

Baggrund for

HJERTEFORENINGENS FOREBYGGELSESPOLITIK 2009



Evidensbaserede, konkrete og omkostningseffektive
forslag til forebyggelse af hjertekarsygdom

Baggrund for Hjerteforeningens forebyggelsespolitik 2009

Udgivet af Hjerteforeningen december 2008

Hjerteforeningen
Hauser Plads 10
1127 København K
Tlf. 33 93 17 88
post@hjerteforeningen.dk
www.hjerteforeningen.dk

Design, produktion og tryk
Datagraf

ISBN-nummer: 87-91648-14-4

Bestillingsnummer: 746

Forord

Det er almindeligt kendt, at usund kost, rygning, alkohol og for lidt idræt og motion er årsag til ca. 40% af alle sygdomme og tidlige dødsfald – og at den usunde livsstil er mest udbredt i de mindre ressourcestærke grupper.

Usund livsstil er da også en af hovedårsagerne til, at omkring 300.000 danskere i dag lever med en hjertekar-sygdom med store menneskelige og økonomiske omkostninger til følge.

Den gode nyhed er, at vi har mulighed for at gøre noget for at vende udviklingen, men hvis det skal lykkes, er det ikke nok at se sundhed som den enkeltes ansvar. Der er tværtimod brug for en strukturel indsats, hvor der sættes ind i alle dele af samfundslivet.

Derfor er det også meget glædeligt, at regeringen har besluttet, at man i 2009 vil lancere en national handlingsplan for forebyggelse med klare mål.

Der har længe været behov for en national handlingsplan, men værdien af en sådan plan afhænger selvfølgelig af indholdet og viljen til at realisere den. Hjerteforeningen følger derfor også intenst arbejdet i Forebyggelseskommissionen, som skal komme med anbefalinger til fremtidens forebyggelsesindsats. Hjerteforeningen vil til sin tid også følge tæt, om politikerne vil gennemføre kommissionens anbefalinger og gøre op med årtiers forfejlet forebyggelsespolitik, der i alt for høj grad har handlet om oplysningskampagner.

Det er imidlertid ikke nogen nem opgave, kommissionen og politikerne har fået. Der er enighed om, at det er nødvendigt hurtigst muligt at gøre op med den udbredte usunde livsstil. Men det er straks sværere at få klare svar, når spørgsmålet er, hvad der skal gøres for at ændre situationen.

Derfor har det været afgørende for Hjerteforeningen at udarbejde en forebyggelsespolitik, der kommer med konkrete, dokumenterede og realistiske forslag til forebyggelse af hjertekarsygdom – og mange andre kroniske sygdomme.

Hjerteforeningens forebyggelsespolitik er baseret på danske data samt danske og internationale undersøgelser og indeholder en kortlægning og vurdering af virkninger af eksisterende ordninger. Forebyggelsespolitikken bygger endvidere på en række nye undersøgelser og beregninger, som Hjerteforeningen har fået foretaget specielt med henblik på denne forebyggelsespolitik.

Med fokus på forebyggelse af hjertekarsygdomme indeholder forebyggelsespolitikken omkostningseffektive initiativer, dvs. indsatser, hvor man populært sagt får mest sundhed for pengene.

Ved at præsentere dokumenterede, omkostningseffektive, forslag – ikke mindst for de mindre ressourcestærke grupper – håber Hjerteforeningen at kunne være med til at styrke fremtidens forebyggelsesindsats.

Vi har ventet alt for længe – lad os nu komme i gang!

Peter Clemmensen
Overlæge, dr. med.
Formand for Hjerteforeningen



Indhold

1. SAMMENFATNING OG ANBEFALINGER	3
2. HVORDAN VIL DET ÆNDRE HJERTEKARSUNDHEDEN, HVIS HJERTEFORENINGENS FORSLAG GENNEMFØRES?	7
3. OM HJERTEKARSYGDOM	10
3.1 Hjertekarsygdommes betydning for middellevetiden	10
3.2 Hjertekarsygdom – den hyppigste dødsårsag i danmark	10
3.3 Forebyggelige risikofaktorer for hjertekarsygdom	11
4. PRIORITERING AF INDSATSER	13
5. BØRN OG UNGE	15
5.1 Undervisning i folkeskolen	16
5.2 Fysisk aktivitet i folkeskolen	18
5.3 Skolefrugt	19
5.4 Sodavand	20
5.5 Regulering af markedsføring for usunde fødevarer rettet mod børn	21
6. VOKSNE	23
6.1 Rygning	23
6.1.1 Rygeforbud	24
6.1.2 Højere tobakspriser	24
6.2 Fysisk aktivitet	27
6.2.1 Store økonomiske gevinster ved øget fysisk aktivitet	29
6.2.2 Infrastruktur, som fremmer fysisk aktivitet	29
6.2.3 Samarbejde med patientforeninger og frivillige organisationer om øget fysisk aktivitet	30
6.3 Kost	31
6.3.1 Økonomiske gevinster ved bedre kost	31
6.3.2 Mærkning af fødevarer	32
6.3.3 Differentierede afgifter på fødevarer	33
6.4 Sundhedstjek/helbredssamtaler	34
6.5 Stress og hjertekarsygdom	35
6.6 Sundhedsfremme på arbejdspladsen	36
7. FORURENING	38
8. SUNDHED OG FOREBYGGELSE	39
8.1 Sundhedstjenesteforskning skal opprioriteres	39
8.2 Sundhedsmæssig konsekvensvurdering af lovforslag	40
8.3 Årlig redegørelse om folkesundheden til Folketinget	41
9. FOLKESUNDHED I FREMTIDEN	42

Hjertekarsygdom er skyld i betydeligt nedsat livskvalitet for et meget stort antal danskere og er den hyppigste dødsårsag i Danmark.

I 2008 kæmpede mere end 305.000 personer med en hjertekarsygdom, og alene i 2005 døde 17.581 personer af en hjertekarsygdom, mens 86.000 personer var indlagt en eller flere gange svarende til i alt 142.000 indlæggelser.

Hjertekarsygdom er samtidig den sygdomsgruppe, der påfører det danske samfund de største økonomiske omkostninger.

De samlede sygehusudgifter til behandling af hjertekarsygdom udgør 4 mia. kr. om året, mens der bruges 2 mia. kr. til hjertekarmedicin. Hertil kommer et årligt produktionstab som følge af hjertekarsygdom på 6 mia. kr. om året.

Der er derfor særdeles gode menneskelige og økonomiske grunde til at forebygge hjertekarsygdom, og det kan i stor udstrækning lade sig gøre. Langt de fleste sygdomstilfælde er livsstilsbetingede og kan undgås, hvis der bliver sat ind med forebyggelse i tide.

Hvis det for alvor skal lykkes at vende udviklingen, er det imidlertid nødvendigt, at der nationalt sættes ind så tidligt som muligt, dvs. allerede i institutioner og skoler, inden børn og unge grundlægger en usund livsstil, som mange har svært ved at ændre på senere i livet.

Dette er ikke ny viden, men alligevel er undervisning i sundhedsforhold og fysisk aktivitet nedprioriteret i folkeskolen. Hertil kommer, at initiativer rettet mod børn og unges sundhed ofte bygger på simple og naive forestillinger om, hvad børn og unge tænker om risiko og sundhed, og om hvad de behøver for at kunne handle fornuftigt.

Der skal gøres op med dogmet om, at sundhed alene er den enkeltes ansvar og med berøringsangsten over for strukturel forebyggelse, restriktioner og forbud. Samfundsudviklingen har gjort det stadigt sværere for den enkelte at leve sundt. Det store udbud af usunde fødevarer og udbredelsen af stadigt flere stillesiddende aktiviteter er blot nogle af de faktorer, der gør, at kun 15% af danskerne lever op til anbefalingerne om ikke at ryge, at spise sundt og at være fysisk aktive.

Det er især nødvendigt at handle, når det gælder rygning, fysisk aktivitet og kost. Og dette skal ske under hensyntagen til, at det især er de socialt dårligt stillede grupper, der indtager særlig meget fedt og mindst frugt og grønt, ryger mest og er mindst fysisk aktive.

På denne baggrund anbefaler Hjerteforeningen følgende initiativer på forebyggelsesområdet:

BØRN OG UNGE

1. Folkeskolen skal være en central del af forebyggelsesindsatsen rettet mod børn og unge.
 - Faget "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab" skal tildeles timer, og der skal udarbejdes læseplaner, som sikrer, at børnene får tilstrækkelig undervisning i sundhed
 - Læseplanerne i "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab" skal tage udgangspunkt i praktisk baseret undervisning om sundhed
 - Undervisning i "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab" skal koordineres med undervisning i idræt og hjemkundskab
 - Der skal indføres afsluttende prøver i faget "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab"
 - Der skal indføres obligatoriske, årlige konditionstest i folkeskolen fra 4. klassetrin og opefter
 - Antallet af idrætstimer i skolen skal sættes op med mindst en time om ugen
 - Dagligdagen på skolen skal tilrettelægges, så børnene er fysisk aktive mindst en time om dagen
 - Der skal indføres gratis frugt i alle skoler og institutioner
2. Der skal laves en årlig kampagne mod det overdrevne indtag af sodavand og saft med udgangspunkt i en national sodavandsfri uge og i øvrigt en genstandsgrænse på maksimalt ½ liter sodavand om ugen
3. Der skal ikke være adgang til at reklamere for usunde fødevarer i tidsrummet fra kl. 6.00 til kl. 21.00 i tv- og radioudsendelser. Der skal endvidere ikke være adgang til at reklamere for usunde fødevarer i internet- og mobiltelefonudsendelser og lignende.

VOKSNE

Ryging

4. Der skal indføres et totalt forbud mod rygning i alle lukkede lokaler med offentlig adgang, og virkningen skal overvåges
5. Der skal indføres øgede afgifter på tobak svarende til en prisstigning på 50%

Fysisk aktivitet

6. Der skal etableres sikre cykel- og stisystemer i hele landet, herunder bilfri zoner omkring skoler i skoletiden
7. I samarbejde med patientforeninger og andre frivillige organisationer etableres motionsstilbud til motionsuvante grupper. Der skal oprettes kommunale puljer til dette

Fødevarer

8. Der skal indføres obligatorisk trafiklysmærkning på forsiden af fødevareemballage
9. Der skal indføres en obligatorisk, standardiseret næringsdeklaration med mærkning pr. 100 g/100 ml på fødevareemballagens bagside
10. GDA-mærkning (Guideline Daily Amount) skal udgå
11. Der skal indføres differentierede afgifter på fødevarer: sunde fødevarer skal koste mindre, usunde fødevarer skal koste mere

Livsstil

12. Der skal oprettes tilbud om helbredsundersøgelser og opfølgende helbredsamtaler i almen praksis til personer i 30-50-års alderen
13. Der skal ske en målrettet koordinering og overvågning af forskningen vedrørende forebyggelse og behandling af stress
14. Der skal være skattefradrag for sundhedsfremmeydelser på arbejdspladsen
15. Der skal ikke være beskatning af sundhedsfremmeydelser på arbejdspladser
16. Der skal oprettes målrettede støtteordninger for virksomheder med henblik på sundhedsfremme

FORURENING

17. Der skal indføres grænseværdier for udledning af ultrafine partikler
18. Der skal ske begrænsninger i udledningen af ultrafine partikler, for eksempel ved indførelse af miljøzoner

FORSKNING

19. Sundhedstjenesteforskning skal opprioriteres

SUNDHEDSMÆSSIGE KONSEKVENSVURDERINGER OG REDEGØRELSE

- 20.** Kravene til sundhedsmæssig konsekvensvurdering af lovforslag skal skærpes
- 21.** Der skal udarbejdes materiale til at foretage sundhedsmæssige konsekvensvurderinger
- 22.** Folketinget skal have en årlig redegørelse om folkesundheden

2

Hvordan vil det ændre hjertekarsundheden, hvis Hjerteforeningens forslag gennemføres?

Det er regeringens ambition, at middellevetiden skal forlænges med tre år over de næste 10 år.

Det er positivt, at regeringen fastsætter et konkret mål på forebyggelsesområdet, men det er efter Hjerteforeningens opfattelse muligt at nå længere end denne meget forsigtige målsætning.

Gennemføres Hjerteforeningens forslag til forebyggelsespolitik, kan der forventes en markant effekt på hjertekarsundheden i Danmark på kort såvel som langt sigt. Hjerteforeningen har fået foretaget beregninger og analyser til denne rapport. Beregningerne og analyserne er baseret på bedste evidens på de givne områder og viser, at hvis Hjerteforeningens anbefalinger følges og interventionerne gennemføres, er der både længere middellevetid og flere leveår uden sygdom i sigte til danskerne.

Der skal investeres på nogle områder, men flere af disse investeringer vil være omkostningsneutrale på længere sigt. Det gælder for eksempel sundhedstjek i almen praksis.

Rygeforbud og prisstigninger på tobak vil have næsten øjeblikkelig gennemslagskraft i form af færre tilfælde af blodprop i hjertet og færre unge, der begynder at ryge eller fortsætter med at ryge i en ung alder. Dette sidste vil på længere sigt føre til lavere forekomst af hjertekarsygdom – og andre sygdomme som for eksempel kræft.

Mere fysisk aktivitet i skolen, mere sundhed på skoleskemaet, gratis frugt i skolerne, stærk begrænsning af markedsføring af usunde fødevarer til børn, begrænsning af sodavandsindtag samt differentieret moms på fødevarer vil have en både kort- og langsigtet effekt i form af grundlæggelse af en sundere livsstil og mindre forekomst af fedme. Risikoen for udvikling af hjertekarsygdom – og andre kroniske sygdomme – i voksenalderen reduceres markant, hvilket vil give længere middellevetid, flere sygdomsfri leveår, en besparelse i form af færre eller stagnerende udgifter til sundhedsvæsenet og bedre livskvalitet.

Bedre strukturelle og organisatoriske rammer for fysisk aktivitet i hverdagen (cykelstier, grønne områder, netværksaktiviteter mm.) vil forebygge udvikling af hjertekarsygdom i alle befolkningsgrupper og medvirke til, at allerede udviklet sygdom ikke forværres. Dette kan forventes at have både en kort- og en langsigtet effekt.



Nationalt rygeforbud

- Mindst 10% færre indlæggelser med blodprop i hjertet svarende til 1.200 færre indlæggelser.
- Besparelser i sundhedsvæsenet i størrelsesordenen 73 mio. kr. om året.
- Effekt inden for ét år.

Øgede tobaksafgifter med bare 10%

- Reduktion i forbrug med 4-5%¹
- Besparelser i sundhedsvæsenet i størrelsesordenen 335 mio. kr.
- Samfundsmæssig produktionsgevinst på 574 mio. kr.

¹ Estimeret med udgangspunkt i en priselasticitet i størrelsesordenen - 0,4 til - 0,5. Det skal dog understreges, at disse tal er behæftet med stor usikkerhed, og at usikkerheden stiger med ændringen i pris.

Alle undersøgelser viser, at konsekvent og systematisk let tilgængelig information om fødevarers indhold, information om sund kost, for eksempel fisk, frugt og grønt, samt differentierede afgifter vil kunne påvirke indkøbsvaner og kostadfærd – og dermed forebygge hjertekarsygdom og reducere forekomsten på længere sigt. Dette gælder også for en række andre sygdomme.

Vi ved endnu ikke, præcis hvor megen sundhed, der kan hentes ved at begrænse forurening med ultrafine partikler. Men der er ingen tvivl om, at der er store sundhedsgevinster på dette område.

Sundhedstjek i 30-50-års alderen vil opfange personer med øget risiko for hjertekarsygdom og give gode muligheder for tidlig forebyggelse, for eksempel i form af livsstilsændring og medicinsk behandling af forhøjet blodtryk og kolesterol, type 2 diabetes mm. Dokumentationen tyder på, at op mod halvdelen af risikopatienterne får halveret risikoen for sygdomsudvikling.

Vi ved endnu ikke, hvor stor effekt det har på folkesundheden at gennemføre sundhedsfremme på arbejdspladsen. Imidlertid peger en lang række undersøgelser og evalueringer på, at sundhedsfremmende aktiviteter på arbejdspladsen kan engagere en meget stor del af medarbejderne – og det er nærliggende at antage, at dette på både kort og langt sigt vil medvirke til sundere livsstil og øget sundhed hos både medarbejderne og deres familier. Vi kan forvente en større og raskere arbejdsstyrke og mindre sygefravær på kort og langt sigt, såvel i relation til en arbejdspladsindsats som ved de tidligere nævnte indsatser for fysisk aktivitet, sundere kost og mindre rygning. I denne sammenhæng er det yderligere vigtigt at få viden om og efterfølgende implementere effektiv forebyggelse af stress på arbejdspladsen. Her er der også gevinster at hente i forhold til færre førtidspensioner.

Alle ovennævnte indsatser vil medvirke til at reducere den betydelige sociale ulighed i hjertekarsundhed. Det gælder ikke mindst blandt de socialt dårligst stillede grupper, der har en overhyppighed af risikofaktorer og forekomst af sygdom samt en dårligere prognose. Sundhedstjek, som blandt andet er en metode til at nå nye målgrupper, sundhedsfremme på virksomheder, gratis frugt til børn, mere sundhed på skoleskemaet, mere fysisk aktivitet i skolen, rygeforbud, differentieret moms på fødevarer osv. er indsatser, som i særlig grad sigter på at fremme sundheden i de svageste grupper i samfundet



Øgede tobaksafgifter med 25%

- **Reduktion i forbrug med 10-12,5%¹**
- **Besparelser i sundhedsvæsenet i størrelsesordenen 837 mio. kr.**
- **Samfundsmæssig produktionsgevinst på 1.434 mio. kr.**

Øgede tobaksafgifter med 50%

- **Reduktion i forbrug med 20-25%¹**
- **Besparelser i sundhedsvæsenet i størrelsesordenen 1.674 mio. kr.**
- **Samfundsmæssig produktionsgevinst på 2.868 mio. kr.**

Det vil uden tvivl påvirke beslutningsprocesserne i relation til lovgivning og ressourcfordeling, hvis folkesundheden i Danmark følges nøje. Der er heller ingen tvivl om, at systematisk overvågning af resultater af en evidensbaseret forebyggelsespolitik vil skærpe indsatsen i kommuner og regioner. En opprioritering af sundheds-tjenesteforskning skal sikre klarhed om udvikling, indsats og effekt.

Gevinster

- Reduktion i hjertekarsygdom
- Flere sygdomsfrie år – år med god livskvalitet
- Øget middellevetid
- Reduktion i udgifter til behandling og medicinering for hjertekarsygdom
- Øgning af arbejdsstyrken, mindre sygefravær, færre førtidspensioner
- Reduktion af social ulighed i sundhed og sygdom



Hvis 10% af den fysisk inaktive befolkning bliver moderat fysisk aktiv

- **Gevinst på en kvart million leveår for den 30-79-årige befolkning og 200.000 år uden sygdom**
- **Besparelser i sundhedsvæsenet i størrelsesordenen 2 mia. kr.**
- **Samfundsmæssig produktionsgevinst på 6 mia. kr.**

Kostændringer

- **Reduktion i hjertekarsygdomme med 3,9%**
- **Besparelser i sundhedsvæsenet i størrelsesordenen 253,1 mio. kr.**
- **Samfundsmæssig produktionsgevinst på 30,5 mio. kr.**

3.1 HJERTEKARSYGDOMMES BETYDNING FOR MIDDELLEVETIDEN

Det har været et erklæret mål for forebyggelsen for den siddende og den foregående regering, at danskernes middellevetid øges med tre år i løbet af de næste 10 år.

Middellevetiden afhænger af mange faktorer som for eksempel økonomisk udvikling, arbejde, uddannelse, sundhedsvæsenets behandlingsindsats og ikke mindst livsstilsfaktorer. I forhold til forskellige sygdomsområder er det beregnet, at en total eliminering af brystkræft i 1990 ville have givet en øget middellevetid på ni måneder for kvinder, eliminering af AIDS seks uger for mænd og to dage for kvinder, mens eliminering af hjertekarsygdom i 1990 ville have givet mænd 3½ års ekstra levetid og kvinder 2,7 år ekstra.

Forventningen – også hos fagfolk – er oftest, at effekten af en given forebyggelsesindsats først indfinder sig efter mindst 10 år. Men flere forebyggelsesindsatser vil give umiddelbare gevinster i relation til hjertekarsygdom. Det gælder for eksempel rygeforbud, som både i Europa og USA har ført til reduktion af hjertekarsygdomme på op til 17% i løbet af det første år efter rygeforbuddets indførelse, og en reduktion på 11% i antallet af tilfælde af akut iskæmisk hjertesygdom i Irland.

Selv med en markant forebyggelsespolitik vil det dog tage lang tid at skabe tydelige og signifikante resultater på alle områder. Det er derfor afgørende undervejs at måle, om der sker fremskridt på de enkelte indsatsområder. Der skal fastlægges forpligtende mål, og der skal ske løbende overvågning med systematiske, helst objektive, målinger.

Men en indsats på hjertekarområdet må forventes at give de hurtigst mulige gevinster for folkesundheden – og på længere sigt særdeles solide resultater i forhold til øgning af middellevetiden.

3.2 HJERTEKARSYGDOM – DEN HYPPIGSTE DØDSÅRSAG I DANMARK

Hjertekarsygdom er den hyppigste dødsårsag i Danmark med 17.581 hjertekardødsfald i 2005. Til sammenligning var der 15.684 kræftdødsfald i 2005. I alt 86.000 personer var i 2005 indlagt en eller flere gange med hjertekarsygdom, svarende til i alt 142.000 indlæggelser².

Hvert år er der ca. 2,7 mio. kontakter til almen praksis på grund af hjertekarsygdom, som samlet set er det sygdomsområde, der har de største økonomiske omkostninger for samfundet. De samlede sygehusudgifter til behandling af hjertekarsygdom er 4 mia. kr. om året samt 2 mia. kr. til hjertekarmedicin.



Hjertekarsygdom har hvert år store konsekvenser for samfundet

- 86.000 borgere var indlagt en eller flere gange i 2005 – i alt 142.000 indlæggelser
- Hvert år er der 2,7 mio. henvendelser til almen praksis på grund af hjertekarsygdom

Hvert år koster hjertekarsygdom samfundet dyrt

- Der bruges 4 mia. kr. om året til sygehusbehandling
- Der bruges 2 mia. kr. om året til medicin
- Produktionstab er 6 mia. kr. om året

² Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F.: Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2007:73-76

Hjertekarsygdom er årsag til betydelige funktionsbegrænsninger og nedsat livskvalitet for et stort antal mennesker. Mere end 305.000 personer kæmper i 2008 med hjertekarsygdom.

Det er imidlertid muligt i vidt omfang at forhindre, at så mange rammes af en hjertekarsygdom.

Hjerteforeningens forebyggelsespolitik indeholder en række veldokumenterede forslag til forebyggelse af hjertekarsygdomme. På nogle områder, for eksempel fysisk aktivitet og forebyggelse af overvægt og fedme, hvor der endnu ikke er overbevisende dokumentation om vedvarende effektive metoder, må der gennemføres metodeudvikling efter en centralt koordineret model, hvor der afprøves interventioner, som er udviklet af eksperter.

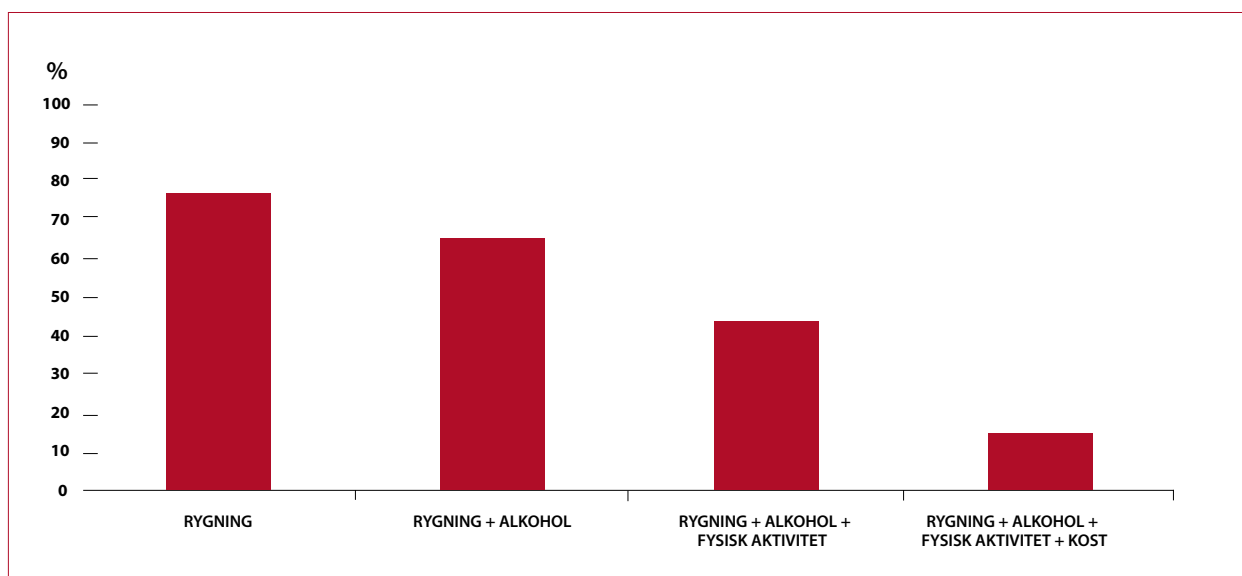
3.3 FOREBYGGELIGE RISIKOFAKTORER FOR HJERTEKARSYGDOM

De væsentligste forebyggelige risikofaktorer for hjertekarsygdom er rygning, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol. Disse faktorer kan i stort omfang relateres til levevis, kostvaner og fysisk aktivitetsniveau.

I forhold til de officielle anbefalinger lever danskerne generelt usundt med for stort indtag af fedt og sukker og for lidt fisk, frugt og grønt. Danskerne ryger for meget, drikker for meget og får ikke nok motion. Figuren nedenfor viser andelen af danskere i 1999-2001, som efterlevede anbefalinger om rygning, fysisk aktivitet, alkohol og sund kost.

Kilde:
Sundhedsprofil for region og kommuner 2008 Region Hovedstaden. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.

FIG 1: Andelen af borgere, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost.



Figuren viser klart, at der er meget få danskere, som lever efter de samlede anbefalinger om ingen rygning, mindst 30 minutters fysisk aktivitet dagligt, højst 30% af energiindholdet i kosten fra fedt, mindst muligt mættet fedt og mindst 600 gram frugt og grønt dagligt. Der er store muligheder for forbedring af alle disse sundhedsvaner, men især usund kost er en risikofaktor, som berører virkelig mange.

Der er altså meget at hente på forebyggelseskontoen. Det gælder både for den enkelte i form af forbedret sundhedstilstand og for samfundet i form af besparelser i sundhedsvæsenet og produktionsgevinst ved mindre omfang af sygdom, ikke mindst hjertekarsygdom. Samtidig er der markant forskel på risikofaktorenes fordeling i forskellige grupper i befolkningen. Det er de lavere socialgrupper, der indtager særlig meget fedt og mindst frugt og grønt, det er de lavere socialgrupper, der ryger mest, og det er de lavere socialgrupper, der er mindst fysisk aktive³.

Der er således social ulighed i forekomsten af hjertekarsygdom med en øget risiko blandt personer med kort uddannelse og dårlige sociale kår.

Jo længere uddannelse, des færre indlæggelser er der på grund af hjertekarsygdom. Der er godt 18.000 ekstra indlæggelser på grund af hjertekarsygdom i gruppen med mindre end fem års uddannelse.

Der er ligeledes en klar social slagside med dårligere overlevelse blandt de socialt dårligst stillede sygdomsramte. Den sociale skævhed i indlæggelser for hjertekarsygdom er mest markant blandt personer under 50 år. Kort uddannelse og lav indkomst medfører størst risiko for indlæggelse eller hospitalskontakt på grund af hjertekarsygdom. Personer med kort uddannelse har 50% større risiko for at dø af en akut blodprop i hjertet end personer med lang uddannelse.

Hjerteforeningen ser følgende vigtige indsatsområder i relation til forebyggelse af hjertekarsygdom:

- Forebyggelse af rygning, herunder a) forebyggelse af rygestart b) forebyggelse af passiv rygning c) støtte til rygestop, især til dagligrygere, som ryger mere end 15 cigaretter daglig og har røget i mange år, rygere i de lave socialgrupper, rygere med kort uddannelse og rygere med hjertekarsygdom
- Forebyggelse af hjerteusund kost, overvægt og fedme blandt børn, unge og voksne
- Forebyggelse af fysisk inaktivitet blandt børn, unge, voksne og hjertesyge

Hensynet til bekæmpelse af social ulighed skal bestemme valget af forebyggelsesmetode for hvert indsatsområde.

³ Kilsmark, J, Würgler MW.: Forebyggelse af hjertekarsygdomme. Hvilke interventioner er omkostningseffektive – og hvor får man mest for pengene. København: Dansk Sundhedsinstitut 2008:5-8, 27-30.

4

Prioritering af indsatser

Prioriteringen af indsatser i Hjerteforeningens forebyggelsespolitik er baseret på følgende spørgsmål

- Hvad er lettest at ændre?
- Hvilken ændring giver størst effekt?
- Hvilke sundhedsproblemer og risikofaktorer har størst omfang og størst betydning for hjertesundheden?

Ved prioritering af forebyggelsesindsatser sætter Hjerteforeningen fokus på både det individuelle ansvar og på samfundets ansvar for sundheden, og der lægges især vægt på metoder, som forebygger social ulighed i hjertesundhed.

Det er i Danmark ofte blevet sagt, at danskerne er modstandere af restriktioner, forbud og afgifter. Mange politikere har da også under henvisning til denne påstand afvist at indføre bindende restriktioner på forebyggelsesområdet, selv om forskere og fagpersoner har argumenteret for, at denne frihed har kostet mange menneskeliv.

En undersøgelse foretaget af Mandag Morgen og Trygfonden i 2008 gør op med myterne om, at danskerne ikke ønsker indblanding i egen sundhed og er imod forbud og sanktioner⁴.

Der hersker stadig en stærk egenansvarskultur. En stor del af den danske befolkning finder, at sundhed er den enkeltes ansvar (55%). Men danskerne ser i høj grad det offentlige som medansvarlig for borgernes sundhed. Kun 7% af danskerne i undersøgelsen er uenige i, at det offentlige skal tage større ansvar for at sikre sundere rammer for danskernes liv. For eksempel mener 36%, at man har krav på hjælp fra det offentlige til at leve et sundt liv.

Undersøgelsen fra Mandag Morgen og Trygfonden viser også, at danskerne på mange områder gerne vil have forbud og sanktioner. Det gælder specielt i forhold til rygning samt på børne- og ungeområdet. For eksempel er over 80% tilhængere af at forbyde slik og sodavandsautomater i skoler og sportshaller og over 70% tilhængere af at forbyde rygning i nærheden af børn.

Desuden er over 60% af danskerne tilhængere af at indføre større begrænsninger for reklamer for usunde fødevarer til børn.

Samtidig viser undersøgelser foretaget af Region Hovedstaden (jf. figur 1), at kun 15% af danskerne lever op til anbefalingerne om ikke at ryge, drikke med måde, spise sundt og dyrke motion. Det er altså langt fra tilstrækkeligt først og fremmest at satse på oplysningskampagner, således som der gennem en lang årrække har været tradition for.

Efter Hjerteforeningens opfattelse er det nødvendigt, at forebyggelsen omfatter

⁴ Mandag Morgen og Trygfonden: Fremtidens forebyggelse – ifølge danskerne. Mandag Morgen A/S 2008

både individrettede og strukturelle indsatser, hvilket der også i høj grad er opbakning til i befolkningen. Forebyggelse af livsstilssygdomme er ikke udelukkende et privat og personligt problem.

Som afsæt for forandringer er det vigtigt at forstå, hvordan danskere lever deres liv, og hvordan samfundet, herunder arbejdsmarkedet, bedst kan indrettes med fokus på forebyggelse. Det er ikke hensigtsmæssigt ensidigt at fare ud og finde og behandle de personer, som har forhøjet blodtryk. En lille ændring på befolkningsniveau giver langt større resultater end en stor ændring i højrisikogruppen. Men forebyggelse skal fokusere på både højrisikogrupper og befolkningen som helhed.

Den positive udvikling med reduktion i antallet af rygere, øgning af antallet af vedvarende fysisk aktive og andelen med mere fedtfattige kostvaner skal fastholdes. Men den negative udvikling i forekomsten af overvægt, forhøjet blodtryk, diabetes og stress skal vendes⁵.

De fleste børn og unge er sunde og lever fornuftigt, men et stigende antal lever på en måde, der udgør en alvorlig trussel for deres helbred. De spiser usundt, ryger og/eller er fysisk inaktive, og stadig flere bliver overvægtige. Det øger risikoen for udvikling af hjertekarsygdom senere i livet. Og det er især i forhold til børn og unge, at forebyggelse har et enormt potentiale.

⁵ Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F.: Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2007:73

Der er klare sammenhænge mellem usund livsstil, risiko for hjertekarsygdom og for tidlig død. Det er derfor et stort problem, at mange børn og unge tidligt i livet grundlægger en usund livsstil, som det er svært at ændre på senere i livet.

For fysisk aktivitet er der en veldokumenteret sammenhæng mellem aktivitetsniveau og risikoen for at udvikle hjertekarsygdom. Undersøgelser har vist, at de 20% mindst aktive børn har tre gange højere sandsynlighed for at udvikle risikofaktorer til hjertekarsygdom end de 20% mest aktive. Risikoen for ophobning af kardiovaskulære risikofaktorer er forøget hos ni-årige, der har mindre end 116 minutters moderat fysisk aktivitet pr. dag, og hos 15-årige, der har mindre end 88 minutter pr. dag. Sammenligner man den fjerdedel af børnene, der har den dårligste kondition med den fjerdedel, der har den bedste kondition, finder man ti gange så mange børn med ophobning af risikofaktorer blandt børn med dårlig kondition.

Udviklingen af børn og unges fysiske aktivitetsniveau går desværre den forkerte vej. De ni-årige vejer mere og har lavere konditionsniveau i forhold til tidligere, og to tredjedele af de danske 11-15-årige lever ikke op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om mindst 60 minutters fysisk aktivitet dagligt⁶. Andelen af piger og drenge, som lever op til motionsanbefalingerne, falder markant med stigende alder⁷ – jo ældre børnene bliver, des mindre bevæger de sig dagligt.

Gennem de sidste 15-20 år er der sket en polarisering af det fysiske aktivitetsniveau blandt 9-10-årige og 15-16-årige. Der er altså en stigende forskel på de børn, som har henholdsvis den bedste og den dårligste kondition⁸.

Der er påvist klar sammenhæng imellem, hvor meget børn og unge motionerer, og den tid, de bruger foran fjernsyn og computer. Jo mere tid børnene bruger foran skærmen, des mindre bevæger de sig⁹.

Samtidig spiser børn og unge alt for lidt frugt og grønt, mens forbruget af slik og sodavand er steget betydeligt. Kostundersøgelserne viser, at selv om næsten 90% af de 4-14-årige spiser morgenmad, er det er de meget sukkerholdige morgenmadsprodukter, der er mest populære. Blandt de 15-18-årige spiser kun 60% morgenmad, mens det blandt de 19-24-årige er lige knap halvdelen¹⁰. Jo ældre børnene bliver, des oftere springer de frokosten over, hvilket både ernærings- og indlæringsmæssigt er meget uheldigt¹¹.

⁶ Currie C et al (red.): Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International Report from 2001/2002 survey. Denmark: World Health Organization 2004

⁷ Sundhedsstyrelsen: Undersøgelse af 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 1997 - 2006. København: Sundhedsstyrelsen 2008: 33

⁸ Sundhedsstyrelsen: Undersøgelse af 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 1997 - 2006. København: Sundhedsstyrelsen 2008: 32

⁹ Sundhedsstyrelsen: Undersøgelse af 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 1997 - 2006. København: Sundhedsstyrelsen 2008: 41

¹⁰ Fagt S, Christensen T, Groth MV, Bilstoft-Jensen A, Matthiesen J, Trolle E.: Børn og unges måltidsvaner 2000-2004. Fødevareinstituttet, Danmarks Tekniske Universitet 2007

¹¹ Bräuner F.: Kost, adfærd, indlæringssevne. Klim 2007

5.1 UNDERVISNING I FOLKESKOLEN

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR, AT

- faget "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab" tildeles timer, og at der udarbejdes læseplaner, som sikrer, at børnene får tilstrækkelig undervisning i sundhed
- læseplanerne i "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab" skal tage udgangspunkt i en praktisk baseret undervisning om sundhed
- undervisning i "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab" koordineres med undervisning i idræt og hjemkundskab
- der indføres afsluttende prøver i faget "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab"

Børn og unge tilbringer en meget stor del af deres tilværelse i skolen. Børns vigtigste sociale relationer uden for familien udvikles typisk på skolen, og gennem skolen er det muligt at påvirke viden, holdninger og adfærd.

Materialer, kampagner, tests, interventioner og andre tiltag rettet mod børn og unges sundhed i blandt andet folkeskolen bygger imidlertid ofte på simple og naive forestillinger om, hvad børnene og de unge tænker om risiko og sundhed, samt om hvad de har brug for med henblik på at kunne handle fornuftigt – i betydningen risiko-minimerende. Derfor udnyttes mulighederne ikke optimalt for at påvirke børn og unges sundhed i positiv retning gennem teoretisk og praktisk undervisning.

Hjerteforeningen har derfor i samarbejde med Rudersdal Kommune og Danmarks Pædagogiske Universitet igangsat projektet "Unge hjerter", der skal tilvejebringe ny viden om unges viden og kompetencer på sundhedsområdet.

De foreløbige resultater tyder blandt andet på, at de fleste unges viden om sundhed er ganske kreativt sammensat, når man ser bort fra unge i socialt udsatte områder. Både faktaviden og handlingsviden er stor. De unge henter viden fra internettet, og mange har viden fra forældrene. Deres viden stammer imidlertid kun i begrænset omfang fra undervisningen i skolen. Mange af de unge er meget tilfredse med sundhedsundervisningen og med de sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter, der enten foregår eller ikke foregår i skolen. De ønsker at blive inddraget og være medbestemmende i forhold til både indholdet og formen i de sundhedsfremmende og forebyggende tiltag. Det er beskæmmende, at unge i socialt udsatte områder tilbydes meget begrænset undervisning på sundhedsområdet, idet netop de er meget udsatte for at udvikle for eksempel hjertekarsygdom senere i livet. Den sociale ulighed i sundhed grundlægges for alvor på dette tidspunkt.

De unges viden om hjertekarsygdomme er generelt begrænset. De af dem, der ved noget, har typisk slægtninge, der er hjertesygge eller evt. er døde af en hjertekarsygdom, eller har forældre, der er sundhedsprofessionelle. Særligt børnenes viden om årsager til sygdom er begrænset, mens deres viden om sundhedsfremme er større.

De unge har komplekse og forskellige kompetencer på området. Fælles er, at de kan sammensætte viden og handle ud fra forskellige værdier og overbevisninger. De kan forholde sig kritisk til mængden af viden og måden, de får viden på. Mange afviser formynderisk eller moraliserende viden, mens de fremhæver, at de gerne vil vide mere om det, der gør livet sjovt og positivt. De lever i nuet og har ikke lyst til at forestille sig, at de engang kunne blive hjertesygge. De forbinder det ikke med deres liv. De fleste ønsker alligevel at vide mere om hjertekarsygdomme, men pointerer, at de gerne vil undervises af personer, som selv har oplevet sygdomme og dermed har fortrudt, at de ikke handlede anderledes i tide. De mener, at den viden, de skal have mulighed for at forholde sig til, skal gøres konkret, være personlig og dermed interessant i forhold til såvel risici som mere positive sundhedsselementer. Endvidere efterspørger de mere praktisk baseret undervisning som for eksempel madlavning.

Samlet viser projektet, at de unge er meget interesserede i sundhed og efterspørger mere viden og undervisning – først og fremmest undervisning, der har et praktisk udgangspunkt. De unge ønsker altså ikke mere teori, men derimod praktik. Det gælder både i forhold til det at lave hjertesund mad og til at lære af andres erfaringer om det at være syg og at undgå sygdom. Det er endvidere vigtigt for de unge at blive ordentligt informeret om sammenhængen mellem undervisningen og betydningen for deres sundhed.

Undervisningsministeriet har lagt op til, at børn skal undervises i sundhed i folkeskolen. Dette skal primært ske i faget "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab". Faget er imidlertid timeløst. Det betyder, at der ikke er udpeget en lærer, som har ansvaret for undervisningen, og at der skal findes tid til at undervise i faget på et tidspunkt imellem de skemalagte fag. Undervisningsministeriet følger ikke op på, om der undervises i faget, men erfaring viser, at timeløse fag ofte underprioriteres i forhold til andre fag. Hjerteforeningen har for eksempel i 2008 gennemført en undersøgelse af et andet timeløst fag; "færdselslære" hvori førstehjælp skal indgå. Undersøgelsen viste, at andelen af skoler, som underviser i førstehjælp, kun er ca. 30%¹².

Undervisningsministeriet har oplyst over for Hjerteforeningen, at det forventes, at faget "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab" også fremover vil være timeløst. Hjerteforeningen er derfor bekymret for, at eleverne ikke modtager den undervisning i sundhed, som de burde.

Der er brug for at faget får tildelt timer, at det fastlægges, hvilken lærer der skal forestå undervisningen, og at undervisningens indhold præciseres.

¹² Væggemose, U.T., Folke, F., Ehlers, L., Jensen, L.g., Kjølby, M.: Hjertestart i Danmark – status og udviklingsmuligheder i et MTV-perspektiv. Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed, Klinisk Socialmedicin 2008

Hjerteforeningen anbefaler, at faget "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab" tildeles timer, og at der udarbejdes læseplaner, som sikrer, at børnene får tilstrækkelig undervisning i sundhed på det relevante tidspunkt i deres udvikling. På denne måde sikrer man, at det ikke (som nu) overlades til den enkelte lærer at beslutte, om børnene skal undervises i sundhed, og i så fald hvad de skal undervises i. Der bør endvidere sikres en koordinering med undervisningen i idræt og hjemkundskab. Afsluttende prøver i faget ville desuden medvirke til at faget prioriteres af elever og skoler.

5.2 FYSISK AKTIVITET I FOLKESKOLEN

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR, AT

- **der indføres obligatoriske, årlige konditionstest i folkeskolen fra 4. klassetrin og opefter**
- **antallet af idrætstimer i skolen sættes op med mindst én time om ugen**
- **dagligdagen på skolen tilrettelægges, så børnene er fysisk aktive mindst en time om dagen**

De nationale anbefalinger, som også er Hjerteforeningens, er, at børn og unge skal være fysisk aktive mindst 60 minutter dagligt. Og mindst to gange om ugen skal pulsen være i top i mindst 20 minutter.

Undersøgelser viser, at 90 minutters fysisk aktivitet pr. dag muligvis er nødvendigt for at forebygge insulinresistens, som synes at være den centrale faktor for udvikling af hjertekarsygdomme¹³.

Hjerteforeningen anbefaler, at det er i løbet af skoledagen, at børnene er fysisk aktive i 60 minutter. På den måde sikrer man, at alle børn opfylder de nationale anbefalinger. Hertil kommer indsatser for mere fysisk aktivitet i fritiden, som gør det sandsynligt, at man kan opnå 90 minutters daglig fysisk aktivitet.

En times daglig fysisk aktivitet i skoletiden kan opnås med simple midler. Det er ikke nødvendigt med en drastisk forøgelse af antallet af idrætstimer. Frikvartererne rummer et stort potentiale, og med små virkemidler er målet om en times aktivitet i løbet af skoledagen opnåeligt. Det kan for eksempel være regler om, at børnene skal være udendørs, brug af legepatruljer, samt at der er let tilgængeligt lege- og sportsudstyr.

Et nyligt gennemført studie i Sogndal i Norge undersøgte effekten af en times fysisk aktivitet i skoletiden. Konditionstallet steg med 8% hos de børn, som fik en times fysisk aktivitet, sammenlignet med kontrolgruppen. En sådan stigning i konditionstal reducerer børnenes risici for hjertekarsygdomme væsentligt¹⁴. Den daglige times aktivitet i Sogndal blev primært opnået via udendørs leg og organiserede aktiviteter i frikvartererne, og i tillæg dertil udvidede man skoletiden en smule.

¹³ Andersen LB, Harro M, Sardinha LB, Froberg K, Ekelund U, Brage S, Anderssen SA.: Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (The European Youth Heart Study). Lancet 2006;368:304

¹⁴ Andersen LB, Anderssen SA, Brage S, Ekelund U, Froberg K.: Fysisk aktivitet og ophobning af kardiovaskulære risikofaktorer - sekundærpublikation. Ugeskrift for Læger 2006;168(47):4101-3

En times daglig aktivitet har desuden andre dokumenterede effekter i form af blandt andet forbedret motorik og indlæringsevne¹⁵.

Regelmæssig (for eksempel årlig) konditionstestning af skolebørn giver mulighed for at monitorere udviklingen i børns kondition over tid. Dermed får det enkelte barn, den enkelte klasse, skole eller kommune mulighed for at gøre en indsats, hvis udviklingen i kondition går den forkerte vej. Jo tidligere man kan fange en uheldig udvikling i børns kondition, jo større er sandsynligheden for at forebygge, at den dårlige form bliver en tilstand, som bæres med ind i voksenlivet.

Hjerteforeningen har udviklet undervisningsmaterialer til lærere, som med udgangspunkt i testning af kondition, styrke, smidighed, koordination mm. er velegnet til at undervise skolebørn om sammenhængen mellem kondition og sundhed. Desuden er materialet lavet, så det hjælper og motiverer det enkelte barn til at finde en egnet idrætsgren i fritiden. Hjerteforeningen anbefaler årlig konditionstest i folkeskolen fra 4. klassetrin og opefter.

5.3 SKOLEFRUGT

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR, AT DER INDFØRES GRATIS FRUGT I ALLE SKOLER OG INSTITUTIONER

Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri har i samarbejde med en række organisationer, herunder Hjerteforeningen, i flere omgange fra 2006 til 2008 afsat ansøgningspuljer til skolefrugt – det såkaldte "Frugtkvarter".

Folkeskolerne har kunnet søge om tilskud fra puljen og dermed kunnet tilbyde gratis frugt til deres elever i en to-måneders periode. Det har været tanken at få skolerne til at lave forældrebetalte frugtordninger efter gratisperioden.

Projekterevalueringen viser, at interessen for ordningen har været stor, at eleverne er begejstrede for frugt i skoletiden, og at flertallet af lærerne ønsker at fortsætte med en skolefrugtordning. Lærerne mener, at frugten har haft en positiv indflydelse på læringen og i forhold til sammenholdet og fællesskabet blandt eleverne i klassen¹⁶.

Evalueringen viser også, at 62% af de skoler, der har deltaget i projektet, har valgt at fortsætte med en permanent og forældrefinansieret skolefrugtsordning, men at det har været problematisk at etablere permanente ordninger på skoler med mange socialt og økonomisk belastede familier. Især har det været svært at skabe opbakning i hele klassen.

¹⁵ Ericsson I.: Motorik, koncentrationsförmåga och skolprestationer. Malmö Högskola. Reprocentralen, Lärautbildningen 2003

¹⁶ Pederson, R. & Nowak, I.: Frugtkvarter – evaluering af et landsdækkende skolefrugtprojekt. Kræftens Bekæmpelse 2008

Resultatet lever i vidt omfang op til erfaringer fra Norge, hvor man har erfaringer med både forældrefinansierede og gratis frugtordninger. Norges forsøg med gratis frugtordninger havde god effekt på både kort og langt sigt; børnene øgede deres indtag af frugt og grønt sammenlignet med kontrolgruppen, som ikke fik gratis frugt. Tre år efter forsøget kunne effekten stadig ses; drenge og piger indtog henholdsvis 0,38 og 0,44 stykker frugt/grønt mere om dagen end børn i kontrolgruppen¹⁷.

En yderligere positiv effekt af de norske gratis frugtordninger var, at børn af forældre med kort eller ingen uddannelse indtog færre usunde snacks.

Også i EU er der opmærksomhed på værdien af skolefrugt. EU-Kommissionen har i 2008 på dansk initiativ fremsat et forslag om at indføre skolefrugt i hele EU. Ifølge forslaget skal alle skolebørn i alderen 6-10 år tilbydes gratis frugt en dag om ugen i 30 uger om året. EU betaler halvdelen af omkostningerne, mens medlemsstaterne skal afholde den resterende del.

Det er Hjerteforeningen opfattelse, at erfaringerne med skolefrugt er så gode, at alle danske skolebørn dagligt bør tilbydes et stykke frugt. Tilbuddet skal være gratis. Det skyldes, at selv om flere skoler har haft held til at indføre forældrebetalte ordninger, er dette i vidt omfang ikke lykkedes i socialt og økonomisk belastede områder på trods af, at det ofte er her, behovet for sundere madvaner er størst.

5.4 SODAVAND

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR, AT DER LAVES EN FAST, ÅRLIG KAMPAGNE MOD DET OVERDREVNE INDTAG AF SODAVAND OG SAFT MED UDGANGSPUNKT I EN NATIONAL SODAVANDSFRI UGE – OG I ØVRIGT EN GENSTANDSGRÆNSE PÅ MAKSIMALT ½ LITER OM UGEN

En af de store syndere, når det gælder overvægt og fedme blandt børn, er sodavand, der indeholder store mængder af tomme kalorier. Samtidig er sodavand også et stort problem, når det gælder huller i tænderne og skader på emaljen.

Der er derfor særdeles gode grunde til at begrænse sodavandsforbruget mest muligt. Hjerteforeningen foreslog allerede i 2004, at man arbejdede for en genstandsgrænse på maksimalt ½ liter sodavand om ugen for børn og en sodavandsfri uge.

Forslaget blev fulgt op med blandt andet udarbejdelse af undervisningsmateriale til folkeskolen.

Det må imidlertid konstateres, at langt de fleste børn stærkt opmuntret af læskedrikbranchen fortsat drikker langt mere sodavand end den anbefalede maksimumgrænse.

¹⁷ Bere, Elling et.al.: Free school fruit – sustained effect three years later. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2007; 4: 5

Det er derfor også med tilfredshed, at Hjerteforeningen har taget i mod en invitation fra Fødevarestyrelsen om at samarbejde om en kampagne for netop højst ½ liter sodavand og saft om ugen.

Hjerteforeningen mener, at det er vigtigt, at budskabet gentages løbende, hvorfor der skal laves nationale, årlige kampagner for en sodavandsfri uge og i øvrigt højst ½ liter sodavand og saft om ugen.

5.5 REGULERING AF MARKEDSFØRING FOR USUNDE FØDEVARER RETTET MOD BØRN

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR, AT DER IKKE SKAL VÆRE ADGANG TIL AT REKLAMERE FOR USUNDE FØDEVARER I TIDSRUMMET FRA KL. 6.00 TIL KL. 21.00 I TV- OG RADIOUDSENDELSER. DER SKAL ENDVIDERE IKKE VÆRE ADGANG TIL AT REKLAMERE FOR USUNDE FØDEVARER I INTERNET- OG MOBILTELEFONYDELSER OG LIGNENDE.

Undersøgelser har blandt andet vist, at reklamer for fødevarer har en effekt på børns præferencer, købsadfærd og forbrug. Børn, som ser mere end to timers tv om dagen, har et lavere forbrug af frugt og grønt og et højere forbrug af (de typisk usunde) fødevarer og søde drikke fra reklamerne. Børn, som udsættes for reklamer med madvarer, har en signifikant stigning i energiindtaget, og stigningen er størst i gruppen af fede børn¹⁸.

Der peges endvidere på, at 85% af de reklamer, som børnene ser, ser de på andre tidspunkter end i sendefladerne til børn, at der i de senere år er opstået et væld af nye markedsføringsformer, at virksomhederne konstant fornyer og forfiner deres markedsføringsmetoder, og at markedsføringen i høj grad flytter sig til nye medier som internet og mobil, som forældre og myndigheder har vanskeligt ved at kontrollere.

I Storbritannien er reklamer for usunde fødevarer rettet mod børn blevet forbudt ved lov, og tilsvarende forbud eksisterer i Norge og Sverige.

Selv om der i Danmark tegner sig et flertal i Folketinget for lovregulering af markedsføring af usunde fødevarer over for børn, er området indtil nu forsøgt reguleret gennem frivillige retningslinjer.

Bryggeriforeningen har en officiel politik om ikke at målrette sodavandsreklamer mod børn under 13 år. Dele af detailhandlen har vedtaget en 13-punkts plan, der blandt andet forbyder reklamer for usunde fødevarer i medier målrettet børn. Fødevareindustrien, dagligvarehandlen og medie- og reklamebranchen har vedtaget en frivillig kodeks om ikke at reklamere for fødevarer med et for højt indhold af fedt, sukker og salt i medier, der henvender sig til børn under 13 år.

¹⁸ Jørgensen S.S., Vinderskov K: Usund indflydelse. En kortlægning af dansk og international viden om markedsføring af usunde fødevarer rettet mod børn. Kontrabande & Danmarks Medie- og Journalisthøjskole 2008

Hjerteforeningen hilser de frivillige initiativer velkommen, og mener i udgangspunktet ikke, at det er afgørende, om området er reguleret gennem frivillige aftaler eller lovgivning. Spørgsmålet er derimod, om reguleringen er tilstrækkelig omfattende og effektiv. Dette er ikke tilfældet med de nuværende, frivillige retningslinjer.

Det er således blandt andet et problem, at flere af de frivillige retningslinjer i vidt omfang kun er rettet mod børn under 13 år, mens problemet med overvægt i høj grad også gør sig gældende blandt ældre børn. Samtidig giver aldersgrænsen afgrænsningsproblemer i forhold til markedsføring på eksempelvis internettet.

Det er endvidere et problem, at de frivillige retningslinjer i vidt omfang er begrænset til børnesendeflader, når 85% af de reklamer, børn ser, ligger uden for denne sendeflade.

Hjerteforeningen mener derfor, at der ikke skal være adgang til at reklamere for usunde fødevarer i tidsrummet fra kl. 6.00 til kl. 21.00 i tv- og radioudsendelser. Der skal endvidere ikke være adgang til at reklamere for usunde fødevarer i internet- og mobiltelefonudsendelser og lignende.

Når der ses bort fra Bryggeriforeningen, der har oprettet et klagenævn, Læskedrikreklamenævnet, er der ingen kontrol med overholdelsen af de frivillige retningslinjer, ligesom overtrædelser ikke sanktioneres. Læskedrikreklamenævnet kan udtale kritik af overtrædelser, ligesom alle afgørelser offentliggøres på nævnets hjemmeside. Nævnet har kun eksisteret i kort tid, og det er for tidligt at vurdere, om det fungerer efter hensigten.

Rygning, fysisk inaktivitet og usund kost og overvægt bidrager alle væsentligt til antallet af hospitalsindlæggelser for hjertekarsygdom. Personer med kort uddannelse har ekstra indlæggelser på grund af hjertekarsygdom. Halvdelen af disse ekstra indlæggelser kan tilskrives rygning, fysisk inaktivitet og overvægt i denne socialgruppe.

En indsats mod rygning, fysisk inaktivitet og usund kost/overvægt vil kunne reducere de sociale forskelle i forekomsten af hjertekarsygdomme væsentligt og dermed reducere den samlede forekomst af hjertekarsygdomme markant.

6.1 RYGNING

Rygning er den livsstilsfaktor, der har størst negativ indflydelse på danskernes sundhed, og rygning er en af de vigtigste årsager til hjertekarsygdomme. Omkring 23% af alle hjertekarsygdomme i Danmark er forårsaget af rygning.

Andelen af dagligrygere er faldet jævnt i de seneste årtier, til 24% i 2007, men der bliver flere og flere storrygere. I 2007 var 59% af alle rygere storrygere¹⁹. Samtidig er det personer i de socialt dårligst stillede grupper, der ryger mest.

I 2000 var knap 25% af alle dødsfald relateret til rygning. Set i forhold til middellevetiden betyder dødsfaldene et tab på 3,5 år i mænds middellevetid og 3 år i kvinders middellevetid²⁰.

Rygning medfører godt 22.000 ekstra indlæggelser for hjertekarsygdom om året. Blandt mænd kan godt 18% af alle indlæggelser grundet hjertekarsygdomme relateres til rygning. Blandt kvinder er andelen 15%. Den øgede risiko for indlæggelse med hjertekarsygdomme på grund af rygning reduceres kun marginalt, når der tages højde for fysisk inaktivitet og overvægt.

Det er veldokumenteret, at rygning har store sundhedsmæssige konsekvenser, og på grund af de klare sundhedsmæssige gevinster ved rygestop er stort set alle interventioner mod rygning omkostningseffektive. Omkostningseffektivitets-ratioerne stiger, jo mere intensive interventionerne er. Interventioner mod rygning er blandt de mest omkostningseffektive former for forebyggelse²¹.

Et amerikansk studie konkluderer, at et omfattende rygeforbud udgør en simpel og effektiv intervention til fremme af folkesundheden²². Det understøttes af andre erfaringer fra blandt andet USA, Italien, Irland og Skotland, der viser, at et rygeforbud medfører betydelige fald i antallet af indlæggelser med blodprop i hjertet og dermed medfører store besparelser i sundhedsvæsenet – også på kort sigt²³. Der må forventes lignende resultater i Danmark. Det er her vigtigt, at Sundhedsstyrelsen påtager sig ansvaret for at følge udviklingen.

¹⁹ TNS Gallup: Monitorering af danskernes rygevaner, 2007. TNS Gallup for Sundhedsstyrelsen, Danmarks Lungeforening, Kræftens Bekæmpelse og Hjertereforening 2007.

²⁰ Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F.: Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2007:221

²¹ Højgaard B, Sørensen J, Søgaard J.: Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne – dokumentation af effekt og omkostningseffektivitet. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen 2006.

²² Juster HR, Loomis BR, Hinman TM, Farrelly MC, Hyland A, Bauer UE, et al.: Declines in Hospital Admissions for Acute Myocardial Infarction in New York State After Implementation of a Comprehensive Smoking Ban. Am J Public Health 2007 Nov;97(11):2035-9

²³ Smed S, Jensen JD, Denver S.: Socio-economic characteristics and the effect of taxation as a health policy instrument. Food Policy 2007;32(5-6):624-39.

6.1.1 Rygeforbud

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR, AT DER INDFØRES ET FULDSTÆNDIGT FORBUD MOD RYGNING I ALLE LUKKEDE LOKALER MED OFFENTLIG ADGANG, OG AT RESULTATERNE OVERVÅGES

Det er veldokumenteret, at rygning og tobaksrøg øger risikoen for blodprop i hjertet hos både rygere og hos dem, der er udsat for passiv rygning. I de senere år er der flere steder i verden indført forskellige former for rygeforbud for at skabe røgfri omgivelser.

Staten New York i USA indførte i juli 2003 en lov om rygeforbud på alle arbejdspladser inkl. restauranter og barer. Inden da havde der været forskellige lokale, mindre restriktive tiltag for at undgå passiv rygning. Et stort studie fra 2007 viser, at det nationale rygeforbud reducerede antallet af indlæggelser med blodprop i hjertet med 8% i året efter, at loven var trådt i kraft. Det svarer til ca. 3.800 færre indlæggelser i 2004 og en estimeret besparelse på \$56 mio. i 2004 (1998 dollars)²⁴.

I januar 2005 forbød den italienske regering rygning indendørs alle offentlige steder. En undersøgelse fra 2006 viser, at antallet af indlæggelser med blodprop i hjertet faldt 11%²⁵. Samtidig skete der et fald i salget af cigaretter, og forekomsten af rygere faldt 7,3% i perioden 2004-2006^{26,27}. Senest er der opnået en reduktion på 11% i tilfælde af akut iskæmisk hjertesygdom i Irland.

Et nationalt rygeforbud forventes således at medføre et fald i antallet af indlæggelser med blodprop i hjertet på 10%. Det kan i Danmark forventes at føre til ca. 1.200 færre indlæggelser med blodprop i hjertet om året, svarende til en besparelse i størrelsesordenen 73 mio. kr. om året.

Hvis det danske rygeforbud også får effekt på antallet af rygere og forbruget hos den enkelte ryger, kan der forventes yderligere besparelser i sundhedsvæsenet.

Et nationalt rygeforbud i Danmark vil altså kunne

- reducere antallet af indlæggelser med blodprop i hjertet med 10% svarende til ca. 1.200 færre indlæggelser
- spare sundhedsvæsenet for omkring 73 mio. kr. om året
- have effekt inden for det første år

6.1.2 Højere tobakspriser

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR, AT DER INDFØRES ØGEDE AFGIFTER PÅ TOBAK SVARENDE TIL EN PRISSTIGNING PÅ 50%

²⁴ Juster HR, Loomis BR, Hinman TM, Farrelly MC, Hyland A, Bauer UE, et al.: Declines in Hospital Admissions for Acute Myocardial Infarction in New York State After Implementation of a Comprehensive Smoking Ban. *Am J Public Health* 2007 Nov;97(11):2035-9

²⁵ Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L.: Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *European Heart Journal* 2006;27(20):2468-72.

²⁶ Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, et al.: Effects of new smoking regulations in Italy. *European Society for Medical Oncology*; 2006 17:346-7.

²⁷ Gorini G, Chellini E, Galeone D.: What happened in Italy? A brief summary of studies conducted in Italy to evaluate the impact of the smoking ban. *European Society for Medical Oncology* 2007;18:1620-2.

De danske cigaretpriser hører til de laveste i Europa. Ni europæiske lande har højere cigaretpriser end Danmark. Det gælder for eksempel Norge, hvor prisen på en pakke cigaretter er dobbelt så høj som i Danmark.

Der er en klar sammenhæng mellem pris og forbrug af tobak: forbruget falder ved stigende priser, og forbruget stiger ved faldende priser²⁸.

Hjerteforeningen har beregnet, hvor mange rygere i de enkelte aldersgrupper, der kan forventes at holde op med at ryge ved henholdsvis 10%, 25% og 50% højere cigaretpriser.

²⁸ Zwisler A-D, Nissen NK, Madsen M, DANREHAB-gruppen.: Hjerterehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. Evidens fra litteraturen og DANREHAB-forsøget. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering 2006.

TABEL 1

Andel rygere, antal rygere, anvendt forekomst og ændring i antal rygere i forskellige aldersgrupper som følge af en prisstigning på henholdsvis 10%, 25% og 50%

Alder	Andel rygere	Befolkning	Antal rygere	Anvendt forekomst	Ændring i antal rygere ved en prisstigning på		
					10 %	25 %	50 %
0-14	?	1.014.153					
15-19	14,3	322.821	46.163	-1,01	-4.659	-11.648	-23.296
20-29	23,3	620.077	144.478	-0,21	-3.101	-7.752	-15.504
30-39	23,4	767.594	179.617	-0,01	-180	-449	-898
40-49	26,6	798.288	212.345	-0,01	-212	-531	-1.062
50-59	29,8	727.239	216.717	-0,01	-217	-542	-1.084
60-69	25,7	616.932	158.552	-0,01	-159	-396	-793
70+	21,6	579.980	125.276	-0,01	-125	-313	-626

Priselasticiteten for tobak, som angiver, hvor meget forbruget ændrer sig procentuelt ved en stigning i prisen på 1%, ligger i størrelsesordenen - 0,4 til - 0,5²⁹. Det betyder, at forbruget reduceres med 4-5%, når prisen stiger med bare 10%, og det er især de unge op til ca. 30 år, som er følsomme over for prisstigninger. Undersøgelser viser også, at prisen er vigtigt, når det gælder om at få unge under 18 år til at lade være med at begynde at ryge eller at holde op med at ryge.

De socialt svagere grupper reagerer mindre på information om rygningens sundhedsskadelige virkning end de socialt stærkere grupper. Det betyder, at en prisregulering påvirker lavindkomstgrupperne, som ikke påvirkes ret meget af informationskampagner, mens forbruget i grupper med høj indkomst påvirkes mere af information end pris.

Hjerteforeningen har desuden beregnet de forventede besparelser på sundhedsområdet og i produktionen ved øgning af tobaksafgifterne. Ved en prisstigning på to-

TABEL 1
Kilde: Kilsmark, J, Würgler MW.: Forebyggelse af hjertekarsygdomme. Hvilke interventioner er omkostningseffektive – og hvor får man mest for pengene. København: Dansk Sundhedsinstitut 2008:17

²⁹Kilsmark, J, Würgler MW.: Forebyggelse af hjertekarsygdomme. Hvilke interventioner er omkostningseffektive – og hvor får man mest for pengene. København: Dansk Sundhedsinstitut 2008:17

bak på 10% vil der kunne spares i størrelsesordenen 335 mio. kr. i direkte udgifter i sundhedsvæsenet og 574 mio. kr. i produktionsgevinst.

TABEL 2

Forventede besparelser i totale livstidssundhedsudgifter ved en prisstigning på tobak på henholdsvis 10%, 25% og 50%

Mio. kr.	10% stigning	25% stigning	50% stigning
Direkte udgifter	335	837	1.674
Produktionsgevinst	574	1.434	2.868
Total	909	2.271	4.541

Beregningen er konservativ, og der er anvendt den forventede besparelse i livstidssundhedsomkostninger, når en "småryger" holder op med at ryge. Anvendes i stedet et gennemsnit for "små"-, "mellem"- og "storrygere", vil de forventede besparelser være endnu højere.

Beregningen omfatter omkostninger til behandling på sygehusene, konsultationer hos alment praktiserende læger og fysioterapeuter samt medicinforbrug, men ikke kommunale plejeudgifter. Den reelle samlede samfundsmæssige besparelse må derfor antages at være væsentlig højere.

De sundhedsmæssige og økonomiske perspektiver rækker langt ud i fremtiden. Der er nemlig grund til at antage, at en stigning i tobaksprisen også vil afholde flere unge under 30 år i de kommende generationer fra at begynde at ryge.

Hjerteforeningen har derfor også beregnet de fremtidige økonomiske besparelser. En stigning i tobaksprisen på blot 10% forventes at føre til en besparelse i størrelsesorden 243 mio. kr. i direkte udgifter og 467 mio. kr. i produktionsgevinst.

TABEL 2

Kilde: Kilsmark, J, Würglers MW.: Forebyggelse af hjertekarsygdomme. Hvilke interventioner er omkostningseffektive – og hvor får man mest for pengene. København: Dansk Sundhedsinstitut 2008:17

TABEL 3

Forventede besparelser i totale livstidssundhedsudgifter, hvis andelen af kommende generationer af aldrig-rygere stiger svarer til andelen, der holder op med at ryge på grund af en prisstigning på tobak

Mio. kr.	10% stigning	25% stigning	50% stigning
Direkte udgifter	243	609	1.217
Produktionsgevinst	467	1.167	2.334
Total	710	1.776	3.551

TABEL 3

Kilde: Kilsmark, J, Würglers MW.: Forebyggelse af hjertekarsygdomme. Hvilke interventioner er omkostningseffektive – og hvor får man mest for pengene. København: Dansk Sundhedsinstitut 2008:18

Hvis kun halvt så mange lader være med at begynde at ryge på grund af en prisstigning på 10%, vil det kunne forventes at medføre en besparelse i størrelsesorden 122 mio. kr. i direkte udgifter og 234 mio. kr. i produktionsgevinst.

TABEL 4

Forventede besparelser i totale livstidssundhedsudgifter, hvis andelen af aldrig-rygere i kommende generationer stiger svarende til halvdelen af den andel, der holder op med at ryge ved en prisstigning på tobak på hhv. 10%, 25% og 50%

Mio. kr.	10% stigning	25% stigning	50% stigning
Direkte udgifter	122	305	609
Produktionsgevinst	234	584	1.169
Total	356	889	1.778

I forbindelse med en afgiftsstigning må der tages højde for en eventuel effekt af øget grænsehandel og/eller indsmugling af cigaretter. Det skyldes, at der er en grænse for, hvor meget tobaksafgifterne kan sættes op, uden at dette vil medføre en (så stor) stigning i grænse- og illegal handel, at tobaksforbruget ikke falder.

Ser man på Norge, hvor tobakspriserne er markant højere end i Danmark, var cigaret- og rulletobaksforbruget i 2002 sammensat af 71% registreret salg i Norge, 27% købt i Sverige, Danmark og udlandet og 2% organiseret smugling³⁰.

De høje tobakspriser til trods køber norske rygere altså i stor udstrækning fortsat deres tobak nationalt og legalt. Beregninger viser da også, at den norske stats provenu stiger som følge af de øgede priser³¹.

Når det gælder det illegale salg, må det forventes, at regeringen lever op til sine nationale og internationale forpligtelser og griber effektivt ind over for smugling og illegal tobakshandel, jvf. således også WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC). Kriminelle skal ikke kunne sætte en dagsorden for den danske sundhedspolitik.

6.2 FYSISK AKTIVITET

Det er veldokumenteret, at fysisk aktivitet har stor betydning for udvikling af hjertekarsygdom, såvel som en række andre sygdomme, for eksempel forskellige kræftformer. Der er mulighed for store gevinster, hvis befolkningen bliver mere fysisk aktiv og fastholder et øget aktivitetsniveau. Fremme af fysisk aktivitet er derfor blevet kaldt "public health's best buy"³².

TABEL 4

Kilde: Kilsmark, J, Würgeler MW.: Forebyggelse af hjertekarsygdomme. Hvilke interventioner er omkostningseffektive – og hvor får man mest for pengene. København: Dansk Sundhedsinstitut 2008:18

³⁰ Finansdepartementet, NOU Norges offentlige utredninger 2003:17, Særavgifter og grænsehandel, side 72

³¹ Finansdepartementet, NOU Norges offentlige utredninger 2003:17, Særavgifter og grænsehandel, side 95

³² Hagberg L.: Cost-effectiveness of the promotion of physical activity in health care. Umeå: Umeå University, Department of Public Health and Clinical Medicine 2007

Regelmæssig fysisk aktivitet reducerer risikoen for hjertekarsygdomme^{33 34 35}. Mindst hvert fjerde hjertetilfælde skyldes manglende fysisk aktivitet. Blot 30 minutters daglig aktivitet mindsker risikoen for hjertekarsygdomme med 30%, mens 60 minutters fysisk aktivitet hver dag giver en næsten dobbelt så stor risikoreduktion³⁶.

Inaktive og moderat fysisk aktive har næsten 20.000 flere indlæggelser om året på grund af hjertekarsygdom end de mest fysisk aktive.

Blandt mænd er 15% af alle indlæggelser på grund af hjertekarsygdom relateret til fysisk inaktivitet. Blandt kvinder er andelen knap 14%.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle voksne er fysisk aktive mindst 30 minutter dagligt ved moderat intensitet³⁷. Danskerne bliver generelt mere og mere aktive, men der er sket en polarisering, hvor de aktive bliver mere aktive, mens de inaktive forbliver inaktive. Samtidig er der stor social ulighed i fysisk aktivitet, hvor de højeste socialgrupper er mest fysisk aktive³⁸. Siden 1987 er større dele af befolkningen blevet moderat eller meget fysisk aktive, og i samme periode er andelen med stillesiddende fritidsaktiviteter faldet fra 21% til 13%. Samtidig har flere og flere 25-66-årige fået stillesiddende arbejde – omkring 40% af de erhvervsaktive havde stillesiddende arbejde i 2005³⁹.

Fysisk aktivitet i fritiden er omvendt associeret med dødelighed hos både mænd og kvinder i alle aldersgrupper⁴⁰. Moderat fysisk aktivitet i fritiden giver mindre risiko for død, og deltagelse i sport giver endnu mindre risiko. Risikoen for død var 30% lavere hos personer, som cyklede til arbejde, end hos dem, der ikke cyklede til arbejde, når der var taget højde for alder, køn og uddannelsesniveau.

En 25-årig, der er – og vedbliver at være – fysisk aktiv, kan forvente 5-6 års længere restlevetid og 8-10 års flere leveår uden sygdom end en 25-årig, der er og vedbliver at være fysisk inaktiv. 20-79-årige, der er fysisk aktive i 2-4 timer om ugen, lever 3-5 år længere end dem, der er aktive under to timer⁴¹.

En dansk undersøgelse har belyst de potentielle helbreds-mæssige gevinster ved, at en del af den inaktive voksne befolkning bliver mere fysisk aktive i fritiden⁴². Undersøgelsen viste, at hvis en fysisk inaktiv person på 30 år ændrer adfærd til at forblive moderat fysisk aktiv resten af livet, kan denne person forvente 2,8 ekstra leveår, hvis det er en mand og 4,6 år, hvis det er en kvinde. Hvis personen bliver meget fysisk aktiv, kan der forventes en længere levetid på 7,8 år og 7,3 år for henholdsvis mænd og kvinder.

Hvis en fysisk inaktiv person bliver moderat fysisk aktiv, kan der forventes 2,4 år og 2,7 år mere uden sygdom for henholdsvis mænd og kvinder end den fortsat inaktive person.

Hvis den fysisk inaktive person bliver meget fysisk aktiv, kan der forventes 4,0 og 4,8 færre år med sygdom for henholdsvis mænd og kvinder⁴³.

³³ Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F.: Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2007

³⁴ Sundhedsstyrelsen: Fysisk aktivitet og sundhed: En litteraturgennemgang. København: Sundhedsstyrelsen 2001

³⁵ Sørensen J, Horsted C, Andersen LB.: Modelling af potentielle sundhedsøkonomiske konsekvenser ved øget fysisk aktivitet i den voksne befolkning. Odense: Syddansk Universitet, CAST - Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering 2005

³⁶ Astrup A, Andersen NL, Stender S, Trolle E.: Kostrådene 2005. København: Ernæringsrådet og Danmarks Fødevareforskning 2005

³⁷ Pedersen BK, Saltin B.: Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Center for forebyggelse, Sundhedsstyrelsen 2003:105

³⁸ Andersen LB, Schnohr P, Schroll M, Hein HO.: All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports and cycling to work. Arch Intern Med 2000;160:1621-8.

³⁹ Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F.: Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2007

⁴⁰ Sundhedsstyrelsen: Fysisk aktivitet og sundhed: En litteraturgennemgang. København: Sundhedsstyrelsen 2001

⁴¹ Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F.: Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007

⁴² Juel Knud: Risikofaktorer for indlæggelse med hjertekarsygdom. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Hjerteforeningen 2008.

6.2.1 Store økonomiske gevinster ved øget fysisk aktivitet

Hjerteforeningen har beregnet de økonomiske gevinster for samfundet ved øget fysisk aktivitet i befolkningen. Og der er store gevinster ved at gøre fysisk inaktive aktive. For den enkelte i form af flere leveår og flere år uden sygdom – og for samfundet i form af sparede udgifter i sundhedsvæsenet og samfundsmæssig produktionsgevinst ved mindre fravær fra arbejdsmarkedet

De samfundsmæssige produktionsgevinster ved at gøre en fysisk inaktiv person moderat fysisk aktiv er ca. 9-15.000 kr. ved friktionsmetoden og 65-78.000 kr. ved human kapitalmetoden ved en årlig diskontering på 5% (2002-prisniveau)⁴⁴.

Sundhedsvæsenet kan opnå en nettobesparelse på 18-24.000 kr. for hver inaktiv 30-årig, som bliver moderat fysisk aktiv.

Hvis 10% af den fysisk inaktive befolkning bliver moderat fysisk aktive, opnås en gevinst på ca. en kvart million leveår for den 30-79-årige befolkning og godt 200.000 år uden sygdom. Den samfundsmæssige produktionsværdi efter human kapitalmetoden er ca. 6 mia. nutidskroner. Sundhedsvæsenet vil kunne opnå en nettobesparelse på godt 2 mia. nutidskroner.

Hvis mere end halvdelen af de fysisk inaktive bliver mere fysisk aktive, svarende til, at ca. en halv million danskere bliver mere fysisk aktive, vindes der ca. 2 mio. ekstra leveår og 1,4 mio. ekstra år uden sygdom. Den samfundsmæssige produktionsgevinst vil være 47 mia. nutidskroner og sundhedsvæsenets nettobesparelse ca. 14 mia. nutidskroner.

6.2.2 Infrastruktur, som fremmer fysisk aktivitet

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR EN UDBYGNING AF SIKRE CYKEL- OG STISYSTEMER I HELE LANDET, HERUNDER BILFRI ZONER OMKRING SKOLER I SKOLETIDEN

Omgivelserne har stor betydning for befolkningens fysiske aktivitetsniveau. Når der oprettes tilgængelige og sikre stisystemer, benyttes de til mere daglig fysisk aktivitet. Stierne påvirker aktivitetsniveauet hos allerede fysiske aktive mennesker og hos fysisk inaktive personer. Man opnår den største sundhedsgevinst, når inaktive personer bliver let fysisk aktive. Det er vist, at tidligere fysisk inaktive personer rapporterer, at de ikke ville være begyndt på en mere aktiv hverdag uden nye stier⁴⁵.

Projektet "Odense – Danmarks nationale cykelby" bevirkede, at daglige bilister blev til daglige cyklister. Odense oplevede i projektperioden en fremgang i cyklisme på 20%. Stigningen i antallet af cyklister i Odense fortsatte efter projektets afslutning

⁴³ Sørensen J, Horsted C, Andersen LB: Modelling af potentielle sundhedsøkonomiske konsekvenser ved øget fysisk aktivitet i den voksne befolkning. Odense: Syddansk Universitet, CAST - Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering 2005: 1-2

⁴⁴ Det drejer sig ikke kun om de potentielle gevinster i forhold til hjertekarsygdomme, men i forhold til alle sygdomme.

⁴⁵ Kilsmark, J, Würzler MW: Forebyggelse af hjertekarsygdomme. Hvilke interventioner er omkostningseffektive – og hvor får man mest for pengene. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2008:20

trods en nedgang i cyklisme på landsplan i samme periode. Evalueringen af projektet viste en besparelse på 33 mio. kr. i sundhedsudgifter – projektkostningerne var på 20 mio. kr.

Sikker infrastruktur omkring skoler har betydning for, om forældre lader deres børn cykle til skole. Stisystemerne i projektet i Odense bidrog til en 20% reduktion i trafikuheld med cyklister involveret trods et større antal cyklister i byen⁴⁶.

Hjerteforeningen anbefaler en særlig indsats med stisystemer i områder omkring skoler, i kombination med bilfri zoner i de tidsrum, hvor skolebørn skal til og fra skole. Udbyggede stisystemer suppleret med oplysningskampagner vil kunne bidrage til at fremme det fysiske aktivitetsniveau hos både børn, voksne og ældre, også blandt de fysisk inaktive.

6.2.3 Samarbejde med patientforeninger og frivillige organisationer om øget fysisk aktivitet

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR OPRETTELSE AF KOMMUNALE PULJER, SOM KAN SØGES TIL AT OPRETTE MOTIONSTILBUD TIL MOTIONSUVANTE GRUPPER

Patientforeninger som for eksempel Hjerteforeningen kan bidrage til at udbrede fysisk aktivitet. Foreningerne har mange medlemmer – over 100.000 for Hjerteforeningens vedkommende – og er velkendte i den danske befolkning. Befolkningen lytter til foreningernes motionsbudskaber via hjemmesider og nyhedsbreve, sundhedssamtaler og motionsvejledning. Mange privatpersoner opsøger for eksempel Hjerteforeningens landsdækkende rådgivningscentre og får foretaget konditionstest, får motionsvejledning, deltager i regulær træning mm.

Hjerteforeningen er organiseret med frivillige i hele landet. De frivillige driver motionsklubber og får i løbet af året flere tusinde danskere til at bevæge sig regelmæssigt. Aktiviteterne omfatter for eksempel stavgang, gåture, løb og gymnastik. De frivillige formidler træningsprogrammer og træningstips til raske såvel som syge. Tips og programmer er udviklet af kompetente fagfolk med stor viden om træning til syge og forebyggelse blandt raske.

Patientforeningerne hjælper 'nye motionister' til at finde sammen i sociale netværk med mulighed for vejledning om den fysiske aktivitet. Fastholdelse af en fysisk aktiv livsstil er en af de helt store udfordringer i forebyggelsen. Patientforeningerne kan blive en stor ressource, hvis der tilføres ressourcer specifikt til denne type aktiviteter.

Patientforeningerne er også efterspurgt af virksomheder, som i stigende grad ønsker at medvirke til en sundere livsstil blandt medarbejderne, ikke mindst et højere fysisk aktivitetsniveau.

⁴⁶Cavill N, Davis A: Cycling & Health. What's the evidence? Cycling England 2007:34

6.3 KOST

Danskernes kost er forbedret i de senere år. Danskerne spiser samlet set mere frugt og grønt og mindre fedt. Men der er stadig et stykke vej, før alle følger kostrådene. 22% af voksne danskere lever op til anbefalingerne for fedt i kosten, mens 12% lever op til anbefalingerne for frugt og grønt⁴⁷. Samtidig er der stor variation i forskellige grupper i befolkningen. Personer i de højere socialgrupper efterlever i højere grad kostrådene end personer i de lavere socialgrupper⁴⁸.

Omkring 2.000 danskere om året ville undgå at dø af en blodprop i hjertet, svarende til 15% af alle hjertedødsfald, hvis kostrådene om fedt blev fulgt (højst 30% af den samlede energitilførsel fra fedt, heraf højst 10% fra mættet fedt)⁴⁹

Hvis "ikke-fiskespisende" danskere med forhøjet risiko for hjertekarsygdom begynder at spise fisk, kan der forebygges ca. 2.000 dødsfald om året, svarende til 25% af dødsfaldene pga. blodprop i hjertet i denne risikogrube⁵⁰.

Sundere madvaner ville også begrænse den stigende overvægt, der er skyld i stadig flere tilfælde af hjertekarsygdom. Overvægtige har knap 18.000 ekstra indlæggelser om året – dobbelt så mange blandt mænd som blandt kvinder. I alt 15% af alle indlæggelser på grund af hjertekarsygdom blandt mænd kan relateres til overvægt. Andelen blandt kvinder er 10%.

Effekten af overvægt på forekomsten af hjertekarsygdom formindskes lidt, når der tages højde for rygning og fysisk aktivitetsniveau.

6.3.1 Økonomiske gevinster ved bedre kost

Produktionstab ved usund kost kan opgøres til 786,7 mio. kr. opgjort ved human kapital-metoden og 30,4 mio. kr. opgjort ved friktionsmetoden⁵¹. Hvis det antages, at ændringer i kosten resulterer i en reduktion i risikoen for hjertekarsygdomme på 3,9%, vil det betyde en besparelse på 253,1 mio. kr. i udgifter til medicin og sygehus-indlæggelser. Dertil kommer en produktionsgevinst på 30,5 mio. kr. opgjort ved human kapitalmetoden. Hertil kommer yderligere besparelser i form af sparede pleje-udgifter og sygedagpenge samt besparelser ved mindre forekomst af andre sygdomme, hvor øget indtag af frugt og grønt og mindre indtag af fedt også har betydning.

⁴⁷ Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F: Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2007

⁴⁸ Smed S, Jensen JD, Denver S.: Socio-economic characteristics and the effect of taxation as a health policy instrument. Food Policy 2007;32(5-6):624-39.

⁴⁹ Astrup A, Andersen NL, Stender S, Trolle E.: Kost-rådene 2005. København: Ernæringsrådet og Danmarks Fødevareforskning 2005

⁵⁰ Astrup A, Andersen NL, Stender S, Trolle E.: Kost-rådene 2005. København: Ernæringsrådet og Danmarks Fødevareforskning 2005

⁵¹ Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H.: Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed 2006: 201-202

6.3.2 Mærkning af fødevarer

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR, AT

- der indføres obligatorisk trafiklysmærkning på forsiden af fødevareemballagen
- der indføres en obligatorisk, standardiseret næringsdeklaration med mærkning pr. 100 g/100 ml på fødevareemballagens bagside
- GDA-mærkning (Guideline Daily Amount) udgår

En grundlæggende forudsætning for at forbrugerne har mulighed for at forholde sig til, om de bør spise lidt eller meget af en fødevare, er korrekt og umiddelbart forståelig information om næringsindholdet.

EU-Kommissionen har i januar 2008 fremsat forslag til forordning om fødevareinformation til forbrugerne. Kommissionen foreslår, at næringsdeklarationen som udgangspunkt anføres pr. 100 g/100 ml, og at den kan suppleres med oplysninger om indholdet pr. portion, hvis det klart fremgår, hvor mange portioner produktet indeholder.

Med forslaget indføres endvidere et nyt koncept for angivelse af næringsstofindhold. Varens indhold (pr. 100 g/ml eller pr. portion) af energi og visse næringsstoffer skal angives i forhold til et fastsat referenceindtag, der henviser til et vejledende dagligt indtag – den såkaldte GDA-mærkning (Guideline Daily Amount). Tanken er at vise, hvor meget den pågældende fødevare giver forbrugeren af energi, fedt, sukker, salt osv. i forhold til et samlet indtag af mad og drikke på én dag (referenceindtaget).

Hjerteforeningen er enig i, at næringsdeklarationerne skal angives pr. 100 g/100 ml, men er særdeles kritisk over for GDA-mærkning. GDA-mærket, der er udviklet af den europæiske fødevarerindustriorganisation Confederation of European Food and Drink Industries (CIAA), vil i mange tilfælde være vildledende. Det skyldes, at mærket er baseret på to værdier, der varierer meget fra person til person, nemlig portionsstørrelse og dagligt behov eller maksimalt dagligt indtag. Samtidig er erfaringerne med GDA-mærkning i Storbritannien, hvor GDA-mærket allerede i dag er udbredt, at de færreste forbrugere forstår mærket⁵².

Også i Danmark er erfaringerne negative. Industrien har for eksempel valgt at fastsætte det vejledende daglige indtag for sukker til 90 g/dag, hvor de danske officielle anbefalinger er højst 55 g/dag for voksne og højst 30-65 g/dag for børn, afhængigt af alderen. Den store forskel opstår blandt andet fordi industrien medregner det naturlige sukker, man får fra blandt andet frugt og mælkeprodukter. Det betyder, at GDA for sukker i den enkelte vare bliver angivet til at indeholde mindre sukker, end

⁵² Se f.eks. Lobstein T, Landon J & Lincoln P.: Misconceptions and Misinformation: The problems with Guideline Daily Amount (GDAs) . A Review of GDA and Their Use for Signaling Nutritional Information on Food and Drink Labels. London: National Heart Forum 2007

varen reelt indeholder. GDA er dermed misvisende i forhold til det reelle indtag af sukker. Hertil kommer, at producenterne i vidt omfang forudsætter urealistisk lave portionsstørrelser og dermed yderligere angiver et urealistisk lavt indhold af sukker i den enkelte vare. Det gælder for eksempel Coca-Cola, der fastsætter en portion til en halv flaske (250 ml), hvor de fleste drikker en hel flaske på 500 ml.

Når usikkerheden på portionsstørrelser kombineres med usikkerheden på referencindtaget, kan det reelle indtag af sukker være op til fire gange så stort som beregnet ud fra varens mærkninger. Der er således ikke tvivl om, at denne kombination af mærkninger (GDA baseret på fastsættelse af anbefalet højst sukkerindtag samt (urealistisk lille) portionsstørrelse) i mange tilfælde er mere vildledende end vejledende.

Hjerteforeningen anbefaler i stedet, at man som supplement til en obligatorisk standardiseret næringsdeklaration, hvor indholdet af næringsstoffer angives pr. 100 g/100 ml, benytter den såkaldte trafiklyskode.

Trafiklyskoden giver med farverne rød, gul og grøn forbrugeren et hurtigt signal om indholdet af fedt, transfedt, sukker og salt i en fødevarer. Rød indikerer, at en fødevarer har et højt indhold af eksempelvis sukker, gul at sukkerindholdet er medium, og grøn at sukkerindholdet er lavt.

Trafiklyskoden gør det muligt for forbrugeren hurtigt at afgøre, om der bør spises meget eller lidt af en vare. På bagsiden af indpakningen skal der være den obligatoriske standardiserede næringsdeklaration, hvor indholdet af næringsstoffer angives pr. 100 g/100 ml.

Undersøgelser foretaget af UK Food Standard Agency (FSA)⁵³, BEUC⁵⁴, National Heart Forum⁵⁵ og forbrugerorganisationen Which⁵⁶, viser, at trafiklyskoden er langt lettere for forbrugeren at forstå end GDA-mærkning.

6.3.3 Differentierede afgifter på fødevarer

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR, AT DER INDFØRES DIFFERENTIEREDE AFGIFTER PÅ FØDEVARER: SUNDE FØDEVARER SKAL KOSTE MINDRE, USUNDE FØDEVARER SKAL KOSTE MERE

Differentierede afgifter på fødevarer er en måde at påvirke folk til at vælge en sundere kost og forbedre befolkningens ernæringstilstand.

Prisen på mælk er et eksempel på, at prisen tidligere har haft stor effekt på forbruget. Mælk var indtil 1984 subsidieret på en måde, der favoriserede mælk med højt fedtindhold. Da ordningen ophørte, steg prisen på sødmælk med 25%, mens prisen på let- og skummetmælk steg med hhv. 10 og 5%. Dette havde store konsekvenser for

⁵³ Food Standards Agency: Signpost Labelling Research Summary. Food Standards Agency; 2006. (<http://www.food.gov.uk/foodlabelling/signposting/signpostlabel-research>)

⁵⁴ The European Consumers' Organisation: Discussion Group on Simplified Labelling: Final Report. Simpler labelling for healthier choices. Bureau European des Unions de Consommateurs (BEUC) 2006

⁵⁵ Lobstein T, Landon J, Lincoln P: A review of GDAs and their use for signalling nutritional information on food and drink labels. National Heart Forum 2007

⁵⁶ Which?: Healthy Signs? Campaign Report. London: Which? 2006

forbruget. Salg af sødmælk var 25% lavere i 1984 i forhold til 1983, mens salget af let- og skummetmælk steg med hhv. 27 og 18%. Det samlede mælkeforbrug faldt en smule, mens nedgangen i befolkningens indtag af fedt fra mælk var betragtelig⁵⁷.

Man kan benytte forskellige modeller for differentierede afgifter, som vil have forskellige indvirkninger på befolkningens indtag af frugt/grønt, fedt, sukker, fibre mm. Man kender effekten af afgiftsmodellerne på indtaget af de forskellige fødevarer/næringsstoffer og kan således beregne sundhedseffekten af en bestemt afgiftsmodel. En forøgelse af frugt/grøntindtaget på 100 gram pr. dag vil reducere risikoen for hjertekarsygdom med 4-10%. Der eksisterer tilsvarende viden om sammenhængen mellem indtag og sundhedseffekt for andre grupper af fødevarer og næringsstoffer.

Et gennemsnit af effekten af de kendte afgiftsmodeller vil øge befolkningens indtag af frugt/grønt med 7,4%, hvilket vil reducere risikoen for hjertekarsygdom med 1-2,5%. Det vil ligeledes reducere befolkningens indtag af fedt med 2,25%, hvilket giver en beregnet reduktion i risikoen for hjertekarsygdom på 0,8%. Flere sådanne beregninger eksisterer.

Med udgangspunkt i udgifterne til hjertekarsygdom på landsplan (6.525,5 mio. kr i 2004) kan man forvente en besparelse på 253,1 mio. kr. i udgifter til medicin og sygehusindlæggelser, hvis man indfører differentierede afgifter. Dertil kommer en produktionsgevinst på 30,5 mio. kr. plus besparelser til plejeudgifter, sygedagpenge mm.⁵⁸.

På baggrund af de positive erfaringer og beregninger anbefaler Hjerteforeningen indførelse af differentierede afgifter samt løbende målinger af effekten.

6.4 SUNDHEDSTJEK/HELBREDSSAMTALER

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR ETABLERING AF TILBUD OM HELBREDSSUNDERSØGELSER OG OPFØLGENDE HELBREDSSAMTALER TIL PERSONER I 30-50-ÅRS ALDEREN

Sundhedsprojekt Ebeltoft er en videnskabelig undersøgelse af effekt og konsekvenser af forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler til 30-49-årige i almen praksis. Personer med risiko for hjertekarsygdom fik relevant behandling og vejledning om livsstilsændring. Efter fem år var risikoen for hjertekarsygdom halveret for disse personer.

Som en del af projektet blev det undersøgt, om tilbuddet om helbredsundersøgelser og helbredssamtaler til i udgangspunktet raske, symptomfrie personer førte til unødvendig sygeliggørelse og ængstelse. Det var ikke tilfældet.

⁵⁷ Akademiet for de Tekniske Videnskaber: Økonomiske virkemidler i ernæringspolitikken - et brugbart værktøj i indsatsen mod fedme og dårlig ernæring? Lyngby: Akademiet for de Tekniske Videnskaber, ATV 2007

⁵⁸ Kilsmark, J, Würgler MW.: Forebyggelse af hjertekarsygdomme. Hvilke interventioner er omkostningseffektive - og hvor får man mest for pengene. København: Dansk Sundhedsinstitut 2008

⁵⁹ Rasmussen SR, Kilsmark J, Hvenegaard A, Thomsen JL, Engberg M, Lauritzen T, Søgaard J.: Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis. En sundhedsøkonomisk analyse af "Sundhedsprojekt Ebeltoft". Medicinsk Teknologivurdering - puljeprosjekter 2006 6(6). København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering 2006.

Den sundhedsøkonomiske analyse af Sundhedsprojekt Ebeltoft viser, at sundhedstjek i almen praksis efter denne model er omkostningsneutralt på længere sigt. Indledningsvis skal der ske en større investering, som imidlertid indhentes på længere sigt ved færre tilfælde af hjertekarsygdom med tilhørende udgifter til indlæggelser, medicin, tabte år på arbejdsmarkedet, år med sygdom og dertil hørende reduceret livskvalitet⁵⁹.

Sundhedsprojekt Ebeltoft viste altså, at

- forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler kan halvere risikoen for hjertekarsygdomme hos personer i risikogruppen⁶⁰
- tilbud om helbredsundersøgelser og helbredssamtaler til i udgangspunktet raske, symptomfri personer ikke fører til unødvendig sygeliggørelse og ængstelse⁶¹
- systematiske tilbud til de 30-49-årige om forebyggende helbredsundersøgelser og samtaler på længere sigt er omkostningsneutralt for sundhedsvæsenet⁶²

Med udgangspunkt i modellen for Sundhedsprojekt Ebeltoft vil der i den eksisterende struktur kunne igangsættes tilbud om helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis. Den efterfølgende støtte til individuel sundhedsfremme og forebyggelse kan ske i kommunale sundhedstilbud, der sigter på at ændre livsstil.

Tilbuddet skal gælde personer i 30-50-års alderen.

I Storbritannien har regeringen vedtaget, at alle personer i alderen 40-74 år skal tilbydes screening eller sundhedstjek for hjertekarsygdom, diabetes og nyresygdom hvert 5. år. Et pilotforsøg gennemføres i efteråret 2008, mens det landsdækkende program vil begynde i 2009. Ifølge regeringens egne beregninger vil indsatsen forebygge 9.500 hjerteanfald og blodpropper i hjernen og redde 2.000 liv årligt⁶³.

6.5 STRESS OG HJERTEKARSYGDOM

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR EN MÅLRETTET KOORDINERING OG OVERVÅGNING AF FORSKNINGEN I FOREBYGGELSE OG BEHANDLING AF STRESS

Langvarig og vedvarende stress skader helbredet. Der er dokumenteret overbevisende sammenhæng mellem langvarig stress og (iskæmisk) hjertekarsygdom. Denne sammenhæng har flere årsager.

For det første viser en række undersøgelser en sammenhæng mellem stress og risikoadfærd, der øger risikoen for hjertekarsygdom som for eksempel rygning, overforbrug af alkohol og usund kost. Når man føler sig stresset, er der således stor risiko for, at man har en sundhedsskadelig adfærd.

⁶⁰ Engberg M, Christensen B, Karlsmose B, Lous J, Lauritzen T.: Kan systematiske generelle helbredsundersøgelser og helbredssamtaler forbedre den kardiovaskulære risikoprofil i befolkningen? En randomiseret og kontrolleret undersøgelse i almen praksis med fem års opfølgning. Ugeskrift for Læger. 2002; 164/25: 3354-3360.

⁶¹ Larsen EL, Thomsen, JL, Lauritzen T, Engberg M.: Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis. En analyse af patientperspektivet med særligt fokus på Sundhedsprojekt Ebeltoft og andre randomiserede studier. Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2006; 6(7) København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering 2006.

⁶² Rasmussen SR, Kilsmark J, Hvenegaard A, Thomsen JL, Engberg M, Lauritzen T, Søgaard J.: Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis. En sundhedsøkonomisk analyse af "Sundhedsprojekt Ebeltoft". Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2006; 6(6). København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering 2006

⁶³ Department of Health: Vascular checks will prevent thousands of heart attacks and strokes: 2008 <http://nds.coi.gov.uk/environment/fullIDetail.asp?ReleaseID=364087&NewsAreaID=2&NavigatedFromDepartment=False>

For det andet kan vedvarende stress føre til forhøjet blodtryk, øget hjertefrekvens, øget koagulation og reduktion af insulinfølsomhed, som alle er risikofaktorer for hjertekarsygdom.

Stressbelastninger i arbejdet kombineret med manglende motion og uhensigtsmæssige kostvaner øger i alvorlig grad risikoen for hjertekarsygdom. Psykisk arbejdsbelastning giver hvert år anledning til 500.000 ekstra kontakter til almen praksis⁶⁴. Psykisk arbejdsbelastning er årsag til et tab i danskernes middellevetid på 6-7 måneder, en mio. sygefraværdsdage om året og ca. 855 mio. kr. i merforbrug i sundhedsvæsenet på årsbasis. En stor del af disse problemer skønnes at kunne relateres til hjertekarsygdom⁶⁵.

Men der mangler viden på stressområdet. Der er et stort behov for øget forskning i effektive forebyggelses- og behandlingsmetoder i forhold til både det individuelle og det organisatoriske niveau⁶⁶. Undersøgelser viser, at der på nuværende tidspunkt gennemføres masser af indsatser i Danmark, men at indsatserne i meget begrænset omfang er baseret på forskning. Der er ingen samlet overvågning af hverken indsatser eller forskning på området, som kan skabe viden om effektive forebyggelsesmetoder. En ny dansk undersøgelse påpeger behov for belysning af udbredelse, årsager, konsekvenser og mulig forebyggelse af stress i Danmark⁶⁷.

6.6 SUNDHEDSFREMME PÅ ARBEJDSPLADSEN

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR

- **skattefradrag til virksomheder for sundhedsfremmeydelser på arbejdspladsen**
- **ingen beskatning af medarbejdere for sundhedsfremmeydelser modtaget på arbejdspladsen**
- **målrettede støtteordninger for virksomheder med henblik på sundhedsfremme**

Arbejdspladsen udgør en vigtig arena for forebyggelse, fordi langt de fleste danskere tilbringer størstedelen af deres tid på arbejdspladsen. Sundhedspolitikken i de enkelte virksomheder spiller derfor en væsentlig rolle for medarbejdernes livsstil. Erfaringer og forskning viser, at sundhedsfremme på arbejdspladsen i form af tilbud om sundhedstjek, motionstilbud, rygestop, kostvejledning mm. kan nedsætte sygefraværet blandt medarbejderne og etablere en sund(ere) kultur⁶⁸. Formålet med disse tilbud er at gøre medarbejdere opmærksomme på tidlige symptomer på sygdomme og helbredsproblemer og ikke mindst forebyggelsesmulighederne⁶⁹.

I højere grad end tidligere mener danskerne, at det offentlige har et medansvar for den enkeltes sundhed. Grænserne mellem privat- og arbejdsliv er blevet mere flydende, og danskerne mener, at virksomheder bør have sundhedstiltag til med-

⁶⁴ Sundhedsstyrelsen: Langvarig stress. Aktuel viden og forslag til stress-forebyggelse – Rådgivning til almen praksis. København: Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen 2007

⁶⁵ Kristensen TS, Nielsen NR.: Stress i Danmark – hvad ved vi? København: Sundhedsstyrelsen 2007

⁶⁶ Kristensen TS, Nielsen NR.: Stress i Danmark – hvad ved vi? København: Sundhedsstyrelsen 2007

⁶⁷ Kristensen TS, Nielsen NR.: Stress i Danmark – hvad ved vi? København: Sundhedsstyrelsen 2007

⁶⁸ Arbejdsgivere bør tage ansvar for sundhed. Ritzau 02.08 2008

⁶⁹ En million til sunde medarbejdere. Børsen 10.04 2008

arbejderne⁷⁰. Virksomhederne kan være med til at sikre medarbejdernes trivsel, så de fungerer optimalt helbredsmæssigt og produktivt på arbejdspladsen og samtidig får redskaber til at agere hensigtsmæssigt i relation til livsstil og sundhed i fritiden.

Private virksomheder og offentlige institutioner og for eksempel patientforeninger kan samarbejde om at skabe disse muligheder på arbejdspladserne. Samarbejdet kan tage form af fradragsordninger eller tilskud til virksomheder, som investerer i sundhedsfremme for medarbejderne. Der skal gøres en særlig indsats for at gøre det attraktivt for de virksomheder, hvor de økonomiske midler er begrænsede, eller hvor kulturen ikke lægger op til sund livsstil. Det vil være oplagt at etablere et samarbejde mellem disse virksomheder og kommuner eller offentlige institutioner og støtte igangsættende projekter.

Et konkret eksempel på sundhedsfremme i virksomheder er et samarbejdsprojekt mellem Hjerteforeningen, Esbjerg Kommune og Arbejdsmiljørådet om konkrete initiativer, der fremmer samspillet mellem sundhedsfremme og arbejdsmiljø på udvalgte, lokale virksomheder i Esbjerg Kommune. Virksomhederne får støtte til planlægning, igangsætning og evaluering af sundhedsfremmende initiativer.

⁷⁰ Danskerne kræver mere sundhed på arbejdspladsen
Børsen 14.08 2007

HJERTEFORENINGENS FORESLÅR AT

- **der indføres grænseværdier for udledning af ultrafine partikler**
- **der skal ske begrænsninger i udledningen af ultrafine partikler, for eksempel ved indførelse af miljøzoner**

Der er en meget sandsynlig sammenhæng mellem antallet af ultrafine partikler i luften og forekomsten af hjertekarsygdom. Tysk forskning viser således, at folk bliver mere syge af hjertekarsygdomme, når forureningen med ultrafine partikler er høj.

Resultatet er baseret på tusindvis af alarmopkald til ambulancetjenesten i den tyske by Leipzig sammenholdt med målinger af antallet af ultrafine partikler i byen.

Leipzig har omkring 500.000 indbyggere og er uden nævneværdig industri. Derfor stammer partiklerne i luften over byen primært fra trafik. Forskningen indikerer, at en stigning på bare 1.000 ultrafine partikler pr. kubikcentimeter vil medføre en stigning på omkring 4,5% i antallet af alarmopkald om hjertekarsygdomme.

Den nye viden bør bruges til at indføre grænseværdier for, hvor mange ultrafine partikler der må være i luften. Danske myndigheder har hidtil afvist, at det kan lade sig gøre at indføre grænseværdier på grund af usikkerhed om målemetoderne. Men da forskningen viser, at de skadelige, ultrafine partikler i hovedsagen stammer fra trafikken, bør det undersøges nærmere, hvordan der kan fastsættes grænseværdier.

På trods af, at de skadelige partikler fra trafikens bilos er en alvorlig trussel mod menneskers sundhed, og at forskningen giver stadig større evidens for, at ultrafine partikler er endnu farligere end de større partikler, tøver de danske myndigheder med at anbefale en grænseværdi for de ultrafine partikler. Man har hidtil ment, at det ikke giver mening at definere en grænseværdi for de ultrafine partikler, da netop sammenhængen mellem antal partikler og sundhedsfare ikke var belyst tilstrækkeligt, men den nye tyske forskning dokumenterer denne sammenhæng.

Der er således behov for, at Miljøstyrelsen kommer med faglige anbefalinger om nye miljøregler og grænseværdier, når det gælder antallet af de ultrafine partikler. Der bør i den forbindelse tages udgangspunkt i, at selv om der måtte mangle viden om den præcise betydning af antallet af sådanne partikler, er deres skadevirkninger vel-dokumenterede.

Hjerteforeningen mener derfor, at det af hensyn til at forebygge hjertekarsygdom er nødvendigt at indtage et forsigtighedsprincip ved hurtigst muligt at definere en grænseværdi for de ultrafine partikler. Desuden skal udledningen af de ultrafine partikler begrænses, for eksempel ved at indføre miljøzoner.

8.1 SUNDHEDSTJENESTEFORSKNING SKAL OPPRIORITERES

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR, AT SUNDHEDSTJENESTEFORSKNING OPPRIORITERES

Sundhedstjenesteforskning, dvs. forskning om sundhedsvæsenets funktion, herunder virkningen af forebyggelse for befolkningen og samfundet, har gennem lang tid været underprioriteret. Dette skal ændres, så det i højere grad end i dag bliver muligt at dokumentere, hvilke forebyggelsesaktiviteter, der virker bedst og mest omkostningseffektivt.

Det er i den forbindelse positivt, at regeringen i sit udspil til en kvalitetsreform har lagt op til, at sundhedstjenesteforskning skal opprioriteres, og at der skal forskes i, hvilke metoder og løsninger der virker i praksis, og i hvordan ny teknologi kan understøtte kvalitet⁷¹.

Desværre afspejler dette sig ikke i regeringens udspil til Finanslov for 2009. Her lægger regeringen tværtimod op til en reduktion i bevillingerne til forskning i sygdomsbekæmpelse og forebyggelse med 21%.

Man kan således frygte, at regeringen forventer at videreføre puljepolitikken fra de seneste år. Kommunerne har kunnet søge puljerne til forskellige forebyggelsesprojekter mm., men de afsatte beløb har langt fra været tilstrækkelige til at fastholde en langsigtet lokal indsats. Der har endvidere kun været afsat meget begrænsede midler til at understøtte og følge op på den lokale indsats. Resultaterne af de støttede projekter har derfor ikke – eller kun vanskeligt – kunnet videreføres eller bruges i andre sammenhænge.

Det er derfor vigtigt, at fremtidige forebyggelsesprojekter bliver finansieret og målrettet nationalt koordinerede indsatser. Det er endvidere vigtigt, at afprøvning af forebyggelsesinitiativer finder sted på baggrund af centralt udviklede modeller med henblik på efterfølgende evalueringer og eventuel national udbredelse.

⁷¹ Regeringen, august 2007, Bedre velfærd og større arbejdsglæde. Regeringens strategi for høj kvalitet i den offentlige sektor.

8.2 SUNDHEDSMÆSSIG KONSEKVENSVURDERING AF LOVFORSLAG

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR, AT

- **kravene til sundhedsmæssige konsekvensvurderinger af lovforslag skærpes**
- **der udarbejdes materiale, der kan benyttes til at foretage de relevante sundhedsmæssige konsekvensvurderinger**

Folketinget bør kræve og håndhæve, at alle lovforslag bliver sundhedskonsekvensvurderet. En sundhedskonsekvensvurdering skal undersøge de forventede positive, negative eller neutrale sundhedsmæssige konsekvenser af lovgivningen. På den måde kan lovforslag justeres eller forkastes, så lovgivningen tager højde for befolkningens sundhed.

Folketinget har i november 2006 drøftet, om man skulle pålægge regeringen at sikre, at alle lovforslag skal indeholde sundhedskonsekvensvurderinger. Dette blev imidlertid afvist, fordi justitsministeren henviste til, at det følger af ministeriets vejledning om lovkvalitet fra 2005, at der skal redegøres for et lovforslags sundhedsmæssige konsekvenser, hvis dette i det konkrete tilfælde anses for relevant.

Den 30. maj 2007 oplyste justitsministeren endvidere til Folketingets Udvalg for Forretningsordenen, at hun i løbet af ca. 14 dage ville erindre samtlige ministre om: "... at de sundhedsmæssige konsekvenser skal beskrives i lovforslagets bemærkninger i de af regeringens lovforslag, hvor det er nødvendigt for at kunne give et fyldestgørende grundlag for at vurdere forslaget".

Netværk for en folkesundhedsreform, der er en sammenslutning af 25 organisationer, der arbejder for øget forebyggelse, har på den baggrund lavet en rundringning til ministerierne med henblik på at undersøge, i hvilket omfang man vurderer de sundhedsmæssige konsekvenser af et lovforslag ⁷².

10 ministerier oplyste, at man foretager sundhedskonsekvensvurderinger, hvis det er relevant, mens tre ministerier ikke foretager sundhedskonsekvensvurderinger – det ene ministerium angiveligt fordi ministeriet ikke udarbejder lovgivning med sundhedsmæssige konsekvenser. Yderligere et ministerium oplyste, at man ikke direkte foretager sundhedskonsekvensvurderinger, men at spørgsmålet indgår i en helhedsvurdering.

Selv om de fleste ministerier oplyser, at de i et eller andet omfang foretager sundhedskonsekvensvurderinger, gælder det ikke alle, ligesom vurderingspraksis er uensartet. Der er derfor grund til at skærpe reglerne på området og til at udarbejde materiale, der kan benyttes til at foretage de relevante sundhedsmæssige konsekvensvurderinger.

⁷² Undersøgelsen er foretaget af Diabetesforeningen på vegne af Netværket for en folkesundhedsreform.

8.3 FOLKETINGET SKAL HAVE EN ÅRLIG REDEGØRELSE OM FOLKESUNDHEDEN

HJERTEFORENINGEN FORESLÅR, AT FOLKETINGET FÅR EN ÅRLIG REDEGØRELSE OM FOLKESUNDHEDEN

I dag får Folketinget hvert år en redegørelse om for eksempel energipolitik, nordisk samarbejde, regional vækst og IT, men ingen om folkesundheden. En årlig redegørelse i Folketinget om status for folkesundheden vil medvirke til løbende at sætte politisk fokus på området. Redegørelsen bør, ud over at beskrive status for befolkningens sundhed, også give en status for kommunernes arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme, herunder hvilke indsatsområder kommunerne prioriterer.

Vaner grundlægges tidligt i livet, og børn og unge er derfor en målgruppe med et helt særligt forebyggelsespotentiale. Hjerteforeningen anbefaler derfor, at man lægger særligt vægt på forebyggelse over for børn og unge. Målet bør være at forebygge rygestart og at indarbejde gode kost- og motionsvaner tidligt i livet.

Erfaring viser, at voksne mennesker med usunde vaner kæmper en næsten umulig kamp for at tabe sig og/eller omlægge vaner for usund kost og inaktivitet. Når først de dårlige vaner har fulgt én fra barndom til voksenliv, er det ofte meget vanskeligt at lægge dem om.

Foruden grundlæggelsen af sunde vaner, som skal følge børn og unge resten af livet, har en effektiv forebyggelsesindsats også stor betydning for børnenes sundhed her og nu. Når man sikrer børnene en sund kost med fibre og fuldkorn og tilstrækkeligt med frugt og grønt, forebygger det i sig selv en række sygdomme. På samme vis gælder det, at når man sikrer børnenes fysiske aktivitetsniveau, forebygger det i sig selv udvikling af hjertekarsygdom og andre sygdomme.

De foreslåede initiativer fremmer sundheden hos børn og unge og udruster dem med sunde vaner, som følger dem ind i voksenlivet. Forebyggelsesindsatserne skal være generelle og brede indsatser, som rettes mod alle børn. Indsatserne skal konstrueres, så de også fungerer som risikosporing, så man tidligt får fat i børn, som er ved at udvikle fedme, børn af udsatte forældre med usund livsstil og lignende.

Hvis folkesundheden skal sikres i kommende generationer, skal der sættes ind med forebyggelse til børn og unge NU.

HJERTEFORENINGEN 

HAUSER PLADS 10 · 1127 KØBENHAVN K · TEL +45 3393 1788 · FAX +45 3393 1245
POST@HJERTEFORENINGEN.DK · WWW.HJERTEFORENINGEN.DK