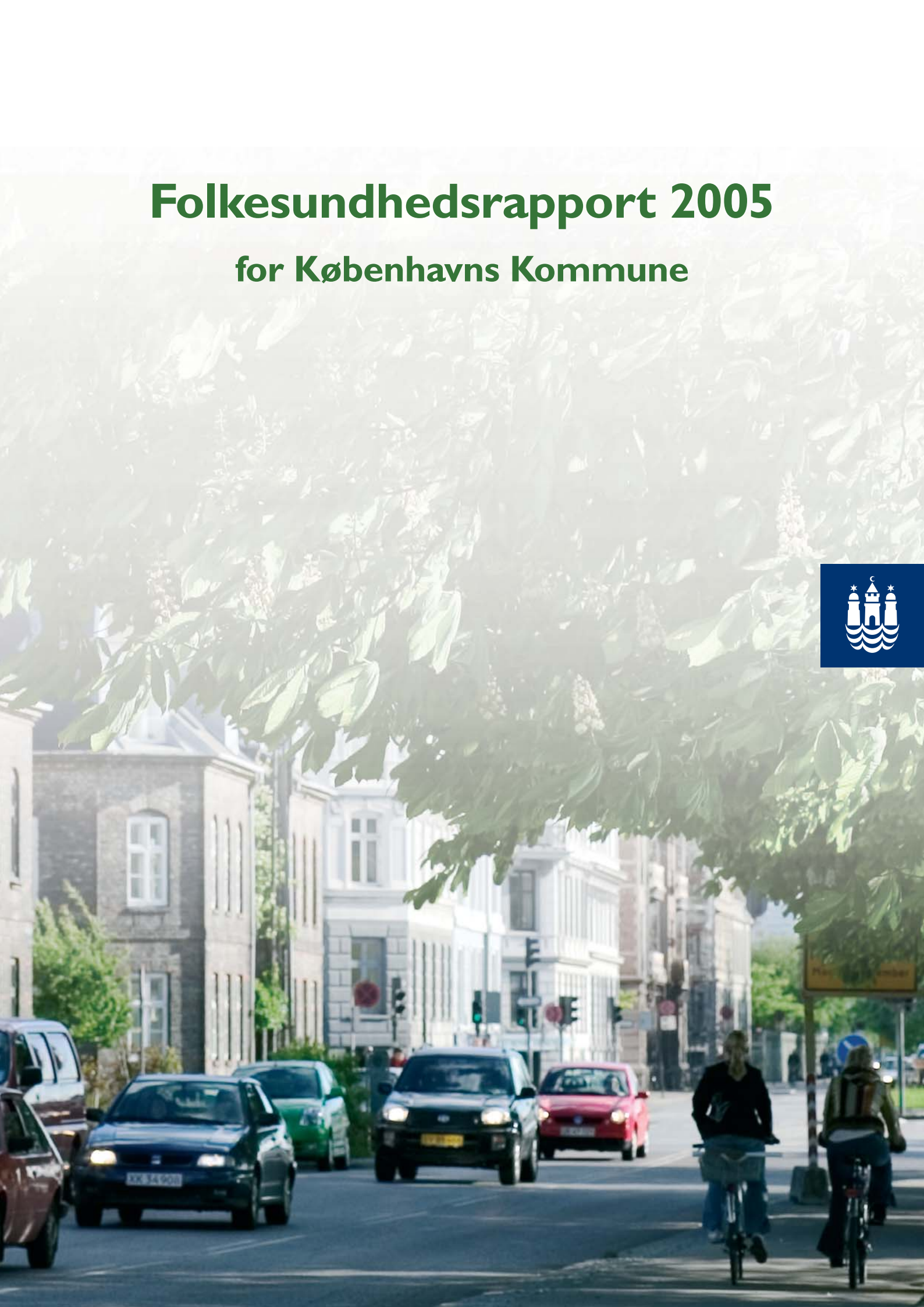


Folkesundhedsrapport 2005

for Københavns Kommune



Folkesundhedsrapport 2005

for Københavns Kommune

Udarbejdet af:

Institut for Folkesundhedsvidenskab,
Københavns Universitet

for:

Sundhedsstaben, Sundhedsforvaltningen,
Københavns Kommune

INDHOLD

Forord Side 3

•

Sundhedsudviklingen Side 5

•

Den sociale ulighed i sundhed Side 12

•

Sygdomsbyrden Side 15

•

De store folkesygdomme Side 20

•

Sygdomsårsager Side 28

•

Nye sundhedspolitiske mål for
København Side 37

•

Referencer

side 43

Forord

I forbindelse med evalueringen af Københavns Kommunes Folkesundhedsplan 2000–05 fik Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet bl.a. til opgave, i løbet af foråret 2005, at foretage en analyse af sundhedsudviklingen i København. Formålet er at præsentere de epidemiologiske udgangspunkter for en revision af de sundhedspolitiske mål og at udforme et materiale for den bredere diskussion om sundhedsudvikling i hovedstaden. Af den grund er der lagt vægt på at beskrive de tidsmæssige forandringer.

Arbejdet er ledet af professor Finn Diderichsen og ved databearbejdningerne har studerende i folkesundhedsvidenskab Jane Lindskoug og Marja Michelsen medvirket.

Rapporten begynder med de generelle indikatorer for udvikling af sundhed og sygdomskonsekvenser. Derefter præsenteres en analyse af sygdomsbyrden for folkesygdomme i kommunen, fulgt af korte afsnit om hver enkelt af de største grupper af sygdomme og skader. Derefter præsenteres en analyse af sygdomsbyrden knyttet til de største risikofaktorer i adfærd og miljø, samt udvikling og fordeling af disse sygdomsårsager. Rapporten afsluttes med en kort analyse af tre scenarier for den kommende måldiskussion; det ventede, det ønskede og det mulige. Datamaterialet baserer sig på et stort antal videnskabelige publikationer og sekundærbearbejdnings af statistik fra WHO, Danmarks Statistik, Københavns Kommunes statistikkontor og Sundhedsforvaltningens sundhedsprofiler.

August 2005

FINN DIDERICHSEN, Professor
Projektleder

Indledende note

Det har været en begrænsning, at Sundhedsstyrelsens registre ikke er opdaterede. Dødsårsager findes i skrivende stund ikke for årene efter 2001 og indlæggelser kun frem til 2003. Dødelighed og data fra sundhedsprofiler findes publicerede helt frem til og med 2004.

Sundhedsudviklingen

Middellevetiden stiger

Den eneste indikator for sundhedsudviklingen, som kan følges over lang tid og sammenlignes internationalt, er dødeligheden. Middellevetiden* i København var i 2002–04 steget til 78,0 år for kvinder og 72,2 år for mænd. I et 50-årigt perspektiv er det en stigning på 3,4 år for mændene og 4,3 år for kvinderne.

Det er en betydelig stigning, men kun godt 60% af hvad den har været på landsplan. Faktisk er udviklingen i København ikke særlig imponerende. I andre europæiske storbyer har stigningen i middellevetiden været den dobbelte i samme periode. I 1970'erne og 80'erne så man en nærmest total stagnation i middellevetiden for både mænd og kvinder i København (figur 1).

Det interessante er, at den stigning, der er sket siden 1950'erne, primært er indtruffet de sidste 10 år. 1995–2004 har stigningstakten i middellevetiden i København været 0,31 år per kalenderår sammenlignet med 0,04 år de foregående 40 år. I forhold til landet som helhed gik udviklingen 1950–95 langsommere i København, men de sidste 10 år har det været omvendt.

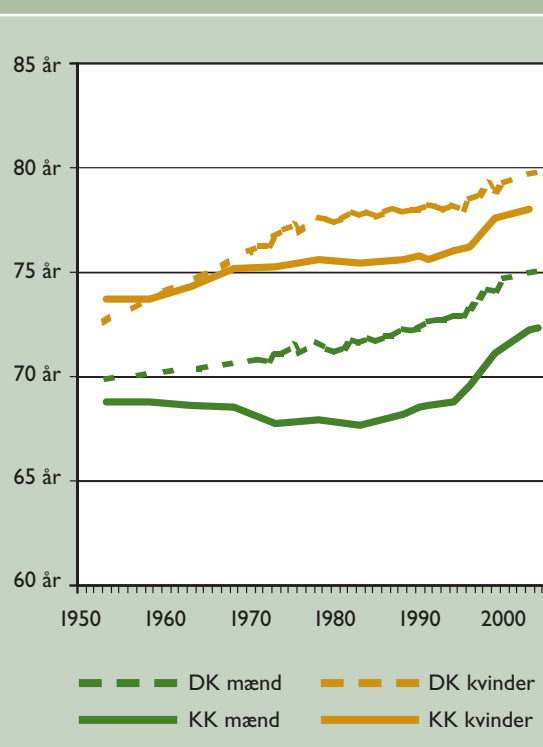
Københavns demografiske krise 1950–95

Man kan perspektivere dødeligheden i København ved at sammenligne med andre nordiske hovedstæder (figur 2). I begyndelsen af 1950'erne adskilte middellevetiden i København sig ikke fra middellevetiden i Stockholm. Helsingfors var endnu præget af, at Finland var et fattigt land, hårdt ramt af krig og ødelæg-

*) Middellevetid

Middellevetiden et givet år udtrykker den gennemsnitlige levetid for et nyfødt barn, der udsættes for den dødsrisiko, som er aktuel dette år. I virkeligheden kan et nyfødt barn forventes at leve længere end som så, da vi har god grund til at forvente, at dødsrisikoen i de fleste aldersgrupper fortsat falder i barnets levetid. En stigning i middellevetiden på tre år lyder måske ikke af så meget men dækker over betydelige fald i risikoen for at dø blandt unge og midaldrende mennesker. Risikoen for, at en Københavner vil dø før 65 års alderen, er således indenfor de sidste 10 år faldet med mere end en tredjedel.

Figur 1. Middellevetiden for mænd og kvinder i Københavns Kommune og Danmark. 1950–2004.

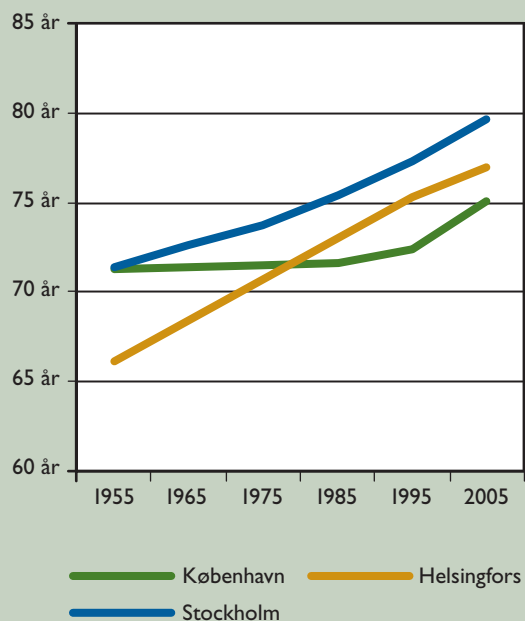


gelse. I de følgende 40 år steg middellevetiden med 9 år i Helsingfors, og med 6 år i Stockholm. Samtidig skete der ingen forbedringer for mænd i København og kun et par års stigning blandt kvinder. De sidste 10 år er udviklingen i København den samme som i de andre storbyer med en stigning på 2–3 år, men København har stadig et efterslæb på 4,5 års lavere middellevetid end Stockholm.

I 1995 kulminerede Københavns overdødelighed, og da var situationen alarmerende. Risikoen for at dø inden 65 års alderen var næsten dobbelt så høj i København som i andre storbyer i Norden og Vesteuropa. I forhold til Stockholm var overdødeligheden (under 65 år) i København på dette tidspunkt 52 dødsfald per måned.

En endnu tydeligere illustration af den demografiske krise i København ses, hvis man sammenligner døde-

Figur 2. Middellevetid 1955–2004 i tre nordiske hovedstæder.



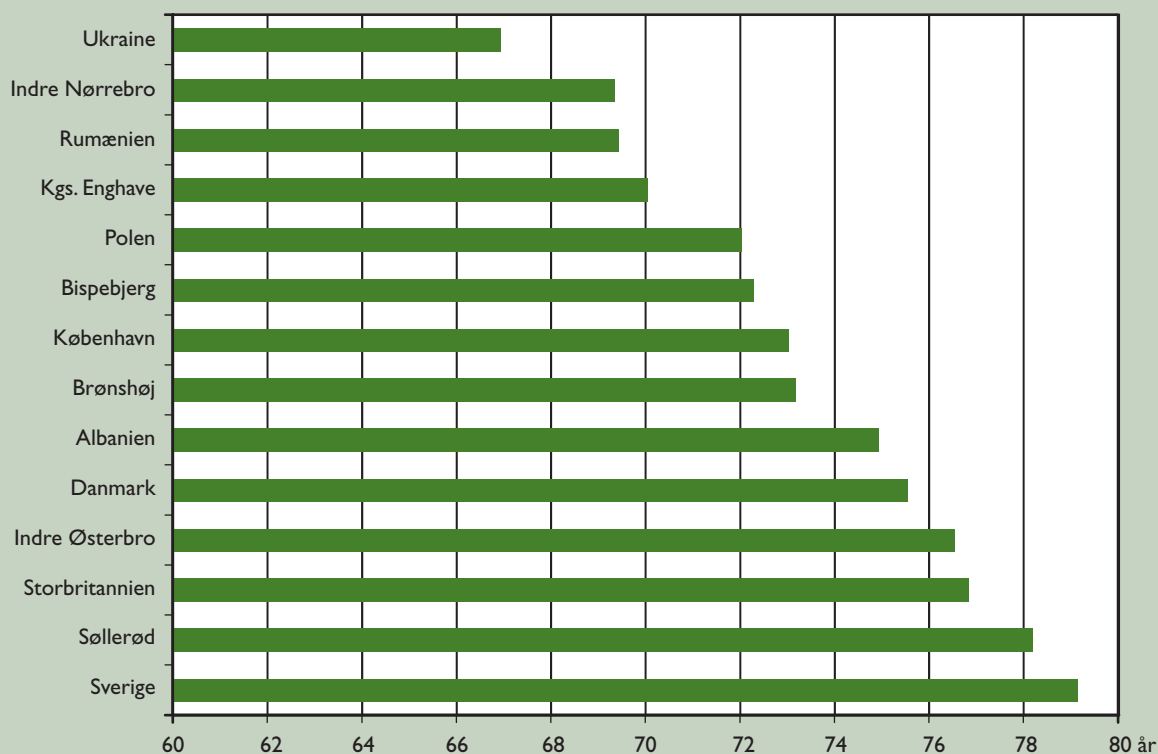
ligheden i dele af København i 1990'erne med nogle lande i Europa (figur 3). Niveauerne i København svarede da til, hvad man fandt i lande med et BNP på en brøkdel af det danske. Ikke engang de rigeste og sundeste bydele i København var på niveau med Storbritannien, og selv ikke Søllerød Kommune var på niveau med Sverige. Det bør noteres, at siden 1995 er middellevetiden steget med 2 år eller mere i København, Danmark, Polen, Rumænien og Storbritannien.

Note til figur 2 og 3

Når man sammenligner dødeligheden i forskellige byer og bydele kan forskelle opstå på tre måder:

- For det første kan de skyldes specifikke forskelle i miljø, adfærd og sundhedspolitik.
- For det andet kan sociale og økonomiske forskelle i befolkningsstrukturen bidrage. En mindre del af Københavns overdødelighed kan f.eks. forklares med en højere andel af enlige og en højere andel af lavt uddannede sammenlignet med Helsingfors og Stockholm.
- For det tredje tiltrækker visse storbyer og bydele mennesker med dårligt helbred – særlig psykisk sygdom og misbrug.

Figur 3. Middellevetid 1995 for udvalgte lande og 1990–99 for udvalgte bydele i Københavns Kommune og Søllerød Kommune.



I Albanien, Sverige og Ukraine har stigningen kun været ca. 1 år.

En ineffektiv national sundhedspolitik

Problemet var ikke isoleret til København, selvom situationen var værre her end i resten af landet. Den samlede danske sundhedspolitik havde i årtier været relativt ineffektiv. En måde at illustrere dette på er vist i figur 4, hvor middellevetiden 1960–2000 er vist i forhold til den økonomiske udvikling vist som BNP i USD. Den viser, at mens England og Sverige (og mange andre lande) har kunnet omsætte en real stigning i BNP per indbygger på 10.000 USD til ca. 5,0 års øget middellevetid, lykkedes det kun Danmark og Norge at omsætte samme velstandsudvikling til 2,7 års stigning i middellevetid. Norge udgik dog fra en allerede længere middellevetid og havde en betydeligt hurtigere økonomisk vækst at omsætte. I perioden 1975–95 var forskellen særligt udtalt. I Danmark var stigningen 2,1 år per 10.000 USD, mens den var 6,5 år og 8,6 år i henholdsvis Storbritannien og Sverige. Man kan næppe forklare dette med manglende viden,

kompetence og ressourcer i Danmark. Det skortede ikke på folkesundhedsvidenskabelig evidens for, at de tiltag, som virkede i England og Sverige, ikke også skulle virke i Danmark. Der manglede heller ikke politiske traditioner for en aktiv sundhedspolitik. Muligvis svigtede samfundet i nogle årtier den opgave at tage ansvar for udviklingen, fordi man skønnede, at den var betinget af forhold, der var den enkeltes eget ansvar.

Set fra et kommunalt perspektiv stod København allerede i 1980'erne overfor en betydelig overdødelighed. På dette tidspunkt begyndte mange lande at udvikle en moderne sundhedspolitik. Men et kommunalt folkesundhedsarbejde i Danmark fik ikke megen støtte i en effektiv national sundhedspolitik. Det har været op ad bakke hele tiden.

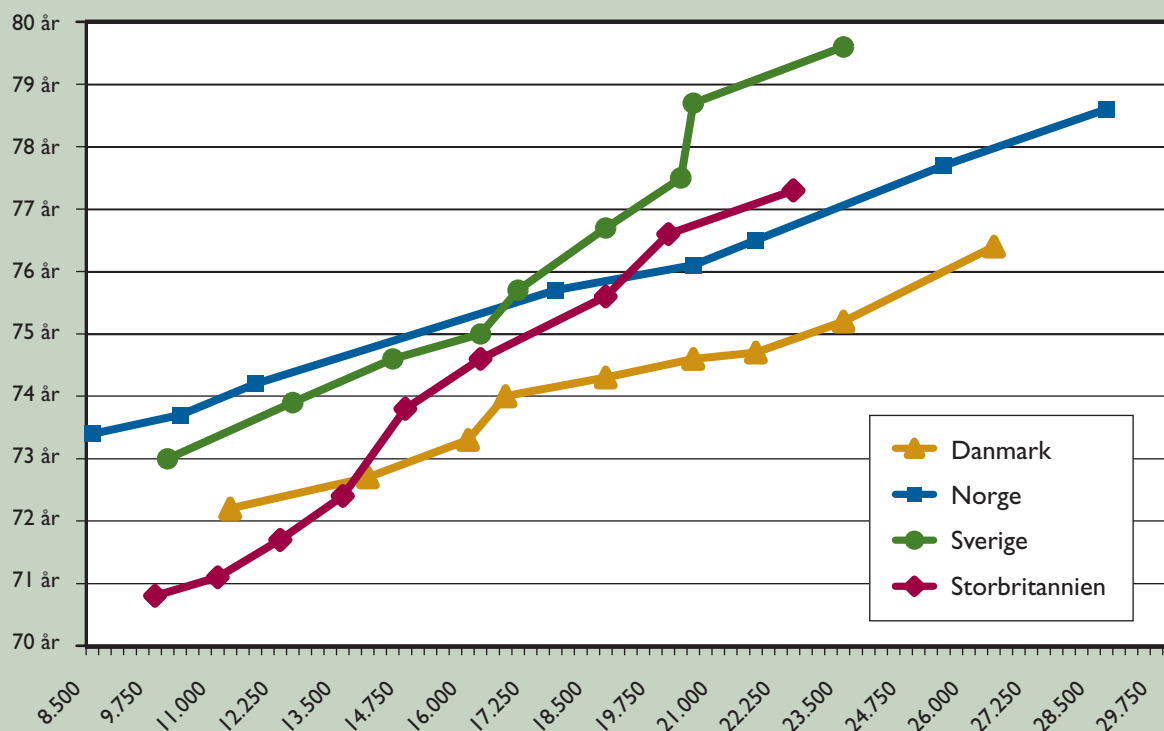
Faldende børnedødelighed

En nærmere forståelse af, hvad der driver udviklingen i middellevetiden, kræver en analyse opdelt på aldersgrupper og dødsårsager.

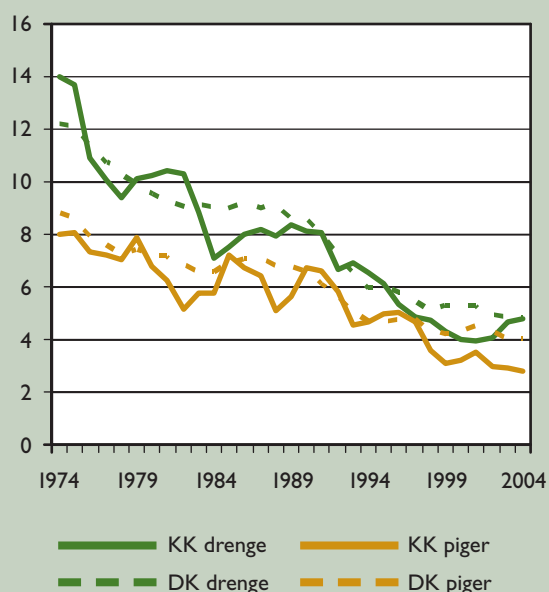
Figurerne 5–9 viser kurver over risikoen for at dø i forskellige aldersgrupper i perioden 1974–2004.

Figur 4: Middellevetid i år som funktion af velstandsøgning i købekraftsjusterede USD.

Kilde: World Health Chart 2001. Hvert punkt repræsenterer et årstal med 5 års interval 1960–2000. WHO/KI.



Figur 5. Spædbørnsdødelighed (døde per 1.000 levende fødte) Københavns Kommune og Danmark 1974–2004. Glidende 3 års middeltal.



Dødeligheden det første leveår, spædbørnsdødeligheden, er reduceret så længe, man har målt den. De sidste 30 år med knapt 3% per år for både drenge og piger (figur 5). I 2002–04 var den reduceret til 3,8 per 1.000 levendefødte i København og 4,4 i landet som helhed, og udviklingen i København adskiller sig ikke meget fra landsgennemsnittet. Både effektiv forebyggelse af vuggedød og store forbedringer i sundhedspleje og perinatal omsorg har bidraget.

For børnene i aldersgruppen 1–14 år (figur 6) er der sket et fald i dødeligheden med $\frac{2}{3}$ på 30 år. Dødeligheden i denne aldersgruppe ligger på et meget lavt niveau på under 15 per 100.000. Det betyder, at der hvert år kun dør ca. 5–10 børn i kommunen. Svingningerne i kurverne for København repræsenterer altså meget små tal, og ændringer fra år til år repræsenterer i høj grad tilfældigheder. Udviklingen i hovedstaden er ikke meget forskellig fra landsgennemsnittet. Øget trafikikkerhed for børn og forbedret overlevelse hos leukæmipatienter udgør de to største bidrag til udviklingen i denne aldersgruppe.

1995 – et vendepunkt for mændenes dødelighed

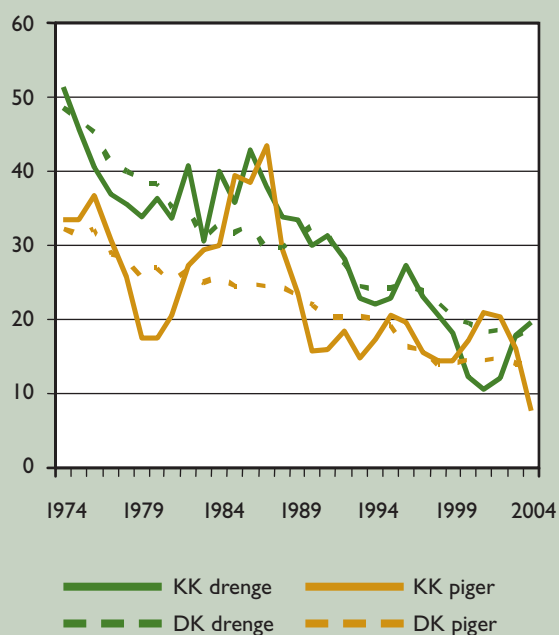
Dødeligheden blandt yngre voksne 15–44 år i København var længe præget af stagnation på et niveau, der var mere end 50% over landsgennemsnittet (figur 7).

Men dødeligheden blandt unge mænd i København begyndte i 1996 pludselig at falde kraftigt med ca. 7% per år. En reduktion med samme fart var også begyndt for kvinderne 10 år tidligere. De sidste par år er overdødeligheden i København næsten udvisket. Man kan også notere, at kønsforskellen er reduceret. Faldet skyldes først og fremmest færre dødsfald på grund af ulykker og selvmord men også færre dødsfald forårsaget af AIDS og hjertesygdom.

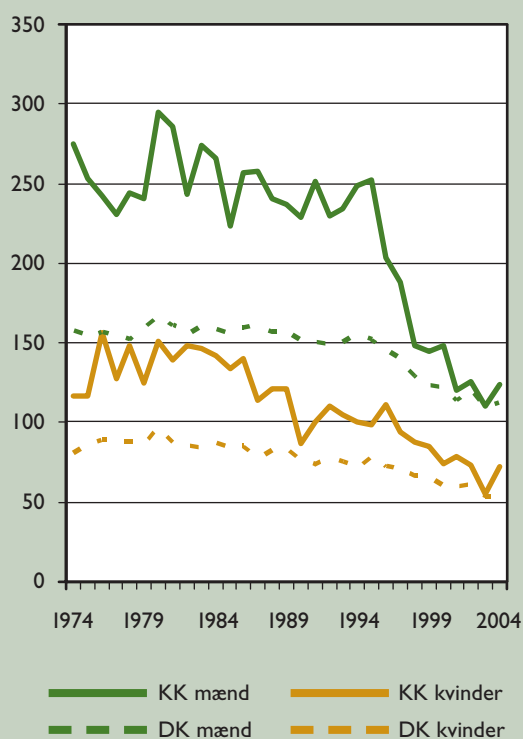
I aldersgruppen 45–64 år er dødeligheden i København meget høj (figur 8). Ca. 50% højere end landsgennemsnittet og 100% højere end i Stockholm. Dødeligheden har været stigende siden 1950'erne og kulminerede for mænd i København i midten af 1980'erne. Det skete noget tidligere i det øvrige Danmark. Også i denne aldersgruppe accelererer faldet efter 1995. For kvindernes vedkommende kom stigningen i gang senere, og faldet kom også nogle år senere. Det er kræft, alkoholrelaterede sygdomme og hjertesygdom, som dominerer i denne aldersgruppe, og det er også her, reduktionen er størst i de senere år. Det er i denne aldersgruppe, effekten af tobak og alkohol er tydeligst, og det er i denne aldersgruppe at den sociale ulighed i dødelighed er størst.

I aldersgruppen 65–84 år var udviklingen også i mange år præget af stagnation, men man ser en vis

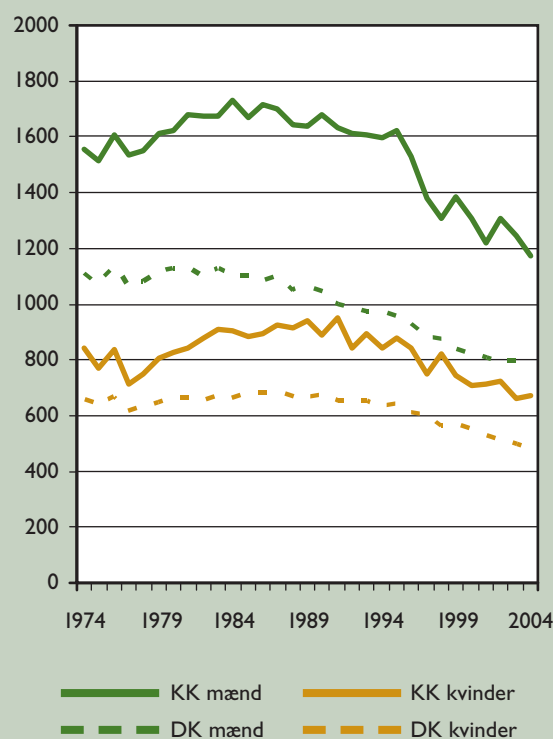
Figur 6. Børns dødelighed. Døde i alderen 1–14 år per 100.000. Aldersstandardiseret. Københavns Kommune og Danmark 1974–2004. Glidende 3 års middeltal.



Figur 7. Dødeligheden blandt yngre voksne.
Døde 15–44 år per 100.000. Aldersstandardiseret.
Københavns Kommune og Danmark 1974–2004.



Figur 8. Dødeligheden blandt midaldrende.
Døde 45–64 år per 100.000. Aldersstandardiseret.
Københavns Kommune og Danmark 1974–2004.

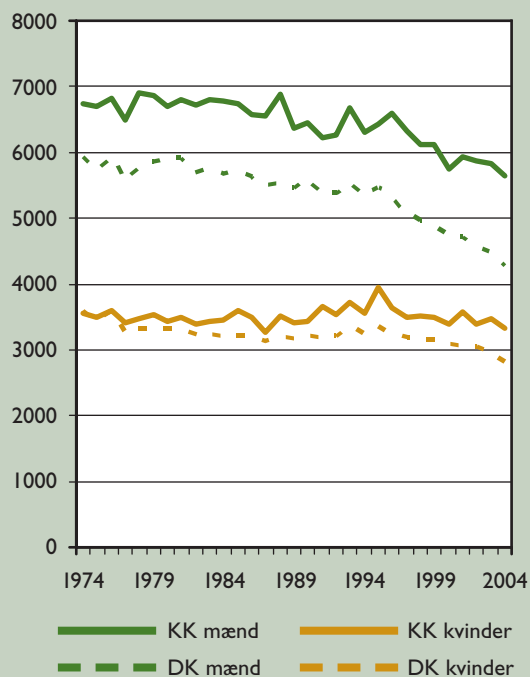


reduktion blandt mændene i løbet af 1990'erne. For kvinderne i København ser stagnationen ud til at fortsætte. Resultatet er, at overdødeligheden blandt ældre i København stiger i forhold til landsgennemsnittet. Også i forhold til Stockholm er overdødeligheden ca. 50%. De fleste vesteuropæiske lande inkl. Danmark havde 1970 en restlevetid for 65-årige kvinder på 16–17 år. 30 år senere var den steget med 3 år til 19–20 år i alle lande undtagen Danmark, hvor stigningen var det halve og København, hvor man slet ikke så nogen stigning.

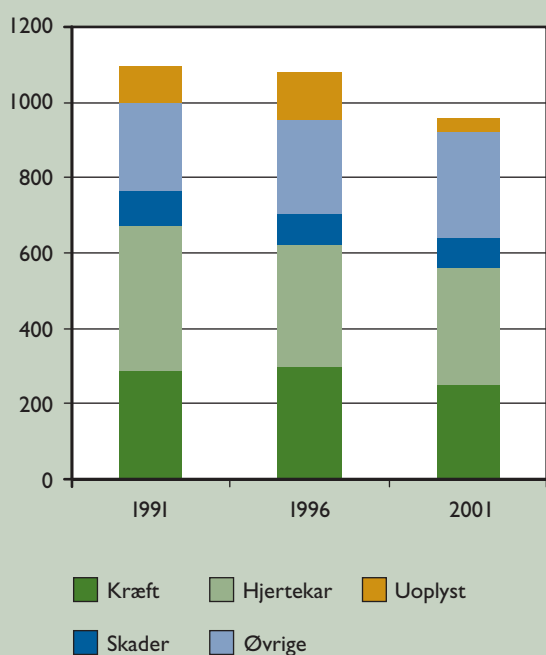
En stigning i lungecancer og kronisk obstruktiv lungesygdom medfører, at nedgangen i hjertedødsfald ikke slår igennem. Det vil kræve en nærmere analyse at forklare årsagerne til dette, men umiddelbart taler resultatet for, at der ses en sen effekt af tidligere undladelser på tobaksforebyggelsesområdet.

Sammenfattende må det konstateres, at middellevetidens stagnation i 1970'erne og 80'erne var et resultat af en høj og delvis stigende dødelighed blandt midaldrende, samtidig med at dødeligheden blandt børnene faldt. Middellevetidens stigning efter 1995 er et resultat af faldende dødelighed i alle aldersgrupper undtagen blandt ældre kvinder.

Figur 9. Dødeligheden blandt ældre.
Døde 65–84 år per 100.000. Aldersstandardiseret.
Københavns Kommune og Danmark 1974–2004.



Figur 10. Reduktion i dødeligheden i nogle store diagnosegrupper. Aldersstandardiseret. Københavns Kommune 1991–2001.



Dødeligheden falder af mange årsager

Der er mange årsager til den stigende middellevetid. Man kan nævne nedgangen i dødsfald grundet hjertesygdom, kræft, selvmord og trafikulykker (figur 10). I aldersgruppen 15–64 år, hvor faldet efter 1995 er mest markant, er antallet af dødsfald, forårsaget af infektioner (bl.a. AIDS), skader og nogle kræfttyper, tydeligt. Når man skal sammenligne dødsårsagsmønstret i perioder, skal man være opmærksom på et særligt problem. Dødsårsagen 'dårligt definerede tilstande' har i mange år været meget anvendt i Danmark. I en årrække fik ca. 6% af dødsfaldene i København denne diagnose. Andelen steg til ca. 10% i 1995–98 for så siden at falde til 4% i 2001. Det betyder, at den diagnose, der er faldet mest fra 1995, er 'dårligt definerede tilstande'. Mange af dødsfaldene er antageligt forårsaget af hjertesygdom og andre måske af ulykker.

Vi lægger raske år til livet

Man forestiller sig ofte, at en stigende middellevetid indebærer, at man holder liv i flere ældre mennesker, som til gengæld lever længere med sygdom og funktionsstab. Virkeligheden ser dog ikke sådan ud. Den andel, som rapporterer 'dårligt eller nogenlunde' helbred

Tabel 1. Gennemsnitlig restlevetid for en 20-årig totalt, og med mindre godt helbred. Danmark 1987–2000 (Brønnum-Hansen: Eur J Publ Health 2005;15:20–25).

	Mænd		Kvinder	
	Restlevetid totalt	Restlevetid med mindre godt helbred	Restlevetid totalt	Restlevetid med mindre godt helbred
1987	52,9 år	12,0 år	58,5 år	16,1 år
2000	55,1 år	12,1 år	59,5 år	15,4 år

Tabel 2. Restlevetid for en 65-årig totalt og med nedsat funktionsevne. Danmark 1987–2000 (Brønnum-Hansen: Eur J Publ Health 2005;15:20–25).

	Mænd		Kvinder	
	Restlevetid totalt	Restlevetid med nedsat funktionsevne	Restlevetid totalt	Restlevetid med nedsat funktionsevne
1987	14,1 år	5,2 år	17,9 år	8,0 år
2000	15,0 år	3,8 år	18,1 år	7,1 år

i sundhedsprofilerne, har ligget uforandret på ca. 28% i København siden den første måling i 1991.

Heller ikke i landet som helhed sker der nogen forandring af niveauet. I og med at middellevetiden stiger, betyder det, at det er raske leveår, der lægges til livet. I tabel 1 fremkommer det, at for den aktuelle aldersgruppe er middellevetiden øget med 2,2 år til 55,1 år for mænd og 1 år til 59,5 for kvinder. Af disse var i 1987 ca. 12,0 respektive 16,1 af årene syge år. Dette antal er imidlertid ikke vokset 13 år senere.

Ser man på funktionsevnen blandt ældre (tabel 2), er det snarere tydeligt, at antallet af år med nedsat funktionsevne er blevet færre trods forlænget levetid. Antallet af år med god funktionsevne vokser således mere, end levetiden for de ældre gør totalt. Man kan udtrykke det på den måde, at man lever længere, og den tid mod livets afslutning, hvor man har problemer med funktionsevnen, bliver kortere.

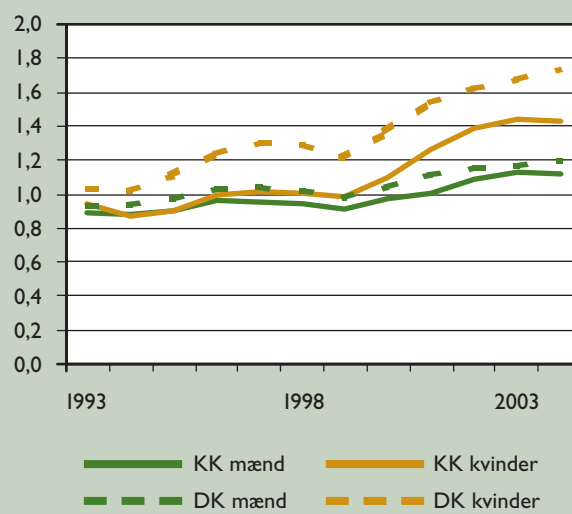
En del af denne udvikling er et resultat af forbedrede behandlingsmetoder for bl.a. slidgigt, stær og hjertesygdom. Hver ny generation har også levet et liv med noget mindre fysisk nedslidning end deres forgængere. Dødeligheden kan falde, både fordi sygdomsrisikoen falder, og fordi overlevelsen blandt syge stiger. Det sidste alternativ spiller en stigende rolle. Der er derfor god grund til at være forsigtig med antagelser om, hvorvidt denne udvikling med flere raske år vil fortsætte. Tabellerne 1 og 2 refererer til danske data. Men der findes næppe anledning til at antage, at billedet er anderledes i København.

Sygefravær

Sygefravær er en indikator for, hvordan erhvervsaktive vurderer helbred og arbejdsevne med hensyn til de krav, som arbejdet stiller. I figur 11 er sygefraværet illustreret regnet som uger med sygedagpenge per beskæftiget. Den illustrerer, at sygefraværet var ganske stabilt fra 1993–99, men derefter er steget med over 40% for kvinder og 20% for mænd. Det gælder både i Københavns Kommune og i landet som helhed. Det er ikke antallet af personer med sygedagpenge, der stiger, men antallet af uger per sygemeldt person.

Da der i tidligere afsnit er foretaget en del sammenligninger med Stockholm og Helsingfors, er det måske værd at kommentere det nordiske mønster for sygefravær. Desværre er statistikken ikke helt sammenlignelig. Nogle analyser af Arbejdskraftundersøgelserne

Figur 11. Antal uger med sygedagpenge per beskæftiget. Københavns Kommune og Danmark 1993–2004.



viser interessant nok, at Finland og Danmark (med høj dødelighed) har et sygefravær på kun godt halvdelen af det niveau, som man finder i Sverige og Norge (med lav dødelighed). De to helbredsmaal, dødelighed og sygefravær, påvirker næppe hinanden. Forskellen skyldes heller ikke variationer i beskæftigelse og arbejdsmarked. Reglerne for sygedagpenge er imidlertid meget forskellige. F.eks. er det meget lettere at afskedigede en langvarigt syg person i Danmark end i Sverige, hvor man kan være sygemeldt fra sit arbejde i meget lange perioder. Sygefraværet i Stockholm var i 2004 faldet til 12 dage per forsikret, mens niveauet i København oversat til dage var steget til ca. 9.

Årsagerne til stigningen kan være mange. Stigning i forekomsten af arbejdsrelaterede gener, som f.eks. smerter i bevægeapparatet og psykiske problemer, kan bidrage. Stigende krav på arbejdsmarkedet betyder, at stadig flere ikke synes, de helbredsmaessigt kan leve op til de krav, der stilles til dem. Desuden kan praksis forandres, f.eks. ved at mulighederne for førtidspension indsnævres, hvilket kan fremtvinge længere perioders sygefravær. Gradvis relativt lavere sygefravær i København, sammenlignet med resten af landet, er hovedsageligt et resultat af et forandret arbejdsmarked med højere uddannelsesniveau.

Den sociale ulighed i sundhed

Ulighed i sundhed mellem mennesker er ikke svær at få øje på. Nogle mennesker dør unge ved en trafikulykke, andre rammes af sklerose, som begrænser deres liv i mange år, mens atter andre sover ind mere eller mindre raske, når de er 90. Når man taler om ulighed i sundhed som et sundhedspolitisk problem, plejer man dog at henvise til systematiske forskelle mellem grupper, som både er uretfærdige og mulige at påvirke. Men hvilke helbredsuligheder er uretfærdige og samtidig mulige at undgå?

Er det uretfærdigt, at mænd i København lever 5–6 år kortere end kvinder, men at kvinder på den anden side har 3–4 flere syge år (tabel 3). Forskellen i dødelighed skabes af hjertekarsygdomme og ulykker, noget man ved meget om, hvordan man skal forebygge. Forskellen i sygelighed skabes bl.a. af psykiske gener og smerter i bevægeapparatet, noget man ikke ved helt så meget om, hvordan man skal forebygge.

Er det uretfærdigt, at københavnere lever 3 år kortere end jyderne og 6 år kortere end svenskerne? Og betyder det noget for vurderingen, at københavnere har højere indkomster end både jyder og svenskere? Københavnerne bruger flere penge til alkohol og tobak, og begge er påvirkelige årsager.

Er det uretfærdigt, at københavnere, som i 30 års alderen har fået en kort uddannelse, kan se frem til et

liv, der er 6 år kortere end andre, der har fået en lang uddannelse, og at de desuden kan se frem til yderligere 11 år som syge ud af dette kortere liv (tabel 3)? Sygdomme i hjerte, lunger og bevægeapparat samt depressioner bidrager væsentligt til uligheden, og nogle af årsagerne kan forebygges.

Det fremgår, at uligheden i restlevetid er 7,4 år for mænd og 4,8 år for kvinder. Samtidig har de kortuddannede, trods deres kortere levetid, flere syge år. Den højtuddannede kvinde kan således se frem til i gennemsnit 36,4 raske år (= 50,6 ÷ 14,2), mens den kortuddannede kvinde kun kan se frem til 25,2 raske år (= 45,8 ÷ 20,6). Det betyder 11,2 færre raske år.

Konklusionen er foreløbig, at der kan findes uligheder med hensyn til køn, socialgruppe og region, som på samme tid kan være uretfærdige og mulige at påvirke.

Uligheden i sundhed forandres. Som det fremgår af figur 1, reduceres kønsforskellene i middellevetid, og Københavns overdødelighed falder. Data fra sundhedsprofilerne viser, at uligheden i selv vurderet helbred er uforandret, men nationale data viser, at den sociale ulighed i dødelighed er steget (tabel 4). Et aktuelt sammenlignende studie viser, at i Finland, Norge og Sverige mindskes dødeligheden uanset uddannelsesniveau men lidt hurtigere blandt højtuddannede, og

Tabel 3. Forventet restlevetid for en 30-årig i Københavns Kommune år 2000 totalt, og med mindre godt selv vurderet helbred. Brønnum-Hansen et al : Ugeskr Læger 2005;167:166-8

	Mænd		Kvinder	
	Forventet restlevetid totalt	Forventet restlevetid med mindre godt helbred	Forventet restlevetid totalt	Forventet restlevetid med mindre godt helbred
Lang uddannelse	46,2 år	12,7 år	50,6 år	14,2 år
Mellem uddan.	42,3 år	13,8 år	48,9 år	17,8 år
Kort uddannelse	38,8 år	16,8 år	45,8 år	20,6 år

Tabel 4. Dødelighed per 1000 i alderen 30–59 år Danmark 1981–95.
Mackenbach et al: *Int J Epidemiol.* 2003;32:830–7

	1981–95	1991–93	Forandring 1983–93
Mænd Høj uddannelse	3,5	2,8	÷ 0,7
Lav uddannelse	5,1	5,3	+ 0,1
Kvinder Høj uddannelse	2,4	2,2	÷ 0,2
Lav uddannelse	3,3	3,3	0,0

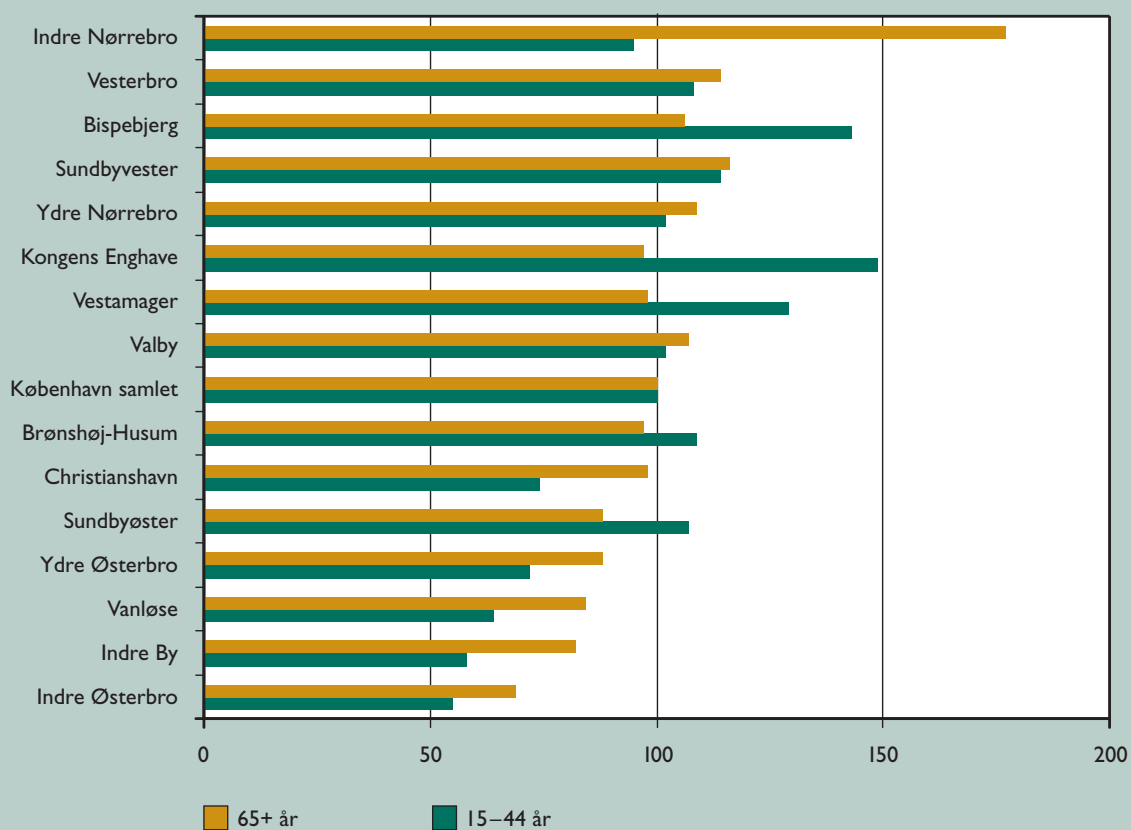
dermed vokser uligheden stille og roligt. I Danmark steg dødeligheden i den aktuelle periode for kort uddannede mænd samtidig med, at den stagnerede for kort uddannede kvinder. Samtidig faldt dødeligheden for de højtuddannede mænd og kvinder, og dermed øges uligheden kraftigt særligt blandt mænd både i absolutte og relative tal.

Studerer man uligheden mellem erhvervsgrupper, finder man i samme periode, at den er konstant.

Denne forskel i resultaterne skyldes, at mange med lav uddannelse forlader ukvalificerede jobs på grund af sygdom. Tendensen er ikke mindst udtalt på det danske arbejdsmarked, hvor mobiliteten er høj.

Det er endnu ikke til at sige, hvordan det sociale mønster i dødeligheden i København har udviklet sig siden faldet i dødelighed efter 1995, men med tanke på de voksende sociale forskelle f. eks. når det gælder rygning og overvægt (se afsnittet om sygdomsårsager),

Figur 12. Dødelighed 2000–2004 i Københavns Kommunes bydele i to aldersgrupper – 15–44 år og 65+ år. Aldersstandardiseret indeks, hvor kommunens gennemsnit = 100.



er det ikke usandsynligt, at de absolutte forskelle fortsat vil stige.

Den sociale ulighed afspejler også, som allerede set i figur 3, store forskelle bydelene imellem. Sociale, etniske, økonomiske og helbredsmæssige forhold har stor betydning for, hvor mennesker kan og vil bosætte sig. Figur 12 illustrerer dødeligheden i bydelene for aldersgruppen 15–44 år og for de ældre over 64 år. Formålet er at illustrere de store forskelle og at bedømme, hvorvidt de ændringer, der sker på boligmarkedet, medfører, at mønstret blandt yngre er anderledes end blandt ældre. Kan man allerede nu i dødelighedsstatistikken se effekten af, at yngre rige og raske flytter til visse centrale bydele, mens andre af økonomiske og

helbredsmæssige grunde bliver boende i andre bydele.

Tendensen viser tydeligt, at den relative dødelighed er mindre for de unge på indre Nørrebro, men den ses også i Indre By, Christianshavn, Vanløse og på Østerbro. For Bispebjerg, Kgs. Enghave og Vestamager går det den anden vej, dvs. de yngres relative overdødelighed er her større end de ældres (figur 12).

For at kunne påvirke uligheden i sundhed mellem køn, socialgrupper og geografisk er det vigtigt at vide noget om, hvilke sygdomme, skader og dermed hvilke risikofaktorer, som skaber uligheden. Men inden da vil det være en hjælp at introducere et mål, med hvilket man kan sammenligne den sygdomsbyrde, som er knyttet til forskellige diagnoser og risikofaktorer.

Sygdomsbyrden

Prioritering og ressourceallokering indenfor sundhedspolitik kræver, at man kan skelne mellem store og små folkesundhedsproblemer. Men den bedømmelse er helt afhængig af hvilket mål, man bruger. Kræft leder til flest dødsfald, hjertekarsygdomme koster mest for sundhedsvæsenet, psykiske sygdomme leder til flest førtidspensioner, mens allergiske sygdomme er de mest udbredte i befolkningen. For at få et mere neutralt billede af sygdomme og skaders andel af sygdomsbyrden i befolkningen, er der behov for at kunne måle i en 'fælles valuta'. Et sådant mål kan også bruges til at vurdere forskellige risikofaktors bidrag til sygdomsbyrden.

I takt med at prioriteringsdiskussionen i den globale sundhedspolitik er blevet mere aktuel i løbet af 1980'erne, udviklede Harvard School of Public Health, i samarbejde med Verdensbanken og WHO, et mål for sygdomsbyrden – DALY's. Dette mål sammenejer antallet af år, som tabes på grund af dødsfald og sygdom. Metodikken og det empiriske materiale er succesivt blevet udviklet, og beregninger er udarbejdet for mange regioner i verden inkl. Vesteuropa nogenlunde svarende til EU inden udvidelsen 2004. Visse lande har udviklet sådanne nationale kalkyler – f.eks. Australien, Holland samt Sverige. WHO forventes at have

Beregning af sygdomsbyrden – DALY

DALY sammenejer den sygdomsbyrde som opstår ved tabte år i dødsfald (YLL = Years of Life Lost) og i sygdom (YLD = Years Lost in Disability). For hver diagnose beregnes:

YLL = Antal dødsfald x restlevetiden ved dødsfaldet

YLD = Antal sygdomstilfælde x varighed x vægt for tab af funktionsevne.

DALY = YLL + YLD

Bag dette tilsyneladende enkle koncept dølger sig mange etiske og videnskabelige antagelser.

- Restlevetiden beregnes ud fra en dødelighedstavle. At bruge den mest aktuelle fra Danmark eller København er næppe rimeligt, da den afspejler et dødelighedsmønster, som kan forbedres. Vi har derfor brugt den samme som WHO med middellevetid for mænd på 80,0 og for kvinder 82,5 år.
- Det er et meget stort arbejde at vurdere antallet af nye sygdomstilfælde (incidens) og deres varighed (duration) fordelt på køn og alder for de over 100 mest aktuelle diagnoser i det danske sygdomsmønster. Vi har derfor baseret den danske og københavnske kalkyle på den beregning, som

WHO har udarbejdet for Vesturopa i 2002 (Europa region A). Den må betegnes som den for øjeblikket bedste vurdering af den aktuelle sygdomsforekomst.

- Funktionsvægten er et tal mellem 0 (helt rask) og 1 (død), som sættes for hver sygdom og de vigtigste komplikationer. Man kan anvende flere sundhedsøkonomiske metoder. Den aktuelle beregning fra 2002 bruger person trade-off metoden.
- Når et dødsfald eller en kronisk sygdom indtræffer, beregnes det fremtidige tab af liv og funktion. Dette rejser spørgsmålet, om der skal diskonteres. I denne beregning bruges en diskonteringsrente på 3%. Der bruges ingen aldersvægtning, som det var tilfældet i Verdensbankens første beregning.
- På nogle sygdomme har WHO anvendt meget strenge kriterier for at skelne mellem medicinsk veldefineret sygdom og de symptomer, der ikke medtages. F.eks. gælder det tilstande med smerter i ryg, nakke og skuldre. Her har vi valgt at bruge de betydeligt højere tal, som fremkommer i danske sygelighedsundersøgelser

beregnet data for Danmark i løbet af 2005. I mellemtiden er der til denne rapport beregnet en præliminær DALY-kalkyle for Danmark og København.

I tabel 5 ser vi, at hvis folkesundhedsproblemer måles som YLD, dvs. den byrde, som skabes af langvarige tilstande med store funktionstab, bliver listen over, hvilke folkesygdomme, der er de største, en ganske anden, end hvis man kun ser på dødeligheden (YLL). Sygdomme som depression, alkoholisme og demens rykker pludselig op som meget dominerende sundhedsproblemer. Også hørenedsættelse kommer med blandt de store folkesundhedsproblemer

Tabel 6 viser en beregning af sygdomsbyrden for Danmark. Der er taget hensyn til Danmarks afvigende dødelighed i alle de sygdomme, hvor dødeligheden udgør en stor del af sygdomsbyrden, og hvor der i øvrigt findes entydige data, som taler for afvigende sygdomsforekomst sammenlignet med øvrige Vesteuropa. Det ændrer ikke dramatisk på billedet, men de tobaksrelaterede sygdomme, lungecancer og KOL, rykker noget op på listen blandt de 10 største. Flere psykiske sygdomme som depression, alkoholisme og demens

leder til mange tabte år, først og fremmest fordi de har så høj vægt for tab af funktionsevne. På den anden side kan det også noteres, hvor små folkesundhedsproblemer vold og HIV er i Danmark. Mange sygdomme kommer ikke med på listen over de 44 største. F.eks. er en del allergi-sygdomme ikke med trods det, at de er meget udbredte. Det beror på, at vægten for funktionsevne tab er så lav for høfeber, eksem mm.

I tabel 7 er en tilsvarende beregning udarbejdet for Københavns Kommune. Afvigelserne fra tabel 6 bygger på forskelle i dødelighed, indlæggelser og data fra interviewundersøgelser bl.a. den såkaldte Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed (SUSY).

Tabel 8 illustrerer forskellige diagnosers bidrag til den sociale ulighed i sygdomsbyrden. Det er først og fremmest påfaldende, at det er de samme diagnoser, som i dette svenske studie bidrager mest til sygdomsbyrden totalt og til uligheden, når de som her måles i absolutte tal. Men rangordnen er lidt forskellig. Hjertesygdom, depression, alkoholisme og selvmord bidrager mest til uligheden.

Tabel 5. De 15 største sygdomme målt som år tabt i dødsfald (YLL) og sygelighed (YLD). Per 100.000. Vesteuropa (Euro A) 2002. Kilde: www.who.int.

	Mænd		Kvinder	
	YLL	YLD	YLL	YLD
Depression	2	725	2	1.241
Iskæmisk hjertesygdom	1.040	96	549	47
Apopleksi	390	265	404	220
Alkoholisme	74	822	18	174
Alzheimer og anden demens	50	264	80	538
Hørenedsættelse	0	457	0	437
Kron. obstr. lungesygdom	191	257	105	289
Lunge cancer	592	18	197	6
Trafikulykker	384	75	108	34
Slidgigt	1	234	1	333
Diabetes	111	158	107	158
Tyk- & endetarms cancer	231	46	179	40
Bryst cancer	3	0	363	76
Skrumpelever	245	56	106	34
Selv mord	312	17	93	12

Tabel 6. De største sygdomme målt som DALY per 100.000 og i procent af den samlede sygdomsbyrde. Danmark omkring år 2000.

	Mænd	Kvinder	Total	%
<i>Depression</i>	728	1.267	997	7,39
<i>Iskæmisk hjertesygdom</i>	1.215	651	933	6,91
<i>Kron. obstr. lungesygdom</i>	667	779	723	5,36
<i>Alkoholisme</i>	989	236	612	4,54
<i>Apopleksi</i>	641	570	605	4,49
<i>Lunge cancer</i>	595	494	545	4,04
<i>Alzheimer og anden demens</i>	330	571	451	3,34
<i>Hørenedsættelse</i>	455	427	441	3,27
<i>Diabetes</i>	471	349	410	3,04
<i>Ryg-nakke smerter</i>	299	356	328	2,43
<i>Tyk- & endetarms cancer</i>	335	311	323	2,39
<i>Bryst cancer</i>	3	569	286	2,12
<i>Slidgigt</i>	234	320	277	2,05
<i>Selv mord</i>	375	134	254	1,89
<i>Trafikulykker</i>	364	131	248	1,83
<i>Skrumpelever</i>	319	157	238	1,76
<i>Astma</i>	183	157	170	1,26
<i>Faldulykker</i>	178	141	159	1,18
<i>Manio-depressiv sygdom</i>	157	145	151	1,12
<i>Skizofreni</i>	153	137	145	1,07
<i>Synnedstættelse inkl. stær</i>	120	167	144	1,06
<i>Narkomani</i>	147	138	143	1,06
<i>Angst og tvangsmæssige tilstande</i>	109	172	140	1,04
<i>Migræne</i>	65	188	126	0,94
<i>Prostata cancer</i>	243	0	122	0,90
<i>Lav fødselsvægt og perinatal kompl.</i>	131	99	115	0,85
<i>Lymfom og myelom</i>	128	94	111	0,82
<i>Bugspytkirtel cancer</i>	110	104	107	0,79
<i>Leddegigt</i>	57	146	102	0,75
<i>Nedre luftvejsinfektioner</i>	102	100	101	0,75
<i>Livmoder- og livmoderhals cancer</i>	0	195	97	0,72
<i>Blære cancer</i>	122	49	86	0,64
<i>Søvnbesvær</i>	75	93	84	0,62
<i>Leukæmi</i>	99	67	83	0,62
<i>Æggestoks cancer</i>	0	165	82	0,61
<i>Spiserørs cancer</i>	110	33	71	0,53
<i>Parkinsons sygdom</i>	73	60	67	0,49
<i>Epilepsi</i>	74	56	65	0,49
<i>Mund- og svælg cancer</i>	90	35	63	0,46
<i>Modermærke cancer</i>	66	53	60	0,44
<i>Mavesæks cancer</i>	72	44	58	0,43
<i>Lever cancer</i>	49	30	39	0,29
<i>Vold</i>	40	30	35	0,26
<i>HIV / AIDS</i>	41	11	26	0,19
<i>Øvrige diagnoser</i>	3.262	2.874	3.068	22,74
<i>Alle diagnoser</i>	14.078	12.904	13.491	100,00

Tabel 7. De største sygdomme målt som DALY per 100.000 og i procent af den samlede sygdomsbyrde. København omkring år 2000.*

	Mænd	Kvinder	Total	%
<i>Depression</i>	912	1.573	1.242	8,71
<i>Alkoholisme</i>	1.478	295	887	6,21
<i>Kron. obstr. lungesygdom</i>	730	992	861	6,03
<i>Iskæmisk hjertesygdom</i>	1.061	547	804	5,63
<i>Lunge cancer</i>	663	622	643	4,50
<i>Apopleksi</i>	659	592	626	4,38
<i>Diabetes</i>	591	332	462	3,24
<i>Hørenedsættelse</i>	417	407	412	2,89
<i>Skrumpelever</i>	568	251	409	2,87
<i>Alzheimer og anden demens</i>	233	483	358	2,51
<i>Narkomani</i>	365	304	335	2,34
<i>Ryg-nakke smerter</i>	286	339	313	2,19
<i>Selv mord</i>	370	200	285	2,00
<i>Tyk- & endetarms cancer</i>	266	281	274	1,92
<i>Bryst cancer</i>	3	544	273	1,92
<i>Skizofreni</i>	279	243	261	1,83
<i>Slidgigt</i>	176	310	243	1,70
<i>Angst og tvangsmæssige tilstande</i>	141	216	178	1,25
<i>Faldulykker</i>	206	131	168	1,18
<i>Manio-depressiv sygdom</i>	169	152	161	1,13
<i>Astma</i>	174	145	159	1,12
<i>Synedsættelse inkl. stær</i>	104	159	131	0,92
<i>Trafikulykker</i>	186	66	126	0,88
<i>Søvnbesvær</i>	105	130	118	0,83
<i>Bugspytkirtel cancer</i>	110	114	112	0,78
<i>Livmoder- og livmoderhals cancer</i>	0	217	109	0,76
<i>Nedre luftvejsinfektioner</i>	109	105	107	0,75
<i>Migræne</i>	56	158	107	0,75
<i>Lav fødselsvægt og perinatal kompl.</i>	116	97	106	0,75
<i>Lymfom og myelom</i>	112	86	99	0,70
<i>HIV / AIDS</i>	174	24	99	0,69
<i>Spiserørs cancer</i>	156	38	97	0,68
<i>Æggestoks cancer</i>	0	189	94	0,66
<i>Leddegigt</i>	58	129	93	0,65
<i>Mund- og svælg cancer</i>	123	44	84	0,59
<i>Prostata cancer</i>	157	0	78	0,55
<i>Blære cancer</i>	109	47	78	0,55
<i>Leukæmi</i>	90	64	77	0,54
<i>Epilepsi</i>	86	66	76	0,53
<i>Modermærke cancer</i>	61	51	56	0,39
<i>Parkinsons sygdom</i>	56	52	54	0,38
<i>Mavesæks cancer</i>	53	48	51	0,35
<i>Lever cancer</i>	49	33	41	0,29
<i>Vold</i>	43	31	37	0,26
<i>Øvrige diagnoser</i>	3.013	2.762	2.887	20,23
<i>Alle diagnoser</i>	14.869	13.666	14.268	100,00

Tabel 8. De sygdomme, der bidrager mest til social ulighed i sygdomsbyrde. *Slope index of inequality*. DALY per 100.000. Sverige 1995. Ljung et al: *Bull World Health Organ.* 2005 Feb;83:92–9.

	Mænd	Kvinder
Iskæmisk hjertesygdom	3.616	1.997
Depression og angst	1.031	1.502
Alkoholisme	1.549	328
Selv mord	1.306	310
Åpopleksi	763	721
Ryg-nakke smerter	765	698
Alzheimer og anden demens	470	486

*) Sygdomsbyrden for København er beregnet med udgangspunkt i tallene for Danmark. Her er der på samme måde, for befolkningen over og under 65 år, justeret for aldersstandardiserede afvigelser i dødelighed og sygelighed omkring år 2000. Disse beregninger bygger på Sundhedsstyrelsens register over dødsårsager for de diagnoser, hvor dødeligheden udgør en stor del af sygdomsbyrden, og på landspatientregistret over indlagte patienter for de diagnoser, hvor flertallet af patienter med sygdommen bliver indlagt. For HIV/AIDS bygger det på Seruminstittutts statistik og for nogle psykiatriske diagnoser på Psykiatriregistret og registret over stofmisbrugere i behandling. For de syg-

domme, hvor symptomer i befolkningen uden kontakt med sundhedsvæsenet er en stor del af sygdomsbyrden som f.eks. depression, angst og smerter fra bevægeapparatet, anvendes SUSY-undersøgelsen fra 2000. Det bør understreges, at det her handler om præliminære beregninger, som har været mulige indenfor den korte tid, der har været afsat til dette. En mere detaljeret og ressourcekrævende sygdomsbyrdeberegning for kommunen vil næppe ændre på det store billede af de store og små sundhedsproblemer i befolkningen, men vil være nødvendig for at bruge instrumentet til at følge forandringer i tiden fremover, og for at analysere uligheden mellem befolkningsgrupper.

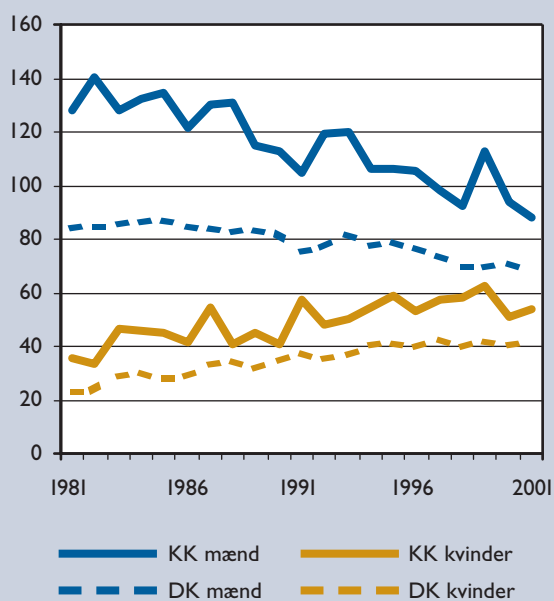
De store folkesygdomme

Kræftsygdomme

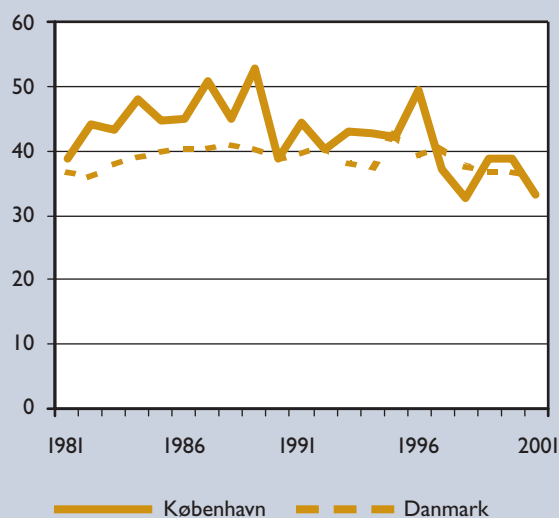
Kræftsygdommene udgør over 15% af sygdomsbyrden. I København konstaterede man i 2003 i alt 2.216 tilfælde af kræft fraregnet de godartede hudkræftformer. Sygdomsgruppen foranlediger ca. 6.500 indlæggelser svarende til knapt 6% af det samlede antal sygehusindlæggelser. Det er dermed den største gruppe af dødsårsager. 32% af dødsfaldene før 80 års alderen sker med kræft som dødsårsag. Kræft i lunge, tyktarm og bryst er de kræftformer, der har den klart største sygdomsbyrde.

Dødeligheden i lungekræft i København toppede for mændenes vedkommende allerede i begyndelsen af 1980'erne og er siden faldet, mens den for kvindernes vedkommende efter mange års stigning stagnerede i midten af 1990'erne (figur 13). Der er endnu ingen entydige tegn på fald i lungekræft blandt kvinder. Heller ikke patientstatistikken giver nogle indikationer. Antallet af kvinder, indlagt med lungecancer, er ufor-

Figur 13. Lungekræft. Døde per 100.000. Aldersstandardiseret. Københavns Kommune og Danmark 1981–2001.



Figur 14. Brystkræft. Døde per 100.000. Aldersstandardiseret. Kvinder i Københavns Kommune og Danmark 1981–2001.



andret til og med 2003, og nyere data er ikke tilgængelige. Hvis man regner med, at tobaksrygningen for mænd nåede sit maksimum i 1960'erne og for kvinder i 1980'erne, er det sandsynligt, at kurven for kvinder meget snart vender nedad. Lungecancer er stadig 20% mere almindeligt i København sammenlignet med resten landet.

For brystkræft ses en fortsat stigende tendens i antallet af nye diagnosticerede tilfælde. Forbedret diagnostik af tidlige tilfælde kan forklare en del af stigningen, for samtidig er dødeligheden på vej ned. Københavns Kommune har samme niveau på sygdomsforekomst og dødelighed som resten af landet (figur 14).

Antallet af mavekræfttilfælde er faldet i mange år. Kræft i tyktarmen var længe stigende men har siden 1980 været stagnerende. Kræft i endetarmen har i mange år vist en langsomt faldende tendens.

Den kræftform, som i mange år er steget mest, er modermærkekræft (malignt melanom). Den er steget med ca. 25% igennem den seneste tiårs periode. En

bedre diagnostik bidrager til stigningen, men der er utvivlsomt også tale om en reel stigning. Befolkningens ændrede solvaner er afgørende for udviklingen.

Antallet af diagnosticerede tilfælde af prostatakræft er også stigende bl.a. som resultat af forbedret diagnostik. Den forekommer nu oftere end lungecancer blandt mænd. Dødeligheden er også svagt stigende, men antallet af dødsfald er kun godt halvdelen af antallet af nye sygdomstilfælde. Forekomsten af livmoderhalskræft falder stadig, mens øvrige gynækologiske kræftformer viser et stabilt mønster.

Trods sit store bidrag til sygdomsbyrden er cancer-sygdommenes bidrag til den sociale ulighed begrænset. Kræft i lunger og de andre stærkt rygerelaterede kræftformer forekommer oftere blandt mennesker med lavere uddannelse og med arbejdererhverv, mens brystkræft viser det modsatte mønster. Overdødeligheden for højtuddannede, når det gælder brystcancer, er dog aftagende. Alle de øvrige kræftformer er socialt ganske jævnt fordelt i befolkningen.

Hjertekarsygdom

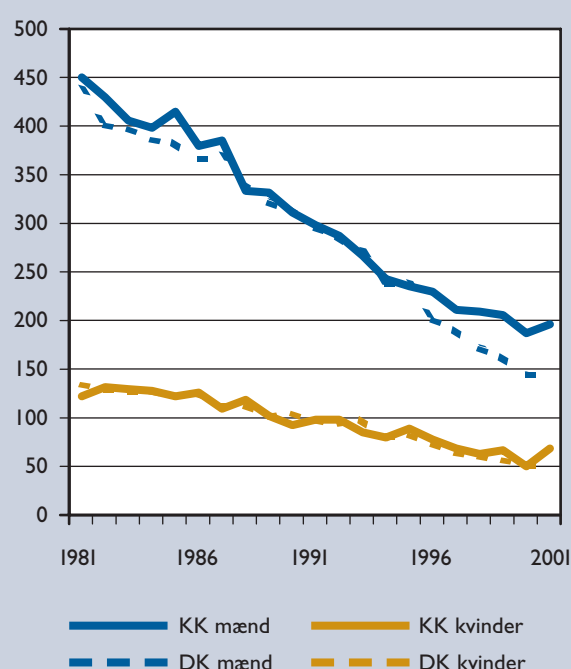
Iskæmisk hjertesygdom og apopleksi er de to store sygdomsgrupper i denne kategori, og de udgør nu til sammen over 10% af sygdomsbyrden. Selvom kræftsygdommenes andel, når det gælder dødsfald, er større, 32% af dødsfaldene under 80 år sammenlignet med 27% for hjertekarsygdommene, er hjertekarsygdommene, når det drejer sig om indlæggelser, sengedage og ambulante besøg, stadig den største og mest udgiftstunge diagnosegruppe med godt 10% af sygehusindlæggelserne i kommunen.

Dødeligheden på grund af iskæmisk hjertesygdom steg i første halvdel af det 20. århundrede. Et svagt fald begyndte i 1970'erne, og derefter er der sket et markant fald (figur 15).

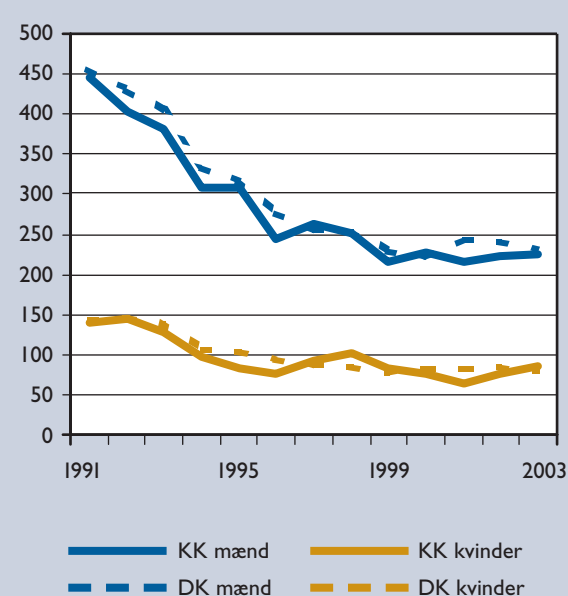
For perioden 1981–99 er faldet 57% for mænd og 44% for kvinder. Frem til midten af 1980'erne var faldet i dødeligheden først og fremmest et resultat af det dalende antal nye hjerteinfarkter, men efter 1988 er overlevelsen de første fire uger efter et hjerteinfarkt mere end fordoblet, og det er denne kombination af færre nye tilfælde og forbedret overlevelse, som de senere år har drevet dødeligheden ned i så højt tempo. Hvis en stor del af de dødsfald, der klassificeres som 'dårligt definerede tilstande', i virkeligheden er hjertedødsfald, er faldet efter 1996 kraftigere særlig i København.

Efter 1999 ser antallet af nye tilfælde dog ud til at stagnere (figur 16). Denne forandring ses i mange

Figur 15. Iskæmisk hjertesygdom. Døde per 100.000. Aldersstandardiseret 35–74 år. Københavns Kommune og Danmark 1981–2001.

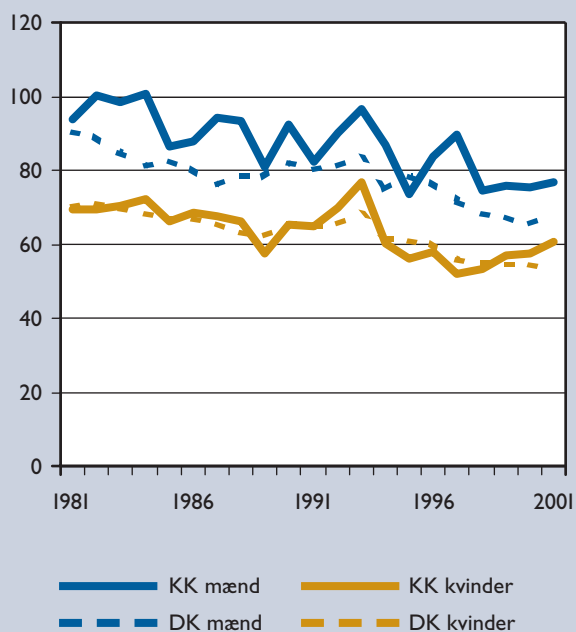


Figur 16. Hjerterinfarkt. Antallet af indlagte patienter per 100.000. Aldersstandardiseret 35–74 år. Københavns Kommune og Danmark 1991–2003.

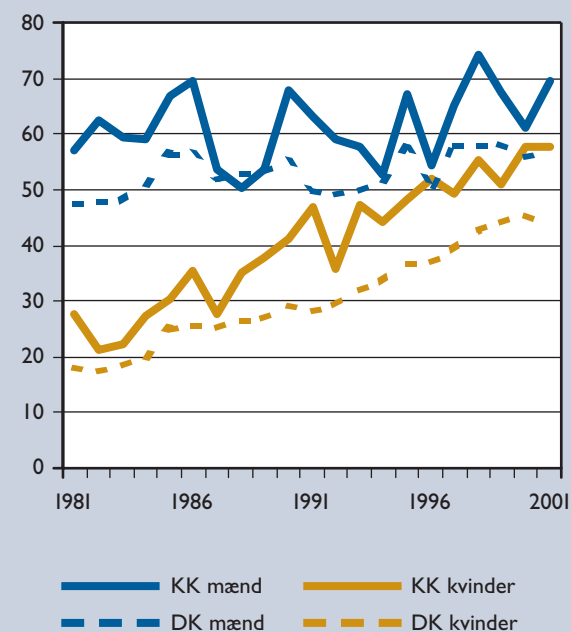


lande og kan hovedsageligt forklares med nye mere følsomme kriterier for diagnosen hjerteinfarkt.

Figur 17. Apopleksi (blødning og infarkt i hjernen). Døde per 100.000. Aldersstandardiseret. Københavns kommune og Danmark 1981–2001.



Figur 18. Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og astma. Døde per 100.000. Aldersstandardiseret. Københavns Kommune og Danmark 1981–2001.



I det danske MONICA studie har man i perioden 1982–92 set et fald i antallet af hjerteinfarkter med 5% per år for mænd og 3,5% for kvinder. Dette fald stemmer med en nedgang i rygning og en vis forbedring af kostvanerne men er sket på trods af, at fysisk inaktivitet og visse biologiske risikofaktorer som overvægt, forhøjede blodfedtniveauer, og blodtryk ikke er blevet bedre. Det er også tvivlsomt, om de risikofaktorer, der findes i det psykosociale arbejdsmiljø, har udviklet sig i gunstig retning og dermed bidrager til faldet.

Dødeligheden på grund af apopleksi er også faldet i mange år men dog i meget langsommere tempo. Også her er overlevelsen forbedret samtidig med, at antallet af nye tilfælde, ifølge bl.a. Glostrupundersøgelsen, er svagt stigende. Antallet af indlagte patienter i København er dog faldende. En forbedret blodtryksregulering kan have bidraget til, at hjerneblødninger med høj dødelighed falder, samtidig med at blodprop og infarkt i hjernen ikke gør det.

Kronisk obstruktiv lungesygdom – KOL

På 20 år er antallet af dødsfald blandt kvinder i København med KOL tredoblet. Antallet af indlæggelser på sygehus er øget endnu mere. Niveaueet i København er tydelig forhøjet i forhold til det øvrige Danmark. KOL udgør 6% af sygdomsbyrden i København og er

den tredjestørste diagnose. Denne sygdom er ligesom lungecancer helt overvejende forårsaget af rygning. Sygdommen optager hvert år knapt 20.000 sengedage på de Københavnske sygehuse. En nedgang i antallet af patienter indlagt for KOL, bronkitis og astma hos både mænd og kvinder ser ud til at være indtruffet efter 2001. Det er endnu for tidligt at sige, om dette er udtryk for et bestående brud i en i øvrigt meget problematisk udvikling.

Psykisk helbred

I sygdomsbyrdeanalysen (tabel 6–7) var det tydeligt, hvor stor en rolle det psykiske helbred spiller for folkesundheden. Næsten 25% af sygdomsbyrden falder i denne kategori. Alligevel er vores viden om udvikling og fordeling meget begrænset. Den løbende statistik fra dødsårsags- og landspatientregisteret og data fra sundhedsprofilerne måler ikke disse sygdomme. I førtidspensionsstatistikken udgør psykiske lidelser en dominerende og desuden voksende gruppe med knapt 40% af pensionerne i 2004.

Når det gælder sygdomsbyrde, er depressioner den hyppigst forekommende diagnose med 10% af kvindernes sygdomsbyrde og 5% af mændenes. Den indtager en dominerende plads, fordi den både er almindeligt forekommende, 3–4% af befolkningen

får stillet diagnosen, og fordi mennesker vurderer tilstanden som alvorlig med store konsekvenser for livskvalitet og arbejdsevne. På en skala fra 0 (helt rask) og 1 (død) sættes vægten for funktionstab ved depression til 0,6. Angsttilstande optræder hos 10%, men med en betydeligt lavere vægt, bl.a. fordi angst i mindre omfang påvirker arbejdsevnen og dermed repræsenterer en mindre sygdomsbyrde. I sundhedsprofilen er der spurgt, om man har gener af ængstelse, uro, nervøsitet, træthed eller nedtrykthed. Tabel 9 viser den andel, der angiver, at de har mange gener af et af disse symptomer. Forekomsten varierer kraftigt med uddannelsesniveau, idet den blandt personer med lang videregående uddannelse er 6,4% og blandt dem uden uddannelse er 22,4%. Disse niveauer ser ikke ud til at have forandret sig på næsten 20 år. Sammenlignet med det øvrige land har København en højere forekomst af selvrapporterede psykiske symptomer, ca. 25–50% forhøjet forekomst.

Danske studier viser også, at den alvorlige grad af klinisk depression (eng.: major depression) er stærkt relateret til den sociale position med tre gange så høj forekomst blandt ufaglærte arbejdere som blandt højere funktionærer. Allerhøjst (15%) er forekomsten blandt mennesker, som er langvarigt arbejdsløse eller marginaliserede. Det er først og fremmest et tegn på sygdommens effekter på arbejdsevnen, men afspejler også til en vis grad arbejdsløshedens effekter på sygdommen. Depression er således også en af de sygdomme, som bidrager mest til social ulighed i sygdomsbyrde (tabel 8).

Forskellige sociale faktorer inkl. arbejdsløshed, opvækstforhold og sociale relationer bidrager til depression. Aktuelle tværnsnitstudier taler ligeledes for, at det psykosociale arbejdsmiljø, karakteriseret af høje krav, lav indflydelse og manglende støtte, er knyttet til kraftigt forhøjede niveauer af depression (figur 27).

3% af befolkningen i København angiver, at de indenfor en 14 dages periode har brugt nervemedi-

cin og lige så mange, at de har anvendt sovemedicin. Forbruget af antidepressive lægemidler i København er i årene 1999–2004 steget fra 32 DDD (definerede døgndoser) per 1.000 til 54. Det øvrige land har et lignende niveau. Men så skal man huske, at de fleste af disse præparater blev introduceret på markedet så sent som i begyndelsen af 1990'erne, og at de nu bruges på ret vide indikationer, der inkluderer andet en egentlig depression f.eks. angsttilstande. Forbruget af traditionelle angstdæmpende eller beroligende midler samt sovemidler viser samtidig en svagt vigende tendens i perioden 1999–2004 fra 66 til 58 DDD per 1.000.

De svære psykotiske tilstande rammer en meget mindre del af befolkningen. Ca. 0,3% af befolkningen er i kontakt med psykiatrien for skizofreni og beslægtede tilstande. Da storbyens anonymitet tiltrækker mennesker med disse lidelser, er forekomsten i København formodentlig over det dobbelte.

Selv mord

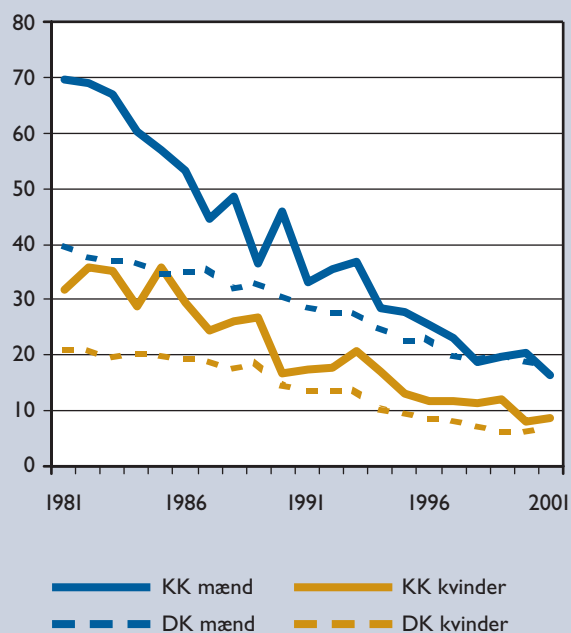
Selv mord er den alvorligste komplikation til psykisk sygdom. Selvmordshyppigheden er fra et meget højt niveau 1980 faldet med 75% frem til 2001 og er nu 15 per 100.000 (figur 19).

København havde for nogle år siden en betydeligt højere selvmordsdødelighed end andre dele af landet, men denne overrisiko er nu faldet til ca. 10%. Antallet af selvmordsforsøg er formentlig 10–15 gange så stort som antallet af selvmord men har også vist en vigende tendens. En vigtig undtagelse er helt unge piger på 15–19 år. I denne gruppe kan man konstatere en kraftig stigning i løbet af 1990'erne. En afgørende årsag til, at antallet af selvmord falder, er, at muligheden for forgiftning ved indtagelse af lægemidler er forringet, idet der nu fremstilles langt mindre farlige lægemidler. Det er mere usikkert, om faldet kan tages som udtryk for forbedret psykisk sundhed i befolkningen.

Tabel 9. Psykiske symptomer – ængstelse, uro, nedtrykthed, søvnbesvær eller træthed. Andel i procent. Københavns Kommune 2004.

	Ingen gener	Lidt gener	Mange gener
Ingen uddannelse	25,7	51,8	22,4
Faglig uddannelse	34,1	54,8	11,1
Kort videregående	27,0	66,2	6,8
Lang videregående	30,8	62,9	6,4

Figur 19. Selvmord per 100.000 i Københavns Kommune og Danmark 1981–2001.



Sygdomme og smerter i bevægeapparatet

Sygdomsgruppen udgør over 5% af sygdomsbyrden. Personer med sygdomme og symptomer fra bevægeapparatet er en gruppe, der tegner sig for en stor del af sygefravær og førtidspensioner. Knap 25% af førtidspensionerne 2004 er bevilget på baggrund af denne hoveddiagnose. Det er en meget heterogen gruppe, som inkluderer kronisk autoimmune tilstande som leddegigt, slidgigt i ryg og led, diskusprolaps og mange muskulære smertetilstande, relateret til ergonomiske og psykosociale forhold. Smerter i bevægeapparatet er et overordentlig almindeligt symptom i befolkningen.

Ifølge SUSY lider 19% af den danske befolkning af kroniske smerter (dvs. varende mere end 6 måneder).

I Københavns Kommunes sundhedsprofil er der ikke spurgt til smerter i ryg, nakke eller led, men i SUSY finder man i år 2000, at 25% af københavnere indenfor en 14 dages periode har smerter eller ubehag fra ryg eller lænd. Det inkluderer også mindre plagsomme og kroniske tilstande. Desuden har 28% haft ubehag eller smerter i nakke eller skulder og 20% i arme, hænder, knæ, hofter eller andre led. København afviger her ikke fra det øvrige land. For hver af disse grupper er det lidt over halvdelen af tilstandene, som er kroniske smerter.

Man ser en stigende tendens, siden den første måling 1987, indenfor disse symptomer. Symptomerne bidrager i høj grad til den sociale ulighed i selvvurderet helbred, både fordi de er så almindeligt forekommende, og fordi gradienten er stejl, med en forekomst som er ca. 50% højere for ufaglærte arbejdere end for højere funktionærer (tabel 10). Ekskluderer man lettere og kortvarigt besvær, og ser på andelen med kroniske smerter, er gradienten 100%.

Denne type af besvær er også en dominerende anledning til besøg hos alment praktiserende læger og medicinforbrug. 37% af befolkningen angiver i 2004, at de i løbet af en 14-dages periode har brugt smertestillende medicin og denne andel var 38% i 1991. Ifølge apotekernes statistik er forbruget af svagere smertestillende midler højt, men svagt faldende fra 69 til 60 DDD per 1.000 i perioden 1999–04. Til trods for at symptomerne udviser en meget skæv social fordeling, er forbruget af smertestillende midler dog ret jævnt fordelt.

Symptomerne er stærkt associerede til ergonomisk arbejdsmiljø, hvor bøjede, forvredne arbejdsstillinger, kombineret med tunge løft, er problematisk for lænd

Tabel 10. Smerter i nakke eller skulder indenfor en 14-dages periode. Andel i procent og aldersstandardiseret forskel når man sammenligner med gruppen „Selvstændige med ansatte“. Danmark 2000. SUSY

	Procent	Aldersstandardiseret differens
Selvstændig med ansatte	20,5	Reference
Funktionær I	23,2	+ 2,8
Funktionær II	27,2	+ 4,4
Funktionær III	31,0	+ 7,2
Faglærte arbejdere	25,9	+ 8,3
Ufaglærte arbejdere	30,1	+ 11,4

og ryg, mens repetitive og statiske arbejdsopgaver er problematiske for nakken. Psykosociale faktorer som dårlig trivsel og manglende social støtte er risikofaktorer. Manglende fysisk aktivitet i fritiden og overvægt spiller desuden en vigtig rolle. Den stigende forekomst af led og muskelbesvær har været sat i forbindelse med både forandringer i arbejdsmiljøet og overvægtsproblematikken.

Allergi og overfølsomhed

Allergisygdomme forekommer dels som atopiske sygdomme i forbindelse med reaktioner mod specielle allergener i bl.a. miljø og kost, og som ikke-atopiske sygdomme associeret med kroniske inflammations-tilstande og overfølsomhedsreaktioner mod stoffer, som irriterer alle menneskers hud og slimhinder f.eks. tobaksrøg, rengøringsmidler. Dertil kommer sjældne tilfælde af allergier fremkaldt af særlige infektionstilstande.

I hele den Vestlige verden har man gennem flere årtier kunne konstatere en stigende forekomst, og i dag ses et mønster, hvor astma og høfeber ligger højest i Nordvesteuropa, mens de laveste niveauer findes i det sydlige og østlige Europa. Det er endnu ikke klart, hvorfor allergierne stiger så kraftigt. En hypotese, som har fået megen støtte de senere år, går ud på, at det mere sterile indendørsmiljø har påvirket menneskers bakterieflora, og at immunsystemet derfor stimuleres anderledes end tidligere. Dette skulle kunne påvirke visse typer af hvide blodlegemer således, at tendensen til at udvikle allergiske reaktioner stiger.

Andelen af personer, der rapporterer, at de lider af astma stiger stadig og var i år 2000 5% i København. Også andelen, som har høfeber, har været stigende til 16%. Det er først og fremmest yngre mennesker, der rammes af disse sygdomme. Astma er hyppig hos mennesker med kort uddannelse, mens høfeber er mere almindelig blandt personer med længere uddannelse. Man kan konstatere, at høfeber, trods sin høje prævalens, ikke optræder på listen over de 44 største sygdomme. Det er fordi sygdomsvægten, som udtryk for hvor meget det påvirker livskvalitet og funktionsevne, er så lav.

Behandlingen af astma er også forbedret med mere effektive inhalationspræparater således, at andelen af befolkningen med sværere gener falder. Det er sandsynligvis baggrunden for, at salget af astmamedicin, efter en kraftig opgang, nu daler langsomt fra 57 DDD per 1.000 i år 1999 til 50 DDD i år 2004.

8% af københavnere rapporterede om eksem, hududslæt eller kløe indenfor en 14-dagesperiode. En

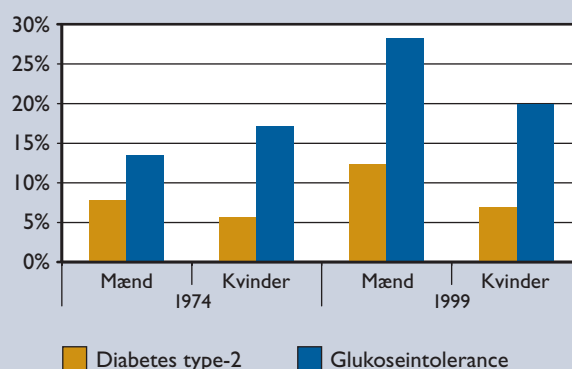
stor del af eksemmerne er arbejdsbetingede, hvor hænder ofte er i kontakt med vand, sæbe, rengøringsmidler og allergifremkaldende stoffer.

Diabetes

Diabetes består af to forskellige sygdomme. Type-1, som skyldes nedsat produktion af insulin, fordi kroppens eget immunsystem ødelægger de insulinproducerende celler i bugspytkirtelen og type-2, som skyldes nedsat følsomhed overfor insulin kombineret med nedsat insulinproduktion. Type-1 rammer først og fremmest børn og unge under 20 år men kan også debutere senere. Den varierer i takt med velstandsstigningen i de vestlige lande på samme måde, som børns vægt og højde altid har gjort. Nyere studier taler for, at en øget mængde energi i børns kost kan være en vigtig årsag til stigningen.

Type-2 diabetes rammer mest personer over 50 år. Arvelighed er her en vigtig årsag i kombination med fedme, fysisk inaktivitet og rygning. Forekomsten af type-2 diabetes blandt ældre mennesker er også øget kraftigt i Danmark siden de første studier i 1970'erne (figur 20). Et aktuelt studie fra Glostrup viser for, at forekomsten af type-2 diabetes blandt 60-årige var 12,3% blandt kvinder og 6,8% blandt mænd. Sammenlignet med en undersøgelse blandt samme befolkningsgruppe i 1974 var forekomsten øget med 58% hos mænd og 21% hos kvinder. Denne stigning kunne primært forklares ved en stigning i vægt. Blandt 30-årige er $\frac{3}{4}$ af sygdomstilfældene ikke kendt af den pågældende og opdages først ved undersøgelsen. For de ældre er andelen af uopdagede tilfælde godt halvdelen.

Figur 20. Andel af befolkningen i 60 års alderen med type-2 diabetes og forstadier (glukoseintolerance). Københavns Amt 1974–99.



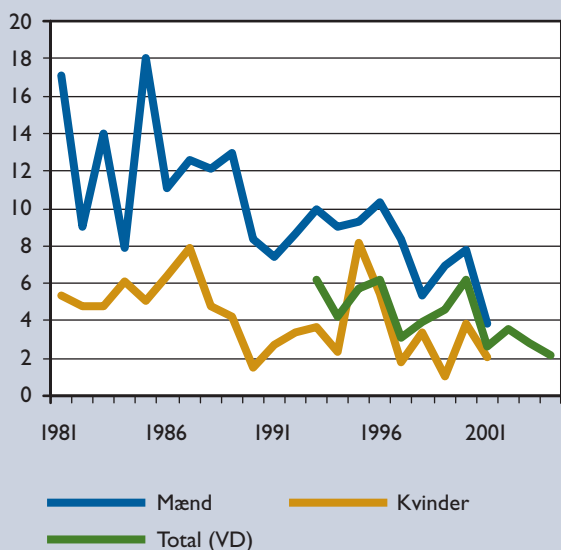
Skader

Skader kan opstå gennem ulykker og i forbindelse med vold og selvmord. Af de 346 dødsfald, som indtraf i København 2001, som følge af skader, var 61 selvmord, 16 trafikulykker og 269 andre skader. I den sidstnævnte gruppe udgør faldulykker blandt ældre en stor andel. Men dødsfaldene er kun toppen af isbjerget. Et mere fuldstændigt billede fås fra de skadestuer, som registrerer alle ulykker. En sådan registrering sker ikke lokalt for befolkningen i Københavns Kommune men på nogle skadestuer spredt over landet. Dette materiale gøres tilgængeligt af SIF.

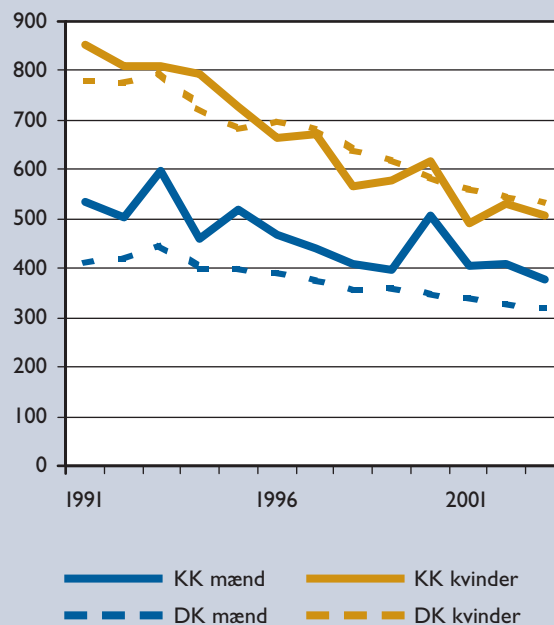
11% af befolkningen opsøger skadestuen indenfor et år. Ud af 100 ulykker, som leder til besøg på skadestue inklusive såvel mange lette som en del alvorlige ulykker, sker ifølge ulykkesregisteret på Statens Institut for Folkesundhed 76 i hjemmet og i fritiden, 14 på arbejdet og 10 i trafikken. 28 sker blandt børn under 15 år, og 10 blandt ældre over 64 år. 36 er faldulykker. Af den store andel, som skades i hjemmet eller ved fritidsbeskæftigelser, skades halvdelen i boligen eller det nærmeste boligområde, mens 19% skades på idrætspladser og 12% på skolerne. Af alle ulykkerne i boligen er 40% faldulykker.

Figur 21. Trafikdødsfald.

Sundhedsstyrelsens dødsårsagsstatistik 1981–2001 og Vejdirektoratets statistik 1993–2003. Døde per 100.000 i Københavns Kommune. Aldersstandardiseret.



Figur 22. Lårbenshalsbrud blandt ældre. Indlagde patienter over 60 år per 100.000. Aldersstandardiseret. 1991–2003 i Københavns Kommune og hele landet. .



Trafikulykker

De ulykker, der sker i trafikken, er de alvorligste, men udgør kun 0,9 % af sygdomsbyrden. 14% af ofrene ender med at blive indlagt, mens det samme kun gælder 6% af alle de andre typer. Af de personer, som skades i trafikken, er 45% cyklister og 34% bilister. Af de cyklister, der skades, får 67% skader på arme eller ben, mens 25% skades i ansigt eller hoved. Det er de sidstnævnte, som giver de alvorligste følger.

Man kan generelt nedsætte risikoen for trafikulykker med forebyggende foranstaltninger som alkoholrestriktioner, trafikseparering m.m. Andre forebyggelsestiltag har større effekt, når det gælder ulykkernes medicinske konsekvenser, det gælder bl.a. for sikkerhedsseler, styrt-hjelme, hastighedsbegrænsning, sikrere biler mm. Det er derfor ikke overraskende, at dødeligheden ved trafikulykker falder meget mere end antallet af ulykker i sig selv. Dødeligheden er faldet siden et maksimum i 1969.

I 2004 omkom, ifølge politiets indberetning til Vejdirektoratet, kun 11 personer i Københavns trafik. Tallet kan vise sig at blive lidt højere, når alle dødsfald er registreret. Ifølge Vejdirektoratets statistik er risikoen for at omkomme i trafikken halveret indenfor de sidste 10 år. Risikoen for dødsfald i trafikken er nu

(2004) så lav som 2,2 per 100.000 indbyggere. Det må betegnes som relativt lavt og er under halvdelen af landsgennemsnittet. Antallet af tilskadekomne er mere på niveau med resten af landet og har i flere år været konstant omkring 15 per 100.000.

I den Københavnske trafik har man bevidst og af flere grunde søgt at øge cykeltrafikken. En grund har været den positive effekt, det har på folkesundheden gennem øget fysisk aktivitet og reduceret forurening. Cykeltrafikken er også i løbet af 10 år (1995–2004) steget med 41% samtidig med, at de alvorlige cykelulykker er faldet med 62% regnet per cyklet kilometer.

Det er dog værd at notere, at de alkoholrelaterede ulykker ikke viser en tydelig faldende tendens og dermed udgør en relativt større andel af trafikulykkerne i København. Blandt de ældre er det først og fremmest fodgængerulykkerne, som stadig dominerer trods en positiv udvikling de sidste 10 år.

Faldulykker

Mange faldulykker medfører kun lettere skader med forstuvning, mens andre giver alvorlige brud på bl.a. lårbenshals. Sidstnævnte er skader, der i helt overvejende grad opstår ved, at ældre mennesker falder i hjemmet eller på gaden. Risikofaktorer er bl.a. lavt kalkindhold i skelettet (osteoporose) og manglende neuromuskulær koordinationsevne. Begge dele kan i høj grad forebygges med fysisk aktivitet. Desuden har fejl dosering af blodtryks- og sovemedicin samt psykosociale faktorer som ensomhed og depression vist sig have betydning.

I år 2003 blev 600 personer på 60 år og derover indlagt med brud på lårbenshalsen. I 1991 var antallet 1.219. Regnet per indbygger og med hensyn til den ændrede aldersstruktur, er det et fald i risikoen på 29% for mænd og 41% for kvinder. Kurverne for Danmark falder i samme takt (figur 22).

Sygdomsårsager

Sygdomsbyrden forårsaget af de enkelte sygdomsårsager

De mange sygdomme og skader, som forårsager sygdomsbyrden, har utallige årsager. Ingen af dem har én tilstrækkelig årsag, hvor alle, som er udsatte, bliver syge. Alle sygdomme og skader opstår derfor af *flere samvirkende* årsager. Hvis man ved hvor mange, der er eksponeret for en given årsag, og kender styrken i den effekt, den har på en given sygdom, kan man beregne, hvor stor en andel af dagens sygdomsforekomst, der kunne være undgået, hvis ikke befolkningen havde været udsat for denne risikofaktor. Denne andel betegnes ætiologisk fraktion. Styrken i sygdomsårsagens effekt finder man ved at se hvor stor forskel, der er i sygdomsforekomst blandt dem, som er udsat for årsagen sammenlignet med dem, som ikke er, men som er udsat for de øvrige bidragende årsager i samme grad. Denne type af beregninger kan også bruges til at vurdere, hvor meget en intervention mod en given risikofaktor senere vil påvirke sygdomsforekomsten.

En given sygdomsårsag som alkohol eller fysisk inaktivitet påvirker mange forskellige sygdomme og

skadetyper. En vurdering af en given sygdomsårsags samlede bidrag forudsætter altså, at forskellige sygdomme og skader måles med en og samme enhed, som kan adderes. Her kan de tidligere nævnte DALY-beregninger bruges i og med, at de netop udtrykker mange forskellige sygdomskonsekvenser i en 'fælles valuta' nemlig tabte år.

Hvis man for Københavns befolkning vil beregne den sygdomsbyrde målt i DALY's, som kan tilskrives hver enkelt af de store risikofaktorer, skal man bruge følgende fakta:

- En beregning af den lokale sygdomsbyrde opdelt på diagnose, køn og alder (tabel 7).
- Viden om, hvor stor del af befolkningen, der er udsat for de aktuelle risikofaktorer, hvilket bl.a. er hentet fra Sundhedsprofiler og SUSY.
- Kendskab til effekten af hver enkelt risikofaktor, på hver enkelt sygdom, opdelt på køn og alder.

Tabel II. Sygdomsbyrde og sygdomsårsager. Matrice som markerer med * når årsagsrelationen mellem eksponeringer og sygdom eksisterer. I nederste række: Andel i % af sygdomsbyrden i København 2004.

	Tobak ☞	Alkohol	Fysisk aktivitet, overvægt	Kost+ kolesterol	Usikker sex ☞	Arbejds miljø ☞	Fysisk miljø ☞
Infektioner	*				*		
Kræftsygd.	*	*	*	*	*	*	*
Hjertekarsygd.	*	*	*	*		*	
Psykiske sygd.		*	*			*	
Bevægeapparat			*			*	
Allergier				*		*	
Diabetes			*				
Ulykker		*	*			*	*
% af sygdomsbyrden	14,2	10,7	9,0	4,5	0,6	4,2	0,6

☞ Inklusive 0,1% fra passiv rygning. ☞ WHO's beregning for Vesteuropa: Ezzati et al: Lancet. 2002;360:1347-60.

☞ Baseret på AMI's ætiologiske fraktioner for Danmark.

Den beregning, som er foretaget her, er baseret på de 44 største sygdomme i tabel 7 og de 10 vigtigste risikofaktorer og grupper af faktorer. I kombination med køn og to aldersgrupper kræver det en matrix på $45 \times 8 \times 4 = 1.440$ celler. I hver celle beregnes derefter den ætiologiske fraktion, og de kan multipliceres med den aktuelle sygdoms sygdomsbyrde, siden adderes for at vise summen af risikofaktorens effekt på alle de forskellige sygdomme og skader. Dette summerede tal vises i tabel 11. Selve matrixen kan af naturlige grunde ikke vises her, men vil blive gjort tilgængelig på Institutets hjemmeside (pubhealth.ku.dk). Her kan beregningen også tilpasses de lokale eksponeringsforhold således, at den enkelte sundhedsplanlægger kan beregne, hvor stor effekt en given ændring på en given risikofaktor vil få på sygdomsbyrden. De anvendte effekter bygger i stor udstrækning på Ezzati et al: Comparative Quantification of Health Risks. Vol 1–2. WHO 2004.

I forhold til den sociale ulighed gælder det for alle faktorerne, med undtagelse af fysisk miljø, at de er socialt ujævnt fordelt med en overvægt hos mennesker med kort uddannelse og lave lønninger. Opvækstforhold, psykosocialt og ergonomisk arbejdsmiljø, rygning og overvægt viser alle en stejl social gradient i forekomst. Alkohol er mere jævnt fordelt, men sårbarheden over for effekterne er socialt meget skævt fordelt.

Tobak

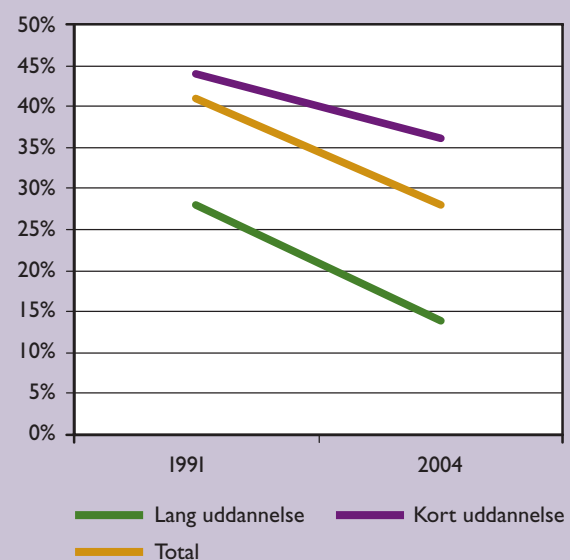
Tobaksrygning er den i særklasse vigtigste sygdomsårsag i den danske befolkning i særdeleshed med tanke på, at tobaksrygning har været meget udbredt i befolkningen. Men selv når man tager hensyn til det fald, som er sket i de senere år, er tobakken ansvarlig for en stor del af den fremtidige sygdomsbyrde. Med dagens sygdomsmønster og rygevaner udgør det 14,2% af sygdomsbyrden inklusive passiv rygning (tabel 11). Det svarer til 10.115 tabte leveår i Københavns Kommune.

Effekten kan illustreres på følgende måde (Brønnum-Hansen og Juul: Ugeskr Læger. 2002;164:3953–8): Danske rygere, der ryger mindst 15 cigaretter dagligt, lever i gennemsnit 7 år kortere end aldrig-rygere. En 20-årig mand, der forbliver aldrig-ryger livet igennem, kan (udover den længere levetid) forvente at leve 7,6 år længere uden langvarig sygdom sammenlignet med storrygeren. Den storrygende 20-årige kvinde vil, hvis hun fortsætter med at ryge, være sygdomsbelastet i halvdelen af sin restlevetid. Hun mister i gennemsnit 11,4 raske leveår sammenlignet med aldrig-rygeren.

Det officielt registrerede tobaksforbrug i Danmark, regnet i gram per indbygger, nåede et maksimum i midten af 1960'erne og er nu faldet med over en tredjedel til det samme niveau, som fandtes kort efter 1. verdenskrig (dvs. 2 kg per voksen indbygger). Andelen af dagligrygere er samtidig faldet konstant fra sit maksimum på næsten 80% blandt mænd i 1950'erne. Blandt kvinderne lå niveauet i mange år omkring 40%, og først i 1980'erne kom der gang i nedgangen. Andelen af dagligrygere falder nu med knapt 1 procentenhed per år og er i 2005 på 28% i København, 29% for mænd og 26% for kvinder. Selvom udviklingen således er positiv, er det dog problematisk at cigaretsalget, i modsætning til andre tobaksvarer de sidste 10 år, har ligget ret konstant. Danskerne ryger i gennemsnit 80 pakker (20 stk) per år. Forbruget i København har i mange år ligget højere end i det øvrige Danmark, men indenfor de sidste år er denne forskel næsten forsvundet.

Der findes, som i andre nordeuropæiske lande, en stærk og stigende social gradient i rygningen med 23% blandt mennesker med lang videregående uddannelse og 37% blandt kortuddannede (figur 23). Blandt mænd i en udsat social situation er niveauerne særlig høje; bistandsmodtagere (63%), arbejdsløse (55%), fraskilte (47%) og indvandrere (46%).

Figur 23. Daglig rygning. Totalt og for personer med faglig eller kortere uddannelse og personer med lang videregående uddannelse. Andel af befolkningen over 18 år. Københavns Kommune 1991–2004.

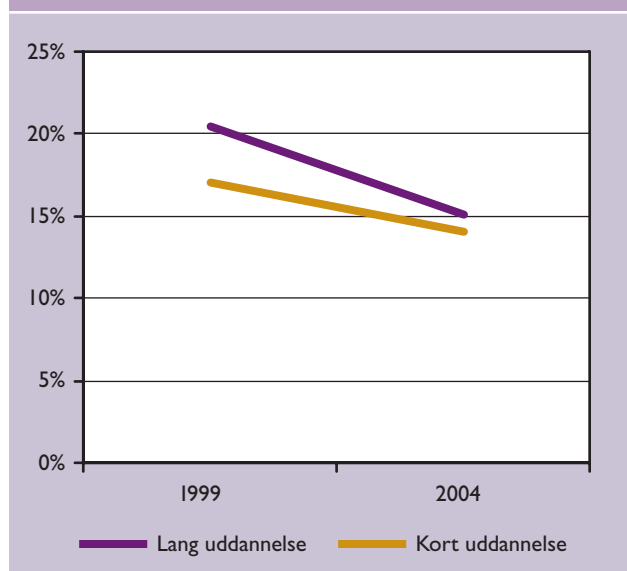


Alkohol og stofmisbrug

For 100 år siden var alkoholkonsumtionen i Danmark på samme niveau som i dag. En afgiftsforhøjelse i 1918 reducerede det registrerede forbrug til en tredjedel, og det blev efterfulgt af en endnu kraftigere reduktion i den alkoholrelaterede dødelighed. Siden er alkoholkonsumtionen steget. I årene 1960–80 tredobledes den, og med nogle få års forsinkelse tredobledes også den alkoholrelaterede dødelighed grundet alkoholisme, skrumpelever og alkoholforgiftning. Siden 1960 er ølkonsumtionen mere end fordoblet, mens vinforbruget er 10-doblet. Siden 1980 har konsumtionen ligget relativt konstant på 12 liter ren alkohol per indbygger over 15 år. Dertil kommer ca. 1–1,5 liter hjemført ved grænsehandel mm. Dødeligheden i Danmark er som forventet stagneret siden 1985. En let stigning kan dog noteres i København siden 1997. Særlig alvorligt er det, at andelen af unge fra 16–20 år, som overskrider genstandsgrænserne, er steget og nu er ca. 20% for både drenge og piger.

Der er internationalt sket store forandringer i alkoholkonsumtionen siden 1980 med en tydelig reduktion i de Sydeuropæiske lande, en stigning i Østeuropa, og stagnation i Norge og Sverige. Danmarks niveau svarede længe til det, der råder i det øvrige Vesteuropa, hvilket er det dobbelte af konsumtionen i Norge og Sverige. Siden 1997 er konsumtionen dog steget kraftig i Sverige, interessant nok uden at man endnu (2002) kan måle nogle effekter på dødeligheden.

Figur 24. Alkoholforbrug over genstandsgrænserne. Andel i befolkningen over 18 år, som drikker over 21 genstande per uge for mænd og 14 for kvinder. Københavns Kommune 1999–2004.



Sygdomsbyrden knyttet til alkohol er meget stor nemlig 7.652 tabte år (DALY) svarende til 10,7% i København. Den bliver undervurderet, hvis man kun ser på alkoholrelaterede dødsfald, idet langvarige, svære psykiske problemer og sociale konsekvenser for individ, pårørende og arbejde er knyttet til alkoholafhængighed. De positive effekter som alkohol har på hjertesygdom er, målt som sygdomsbyrde, kun ca. 20% af de negative effekter.

Den alkoholrelaterede dødelighed i København er ca. 50% højere end i landet som helhed. Det har ikke været muligt at skaffe statistik over alkoholsalget i København men kun selvrapporтерet information om alkoholforbrug i Sundhedsprofilerne. Det sidstnævnte indebærer dog sandsynligvis en betydelig undervurdering af konsumtionen.

Tallene viser, at i 2004 var andelen af personer, som konsumerer over genstandsgrænserne (21 for mænd og 14 for kvinder) 11,7%. Den andel ser ud til at være faldet indenfor de sidste 5 år, og den sociale forskel, at højt uddannede drikker lidt mere, er stort set uforandret (figur 24). Ikke desto mindre bidrager alkoholen kraftig til den sociale ulighed i folkesundheden med større sygdomsbyrde blandt mennesker med lav uddannelse. Årsagen til dette er, at effekten af høj alkoholkonsumtion på helbredet er størst blandt mennesker med kort uddannelse, og hos dem der står udenfor arbejdsmarkedet.

Stofmisbrug

Antallet af narkotikarelaterede dødsfald i København har i mange år været omkring 40 per år. Niveaulet i 1990'erne var lavere end i de to foregående årtier. Man beregner, at omkring 1% af Københavns befolkning er stofmisbrugere, hvoraf 8 ud af 10 er i behandling. Antallet af misbrugere i behandling stiger hvert år og var i 2004 30% højere end i 1997. Stofmisbrugerne lever socialt meget udsat. Næsten 60% er på kontanthjælp og 27% har førtidspension. 80% er enlige og mindre end hver anden har egen bolig. Misbruget har en meget tydelig social slagside, idet 60% ikke har nogen uddannelse udover 10 års skolegang, mens kun 6% har en videregående uddannelse.

Ernæring og blodfedt

Kosten påvirker flere store folkesygdomme bl.a. hjertekarsygdomme, kræft, diabetes og overvægt. Det sker hovedsageligt gennem tre mekanismer: Energiindtagelsens og særlig sukkerindtagelsens betydning for overvægt, fedtkonsumtionens betydning for blodfedt-niveauer og dermed hjertekarsygdom, samt frugt og

grønsagernes betydning, når det gælder om at nedsætte risikoen for kræft og hjertekarsygdom.

Anbefalingerne har i al væsentlighed ligget fast i mange år, men der findes ikke statistik, der specifikt for Københavns befolkning måler, hvor stor en del af befolkningen, som opfylder anbefalingerne: (E% angiver procent af kostens energiindhold):

- Fedtkonsumtion på under 25–35 E%, hvoraf højst 10 E% kommer fra mættede fedtsyrer.
- Kulhydrater bør udgøre 50–60 E%, hvoraf raffineret sukker højst udgør 10 E%.
- Proteiner bør udgøre 10–20 E% af kosten.
- Hver dag bør man indtage 600g frugt og grøntsager (kartofler ikke indregnet).

Fedtets andel af kostens energi er i dag 37%, så der er fortsat brug for en betydelig reduktion. Ernæringsrådets seneste rapport viser, at den andel, som ikke bruger fedtstof på brødet, fordobledes 1995–2001, men siden er den stagneret. Forbruget af mælk, især sødmælk, falder dog fortsat.

Den danske befolkning får stadig kun 20% af sit fedtstof fra vegetabiliske kilder sammenlignet med 60% i mange middelhavslande.

Aktuel forskning har vist, at øget indtag af sodavand mm. med sukker er en vigtig årsag til den stigende fedme i USA ikke mindst blandt unge. 36% af de unge i Danmark drikker sodavand næsten hver dag eller oftere.

Analysen fra Ernæringsrådet viser, at selvom 75% af befolkningen spiser frugt dagligt og grøntsager næsten dagligt, kommer kun godt 10% op på de anbefalede 600 gram hver dag. Ifølge sundhedsprofilerne angiver ca. 30% af Københavnerne fra 18–64 år, at de spiser frugt og grønt flere gange hver dag, men det kun gælder 20% af de over 64 årige. Kvinder spiser meget oftere frugt og grønt end mænd. Der er tydelige sociale forskelle, idet københavnere med lav uddannelse eller indkomst spiser mere fedt og sukker og mindre frugt og grønt, hvilket også svarer til de madvarer, der er relativt billige og let tilgængelige. Forbruget af brød, som kan være en vigtig kilde til fibre, er faldet i løbet af de sidste 10 år.

Moderate og høje niveauer af kolesterol i blodet er en vigtig risikofaktor for iskæmisk hjertesygdom og apopleksi. Risikoforhøjelsen er 30–60% for personer, der har kolesterolniveauer over 5,5 mmol/ltr. Og det er der en meget stor del af befolkningen, der har. Aktuelle resultater fra Østerbrounderundersøgelserne taler for, at det gælder ca. 50% af Københavns befolkning.

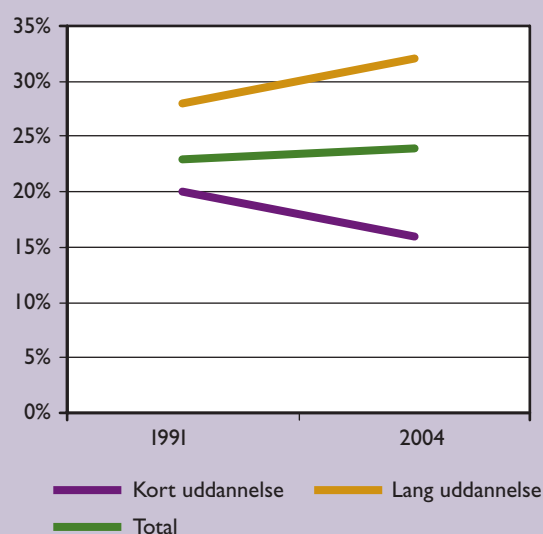
Internationale sammenligninger fra MONICA studierne taler dog for, at Danmark ikke ligger påfaldende højt, hvad angår denne risikofaktor, sammenlignet f.eks. med Sverige og Finland.

Måske er dette en af forklaringerne på den relativt, for europæiske forhold, normale forekomst af hjertesygdom i landet trods den høje forekomst af rygning. En anden årsag kan, som tidligere nævnt, være, at mange hjertedødsfald i Danmark klassificeres som 'dårligt definerede tilstande'.

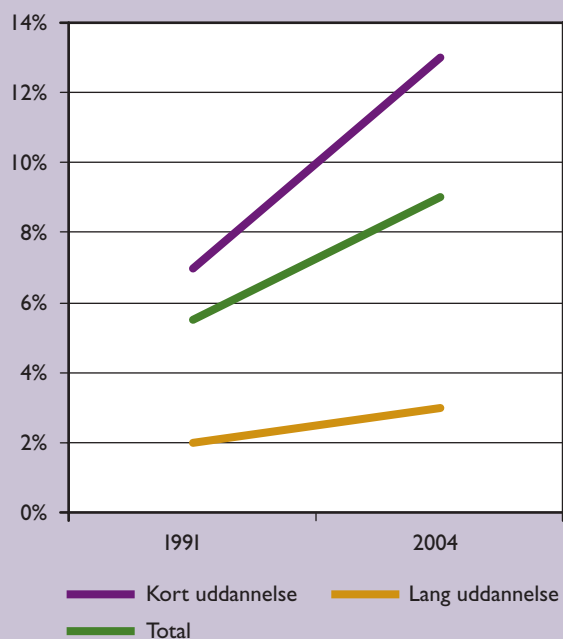
Fysisk inaktivitet og overvægt

Den aktuelle anbefaling, når det gælder om at forebygge de sygdomme og skader, som er relateret til fysisk inaktivitet, er mindst 30 minutters motion hver dag. Ifølge Sundhedsprofilen er det kun 39% af den voksne befolkning i København, der følger denne anbefaling. 61% har således behov for at øge deres fysiske aktivitet. Med det nuværende aktivitetsniveau kan 5,7% af sygdomsbyrden tilskrives fysisk inaktivitet. Denne anbefaling er relativt ny og er derfor kun målt i den seneste sundhedsprofil 2004. Sundhedsprofilerne viser, at andelen af fysisk helt inaktive er øget noget siden 1991 fra 18% til 24%, mens den andel, som bedriver moderat til kraftig motion (som tungt havearbejde mm.) mindst 4 timer per uge, kun er steget en anelse fra 22% til 24%. Den sociale ulighed vokser tydeligt (figur 25).

Figur 25. Moderat til kraftig fysisk aktivitet 4 timer per uge. Totalt og for personer med faglig eller kortere uddannelse og personer med lang videregående uddannelse. Andel af befolkningen over 18 år. Københavns Kommune 1991–2004.



Figur 26. Fedme – BMI > 30. Totalt og for personer med faglig eller kortere uddannelse og personer med lang videregående uddannelse. Andel af befolkningen over 18 år. Københavns Kommune 1991–2004.



Forekomst af fedme (BMI \geq 30) stiger dramatisk i København fra 5,5% i 1991 til 7,6% i 1999 og nu 9,0% i 2004. Overvægt (25 \leq BMI < 30) steg fra 21% til 27% i 1999, men er nu faldet lidt til 24% i 2004. Der er en udtalt tendens til voksende sociale kløfter i forekomst af fedme. Også omkring overvægt er der betydelige sociale forskelle, men de ser ikke ud til at stige (figur 26).

Overvægt øger risikoen for diabetes, højt blodtryk, hjertekarsygdom, brystcancer og slidgigt. Vores beregninger taler for, at 2,5% af sygdomsbyrden kan tilskrives overvægt og fedme. Men det tal er stigende, da overvægt og fedme øges kraftig blandt både børn og voksne.

Arbejds miljø

Arbejdslivet omfatter mange forskellige risikofaktorer, som påvirker mange forskellige sygdomme. I tabel 11 fandtes en forsigtig beregning af sygdomsbyrden, som kan tilskrives arbejdsmiljø til 4,2%.

Hvis man antager, at psykosociale faktorer står for ca. 20% af sygdomsbyrden for iskæmisk hjertesygdom og depressioner, er disse forhold de dominerende risikofaktorer på den danske arbejdsmarked med ca. 3,2% af den samlede sygdomsbyrde. Det er formentlig en undervurdering.

Det mønster af arbejdsmiljøproblemer, som dominerer i København, påvirkes naturligvis af det faktum, at erhvervsstrukturen afviger en del fra landsgennemsnittet. Kun halvt så mange er beskæftiget med industri og byggeri, mens andelen i serviceerhvervene er 50% højere. Andelen af beskæftigede indenfor undervisning og omsorg er ligeledes betydeligt højere. Det betyder, at ergonomiske og psykosociale eksponeringer betyder relativt mere i København.

Det er veldokumenteret, at psykosociale eksponeringer som f.eks. lav indflydelse, høje krav, lav støtte og ubalance mellem anstrengelse og belønning har negative helbredseffekter bl.a. på hjertesygdom. Det er også veldokumenteret, at ergonomiske eksponeringer som tunge løft og belastende og ensidige arbejdsstillin-

Tabel 12. Relationer mellem arbejdsmiljø og folkesygdomme.

	Kemisk eksponering	Fysisk Støj, stråling, vibrationer mm.	Ergonomisk Løft, arbejdsstilling	Psykosocial Krav, kontrol, støtte	Ulykker
Hjertesygdom		*		*	
Cancer	*	*			
Psykisk sygdom				*	
Bevægeapparat sygd.		*	*	*	
Hudsygdom	*				
Skader		*	*		*
Hørenedsættelse		*			

Tabel 13. Risiko for indlæggelse på grund af iskæmisk hjertesygdom i Danmark 1998–2001. Aldersstandardiseret indeks med gennemsnit for alle i beskæftigelse = 100. Kilde: AMI.

	Mænd (Alle i beskæftigelse = 100)		Kvinder (Alle i beskæftigelse = 100)	
Højrisiko-erhverv	Chauffør	128	Omsorgsarbejde	132
	Jord- og beton arbejder	116	Rengøring	128
Lavrisiko-erhverv	Landmand	75	Børnehavepædagog	80
	Læge	58	Gymnasielærere	55

ger har effekt på muskler og led. Forekomsten af denne type af eksponeringer i den Københavnske befolkningen belyses imidlertid ikke i sundhedsprofilerne, og de nationale arbejdsmiljømålinger er ikke publiceret på lavere geografisk niveau. SUSY indikerer, ikke uventet, at den type af fysiske og ergonomiske arbejdsmiljøproblemer, som er knyttet til industriarbejde, forekommer sjældnere i København, dvs. tunge løft, vibrationer, støj, samt bøjedede og forvredne arbejdsstillinger.

Arbejdsmiljøet er af afgørende betydning for den sociale ulighed i sundhed også for en del af kvinders højere sygelighed. I Tabel 13 ser man f.eks., at risikoen for at blive indlagt med iskæmisk hjertesygdom i nogle erhverv er ca. 2,5 gange højere, end hvad den er i andre. Forskellene når det gælder dødelighed er af samme størrelsesorden.

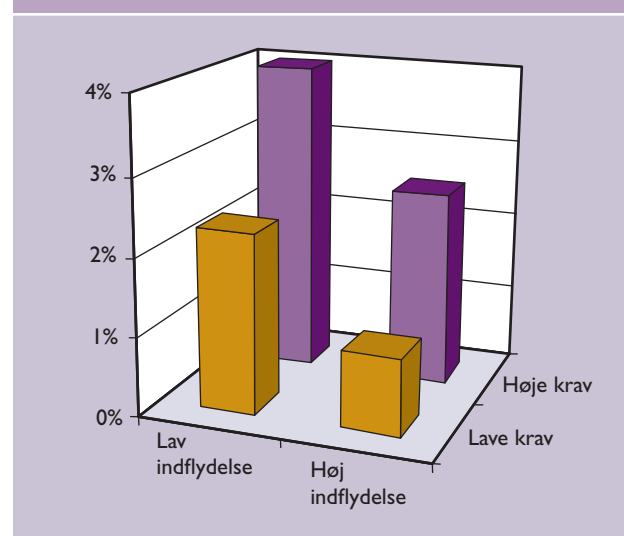
Trods de store erhvervsmæssige forskelle i bl.a. depressionsforekomsten er der få studier indenfor området, der søger efter årsager til dette fænomen. Arbejdsmedicinen har sjældent studeret psykisk sygdom, og psykiatrien har sjældent studeret arbejdsmiljøet. Et aktuelt eksempel på et sådant studie er dog nylig publiceret fra PART-studien i Stockholm. Dette tværsnitstudie taler for, at der er stærke associationer.

Globalisering, teknisk udvikling og arbejderbeskyttende indsatser har påvirket og vil fremover påvirke forekomsten af risikofaktorer i arbejdslivet. Nogle tendenser kan tydeligt ses (AMI 2005):

- Fysisk inaktivitet i arbejdet er et voksende problem, især når den ikke kombineres med aktivitet i fritiden.
- Forekomsten af ensidigt belastende arbejdsstillinger ved bl.a. computerarbejde øges, og giver bl.a. nakke- og skulderbesvær.
- Ensigt gentagne arbejdsbevægelser forventes at falde på grund af udflytning og automatisering af industriarbejde.

- Tung manuel håndtering med tunge løft er stadig et stort problem i omsorgssektoren, selvom antallet af anmeldte skader er faldende.
- Passiv rygning påvirker en stor, men faldende, andel af befolkningen.
- For huden skadelig påvirkning af fugt og kemikalier er et betydeligt problem i visse erhverv.
- Høje kvantitative og kvalitative psykiske og sociale krav er et stigende problem med psykiske og psykosomatiske effekter.
- Hvis øgede krav kombineres med øget indflydelse på, hvordan man lever op til kravene, forebygger det nogle af helbredseffekterne, men billedet er splittet. Mange indenfor den offentlige sektor oplever forringet indflydelse, mens tendensen er den modsatte i den private sektor.

Figur 27. Andel med depression relateret til psykosocialt arbejdsmiljø. Stockholm 2000. Oddsratio. Kilde: Data fra PART-studien: Forsell og Lundberg. Stockholms läns landsting 2004.



- Manglende støtte og utryghed i arbejdet er et voksende problem, fordi mange arbejdsorganisationer bliver af mere flygtig og midlertidig karakter.

Det sociale miljø – integration og segregation

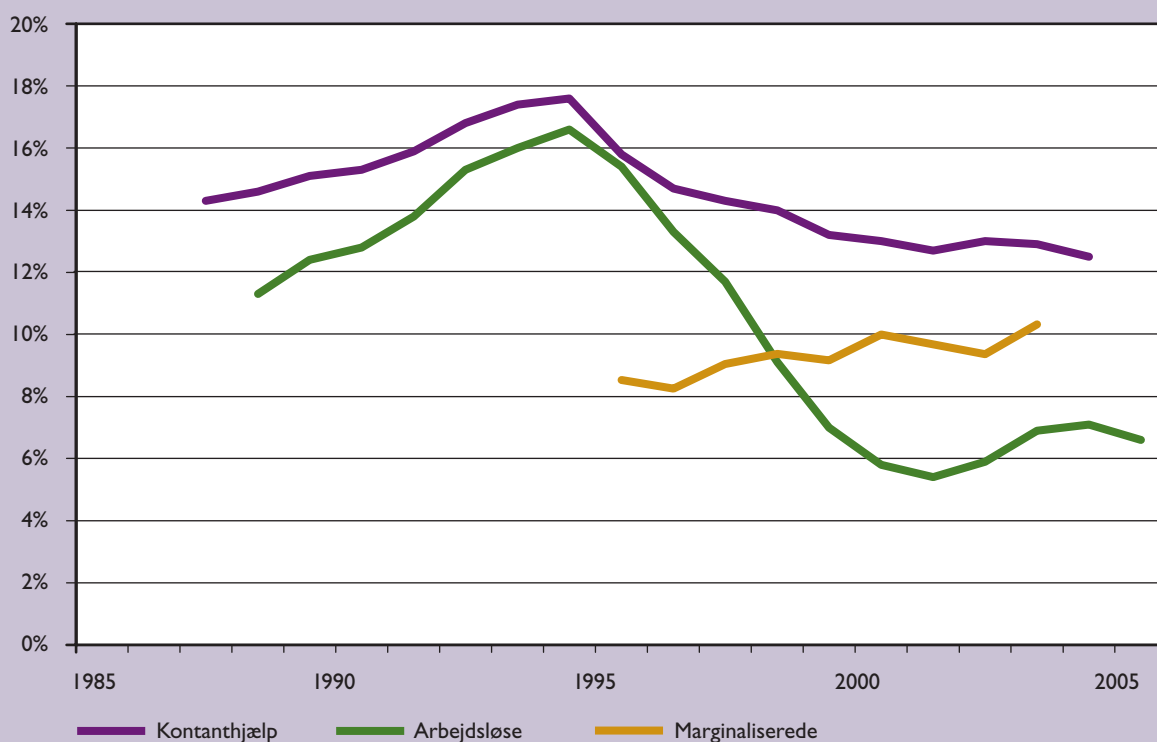
En grundlæggende forudsætning for både voksnes, børns og unges sundhedsudvikling er, at de vokser op i en familie, der socialt er nogenlunde velintegreret, og at der i det nærmeste sociale miljø findes ressourcer blandt naboer og institutioner, som kan støtte, når der er behov for det. Af den grund skaber arbejdsmarked og boligmarked nogle grundlæggende strukturelle og sociale forudsætninger for sundhed i kommunen. Tre forhold skal her nævnes – arbejdsløshed og marginalisering inkl. manglende integration på arbejdsmarkedet, økonomisk udsathed, samt opvækst i socialt udsatte bydele.

Der er ingen tvivl om, at den positive udvikling på arbejdsmarkedet har reduceret to vigtige risikofaktorer, arbejdsløshed og den økonomiske udsathed, som kontanthjælpsmodtagere lever under. Man kan definere en gruppe af marginaliserede, som står udenfor både arbejdsmarked og socialforsikringer, dvs. at de er uden

for arbejdsstyrke, uddannelse og førtidspension, men de modtager eventuelt kontanthjælp eller dagpenge uden at være til rådighed for arbejdsmarkedet. Kommunens statistikkontor har beregnet, at denne gruppe i 2003 omfattede 10,3% af befolkningen 16–66 år. Det er flere, end da arbejdsløsheden var højest. I 1995 var andelen således 8,5% (figur 28). Denne gruppe af mennesker er i en særligt udsat situation uden beskæftigelse og egen økonomi med alt, hvad det indebærer af social stress og usikkerhed. Blandt personer med ikke-dansk baggrund er andelen 28,1%. Blandt personer med somalisk, libanesisk eller syrisk baggrund er andelen nærmere 50%, mens den blandt chilenerne og vietnamesere er omkring 15%. Det betyder, at for børn som vokser op i familier med anden baggrund end dansk (samt EU og Nordamerika), vokser 25% op i hjem, hvor de voksne er marginaliserede.

Børns opvækst og fremtidige sundhed påvirkes i meget høj grad af familiens sociale vilkår, men også af forholdene i den bydel, de vokser op i, også når det gælder daginstitutioner, skoler, fritidsordninger mm. København er ligesom andre storbyer segregeret i den forstand, at mennesker med forskellige sociale forudsætninger bor i forskellige bydele.

Figur 28. Arbejdsløshed (% af arbejdsstyrken), andel af kontanthjælpsmodtagere og andel af marginaliserede (% af befolkningen) i alderen 18–66 år. Københavns Kommune 1987–2004.



Rangordner man bydelene efter den andel af befolkningen, som er...

- lønmodtagere på grundniveau
- arbejdsløse
- på kontanthjælp
- marginaliserede
- enlige forældre med børn

... og derefter summerer deres rang (1–15) får man et mål med værdier fra minimum 5 til maksimum 75, der udtrykker økonomiske og sociale ressourcer. Denne type af indeks har i mange internationale studier vist sig at være stærkt associeret med helbred på bydelsniveau. Det sker gennem to mekanismer. Individer i en socialt udsat situation har dårligere helbred, og dermed får bydele med mange beboere i den situation et dårligere helbreds niveau. Desuden skaber et lokalt, socialt miljø, præget af ressourcefattigdom, sygdom i sig selv. Segregationen på boligmarkedet er således i sig selv en risikofaktor.

Figur 29 illustrerer dette for 2003 i de 15 bydele. Den store forskel mellem bydelene viser, at de fem for-

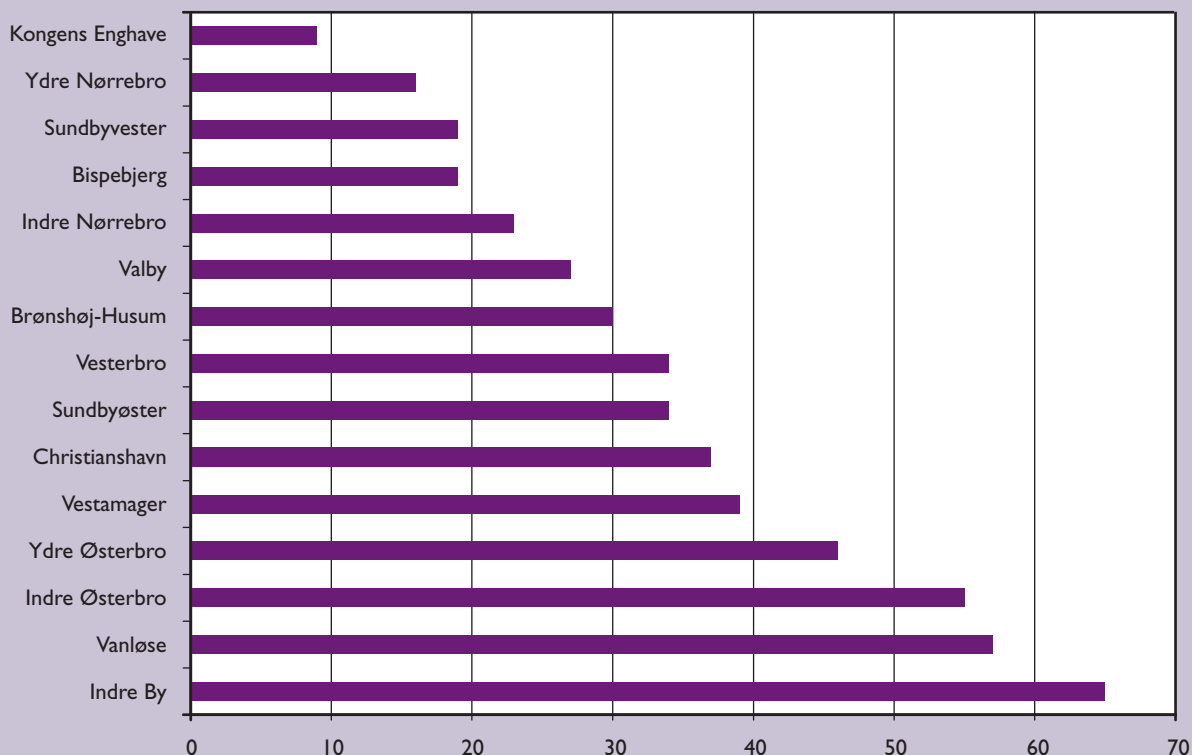
skellige ressourcevariabler i høj grad korrelerer således, at en bydel, hvor befolkningen har problemer på en front også i høj grad har det på andre. Man kan også konstatere, at mønstret næsten helt stemmer overens med mønstret for dødelighed i den erhvervsaktive alder (figur 12).

Voksne og børn i de udsatte bydele må altså ikke kun leve med sociale og økonomiske problemer, men også med en stor sygdomsbyrde. Det er desuden i høj grad indvandrergupper med manglende integration på det københavnske arbejdsmarked, som bor i de mest udsatte bydele. Manglende integration på arbejdsmarkedet kombineres altså med segregation på boligmarkedet. Hvorvidt segregationen på boligmarkedet er øget i de senere år, er ikke undersøgt. Prisudviklingen på ejerboliger i København vil dog, alt andet lige, medføre en sådan udvikling.

Fysisk miljø

De væsentligste sundhedseffekter af det ydre fysiske miljø i København stammer fra trafikken. På trods af, at der løbende bliver strammet reglerne for, hvor meget køretøjer må forurene, er luftforureningsniveauet

Figur 29. Indeks for socioøkonomiske ressourcer i bydelene 2003. Beregnet ud fra andelen af lønmodtagere på grundniveau, arbejdsløse, kontanthjælpsmodtagere, marginaliserede og enlige forældre med børn.



efter en gradvis reduktion i 1980'erne og 90'erne begyndt at stige langsomt. Det er luftens indhold af partikler og kvælstofdioxid, som er problemet. De har effekter på luftvejsygdomme som kronisk bronkitis og astma og påvirker desuden hjertekarsygdomme lidt.

Det er hovedsagelig trafikstigningen på de store indfaldsveje til byen, der har skylden. Antallet af køretøjer, der passerer over kommunegrænsen i myldretiden er på 20 år vokset med over 20%. Samtidig nedsætter denne trafiktæthed hastigheden, og dermed forurener motorerne tilsvarende mere. Ud fra WHO's bereg-

ninger af sygdomsbyrden relateret til luftforureninger i Vesteuropa, bidrager den dog kun med 0,6% af sygdomsbyrden. Tilsvarende beregninger er ikke lavet for Københavns vedkommende, men kan dog antages at være noget lavere.

50.000 boliger i København er belastet med støj fra vejtrafikken på over 65 dB og 8.000 med over 70dB. Støj kan forårsage forhøjet blodtryk og søvnløshed, men desuden skaber det problemer for mennesker med nedsat hørelse, når de i deres boliger vil kommunikere med andre mennesker.

Nye sundhedspolitiske mål for København

Sundhedspolitisk planlægning opererer med *mål, prioriteringer og tiltag*.

Da sygdomsårsager genereres i så mange forskellige af samfundets aktiviteter, og de effektive midler til at kontrollere dem styres af så mange forskellige individer og institutioner, kræver folkesundhedsarbejde og sundhedspolitik, at der findes fælles og tydelige *mål*. Uden fælles mål er det svært at arbejde sammen og udnytte den potentielle synergi, som samarbejdet giver. Samordning og inspiration kræver et begrænset antal fælles mål. Man kan ikke have mål for de hundredvis af sygdomme og risikofaktorer, der findes. Der kræves altså en *prioritering*.

Sundhedspolitiske mål skal handle om det, der er politisk ønskværdigt, økonomisk og videnskabeligt muligt, men som ikke sker af sig selv. Det indebærer, at der skal formuleres mål på områder, hvor afstanden er stor mellem det, som er muligt, dvs. hvor der findes kendte effektive tiltag, og det man kan forvente, hvis alt fortsætter som nu.

Prioritering og mål skal af to grunde sættes for sygdomsårsager og ikke for sygdomme eller skader:

- Primær forebyggelse retter sig mod sygdomsårsager, og de enkelte sygdomsårsager har næsten alle en bred vifte af effekter.
- Koblingen mellem folkesundhedsindsats og opfyldelsen af de mål, man har sat sig, bliver mere direkte med kortere latenstid og kortere årsagskæde.

Prioriteringen kan ske ud fra flere kriterier:

- Sygdomsbyrden knyttet til den enkelte eksponering/årsag (tabel 11).
- Udviklingstendens i eksponeringens forekomst – øgning/reduktion.
- Årsagens bidrag til ulighed – oversygeligheden i København og socialt mindre privilegerede i kommunen.
- Adgang til effektive forebyggende indsatser.

- Målenes antal skal være meget begrænset for at støtte fokusering og prioritering i kommunens sundhedspolitik og folkesundhedsarbejde.

Men denne type af kriterier udgør en blanding af epidemiologiske, politiske og effektivitetsmæssige forhold. En måde, hvorpå man kan støtte den politiske diskussion om kommende sundhedsmål, er således at præsentere tre scenarier:

- ‘DET SANDSYNLIGE’: Hvilken udvikling kan forventes, hvis alt fortsætter som nu?
- ‘DET ØNSKEDE’: Hvilken udvikling ønsker man særligt af politiske grunde?
- ‘DET MULIGE’: Hvilken udvikling er mulig med dagens viden og ressourcer?

Det første scenarium bygger på den epidemiologiske analyse, som er præsenteret i denne rapport. Det andet scenarium ligger givetvis udenfor den rent sundhedsfaglige vurdering og skal derfor kun ses som et tentativt forslag. Det sidste scenarium baserer sig på, hvad man ved om effektiviteten af forskellige tiltag, men er tillige afhængigt af hvilke ressourcer, kommunen vil sætte ind på sundhedspolitikken, og hvorvidt man inddrager den potentielle effekt af indsatser, som stat, region og organisationer kan og vil yde.

Hvis man fokuserer på de vigtigste risikofaktorområder fra tabel 11, kan de tre typer af scenarier kort beskrives (for en oversigt se tabel 14):

‘Det sandsynlige’

Tobak: Stor sygdomsbyrde, men en tydeligt faldende tendens. København har et stort efterslæb at indhente. Den sociale ulighed vokser fortsat.

Alkohol: Stor og stagnerende sygdomsbyrde og salg af alkohol. Andelen med forbrug over genstandsgrænserne er på vej ned totalt, men ikke når det gælder unge. Alkohol er fortsat en vigtig årsag til social ulighed på grund af ulighed i sårbarhed.

Tabel 14. Prioriteringskriterier i de tre scenarier for 10 målområder.

	Scenarie A – det ventede	Scenarie B – det ønskede	Scenarie C – det mulige
<i>Tobak</i>	Fortsat reduktion fra meget højt niveau	Vigtig for Kbh's overdødelighed og den sociale ulighed	Fortsat kraftig reduktion er mulig
<i>Alkohol</i>	Stagnation på højt niveau	Vigtig for Kbh's overdødelighed, sociale ulighed og psykisk helbred	Kraftig reduktion er mulig
<i>Kost (fedt/grønt)</i>	Stagnation efter forbedring	Store subventioner med negativ sundhedseffekt	Forbedringer mulige men metoder begrænsede
<i>Fysisk aktivitet</i>	Mindre fysisk aktivitet på arbejdet, stagnation for fritidsaktivitet	Overvægtsepidemien giver stor fremtidig sygdomsbyrde	Store forbedringer mulige men metoder skal udvikles
<i>Trafiksikkerhed</i>	Fortsat forbedringer	Tydeligt kommunalt ansvar	Yderligere forbedringer mulige bl.a. for cyklister
<i>Psykosocialt arbejdsmiljø</i>	Stigende krav og usikkerhed	Voksende problem, også på kommunale arbejdspladser, vigtigt for social ulighed og psykisk helbred	Forbedringer mulige men svære at gennemføre
<i>Ergonomisk arbejdsmiljø</i>	Mindre løft, men mere ensidige arbejdsstillinger	Mange kommunale risiko-arbejdspladser, vigtig for social ulighed	Forbedringer mulige
<i>Fysisk ydre miljø</i>	Stagnation på lavt niveau	Tydeligt kommunalt ansvar	Fortsat teknisk udvikling
<i>Marginalisering på arbejdsmarkedet</i>	Øger trods god beskæftigelse	Vigtig for ulighed i helbred	Etnisk integration
<i>Segregation på boligmarkedet</i>	Øger sandsynligvis yderligere	Vigtig for ulighed og børn & unges helbred	Svært

Kost: Forbedringer i 1990'erne er afløst af en stagnation et godt stykke fra det optimale mønster. Stadig en betydelig social ulighed.

Fysisk inaktivitet: Stor sygdomsbyrde og stagnerende niveau langt fra optimum. Voksende social ulighed.

Overvægt: Kraftig stigning i fedme totalt og af social ulighed i fordelingen. En voksende sygdomsbyrde som effekt af fedme kan forventes.

Trafiksikkerhed: Dødeligheden er faldet til et meget lavt niveau, men antallet af alvorlige skader falder ikke i samme takt. Stadigvæk høj risiko bl.a. for cyklister trods forbedringer.

Fysisk miljø: Lav sygdomsbyrde, men stagnation når det gælder luftforurening, da den stadigt voksende trafik modvirker de teknologiske forbedringer.

Psykosocialt arbejdsmiljø: Betydelig sygdomsbyrde med hensyn til hjertesygdom og psykisk helbred. Psykiske og sociale krav må forventes at stige yderligere. Mangel på indflydelse er vigtig for social ulighed, når det gælder helbred.

Ergonomisk arbejdsmiljø: En vis fortsat reduktion i tunge belastninger kan forventes men samtidig en stigning i forekomsten af ensidige arbejdsstillinger.

Marginalisering på arbejdsmarkedet: Forventes at stige trods fald i arbejdsløsheden, da integrationen bliver vanskeligere på et mere krævende arbejdsmarked. Kraftig etnisk og social ulighed.

Segregation på boligmarkedet: Stor og muligvis voksende social og etnisk ulighed på boligmarkedet. Særlig vigtigt med hensyn til ulighed i børn og unges helbred.

‘Det ønskede’

En præcis angivelse af dette scenarium unddrager sig givetvis en sundhedsfaglig bedømmelse, men nogle kriterier kan være aktuelle. Man kan f.eks. have anledning til at prioritere:

- *Det, som skaber den største sygdomsbyrde:* Tobak, alkohol og overvægt er klare prioriteringer, men børns opvækst og arbejdsmiljø som årsag til psykisk sygdom bør også prioriteres.
- *Der hvor udviklingen entydigt går den forkerte vej:* Fedme, unges alkoholvaner, psykosociale forhold, relateret til arbejdsmiljø, og integration kommer i fokus.
- *Det som skaber en københavnsk overdødelighed:* Tobak, alkohol og narkotika
- *Det som skaber social ulighed i københavnernes sygdomsbyrde:* Tobak, alkohol fysisk inaktivitet og kost er i den nævnte orden vigtige livsstilsfaktorer. Arbejdsmiljøforhold, socioøkonomisk marginalisering og segregation på bolig- og skoleområdet er centrale bagvedliggende forhold.
- *Der hvor kommunen har et særligt politisk ansvar:* Fysisk planlægning inklusive trafik og boligpolitik. Desuden er det psykosociale og ergonomiske arbejdsmiljø på kommunens egne arbejdspladser et vigtigt område for den samlede folkesundhed.
- *Der hvor der kan skabes størst reduktion i sygdomsbyrden for pengene:* Denne prioritering afhænger af det tredje scenarium: det mulige.

‘Det mulige’

For en oversigt over evidens i forebyggelse se tabel 15.

Tobak: Nøglen til en fortsat fremgang i tobaksforebyggelsen er en systematisk og sammenhængende tobakspolitik i både stat og kommuner. De mest effektive programmer er dem, som kombinerer mange forskellige tiltag:

- Adgang til rygeafvænningskurser individuelt eller i gruppe.
- Få minutters rådgivning af læger hjælper – lidt længere tid er endnu bedre.
- Mulighed for telefonrådgivning.
- Subventionering af nikotinsubstitut.
- Langvarige mediekampanjer.
- Restriktioner for rygning i offentlige lokaler og salg til mindreårige.
- Information og restriktioner i skolen.

Kombineres alle disse lokale tiltag med en hensigtsmæssig national prispolitik og lovgivning bliver de

mere virkningsfulde. En fortsat reduktion i andelen af dagligrygere med 1 procentenhed per år er således fuldt mulig.

Alkohol: Også her er koordinerede indsatser fra kommune og stat vigtige:

- Systematisk rådgivning i sundhedsvæsenet, gerne ved flere besøg.
- Sundhedspædagogiske indsatser i skolen.
- Arbejdspladsbaserede programmer med støtte til medarbejdere med risikoforbrug.
- Uddannelse af serveringspersonale og en kontrol, der sikrer, at der ikke udskænkes alkohol til mindreårige og allerede berusede personer.
- Implementering af lovgivningen med kontrol af promillegrænser til reducere af alkoholrelaterede trafikulykker.

Det lokale arbejde bliver mere effektivt, hvis det følges op af statslige foranstaltninger som øget beskatning og andre metoder til begrænsning af tilgangen til alkohol. Med disse metoder bør København i det mindste kunne opnå samme gradvise nedgang i alkoholforbruget på 1 procent per år, som man har set i EU de sidste 20 år.

Kost: De lokale programmer, som internationalt har haft succes med at stimulere forbruget af frugt og grønt, har følgende til fælles:

- Entydigt enkle budskaber.
- Programmerne har været i gang længe.
- Mærkning og prispolitik har gjort det let for befolkningen at vælge sunde madvarer.
- Information og begrænsning af salget af usunde madvarer ved skolen.

Kostbaserede programmer til behandling af overvægt har vist sig effektive. Mest entydige resultater ser man ved lavkalorie diæt på 1.000–1.500 Kcal per dag. Generelt må man dog sige, at der er meget mindre viden om effektive metoder på kostområdet end på tobaks- og alkoholområdet.

Selvom det ligger langt fra den kommunale horisont, bør man dog henlede opmærksomheden på, hvor mange ressourcer der i europæisk landsbrugspolitik bruges til at destruere frugt og grønt samt subventionere fedtrige kostalternativer. Kommunen kan bl.a. arbejde for en styrkelse af statens politik på området med forbud mod reklamer for usunde fødevarer rettet direkte mod børn. På dette område er der, trods mange års information, ikke nogen ønskværdig udvikling,

og der er således et tydeligt behov for metodeudvikling af dette arbejde på lokalt niveau.

Fysisk aktivitet og overvægt: Følgende komponenter i et program er effektive:

- Længerevarende lokale informationskampagner kombineret med
- Mulighed for gruppevis aktivitet, der forener sociale og fysiske behov.
- Obligatoriske fysiske aktiviteter i skolen.
- Muligheder for fysisk aktivitet på arbejdspladser.
- Trafikpolitisk indsats for at øge cykling og gang til og fra skole og arbejde.
- God adgang til grønne områder og idrætsfaciliteter.
- Individuelt tilpassede programmer for adfærdændring med individuelle mål, social støtte og feedback.

Også på motionsområdet er der således et stort behov for metodeudvikling, ikke mindst med tanke på at udviklingen er meget negativ.

Trafiksikkerhed: Trafiksikkerhedsarbejdet er på mange måder et forbillede for andre folkesundhedsindsatser. Tæt monitorering af udviklingen og geografisk kortering af ulykker giver et glimrende materiale for hurtige og fokuserede indsatser. Udviklingen har vist, at et systematisk forebyggende arbejde kan give meget gode resultater, og der er ingen grund til at tro, at reduktionen af alvorlige personskader ikke kan styrkes, selvom dødsfaldene nu er meget få. Kampagner og andre tiltag for at fremme en mere udbredt brug af cykelhjelm og en kraftigt styrkelse af indsatsen mod unges bilkørsel i alkoholpåvirket tilstand er eksempler.

Arbejds miljø: Der er sket enorme forbedringer af det fysiske og kemiske arbejds miljø i løbet af flere årtier. Af den grund fremstår ergonomiske og psykosociale problemer nu som særligt dominerende, samtidig med at de måske også stiger i antal. De virkemidler som arbejdstilsynet har i form af lovgivning, arbejdsplads-vurdering, tilsyn og reaktioner vurderes af tilsynet som tilstrækkelige til at komme videre med bl.a. de psykosociale faktorer og ulykkesrisici. Man vurderer, at

det er efterlevelsen af reglerne, der skal sikres. På andre områder som f.eks. ensidige belastninger ved computerarbejde og fysisk inaktivitet i forbindelse med arbejdet, må retningslinierne præciseres. Erfaringer fra andre lande som f.eks. Sverige, der også har en avanceret arbejds miljølovgivning, er dog ikke udelt positive. Udviklingen af de ansattes oplevelse af deres psykosociale og ergonomiske arbejds miljø har i flere henseender været negativ i 1990'erne trods megen information og mange indsatser på området. De økonomiske og organisatoriske drivkræfter i både privat og offentlig sektor har delvis virket i modsat retning. Menneskers forventninger til et godt arbejds miljø er måske også vokset. Det er derfor svært at vurdere 'det mulige'. Men da kommunen dog har ansvar for et meget stort antal arbejdspladser, bør det noteres, at omstruktureringer og strukturreformer har effekt på arbejds miljøet, selvom det ikke er hensigten med dem.

Det sociale miljø – marginalisering og segregation:

Mulighederne på dette område er om muligt endnu sværere at vurdere end de foregående, da man ikke her kan henvise til evidens baseret på kontrollerede studier. Forandringer på arbejds- og boligmarkedet skaber hele tiden nye udfordringer, som må mødes med kompensatoriske indsatser for at minimere de helbredsmæssige konsekvenser for mange mennesker. Den stærke korrelation mellem helbred på den ene side, og marginalisering og socialt bolig miljø på den anden er et resultat af såvel sociale faktorer indflydelse på helbredet som af de enkelte sygdommes sociale konsekvenser. Mulighederne for at forebygge effekterne på børn og unge skal tilvejebringes ved en styrkelse af indsatsen for øget beskæftigelse af de marginaliserede grupper samt stærke kompensatoriske indsatser på skoleområdet i udsatte bydele. Samtidig er det en central opgave for rehabiliteringen, at man vurderer menneskers arbejds-evne korrekt i forhold til kravene på et foranderligt arbejds marked således, at de sociale konsekvenser af sygdom ikke forværrer sygdomsforløbet. Det sidste er formentlig ikke mindst vigtigt, når man vil reducere den sociale ulighed mellem mennesker med psykiske sygdomme.

Tabel 15. Sundhedspolitisk matrice. Forebyggelsesmetoder og sygdomsårsager:
Målgruppens størrelse/evidens for effekt.

	Tobak	Alkohol	Fysisk akt.	Kost	Arbejds- miljø	Fysisk miljø	Social miljø	Ulykker
Korte råd af sundhedspersonale	** / **	** / **	** / *	** / *				** / **
Længevarende individ/gruppe adfærsændrene indsats	* / ***	* / **	* / ***	* / **				
Mediekampanjer: langvarige i kombination med andre indsatser	*** / ***	*** / *	*** / ***					*** / **
Sundhedspædagogik i skoler	** / ***	** / **	** / *	** / *			** / **	
Regler for regulering af eksponering	*** / ***	** / ***		*** / **	*** / ***			*** / ***
Økonomisk incitament	*** / ***	*** / **		*** / **				
Fysisk planlægning			*** / **		*** / ***	*** / ***	*** / **	*** / ***
Sociale indsatser individ/lokalsamfund	** / **	** / **					*** / ***	

Nogle vigtige referencer

ARBEJDSSTILSYNET:

Fremtidens arbejdsmiljø.

København 2005.

CHRISTENSEN K. ET AL:

Otte folkesygdomme.

København SIF 2005.

ERNÆRINGSRÅDET:

Befolkningens fødevarerforbrug 2004.

København 2005.

EZZATI M. ET AL:

Comparative Quantification of Health Risks.

Volume 1–2. Geneva. WHO 2004.

HEALTH DEVELOPMENT AGENCY:

Evidence briefing summaries. NHS.

London 2003–05.

JUUL K:

Dødeligheden i Danmark gennem 100 år.

København. SIF 2004.

KØBENHAVNS KOMMUNE:

Marginalisering.

Statistisk kontor. 2005.

KØBENHAVNS KOMMUNE.

Sundhedsprofil 2005. Teknisk rapport.

Sundhedsforvaltningen 2005.

MURRAY CJL, LOPEZ AD (eds).

The Global Burden of Disease. Vol. 1.

Harvard School of Public Health for WHO,
Cambridge MA 1996.

SOCIALSTYRELSEN.

Folkhälsorapporter 1987–2005.

Stockholm 1987–2005.

STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED:

Sundhed og sygelighed i Danmark år 2000.

København 2002.

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING:

Folkhälsorapporter 1987–2004.

Stockholm 1987–2004.

SUNDHEDSSTYRELSEN:

Statistik 2003: Alkohol, narkotika og tobak.

København 2004.

Folkesundhedsrapport 2005 for Københavns Kommune

Udgivet august 2005 af:

Sundhedsstaben

Sundhedsforvaltningen

Sjællandsgade 40

2200 København

Telefon 35 30 35 68

Udarbejdet af:

Professor og projektleder

FINN DIDERICHSEN

Institut for Folkesundhedsvidenskab

Københavns Universitet

Bistået ved databearbejdningen af:

MARJA MICHELSEN

JANE LINDSKOUG

Grafisk design:

Bjørn Rasmussen Grafik

Forsidefoto:

Anne-Li Engstrøm

Repro og tryk:

Rosendahls Bogtrykkeri

ISBN 87-89863-46-1

Uddrag og kopiering er tilladt
mod tydelig kildeangivelse

KØBENHAVNS KOMMUNE

Sundhedsforvaltningen
Sundhedsstaben

Sjællandsgade 40
2200 København N
Telefon 35 30 35 68
Fax 35 30 39 39
www.kk.dk



DET SUNDHEDSVIDENSKABELIGE FAKULTET
KØBENHAVNS UNIVERSITET