

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 29. juni 2007
Kontor: Sundhedsstatistik
J.nr.: 2007-1010-99
Sagsbeh.: EHA
Fil-navn: Dokument 2

**Endelig besvarelse af spørgsmål nr. 208 (Alm. del),
som Sundhedsudvalget har stillet til indenrigs- og
sundhedsministeren den 5. januar 2007**

Spørgsmål 208:

"Med henvisning til artiklen fra Ekstra Bladet den 3. januar 2007 "Din bopæl afgør din død" bedes ministeren besvare følgende spørgsmål:

- a) Kan ministeren fremlægge sammenlignende statistik for dødeligheden blandt 50-60-årige i Danmark og omkringliggende lande.
- b) Ministeren bedes forklare årsager til, at dødeligheden blandt de 50-60-årige i Danmark har store regionale variationer.
- c) Kan ministeren fremlægge dokumentation for regionale forskelle i sygdomsmønster, som kan begrunde den regionale ulighed?
- d) Vil ministeren opfordre de praktiserende læger til at gennemføre årlige sundhedstjek af udvalgte patientgrupper?
- e) Hvilke øvrige initiativer påtænker ministeren at iværksætte, som udjævner den regionale ulighed i dødsrisiko?"

Svar:

Til brug for besvarelsen af de meget omfangsrige spørgsmål har Indenrigs- og Sundhedsministeriet indhentet bidrag fra Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed.

Ad a)

Sammenlignelige internationale opgørelser af dødeligheden for aldersgruppen 50-60-årige er ikke tilgængelige, men derimod findes internationale sammenligninger for aldersgruppen 45-64-årige, hvor aldersgruppen 50-60-årige er indeholdt.

De danske mænd i aldersgruppen 45-64-årige har i perioden 1990-2004 forbedret dødeligheden, således at de danske mænd nu ligger på en femteplads blandt vores nabolande, jf. tabel 1.

Tabel 1: Dødelighedsrate for 45-64-årige mænd pr. 100.000

	1990-94	1995-99	2000-04
Sverige	699	607	548
Norge	790	679	576
Holland	782	705	631
England	831	728	645
Danmark	975	878	759
Tyskland	1.001	868	765
Frankrig	928	851	813
Finland	1.044	917	822

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed

Danmark har siden 1990 haft den højeste dødelighed for kvinder blandt de 45-64-årige sammenlignet med vores nabolande, jf. tabel 2. Dog bemærkes, at dødeligheden for denne gruppe har været faldende over perioden.

Tabel 2: Dødelighedsrate for 45-64-årige kvinder pr. 100.000

	1990-94	1995-99	2000-04
Frankrig	364	347	342
Finland	408	370	355
Sverige	398	367	356
Norge	414	392	365
Tyskland	467	414	377
England	501	451	409
Holland	433	422	415
Danmark	644	591	494

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed

Ad b)

Mange forhold påvirker dødelighedsforholdene og middellevetiden i et område. Forklaringer på forskelle i dødeligheden kan bl.a. skyldes forskelle i levekår, livsstil, arvelige forhold, sygelighed og kvaliteten i det behandlende sundhedsvæsens ydelser.

Vedrørende *levetekår* kan dødeligheden afhænge af f.eks. familiesituation, erhverv, indkomst og uddannelse. Generelt er det dokumenteret, at der er en stigende dødelighed med faldende social status.

Desuden er det dokumenteret, at livsstil og personlige vaner har stor betydning for udvikling af sygdom og kan øge risikoen for tidlig død. Særligt rygning, overforbrug af alkohol, andet misbrug, fysisk inaktivitet, overvægt og usund kost er risikofaktorer, der påvirker udvikling af sygdom og tidlig død. Endvidere kan forskelle i *arvelige forhold* spille en rolle.

Det er dokumenteret, at der er geografiske variationer i dødeligheden. Det fremgår, hvis dødeligheden i de tidligere amter sammenlignes, jf. tabel 3. Blandt andet er der en 20 pct. højere dødeligheden i København Kommune i 2005 sammenlignet med landsgennemsnittet, jf. tabel 3. Ligeledes lå dødeligheden i de daværende Storstrøms og Vestsjællands amter hhv. 6 og 9 pct. over landsgennemsnittet i 2005. Dødeligheden for den øvrige del af landet lå enten under eller lige omkring landsgennemsnittet, jf. tabel 3.

Tabel 3: Aldersstandardiserede dødsrater pr. 100.000 indbygger

	1985	1990	1995	2000	2005
Københavns Kommune	1.434	1.417	1.452	1.221	1.182
Frederiksberg Kommune	1.256	1.216	1.290	1.007	949
Københavns Amt	1.250	1.233	1.203	1.052	942
Frederiksborg Amt	1.239	1.235	1.231	1.066	962
Roskilde Amt	1.287	1.270	1.225	1.074	981
Vestsjællands Amt	1.283	1.300	1.269	1.102	1.041
Storstrøms Amt	1.311	1.273	1.310	1.185	1.070
Bornholms Amt	1.217	1.299	1.166	1.126	993
Fyns Amt	1.187	1.199	1.173	1.049	958
Sønderjyllands Amt	1.228	1.209	1.167	1.030	992
Ribe Amt	1.234	1.163	1.215	1.060	926
Vejle Amt	1.219	1.211	1.203	1.078	992
Ringkøbing Amt	1.176	1.128	1.190	1.063	989
Århus Amt	1.218	1.196	1.174	1.020	929
Viborg Amt	1.186	1.156	1.191	1.062	940
Nordjyllands Amt	1.257	1.207	1.186	1.047	974
Landsgennemsnit	1.254	1.231	1.224	1.072	985

Kilde: Sundhedsstyrelsen. Dødsårsagsregistret.

Anm.: Sundhedsstyrelsen opgør amtsfordelte dødsrater til og med 2005. Fremover vil opgørelsen være regionsfordelt.

Det er ligeledes muligt at fordele dødeligheden opgjort for de tidligere amter på 14 overordnede dødsårsagsgrupper. Herved kan den regionale variation i de tilgrundliggende dødsårsager opgøres. Generelt er billedet, at der også for de enkelte dødsårsager er geografiske variationer, jf. bilag 1.

I Københavns Kommune er det særligt død som følge af sygdomme i åndedrætsorganer, infektionssygdomme (eksl. tuberkulose), kræft samt ulykker og drab, der ligger markant over gennemsnittet.

At det netop er de ovennævnte dødsårsager, der er overrepræsenteret i Københavns Kommune, kan tilskrives befolkningssammensætningen og deres livsstil. Der er i Københavns Kommune mange ældre borgere, ligesom Københavns Kommune også er levested for mange udsatte grupper, herunder stofmisbrugere og alkoholikere.

Infektionssygdomme rammer særligt de udsatte grupper, hvis livsstil gør dem mere modtagelig for disse sygdomme, ligesom ældre, hvis immunforsvar er svækket, også rammes af infektionssygdomme.

I de daværende Storstrøms- og Vestsjællands amter er det særligt apopleksi, hjertesygdomme og sygdomme i fordøjelsesorganer, hvor dødeligheden er høj, jf. bilag 1.

Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne gennemført af Statens Institut for Folkesundhed indeholder oplysninger opdelt på regioner om forskellige risikofaktorer som f.eks. rygning, alkoholforbrug, overvægt, kost m.v., jf. tabel 4. Disse undersøgelser dokumenterer, at der er regionale forskelle i udvalgte risikofaktorer. I den seneste SUSY-undersøgelse har Statens Institut for Folkesundhed valgt at inddele i regioner i stedet for amter. Der foreligger således ikke amtsfordelte opgørelser af risikofaktorer for 2005.

SUSY-undersøgelserne kan derfor bidrage til at afdække mulige forklaringer på sygeligheds- og dødelighedsforskelle blandt regionerne.

Tabel 4: Regionale forskelle i udvalgte risikofaktorer opgjort i pct. af befolkningen, 2005

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Daglige rygere	28,4	32,3	30,7	28,3	29,7
Moderat eller hård fysisk aktivitet i fritiden	28,5	23,9	26,2	27,2	24,1
Dagligt indtag af frugt	54,1	45,0	50,7	49,6	49,2
Svær overvægt	9,6	14,7	11,9	10,5	12,2
Overskridelse af genstandsgrænsen	16,1	14,9	12,0	14,3	13,3

Kilde: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2005

Anm: I SUSY-undersøgelser foreligger der ikke oplysninger på kommuneniveau, idet stikprøven er for lille til at være repræsentativ på kommuneniveau.

Ad c)

De nationale registre på sundhedsområdet indeholder oplysninger om borgernes forbrug af sundhedsydelser.

Ca. 90 pct. af regionernes borgere var i 2005 i kontakt med enten den primære eller sekundære sundhedssektor, jf. tabel 5. Der er således ikke store regionale forskelle i borgernes forbrug af praktiserende læger samt det samlede forbrug af sundhedsydelser. Dog er der en vis variation i forbruget af sygehus i regionerne. I Region Nordjylland er kun knapt 32 pct. af bor-

gerne i kontakt med et somatisk sygehus, men andelen er godt 37 pct. og højest i Region Syddanmark.

Table 5: Andel af befolkningen med forbrug af sundhedsydelser, 2005.

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Andel af befolkningen ¹ med kontakt til praktiserende læge	87,2 pct.	87,6 pct.	87,8pct.	87,0 pct.	88,4 pct.
Andel af befolkningen med kontakt til somatisk sygehus ²	36,4 pct.	36,2 pct.	37,2 pct.	35,0 pct.	31,8 pct.
Andel af befolkningen med kontakt til sundhedsvæsenet	90,0 pct.	90,0 pct.	90,1 pct.	89,6 pct.	89,3 pct.

Kilde: Sundhedsstyrelsens Sygesikrings- og Landspatientregister

¹ Befolkningstal pr. 1. januar 2006

² Alders- og kønsstandardiseret

Et af de mere centrale registre på sundhedsområdet, Landspatientregisteret, indeholder bl.a. oplysninger om diagnoser for den enkelte borger, når vedkommende er i kontakt med landets sygehuse. En fordeling af diagnosespecifikke kontakter mellem de enkelte regioner giver et billede af de regionale forskelle i sygdomsmønstre, jf. tabel 6.

Det skal bemærkes, at der i tabel 6 udelukkende er anført de sygdomme, borgerne henvender sig med og ikke de sygdomme, som borgerne ikke bliver behandlet for. Ligeledes kan der på baggrund af registrene ikke siges noget om borgernes levevilkår og livsstil.

Det varierer betydeligt fra sygdomsgruppe til sygdomsgruppe, hvor store de regionale forskelle er, jf. tabel 6. Bl.a. er der markant flere borgere, der bliver diagnosticeret med en psykiatrisk lidelse, infektions- og parasitære sygdomme, sygdomme i åndedrætsorgan samt kræft i Region Hovedstaden end i resten af landet.

I spørgsmål b) blev det beskrevet, at der i København var en overdødelighed som følge af bl.a. sygdomme i åndedrætsorganer, infektionssygdomme samt kræft. Dette er således at genfinde i sygdomsmønstret for Region Hovedstaden.

Tabel 6: Sygdomsmønster 2005, diagnosticerede borgere pr. 100.000 indbyggere. Køns- og aldersstandardiseret, indekseret (100 = landsgennemsnit)

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Infektionssygdomme og parasitære sygdomme	135	97	89	97	82
Ondartede svulster (kræft)	121	96	97	90	96
Godartede svulster	106	102	104	98	89
Endokrine sygdomme, ernæringssygdomme og stofskiftesygdomme	101	93	104	100	102
Sygdomme i blod og bloddannende organer	101	103	98	100	97
Psykiske lidelser m,v,	157	104	87	82	70
Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	105	103	107	105	80
Sygdomme i kredsløbsorganer	96	97	104	103	100
Sygdomme i åndedrætsorganer	111	104	99	89	98
Sygdomme i fordøjelsesorganer	91	99	108	99	105
Sygdomme i urin- og kønsorganer	99	92	104	105	100
Sygdomme i svangerskab, under fødsel og i barselseng	97	105	98	99	101
Sygdomme i hud og underhud	116	102	109	105	68
Sygdomme i knogler, bevægelsesystem og bindevæv	92	87	119	118	84
Medfødte misdannelser	106	105	105	91	92
Årsager til sygdomme i perinatalperiode og død som følge heraf	81	129	102	90	98
Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	90	90	107	98	114
Traumer, forgiftninger, anden voldelig legemsbeskadigelse	95	104	116	109	76
Undersøgelser, forebyggende foranstaltninger m.m, af personer uden sygdomstegn eller uden oplysning om diagnose	101	109	98	92	100

Kilde: Landspatientsregisteret, Sundhedsstyrelsen

Anm: Inddelingen baserer sig på de 19 sygdomsgrupper, som Sundhedsstyrelsen normalt opgør sygehusstatistik på.

Ad d)

De alment praktiserende læger skal prioritere den forebyggelsesmæssige indsats efter den enkelte borgers behov, herunder skal indsatsen over for mennesker med særlige risici eller behov prioriteres.

I forbindelse med fornyelsen pr. april 2006 af landsoverenskomsten, der regulerer de nærmere vilkår for almen praksis, er det gennem en særlig forebyggelseskonsultation, skabt et grundlag for, at lægerne kan yde en mere målrettet, sammenhængende og systematisk forebyggelsesmæssig indsats i almen praksis. Forebyggelseskonsultationen tager bl.a. sigte på at understøtte sund livsstil og forebygge udviklingen af sygdomme i forhold til mennesker med særlige behov. Det er hensigten, at lægerne lokalt inden for denne ramme, og bl.a. på grundlag af de kliniske vejledninger og anbefalinger på området, tilrettelægger og prioriterer indsatsen efter behov. Der er ved overenskomstfornyelsen desuden vedtaget en ny forløbsydelse for diabetespatienter, som almen praksis kan tilslutte sig, der bl.a. har til formål at udvikle kvaliteten i behandlingen, herunder understøtte lægens tovholderfunktion og dermed understøtte lægens fokus på det samlede forløb for sine diabetespatienter.

Herudover henledes opmærksomheden på, at Sundhedsstyrelsen i marts i år udsendte et idékatalog med forslag til, hvordan sundhedsvæsenet kan blive bedre til at hjælpe kronisk eller langvarigt syge til at udøve en god egenomsorg, bl.a. via målrettet patientundervisning om sund livsstil m.v.

Endelig kan nævnes, at regeringen har igangsat det såkaldte KRAM-projekt i samarbejde med Det Nationale Råd for Folkesundhed. KRAM-projektet er en af de hidtil mest omfattende undersøgelser af danskernes sundhed. Det løber i 2007 og 2008 og har deltagelse af i alt 13 kommuner. Undersøgelsen kaldes KRAM, fordi den omhandler **K**ost, **R**ygning, **A**lkohol og **M**otion. Resultater fra projektet skal bl.a. indgå i en sundhedsprofil, som kommunerne kan anvende som udgangspunkt for planlægning af såvel fremtidig sundhedspolitik som sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser.

Regeringen har i sit udkast til Kvalitetsreformen, der blev offentliggjort den 18. juni 2007, præsenteret et initiativ vedrørende helbredstjek. Det foreslås, at regeringen i forlængelse af KRAM-projektet i samarbejde med 2-4 af de deltagende kommuner i 2008 iværksætter helbredstjek af de borgere, der deltager i undersøgelsen. Deltagerne vil blive tilbudt en opfølgende helbredssamtale. Resultaterne skal analyseres og bl.a. belyse effekten af indsatsen i forhold til de grupper, der er mest udsat for at blive ramt af livsstilsygdomme. Erfaringerne skal bruges i forebyggelsesarbejdet i resten af landet.

Ad e)

Det er min opfattelse, at regeringen med kommunalreformen har sikret styrkede rammer for sundhedsvæsenets forebyggende indsats.

Et væsentligt initiativ ved kommunalreformen er således overdragelse af bl.a. den borgerrettede forebyggelse til kommunerne. Ved at lægge ansvaret for forebyggelsesindsatsen over til kommunerne kommer indsatsen til at foregå tæt på borgeren og i lokalområdet. Det giver bl.a. mulighed for, at kommunerne kan tilrettelægge forebyggelsesindsatsen således, at den netop passer til den borgersammensætning, der er i den pågældende kommune.

Ligeledes medvirker den kommunale aktivitetsafhængige medfinansiering til at øge incitamentet til at forebygge i kommunerne, således at behovet for sygehusbehandling mindskes.

Med kommunalreformen er der endvidere dannet fem stærke regioner. Med færre regioner er der blevet bedre grundlag for at samle flere behandlinger, udnytte specialiseringsfordele og sikre en bedre udnyttelse af de knappe personaleresressourcer. Endvidere giver kommunalreformen bedre grundlag for at sikre en ensartet national kvalitet i behandlingen.

Desuden er der med kommunalreformen indført en ny finansieringsmodel, hvor regionerne for langt størsteparten (ca. tre fjerdedele) finansieres af bloktilskud fra staten, mens resten finansieres af kommunerne. For at give regionerne lige mulighed for at drive sundhedsvæsenet fordeles tilskuddet efter en række objektive fordelingskriterier, der afspejler udgiftsbehovet. Disse kriterier tager dels højde for den aldersmæssige sammensætning af befolkningen i regionen, dels for den sociale struktur i regionen, der kan have betydning for forbruget af sundhedsydelse.

Ud over bloktilskuddet finansieres sundhedsopgaven ved et aktivitetsafhængigt bidrag, som regionerne modtager dels fra kommunerne, dels fra en statslig aktivitetspulje. Dette medvirker ligeledes til ressourcefordeling efter behov, hvorved der skabes incitament for alle regioner til at skabe meraktivitet.

Foruden det nævnte KRAM-projekt har regeringen igangsat en række andre initiativer på forebyggelsesområdet. Her kan nævnes væsentlige initiativer som "Gang i Danmark" samt forslag til nye regler på ryge-området. Disse initiativer er med til styrke indsatsen for forbedringer i danskernes livsstil.

Desuden er der de seneste år afsat midler i de årlige satspuljeaftaler til initiativer rettet mod særligt udsatte grupper. En indsats mod disse særligt udsatte grupper skal være med til at minimere den ulighed i sundhed, som disse grupper har og den deraf følgende for tidlige død.

Som led i satspuljeaftalen for 2003 er der afsat en pulje på 68,5 mio. kr. til sundhedsplejen og anden tidlig tværfaglig indsats. Beløbet er afsat som led i en styrkelse af indsatsen for at bryde den negative sociale arv. Af beløbet skal anvendes 10 mio. kr. årligt til opprioritering og videreudvikling af indsatsen i forhold til børn i misbrugsfamilier og ca. 4,5 mio. kr. over 3 år til et

projekt vedrørende de praktiserende lægers indsats. Resten – ca. 6 mio. kr. årligt i fire år (i alt ca. 24 mio. kr.) – skal anvendes til iværksættelse af en central opsamling og videreformidling af den viden vedrørende tidlig indsats over for særligt sårbare gravide og spædbørnsfamilier, der allerede foreligger.

I satspuljeaftalen for 2006 er der afsat 6 mio. kr. årligt i perioden 2006-2009 til en sundhedsfremmende indsats målrettet udsatte grupper med fokus på førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse faglærte og ufaglærte.

Endelig kan der i forhold til forebyggelsesindsatsen nævnes satspuljen for 2007, hvor der er afsat i alt 148,5 mio. kr. over fire år til at styrke indsatsen over for henholdsvis svært overvægtige voksne, de mest socialt udsatte misbrugere samt hjemløse, unge uden for uddannelsessystemet samt gravide alkoholmisbrugere.

Vi ved, at der er en overdødelighed hos mennesker med sindslidelser. Og så derfor er det i denne sammenhæng vigtigt at styrke indsatsen for mennesker med sindslidelser både på det forebyggende og behandlende plan. Regeringen har sammen med satspuljepartierne i efteråret 2006 indgået en ny fireårig psykiertiaftale, hvormed der afsættes ca. 1,2 mia. kr. til at styrke indsatsen for mennesker med sindslidelser, heraf 680 mio. kr. på sundhedsområdet og 490 mio. kr. på det sociale område.

Det overordnede sigte med aftalen på sundhedsområdet er at fastholde den gode udvikling i psykiatrien og med afsæt i de hidtidige resultater fokusere yderligere på udvikling/ udbygning af mere nuancerede, specifikke og målrettede tilbud – med udgangspunkt i forskellige patientgruppers behov.

Særligt i forhold til forebyggelsesindsatsen over for patienter med kronisk sygdom skal det understreges, at regeringen i regi af kvalitetsreformsarbejdet har fremlagt initiativer, der skal bedre forholdene for denne gruppe. Dels i form af undervisning til kroniske patienter i at håndtere deres sygdom, blandt andet ved at inddrage patienterne mere aktivt i overvågningen og behandlingen af deres sygdom. Dels i form af forløbsprogrammer for patienter med kronisk sygdom, der skal sikre en arbejdsdeling mellem sygehus, kommune og almen praksis, så patienterne får den rette hjælp på det rigtige tidspunkt og sted.