

Sundhedsudvalget
Folketinget
Christiansborg Slot 1
DK-1240 København K
Danmark

Orkanger 5 juli 2009

Jeg vil gerne stille nogle spørgsmål til Sundhedsudvalget om Forebyggelseskommissionens betænkning 2009: *Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats*, og til det kommende *ationale handlingsplan for forebyggelse for perioden 2009-2015*. Den vil blive fremlagt for folkettinget i efteråret 2009. Jeg sender nogle kommentarer og oplysninger, der tydeliggør motiverne for min henvendelse.

Det danske middelevetid var i 2006 steget forholdsvis mindre end Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008 havde lagt op til, men samtidig væsentlig mere, end Velfærdskommissionen havde håbet på. Folkesundhedsprogrammet 1999-2008 ønskede, at den danske middelevetid skulle stige således, at Danmark genvandt sin position blandt de førende blandt OECD landene. Forebyggelseskommissionens betænkning 2009 hævder, at regeringens mål for de kommende år er at hæve den danske middelevetid med 3 år indenfor det kommende årti. Forebyggelseskommissionens betænkning så det ikke som et problem, at Danmark for perioden 1999-2008 var mislykket i forhold til ambitionerne i international belysning.

Mit spørgsmål til Sundhedsudvalget er: **Finder udvalget, at det er acceptabelt, at Danmark stadig er dårligst til trediedårligst blandt OECD landene, hvad angår middelevetiden?**

Hvis dette ikke er acceptabelt, er mit næste spørgsmål: **Bør det fremgå af den kommende nationale handlingsplan for forebyggelse 2009-2015, at Danmark med sin forebyggelsesindsats stiler efter at genvinde en position for middelevetiden, som er væsentlig højere i internationale sammenligninger, end den nuværende?**

Der fremgår indirekte af kommissionens betænkning, at det ikke indgår i regeringens mål for handlingsplanen, at den sociale ulighed i sundhed og middelevetid i Danmark skal nedbringes. Det var ellers et hovedpunkt for Folkesundhedsprogrammet 1999-2008. Nye rapporter har vist, at den sociale ulighed i Danmark var blevet større i perioden 1981-2005.

Mit spørgsmål til Sundhedsudvalget er: **Finder udvalget, at det er tilfredsstillende, at Forebyggelseskommissionen skrev en betænkning i 2009 på 471 sider om nye tiltag for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, som kun summarisk omtalte social ulighed på 3 sider, og ikke gav et (eneste) klart bud på, hvordan en handlingsplan kan mindske den sociale ulighed i sundhed?**

Knud Juel har påvist, at forskelle i forbruget af tobak og spiritus kan være baggrunden for 2.5 års forskel i middelevetiden mellem Danmark og Sverige.

Mit spørgsmål til sundhedsudvalget er: **Finder Sundhedsudvalget, at det er sandsynligt, som det står i betænkningen, at selv en meget kraftig øgning i beskattningen i Danmark af tobak og alkohol i retning af en svensk forbrugsmønster, kun forventes at øge den danske middelevetid med – i bedste tilfælde – en (1) måned?**

Staten har ved sine ændringer af afgifter muligheder for at påvirke forbruget i Danmark af stort set alle slags forbrug. Skatteministeriet har i en lang række publikationer om grænsehandel detaljeret beskrevet sammenhængen mellem afgifter på blandt andet tobak og alkohol, og det faktiske forbrug, og sammenhængen mellem påtænkte ændringer i afgifterne og den forventede indvirkning på det kommende forbrug. Skatteministeriet beskrev til stadighed et scenario med yderligere afgiftssænkninger.

Er det rimeligt, at betænkningen i sin omtale af den offentlige forebyggelsesindsats omtalte, at en lang række ministerier har betydning for sundheden i landet, ja sågar kulturministeriet, transportministeriet og miljøministeriet, uden den samtidig kommenterede, hvor vigtig en rolle, skatteministeriet har?

Venlig hilsen

Finn Edler von Eyben
Moasvinget 11
N-7300 Orkanger
Norge

Bilag: to. Jeg fremsender vedlagt kopi af to indlæg, som jeg har sendt til tidskriftet Ugeskrift for Læger.

Status for middelevetiden 2006

Danmark har en tradition for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, som går tilbage til oplysningstiden. I 1989 lavede VKR regeringen et Regeringens forebyggelsesprogram.¹

Programmet havde fem indsatsområder for livstilsfaktorer, ernæring, levnedsmiddel, tobak, alkohol og ulykker, og fire indsatsområder for sygdomsgrupper, kræft, hjerte-kar sygdomme, muskel og skeletsygdomme, og psykiske sygdomme.

Middelevetiden steg mindre i Danmark under tiden 1970 -1990 end den gjorde i en række lande, vi normalt sammenligner os med. Forskellen var udgangspunktet for Middelevetidsudvalgets betænkning fra 1992 - 1994.² Siden dannede betænkningen grundlaget for Regeringens folkesundhedsprogram 1999 - 2008.³ Den overordnede målsætning for dette program var dels at øge den danske middelevetid mere, end den blev i sammenlignelige lande, dels at mindske den sociale ulighed i sundhed. Programmet forventede, at en bedre forebyggelse overfor livstilsfaktorer som kost, motion, overvægt, tobak, alkohol og trafikulykker ville føre til fremskridt for befolkningen. Endvidere opstillede programmet mål for grupper som børn, unge og ældre, og det ville styrke forebyggelsesmiljøer, og fremme bedre samarbejde mellem stat/amt/kommune, forskning, og uddannelse.

Folkesundhedsprogrammet blev vurderet i en rapport "Status 2001 for folkesundhedsarbejdet", som indgik i grundlaget for en nyt sundhedsprogram "Sund hele livet" fra 2002.^{4,5} Middelevetiden i Danmark steg mere i tiden 1996 – 2001, end man ville forvente ud fra stigningen i den forudgående periode 1990 - 1995. Derfor vurderede Sundhedsministeriet, at folkesundhedsprogrammet var vellykket.⁶ Tilsvarende mente fuldmægtig Ole Odgaard fra Sundhedsministeriet i et debatindlæg fra 2001, at Danmark fremover ville bevæge sig op i feltet, når man lavede internationale sammenligninger af

middellevetiden.⁷ På en led har den følgende udvikling af middellevetiden givet ham ret.

Under de følgende år 2002 – 2006, voksede den danske middellevetid mere end under de forrige perioder.

Det løste alligevel ikke problemet med middellevetiden, fordi den også steg i andre lande. Derved fik Danmark ikke en særlig stor forbedring, hvad angik placeringen af middellevetiden i Danmark overfor de lande, vi plejer at sammenligne os med. I 2006 var middellevetiden for mænd i Danmark stadig blandt de ringeste for mænd i OECD landene (Tabel 1).⁸ Dog havde vi overhalet Finland med 0.1 år. Så Danmark var gået fra at være næstdårligst til at være tredjedårligst. Forskellen i middellevetid mellem Danmark og Sverige var stadig i 2006 ganske anseelig - 2.8 år for mænd og 2.5 år for kvinder - og ikke væsentligt mindre, end den havde været i 2001. Middellevetiden i Danmark for kvinder var uforandret dårligst blandt OECD landene, og uforandret mindre, end den var i de to andre lavest placerede lande, Portugal og Finland.

Tabel 1. Middellevetiden i udvalgte OECD lande 2006

Mænd	Kvinder
Sverige 78.7 år	Sverige 82.9 år
...	...
Danmark 75.9 år	Finland 82.8 år
Finland 75.8 år	Portugal 81.8 år
Portugal 75.2 år	Danmark 80.4 år

I 2001 anslog jeg, at forskellen i middellevetid mellem Sverige og Danmark ville kunne blive gradvist mindre frem mod 2008, og at forskellen kunne komme ned i niveau med

forskellen mellem de to lande fra 1980 på 1.5 år.⁹ Ole Odgaard mente dengang, at jeg var for pessimistisk.⁷ De nye tal viser, at jeg så for lyst på udviklingen efter 2001 for middellevetiden i Danmark i forhold til den i Sverige. Landet gennemførte i 1990erne en drastisk reduktion af sengemassen på sygehusene, som langt overgik den danske udvikling. Så det overrasker, at Sverige i 2006 stadig havde en meget længere middellevetid end Danmark. Knud Juel, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, har i en detaljeret analyse vist, at forskelle i livstil, hvad angår tobak og alkohol, kan forklare størstedelen af forskellen i middellevetid for midaldrene personer mellem de to lande.¹⁰ Af forskellen i middellevetid på 2.80 år mellem Danmark og Sverige kunne omkring 2.47 år tilskrives forskelle i forbruget af tobak og alkohol.

Andre artikler fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, viste, at den sociale ulighed i forhold til middellevetiden i Danmark voksede og tog til i perioden 1981 - 2005.¹¹⁻¹³ En sandsynlig forklaring er, at usund livstil blev forholdsvis mindre fremherskende i højere social klasser end i lavere social klasser.

Andre faktorer kan også have medvirket til, at efterslæbet i den danske middellevetid varer ved endnu. Blandt andet blev Regeringens folkesundhedsprogram 1999 - 2008 afløst i 2002 af et ganske omskrevet sundhedsprogram. Folkesundhedsprogrammet havde lagt vægt på, at samfundet betyder en del gennem den måde, det udformer rammerne omkring sundhedstilstanden på, hvorimod det nye sundhedsprogram først og fremmest understregede den enkeltes personlige ansvar for dennes individuelle sundhedstilstand. I modsætning til folkesundhedsprogrammet, åbnede det nye program for, at afgifterne på alkohol og tobak kunne blive mindre. Forhåbentlig var det ikke manglende hensyn til den stagnerende middellevetid, der fik den nuværende regering til at mindske afgifterne på tobak og alkohol i 2003. Det tidligere folkesundhedsprogram havde især handlet om primær sygdomsforebyggelse, hvorimod afløseren fra 2002 lagde mere vægt på sekundær

sygdomsforebyggelse, som først bliver aktuel, når et individ er blevet sygt. Præcist definerede målbare mål for effekten af Folkesundhedsprogrammet blev i det reviderede sundhedsprogram erstattet af løsere formuleringer om markante ændringer, der er meget svære at måle præcist.

Det er kompliceret at fortolke samspillet mellem alle disse forhold, blandt andet fordi den kraftige stigning i middellevetiden i Danmark under perioden 2002 - 2006 næppe skyldes det vedvarende høje forbrug af tobak og alkohol. De nye oplysninger fra 2006 taler for, at Folkesundhedsprogrammet 1999 - 2008 ikke indfrie sine målsætninger. Fra starten var det tænkt, at folkesundhedsprogrammet skulle monitoreres årligt. På samme måde kunne effekten af folkesundhedsprogrammet være blevet revurderet i flere status rapporter, for eksempel i 2005 og 2009. Folkesundhedsprogrammet lagde også op til forskning omkring middellevetiden, dens baggrund og dens påvirkelighed. Og til et styrket samarbejde mellem det politiske og det faglige miljø, som havde vist sammenhængen mellem sociale ulighed og uheldig livsstil og middellevetiden. Et sådan tæt samarbejde har vi danske stadig til gode.

Den danske middellevetid har stadigvæk et stort efterslæb, som kunne motivere, at Danmark opretter et professorat i tobaksforskning med formålet at udføre sundheds- og samfundsvidenskabelig tobaksforskning på højeste plan. Der er flere fagtidsskrifter alene for tobaksforskning, der er et videnskabeligt selskab for denne forskning i Danmark, og der dør omkring 12 000 danskere om året af skadevirkninger fra tobak. Danmark kunne også oprette et professorat i middellevetidsforskning med formålet at udføre sundheds- og samfundsvidenskabelig forskning på højeste plan, både national og internationalt. Det kunne styrke det videnskabelige grundlag for det fremtidige arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse i Danmark, og give landet bedre muligheder for at lave relevante sammenligninger mellem landets egen indsats og den i andre lande. Det kunne belyse nationale tiltag i en international vinkling. Regeringen og Sundhedsministeriet kunne også tage initiativ til en ny, anden serie undersøgelser og publikationer om middellevetiden, blandt

andet ud fra samfundsændringerne og det sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende arbejde i Danmark og udlandet gennem de seneste tyve år. WHO har foreslået, at 1 procent af provenuet fra afgifterne på tobak og alkohol går til forskning, oplysning og forebyggelse af skadevirkningerne af disse produkter. Det forslag har ikke været implementeret i Danmark endnu.

På forhånd er det ikke givet, at det vil være en personlig eller økonomisk byrde, hvis middellevetiden i Danmark blev højere, bortset fra at vi danskere i så fald først vil kunne få folkepension ved en højere alder.¹⁴ Og heller ikke givet, at en stribe nye sygehuse vil øge den danske middellevetid nær så meget, som hvis samfundet skærpede indsatsen overfor social ulighed og belastende livstilsfaktorer som for eksempel mangel på motion, fejlnæring og overvægt, tobak og alkohol.

Litteratur

1. Regeringens forebyggelsesprogram. Dokumentationsdel og Programdel. København: Sundhedsministeriet 1989:1-301 og 1-55.
2. Sundhedsministeriets middellevetidsudvalg. Middellevetid og Dødelighed. Forskningsrapport. DIKE, København: Sundhedsministeriet, 1994.
3. Sundhedsministeriet. Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen. København: Sundhedsministeriet 1999:1-123.
4. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Status 2001 for folkesundhedsarbejdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002:1-94.
5. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. København: Indenrigs – og Sundhedsministeriet 2002:1-79.

6. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Årtiers kraftigste stigning i danskernes middellevealder. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002:1-5. (Downloaded www.Sundhedsministeriet 01072009)
7. Odgaard O. Danskernes middellevealder stiger mere end i andre europæiske lande. Ugeskr Læger 2001;169:6469-71
8. Demographic yearbook World population data sheet of the Population Bureau Inc. Unstat.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2006/Table 4.pdf (downloaded september 2008)
9. von Eyben FE. Danskernes middellevealder stiger mere end i andre europæiske lande, svar. Ugeskr Læger 2001;169:6471-2.
10. Juel K. Middellevetid og dødelighed i Danmark sammenlignet med i Sverige. Hvad betyder rygning og alkohol? Ugeskr Læger 2008;170:2423-7.
11. Brønnum-Hansen H. Social differences in mortality trends in Denmark. Ugeskr Læger 2006;168:2066-9.
12. Brønnum-Hansen H, Baadsgaard M. Increasing social inequality in life expectancy in Denmark. Eur J Public Health 2007;17:585-6.
13. Brønnum-Hansen H, Baadsgaard M. Increase in social inequality in health expectancy in Denmark. Scand J Public Health 2008;36:44-51.
14. Velfærdskommisionen. Analyserapport – Fremtidens velfærd kommer ikke af sig selv. København: Velfærdskommisionen 2004:1-388.

Korrespondance:

Finn Edler von Eyben

Moasvinget 11

N-7300 Orkanger

Norge

E-mail: finn113elder@mail.tele.dk

Interessekonflikter: ingen

Stop investering i tobak

På opfordring fra overlæge dr med Ole Hartling, daværende formand for det etiske råd, vedtog Den Almindelige Danske Lægeforening under den årlige generalforsamling i Vejle 2000, at Lægernes Pensionskasse skulle ophøre med at investere i tobaksindustrien.

Vedtagelsen kom efter Dagens Medisin havde omtalt en tidligere investering i British American Tobacco (BAT). BAT var en hovedaktionær i Skandinavisk Tobakskompagni, som dengang producerede de fleste cigaretter, som danskerne røg.

Den norske regering nåede til samme holdning i en nylig Stortingsmelding foråret 2009 om de etiske retningslinjer for Statens pensjonsfond – utlandet.¹ Regeringen havde evalueret de etiske retningslinjer for fonden i 2008 og ønskede derefter, at fonden skulle markere sig tydeligere som ansvarlig investor. Også tidligere havde fonden foretaget negativ filtrering af selskaber fra porteføljen på grund af selskabets produkter: selskaber, der producerer våben, som bryder mod almindelige humanitære principper, og selskaber, der sælger våben og andet militært materiale til bestemte lande.

I stortingsmeldingen udvidede Etikrådet for Statens pensjonsfond – Utland frafiltreringen af enkelt-selskaber fra fondets investeringsunivers til også at udelukke tobaksproducenter. Princippet om negativ filtrering kommer frem over også at gælde for selskaber, som producerer tobak. Meldingen argumenterede med internationalt at henvise til WHO's Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), og nationalt til den skærpede norske rygelov af 2004. Fondens mindede også om, at tobak er et produkt, som skiller sig ud, ved at det kan føre til alvorlige helbredsskader, når det bliver brugt som forudsat for normal brug. Som konsekvens af meldingen må norske "oliefond" afvikle investering i tobaksindustrier for over fem milliarder norske kroner.

Derved slutter den norske regering op om FNs Principles for Responsible Investment (PRI), dvs retningslinjer for ansvarlige investeringer, som afspejler et initiativ fra United Nations Environment Programme Finance Initiative og FNs Global Compact. Regeringen vil i fremtiden deltage i internationale initiativer for at sætte dagsorden for, hvordan finansielle investorer kan varetage hensyn til miljø, sociale forhold, og god selskabsstyring. Præsidenten for den Norske Legeforening Torung Janbu betegnede det som et vigtigt signal til det internationale samfund, at statslige fonde bør udelukke investeringer i tobaksindustrien.

Ellers har tobaksindustrien gennem det seneste årti haft en del fremgang med at øge den sociale accept af tobaksrygning. Her to danske eksempler. Folkesundhedsprogrammet 1999-2008 indeholdt en passus om, at afgifterne på tobaksvarer skulle opretholdes på det højeste mulige niveau.² I 2002 fjernede den nye danske regering dette punkt fra et revideret folkesundhedsprogram, Sund hele livet, og nedsatte kort tid efter de danske afgifter på tobaksvarer fra en samlet afgift (som sum af stykafgift, værdiafgift og MOMS) for 20 cigaretter på 25.33 kroner i 2001 til 22.15 kroner i 2004.^{3,4} Skatteministeriet indregnede i de mange rapporter om grænsehandel, blandt andet om afgifterne på tobak, det alene som en fordel for Danmark, når lavere afgifter på tobak i Danmark måtte forventes at medføre, at svenskere køber mere tobak i Danmark. Svenskeres stimulerede forbrug af tobak måtte forventes at skade deres helbred. Men det forhold blev ikke omtalt i de ellers meget udførlige rapporter om konsekvenserne ved, at danskere beslutter sig for lavere afgifter.

Derimod bestrider den norske melding den sociale accept af tobak som et samfundsproblem. Det vil kunne få stor international betydning, hvis flere regeringer og fonde følger den skærpede kurs mod tobaksindustrien fra den norske regering. Norge var på banen med lovgivning om regulering af tobak tidligere end Danmark. Tiden vil vise om det nye norske initiativ kommer til at påvirke det danske samfunds indsats mod

skadevirkningerne fra tobak. Danmark har også tilsluttet sig Framework Convention on Tobacco Control

Litteratur

1. Det kongelige finansdepartement. St. meld. Nr 20. (2008-2009). Om forvaltning av Statens pensjonsfond i 2008:1-216. Regjeringen.no/dokumenter/Proposisjoner og meldinger/Stortingsmeldinger (Downloaded 27.06.2009)
2. Sundhedsministeriet. Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen. Sundhedsministeriet, København,1-123.
3. Skatteministeriet. Rapport om grænsehandel 2001. Skatteministeriet København marts 2002:1-418
4. Skatteministeriet. Rapport om grænsehandel 2004. Oktober 2004. Skatteministeriet, København 2004:3-691.

Korrespondance:

Finn Edler von Eyben

Moasvinget 11

N-7300 Orkanger

Norge

E-mail:finn113edler@mail.tele.dk

Interessekonflikter: ingen