

## Resumé

Undersøgelsen redegør for hvordan sundhedstjek på arbejdspladsen, kan bidrage til tidlig opsporing af type 2-diabetes og hvordan sundhedsordninger med sundhedstjek kan være nøglen til påvirkning af danskernes livsstil, fordi det giver oplysninger, som er møntet på det enkelte individ og iværksætter konkrete sundhedsfremmende handlinger, som befolkningen gennem forpligtigende fællesskaber skal deltage i. Undersøgelsen beskriver, hvordan sundhedsordninger med sundhedstjek kan bruges til forskning i kvantitativ viden om vores sundhedsstatus gennem fysiologiske målinger, og kvalitativ viden om motivationsfaktorerne for livsstilsændringer. Undersøgelsen sætter herefter spørgsmålstegn ved om det er den form for viden, der kan bidrage til at forbedre folkesundheden og knække den opadgående kurve for livsstilssygdomme. Eller om det bidrager til at holde fast i den sociale ulighed i sundhed og bevare den magtstatus sundhed har fået i vores samfund.

### Problemstilling:

Hver tidsalder har sine sygdomme, Statens Serum Institut og universitetshospitalerne har en lang tradition for epidemiologisk forskning. Der fokuseres på at undersøge sygdommes ætiologi og risikofaktorer, det giver viden, som kan bruges til at eliminere eller minimere sygdomme i befolkningen og forbedre folkesundheden. Det har resulteret i interventioner med vaccinationsprogrammer, medicin, forbedret hygiejne og bedre boligforhold. Det har også påvirket politiske beslutninger, som afgift på tobak og alkohol, samt tilsætning af iod til husholdningssalt, sidst nævnte med det formål, at reducere stofskiftesygdomme.

Udvikling afhjælper sygdomme i befolkningen, samtidig giver udvikling grobund for nye sygdomme. Industrialiseringen og det ændrede familiemønster med 2 udearbejdende forældre, har ændret både vores livsstil og vores levevilkår. Livsstil er den måde, vi vælger at leve livet på og levevilkår de rammer, vi har at vælge indenfor. Derfor står epidemiologien konstant overfor helt nye udfordringer. Udviklingen har betydet, at vi spiser mere og bevæger os mindre.

Fedme, hjertekarsygdomme og type 2-diabetes er dominerende sygdomme i vores tidsalder.

Sygdommenes ætiologi ligger i vores valg af livsstil, medens den største risikofaktor er genetik.

Forskningen har dokumenteret at både type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, fedme, osteoporose, stress, depression og visse former for kræft kan forebygges ved sund kost og/eller en passende mængde fysisk aktivitet(Sundhedsstyrelsen, 2006). Interventionen er livsstilsændringer, der kræver

aktiv deltagelse fra befolkningen, hvis ændring i kostvaner og øget fysisk aktivitet i hverdagen skal integreres i en ny, sundere og sygdomsforebyggende livsstil.

Vores tidsalders sygdomme går pga. ætiologien under betegnelsen livsstilssygdomme. Ifølge WHO vil 70 % af alle dødsfald i 2020 skyldes livsstilssygdomme. Når det er livsstilsændringer, der er interventionen er forskerne nødt til at afdække, hvordan livsstilen kan påvirkes.

I Danmark fokuseres på livsstilsvalg som Kost, Rygning, Alkohol og Motion, disse fokusområder samles under betegnelsen KRAM. Bente Klarlund Pedersen, direktør for Danmarks Grundforskningsfundscenter for Inflammation og Metabolisme, professor og overlæge i intern medicin på Rigshospitalet, Københavns Universitet og formand for Det Nationale Råd for Folkesundhed har været ansvarlig for KRAM undersøgelsen. Den er gennemført i 13 af landets kommuner og består af en spørgeskemaundersøgelse, en helbredsundersøgelse ved KRAM-bussen og lokale sundhedsfremme- og forebyggelsesaktiviteter. Formålet er at skabe viden, der skal udmøntes i forebyggelse og indgå som et vigtigt redskab til at knække udviklingskurven for livsstilssygdomme. KRAM er i dag direkte årsag til 40 % af alt sygdom og for tidlig død. Ser vi på danskernes kost og motionsvaner, som de er undersøgt ikke bare i KRAM undersøgelsen, men også i rapporter som Danskernes kostvaner 2002 og andre statistikker fra sundhedsstyrelsen og sammenligner det med, hvad videnskaben har fastslået som ætiologien for udvikling af livsstilssygdomme, er der god grund til at tro på WHO's forudsigelser for 2020.

Det er en trussel mod folkesundheden med samfundsmæssige økonomiske konsekvenser.

Alene udgifter pga. fedme og fysisk inaktivitet koster 4356 millioner kr. pr. år pga. tidlig pension, sygefravær og behandling. Det har det nationale råd for folkesundhed konkluderet.

Konsekvensen af fedme og inaktivitet kan være type 2-diabetes, som er den sygdom der i øjeblikket er mest i vækst. Pr. 31.12.2007 er prævalensen 240.358 personer (diabetesforeningen,2009). I 2025 er der op til 625.000 type 2-diabetes tilfælde i Danmark. (Green, Ottosen 2008). Udover de, der er diagnosticeret, findes 200.000 personer med udiagnosticerede tilfælde af type 2 diabetes, derudover vurderes det, at 500-700.000 danskere har prædiabetes(diabetesforeningen,2009). De tal viser, at det er en sygdom i stærk vækst, med en stor del af befolkningen som risikogruppe.

I dag udgør behandlingen af diabetes mellem 8-10% af de samlede sundhedsudgifter i Danmark(Kjøller, Juel og Kamper-Jørgensen, 2007 s. 151). Så hvis forudsigelsen af 625.000 i 2025,

mod de i dag 240.358 diabetikere(diabetesforeningen,2009), bliver udgiften til behandling en meget tung post for sundhedssystemet. Vi kender ætiologien, vi kender vores livsstil, vi kender omkostningerne ved vores livsstil, vi har defineret interventionsmulighederne, det afgørende er om befolkningen kan motiveres til aktiv deltagelse.

Sundhedsstyrelsen har brugt forskernes viden til at udforme officielle kostråd. Svend Skaftø Overgaard Cand Mag., Historie og Dansk, der forsker i madens kultur og historie konkluderer, at man ud fra kostrådene 1976 kan konstatere, at det var risikotænkningen, der dengang var bærende. Den rigtige ernæring blev defineret i forhold til risikoen for bestemte sygdomme. Ikke kun for udsatte grupper. Indsatsen var en del af et generelt sundhedsfremme med løftede pegefingre, men det betød ikke en stagnation eller reduktion i udviklingen af livsstilssygdomme. I 1994 afløste 7 nye kostråd de fem fra 1976. Her blev tonen lettere, det måtte godt være sjovt at spise sundt.(Skaftø, 2005) Men ser vi på udviklingen indenfor fedme fra 1994 til 2005, er de svært overvægtige steget fra 7 – 11 % og de overvægtige fra 35-44 %(Sosy). Så hverken løftede pegefingre eller lettere toner, har knækket kurven for livsstilssygdomme. I 2005 kom ”de 8 kostråd”, for første gang inklusiv råd om fysisk aktivitet. På fødevarestyrelsens hjemmeside [www.altomkost.dk](http://www.altomkost.dk) er videnskaben omsat til letforståelige råd, der er fremstillet til alle målgrupper, både børn og voksne, undervisere og forældre. Der er for tidligt at konkludere om de 8 nye kostråd, med tilhørende sundhedskampagner har en effekt på folkesundheden, fordi det tager tid inden ændringerne kan registreres, men der er intet der tyder på det. I forebyggelseskommissionens rapport fra april 2009 fremhæves en undersøgelse gennemført af Ugebrevet A4, der peger på, at andelen af svært overvægtige er steget voldsomt i de senere år således, at godt 20 pct. af befolkningen imellem 18-70 år i dag er svært overvægtige. Der indgik knap 1.600 danskere i undersøgelsen.

I forebyggelseskommissionens rapport fra april 2009 er der detaljerede beskrivelser af dokumenterede og omkostningseffektive indsatsområder, der bør iværksættes. Læses rapporten med fokus på type 2 diabetes, foreslår rapporten, dels tidlig opsporing, fordi det giver mulighed for tidlig intervention, så følgesygdommene af type 2 diabetes minimeres, dels identificering af den del af befolkningen, der har kliniske tegn på at være i det prædiabetiske stadie, fordi det giver mulighed for at forebygge, at der udvikles type 2-diabetes. I prioriteringen af indsatsområder skal der tages hensyn til, at den enkeltes personlige ansvar for egen sundhed styrkes.

Når livsstilen er vores eget ansvar, bliver vi ansvarliggjort for udviklingen af sygdom, eller som professor ved Danmarks pædagogiske universitet og forskningsprogramleder ved Institut for

Didaktik i København, Bjarne Brun Jensen(2005), udtrykker det: ”enhver er sin egen sundheds smed.”

Både Jensen og Klarlund har registreret, at der er stor social ulighed i sundhed, det er registreret, at der blandt lavt uddannede er flere rygere, flere overvægtige og færre der er fysisk aktive. Det er et faktum, at mænd med lange uddannelser lever 7 år længere end mænd med en kort uddannelse. Klarlund stiller spørgsmålstegn ved om valg af livsstil reelt er et frit valg. Hun foreslår, at der ændres på levevilkårene, så det sunde valg bliver lettere for flere.

Det er den samlede folkesundhed, der er afgørende, det er den, der kan vælte statens økonomi. Vi har viden om livsstilssygdommens ætiologi, risikofaktorer og interventionsmuligheder, den viden er brugt i sundhedskampanjer, uden udviklingen af livsstilssygdomme er bremsed. Nu skal den forebyggende indsats skærpes, samtidig gør videnskaben det muligt at identificere forstadier til livsstilssygdomme, så interventionen kan målrettes højrisikogrupper. Der er sat fokus på en mere borger rettet indsats, der kvalificerer den enkelte borger til at tage ansvar for egen sundhed.

Michel Foucault er fransk filosof og professor i ”tanke-systemets historie”, ved at inddrage hans tænkning og forståelsesramme kan sundhed betyde magt, fordi vidensformer klassificeres efter deres sandhedsværdi, og de mest sande gives en særlig magt. Hvilken viden, der er sand, er historisk betinget. Det er viden inden for mestrings-teoriene og livskvalitetsforskningen, der har størst sandhedsværdi lige nu, derfor betragtes individet som autonom og kompetent. Det er gennem kompetenceudvikling, refleksion og selvevaluering, mennesket skal realisere sig selv i forhold til idealet for det gode liv. Det gode liv er et sundt liv(Alling Møller, 2005)

Så ved at omsætte videnskaben til valg af den rigtige livsstil, kan man leve et mere rigt liv, man bliver en større succes som menneske. Det er den del af befolkningen, der kan administrere disciplinen ”at-leve-sundt”, der har magten. Det er dem, der har magten, der definerer, hvad sundhed er. Overgaard fortolker det ved, at udnævne sundhed som statussymbol, han skriver, at sundhed er blevet prestige.

Det afspejles på arbejdsmarkedet. Virksomheder der har et godt sundhedsimage, har mere prestige. Men virksomhederne har også øje for, at sunde medarbejdere er mere effektive. Ifølge en undersøgelse foretaget af ledernes hovedorganisation i 2006, hvor 1160 ledere blev spurgt om effekten af sundhedsordningerne, svarede 62 % at sundhedsordninger nedsætter sygefraværet. Virksomhedernes formål er, at effektivere deres arbejdskraft og skabe en attraktiv arbejdsplads.

Forebyggelseskommissionen har det formål, at forlænge befolkningens levealder med 3 år, indenfor de næste 10 år. Formålet er forskelligt, men midlet det samme, nemlig at den enkelte lever sundere. Selvom sundhedskampagnerne har taget udgangspunkt i videnskabens forskning og gennem tiden brugt forskellige virkemidler, er det ikke lykkedes at bremse udviklingen af livsstilssygdomme. Men der er skabt en sundhedsoplysning til befolkningen, der har resulteret i, at sundhed har fået magt og er blevet prestigé. Derfor har virksomhederne integreret sundhedsledelse i deres organisation. Medarbejdere landet over gennemgår sundhedstjek. Der måles og registreres ligesom der i KRAM undersøgelsen blev målt og registreret. Den nyeste sundhedskampagnerne hedder sundhedsryk09, her måles BMI, kondital og taljemål og der konkurreres om, hvem der forbedrer sine tal mest. Kan de tal, der måles på, bruges til at vurderes om medarbejderen/borgeren er i risiko for at udvikle livsstilssygdomme? Forebyggelseskommissionen vil gerne have screening for type 2-diabetes af højrisikogrupper, det får mig til at tænke på, om det er muligt at udnytte sundhedstjek til netop det formål.

Generelt får jeg den tanke, at der går meget god viden tabt, hvis det ikke udnyttes, at så mange virksomheder bruger ressourcer på at måle og registrere deres medarbejders sundhedsprofil. Det er trods alt en stor %-del af den danske befolkning, der tilhører arbejdsstyrken og alle uddannelsesniveauer er repræsenteret i arbejdsstyrken. Kan de målinger og registreringer, der foretages under et sundhedstjek bruges til at samle viden om folkesundheden på samme måde som KRAM undersøgelsen? Kan sundhedstjek bruges til at identificere højrisiko borgere og yde den mere borgerrettede sundhedsforebyggelse, som forebyggelses kommissionen anbefaler?

### **Problemformulering**

Hvilke muligheder giver sundhedsordninger med sundhedstjek, når der fokuseres på borger rettet sundhedsforebyggelse, tidlig opsporing af type 2-diabetes og en forbedring af folkesundhed?

### **Afklaring af centrale begreber**

Sundhedsstyrelsens pjece med navn: Terminologi, forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed, fra 2005, er udgivet fordi professioner, der har faglig udgangspunkt i eller er inspireret af en humanistisk orientering, kommer ind på folkesundhedsområdet gennem forebyggelses og sundhedsfremmeaktiviteter og skal arbejde sammen med professioner, der primært har det traditionelle medicinske udgangspunkt (Center for forebyggelse 2005, s.6) i. Det er også det sig opgaven afspejler, derfor har jeg valgt den som udgangspunkt.

#### Folkesundhed:

Befolkningens samlede sundhedstilstand.

Sundhedstilstanden omfatter både fysiske, psykiske og strukturelle aspekter, samt fordelingen af sundheden og sygdomsbyrden i befolkningen. (Center for forebyggelse, 2005, s. 25)

Begrebet referer til, at det drejer sig om en sundhedstilstand eller et sundhedsproblem, der potentielt eller faktisk omfatter hele befolkningen.

Definitionen af sundhed diskuteres og det fastslås, at fælles for de forskellige sundhedsbegreber er spørgsmålet om, hvad der opfattes som "Det gode liv". Så sundhed kan være fravær af sygdom og det kan være de ressourcer, den enkelte har til at imødegå sygdomstrusler. Sundhed kan være en tilstand, en kompetence eller en proces, afhængig af den sammenhæng sundhed indgår i og hvem der bliver spurgt.

Men på bundlinien er det måden , hvorpå begrebet folkesundhed indgår i en politisk og værdimæssig prioriteringsproces, der er afgørende. Den defineres og måles ved f.eks. middellevealder og sygelighedsfordelingen i befolkningen og forklares som et resultat af livsstilsvalg og levevilkår. (Center for forebyggelse, 2005, s. 10-13)

#### Sundhedsfremme:

Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetencer. (Center for forebyggelse, 2005, s. 49)

#### Forebyggelse:

Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden. (Center for forebyggelse, 2005, s. 27)

- Primær forebyggelse: Forhindre sygdom, psykosociale problemer eller ulykker i at opstå.
- Sekundær forebyggelse: Opspore og begrænse sygdom og risikofaktorer tidligst muligt.(Center for forebyggelse, 2005, s. 15)

En skarp skelnen mellem forebyggelse og sundhedsfremme giver ingen mening, idet begge begreber indeholder elementer af hinanden. (Center for forebyggelse, 2005, s. 15)

#### Borgerrettet sundhedsforebyggelse:

Primær forebyggelse rettet mod den raske del af befolkningen.

Sundhedsfremmende og forebyggende indsats i forhold til rygning, alkohol, kost og fysisk inaktivitet, svær overvægt og smitsomme sygdomme. (Center for forebyggelse, 2005, s. 22)

#### Forebyggelse på arbejdspladsen:

Borgerrettet forebyggelse, der foregår på arbejdspladsen(Center for forebyggelse, 2005, s. 28)

Det er opstået i erkendelse af nærmiljøets betydning for succes.

#### Livsstilssamtale:

Forebyggelsessamtale, der primært afdækker en patients eller anden borgers livsstil. (Center for forebyggelse, 2005, s. 35)

### Den motiverende samtale:

Forebyggelsessamtale, der udføres efter en systematisk metode, og som afklarer patienternes parathed og ressourcer til, samt ambivalens overfor adfærdsændringer. (Center for forebyggelse, 2005, s. 36)

### Adfærdsændringer:

Proces, der indebærer ændring af risikoadfærd.(Center for forebyggelse, 2005, s. 21)

### Risikoadfærd:

Sundhedsadfærd, hvor en patient eller anden borger bevidst eller ubevidst øger sin sandsynlighed for at blive udsat for sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker.(Center for forebyggelse, 2005, s. 41)

### Tidlig opsporing:

Er en del af den sekundære forebyggelse. Kan bestå i systematisk screening eller opportunistisk screening. Opsporingen kan finde sted på arbejdspladserne.(Center for forebyggelse, 2005, s. 55)

### Opportunistisk screening:

Foregår, når patienten kommer for noget andet. Altså lateralt til anden undersøgelse. (Center for forebyggelse, 2005, s. 37)

### Sundhedsprofil:

Beskrivelse af en persons, en befolkningsgruppes eller et lokalområdes sundhedstilstand. Sundhedsprofiler har til formål at skabe grundlag for videre sundhedsplanlægning. (Center for forebyggelse, 2005, s. 51)

Der findes ingen særskilt definition på forebyggende helbredsundersøgelser eller sundhedstjek i sundhedsstyrelsen pjece. Begge dele er i princippet en sundhedsprofil, I et forsøg på at holde stringensen fra sundhedsstyrelsens pjece, har jeg valgt at definere begreberne på følgende måde:

### Sundhedstjek:

Måling af en borgers sundhedstilstand gennem fysiologiske målinger udført af sundhedsprofessionelle. Primær forebyggelse.

### Forebyggende helbredsundersøgelse:

Undersøgelse af borgers risiko for at udvikle sygdom, gennemført af en læge. Sekundær forebyggelse.

## **Metode afsnit**

Jeg er privat praktiserende fysioterapeut og selv om jeg har et holistisk menneskesyn, arbejder jeg ligesom mine kollegaer meget evidensbaseret. Så mit umiddelbare udgangspunkt var at bruge den hypotetisk deduktive metode til at begrunde det sundhedstjek, der mest effektivt gav viden om sygdomsrisiko og folkesundhed. Men gennem min litteratursøgning gik det op for mig at det ikke var den optimale måde at undersøge problemformuleringen på.

Derfor blev mit videnskabsteoretiske udgangspunkt hermeneutikken. Det kræver både viden fra naturvidenskaben og fra humaniora og samfundsvidenskaben, når der skal svares på problemformuleringen.

Fra naturvidenskaben er kvantitative undersøgelser, statistisk materiale og forskning der dokumenterer danskernes livsstil, beskriver type 2-diabetes og giver forståelse for årsagssammenhænge. Fra humaniora og samfundsvidenskaben er litteratur, der beskriver og problematiserer sundhedskampagner, madkultur, magt og folkesundhed.

Jeg skriver opgaven med en forforståelse af, at den viden mange sundhedsprofessionelle skaber rundt om på arbejdspladserne gennem sundhedsordninger med sundhedstjek, kunne bruges mere effektivt af den traditionelle videnskab og indsamles på en måde, så den kunne bruges til forskning, tidlig opsporing af f.eks. type 2-diabetes og forbedring af folkesundheden. Jeg vil, som en del af den hermeneutiske spiral, afprøve denne intuitive forståelse af helheden, ved at fordybe mig i

enkeltdelene og herefter igen relatere dem til helheden og på den måde sætte min egen forforståelse på spil.

Jeg vil starte med at undersøge, om det kan lade sig gøre, at bruge sundhedstjek til tidlig opsporing af type 2 diabetes. Det gør jeg ved at undersøge, hvordan type 2 diabetes opstår og hvordan tidlig opsporing kan udføres.

For at finde ud af om sundhedsordningerne indeholder tiltag, der påvirker folkesundheden, gennem livsstilsændringer, vil jeg redegøre for de faktorer i danskernes livsstil, der udgør en risikoadfærd og sammenligne det med en undersøgelse af, hvad sundhedsordninger indeholder. Jeg bruger rapporten "Danskernes kostvaner 2002" fra DTU fødevarerinstitutionen, samt sundheds og sygelighedsundersøgelserne og rapporten "risikofaktorer og folkesundhed i Danmark" fra statens institut for folkesundhed (SIF).

Herefter vil jeg undersøge, hvordan sundhedsordninger på arbejdspladserne fungerer og finde motiverne bag sundhedsordningerne set med arbejdsskivernes øjne. Derfor bruger jeg rapporten "sundhedsfremme på arbejdspladserne, 2007", udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Rambøll Management og rapporten "Sundhedsledelse i holdninger og handlinger" foretaget af ledernes hovedorganisation i 2008. Jeg bruger ovenstående til at vurdere om sundhedsordningerne indeholder tiltag, der gennem livsstilsændringer påvirker folkesundheden.

Fordi sundhedsordninger med sundhedstjek udbydes af sundhedsprofessionelle i privat regi mens borgerrettet sundhedsforebyggelse, tidlig opsporing af type 2 diabetes og forbedring af folkesundheden traditionelt sker gennem kampagner og sundhedsfremmende tiltag fra offentlig regi, vil jeg undersøge mulighederne for at kombinere offentlige og private tiltag. Jeg har valgt KRAM undersøgelsen, fordi det er en offentlig forskningsbaseret undersøgelse, med det formål at sætte fokus på folkesundheden og styrke forebyggelsesindsatsen i kommunerne. Den vil jeg sammenligne med udbydere af sundhedsordninger med sundhedstjek fra privat regi. Jeg vil inddrage 2 eksempler på kombinerede tiltag, det ene er kampagnen sundhedsryk09, som er støttet af forebyggelsesfonden, det andet er en manual til sundhedsprofil fra Nationale Center for Sundhedsfremme på Arbejdspladserne (NCSA). Herefter vil jeg sammenfatte, hvilke problemer og muligheder, det giver at kombinere sundhedsstyrelsens interesse i forbedring af folkesundheden med arbejdsgivernes interesse i, at effektiviserer arbejdskraften, hertil vil jeg også bruge informationerne fra "Sundhedsledelse i holdninger og handlinger".

Herefter vil jeg argumentere for, om sundhedsordninger med sundhedstjek giver mulighed for at yde en borgerrettet sundhedsforebyggelse, når formålet er at tage ansvar for egen sundhed. Det gør jeg ved brug af Bjarne Brun Jensens teorier om handlekompetence og ved at sætte den borgerrettede sundhedsforebyggelse i relation til den sociale ulighed i sundhed og betydningen af levevilkår.

For at sætte en forbedring af folkesundheden ind i et større perspektiv, vil jeg med forebyggelseskommissionens rapport, Overgaard og Foucault, samt et udpluk fra "Folkesundhed – i et kritisk perspektiv", som netop er udkommet fra Dansk Sygeplejeråd diskutere, hvad udviklingen har betydet for folkesundheden. Med udvikling menes det øgede sundhedsfokus, der har givet sundhed magt, samt muligheden for tidlig opsporing og identificering af sygdomsrisiko gennem målinger.

Sluttelig vil jeg konkludere, hvilke muligheder sundhedsordninger med sundhedstjek giver, når der fokuseres på borgerrettet sundhedsforebyggelse, tidlig opsporing af type 2-diabetes og en forbedring af folkesundheden.

Den valgte metode giver en teoretisk undersøgelse af problemstillingen. Jeg kunne have valgt at besøge en virksomhed, der praktiserer sundhedsordninger med sundhedstjek og lave interview med ledelsen, medarbejderne og udbyderen, men dels er der stor variation, både pga. udbyderne og de enkelte firmaer, dels var det for tidsmæssigt krævende.

### **Type 2 diabetes**

Alle oplysninger om sygdommen tager udgangspunkt i klaringsrapporten fra 2000, MTV-rapporten om type 2-diabetes fra 2003 og "Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling" fra 2003, samt folkesundhedsrapporten fra 2007. Fordi de indeholder den nyeste mest veldokumenterede viden om type 2-diabetes og interventions muligheder. Derudover er der medtaget oplysninger fra Diabetesforeningen, fordi jeg vurderer at foreningens materiale er af valid kvalitet. Det gør jeg med udgangspunkt i, at de har et fagblad, Behandlerbladet, målrettet diabetesbehandlere og –forskere. Og de forskningsartikler, der er på hjemmesiden er fra anerkendte tidsskrifter.

Oplysninger om ADDITION studiet, foretaget af Steno diabetes center, fundet på deres hjemmeside, danner sammen med MTV rapporten grundlag for oplysninger om tidlig opsporing af type 2-diabetes.

### Ætiologi:

Type 2-diabetes er en metabolisk sygdom karakteriseret ved hyperglykæmi og abnormiteter i glukose, fedt- og proteinstofskiftet. Sygdommen skyldes insulinresistens, væsentligst i tværstribet muskulatur, og en betacelledefekt, som forhindrer, at en forøget insulinsekretion kompenserer for insulinresistensen. (klaringsrapport nr. 6, 2000)

Årsagen til at type 2-diabetes opstår, anses primært at være overvægt og mangel på fysiske aktivitet, netop fordi hyppigheden af sygdommen er øget i takt med øget overvægt og aftaget fysisk aktivitet i befolkningen, dog er den voksende ældrebefolkning også ansvarlig for en del af den øgede prævalens (Sundhedsstyrelsen 2003, s. 97)

### Risikofaktorer:

På diabetesforeningens hjemmeside findes følgende informationer:

Arveligheden ved type 2-diabetes er stor:

- § Hvis en forælder har type 2-diabetes, er risikoen for, at dennes barn får type 2-diabetes ca. 40 %.
- § Hvis begge forældre har type 2-diabetes, stiger risikoen for, at deres barn vil udvikle type 2-diabetes til ca. 80 %.

Derudover finders der, under fanebladet ”forskning”, på diabetes foreningens hjemmeside forskellige artikler, der dokumenterer følgende viden om risikofaktorer:

- § Fedme og fysisk inaktivitet. I en undersøgelse af 68.907 kvinder, der blev fulgt over 16 år, viste det sig at inaktive fede kvinder havde ca. 20 gange højere risiko for at udvikle type 2 diabetes, end normalvægtige aktive kvinde. De aktive fede kvinder havde en 10 gange højere risiko og de slanke inaktive havde en 2 gang højere risiko. Konklusionen er, at fedme er en større risikofaktor end inaktivitet. (Kilde Diabetes Care: 53-58, 2006)

Omvendt kan det også konkluderes, at en ændret livsstil, fra at være inaktiv til at være aktiv, halverer risikoen for at udvikle type 2-diabetes. Det er væsentligt hurtigere at blive aktiv end at skabe et vægttab.

- § Rygning. Ved at ryge mere end 20 cigaretter om dagen, øges risikoen for udvikling af type 2-diabetes med 61 %. (Kilde JAMA 298: 2654-2664, 2007)
- § Kronisk udbændthed på jobbet (kilde:Psychomatic Medicine 2006;68: 863-869)
- § Høje koncentrationer af kønshormoner i blodet hos kvinder efter overgangsalderen. (Kilde: Diabetologia 2007;50:2076-2084)
- § Mænd med lave mængder af det mandlige kønshormon testosteron lider oftere af diabetes end mænd med høje mængder – uanset vægt.(kilde: Diabetes care 30: 234-238, 2007)
- § Søvnmangel kan bidrage til type 2-diabetes (Kilde Journal of Endocrinology and metabolism 92: 3044-3051, 2007)

I folkesundhedsrapporten side 154 er desuden beskrevet følgende risikofaktorer:

Etnicitet. Genetikken spiller ind. Indvandre fra Asien, Mellemøsten og store dele af Afrika har 2-3 gange større risiko for udvikling af diabetes end etniske danskere.

- § Socialgruppe. Arbejdsløse uden erhvervsuddannelse har 3 gange større risiko for at udvikle diabetes end erhvervsaktive med mindst 1 års uddannelse.’’
- § Lav fødselsvægt
- § En kost med lavt fiberindhold, stor mængde sukker og et højt fedtindhold.
- § Alder er den enkeltfaktor, der har størst betydning for udvikling af type 2 diabetes.

#### Symptomer:

Type 2-diabetes udvikles langsomt, symptomerne er tørst, store vandladninger, træthed, vægttab og infektionssygdomme. (Sundhedsstyrelsen, 2003, s.96-97)

### Diagnosekriterierne:

Diabetes er en tilstand, hvor blodets glukosekoncentrationen er forhøjet.

På side 101 i MTV rapporten er diagnosekriterierne sat i følgende skema:

Diagnostiske kriterier for diabetes baseret på måling af:

### FBG

Fastende glukose koncentration. Tages typisk om morgenen og kræver at testpersonen er fastende fra kl. 22, den foregående aften.

### OGTT /2hBG

Blodets glukosekoncentration 2 timer efter indtagelse af 75 g glukose i 250 ml vand.

		Glukosekoncentration (mmol/l)		
		Fuldblod		Plasma
		Venøst*	Kapillært**	Venøst
<b><u>Diabetes</u></b> <u>eller</u>	<u>Fastende(FBG)</u>	≥6,1	≥6,1	≥7,0
	2 timer	≥10,0	≥11,1	≥11,1
<b><u>Nedsat glukosetolerance (IGT)</u></b>				
<u>eller</u>	<u>Fastende(FBG)</u>	<6,1	<6,1	<7,0
	2 timer	6,7-9,9	7,8-11,0	7,8-11,0
<b><u>Impaired fasting glycemia (IFG)</u></b>				
<u>eller</u>	<u>Fastende(FBG)</u>	5,6-6,0	5,6-6,0	6,1-6,9
	2 timer	<6,7	<7,8	<7,8

\*venøst blod fra en blodprøve i armen. \*\* kapillært blod fra fingerspids eller øreflip.

- § Diagnosen Diabetes Mellitus (type 2 diabetes) stilles hos en person uden symptomer ved måling af to diabetiske værdier målt på forskellige dage, mens der hos individer med klassiske symptomer på diabetes kun kræves én diabetisk værdi.
- § Nedsat glukosetolerance (IGT) er en tilstand, hvor faste-blodglukose er normalt, mens målingen to timer efter en glukosebelastning er forhøjet (grænseområdet mellem normale og diabetiske værdier). IGT er forbundet med en øget risiko for at udvikle diabetes og for udvikling af hjerte-kar-sygdomme.
- § Impaired fasting glycaemia (IFG) er en tilstand, hvor fasteværdien er tæt på den diabetiske værdi. Den prognostiske betydning af IFG er dårligt belyst. I Danmark anvendes IFG ikke som diagnostisk enhed, men personer med IFG bør undersøges for diabetes ved anvendelse af en glukosebelastning. (sundhedsstyrelsen,2003 s. 101)

#### Andre målemetoder til måling af blodsukker:

##### HbA1c – Glykeret hæmoglobin

Måler den gennemsnitlige blodsukker koncentration for de sidste 2-3 måneder. Det gøres gennem en HbA1c test. HbA1c står for hæmoglobin A1c.

Blodprøven tages i øret, og analysen tager kun kort tid.

sammenhængen mellem HbA1c og blodsukkeret (BG) er illustreret i nedenstående skala:

BG	5,0	6,8	8,8	11,1	13,5	16,1	18,8	21,8	mmol/l
HbA1c	5	6	7	8	9	10	11	12	%

HbA1c test bruges ikke til diagnosticering, men til risikostratificering og vurdering af forskellige interventioners effekt.

##### RBG- En tilfældig blodsukker måling

Kan ikke bruges til diagnosticering, men en tilfældig kapillærblodglukosemåling på <4,5 mmol/l og en tilfældig plasmaglukose på <5,5 mmol/l kan udelukke diabetes. (sundhedsstyrelsen,2003 s. 117)

Testen kan tages i fingerspidsen eller i øret.

##### Prædiabetes

Når der er patologisk glukosetolerance, er man i det prædiabetiske stadie, både IGT eller IFG

skyldes insulinresistens og er prædiabetiske stadier(Diabetesforeningen, Behandlerbladet 2008). Prædiabetes er en reversibel tilstand. Ca. 40 % af prædiabetikerne udvikler diabetes i løbet af 5-10 år.( Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse,2003 s. 269)

Fra 2001-2005 blev 1821 personer med IGT eller IFG fulgt i ADDITION-studiet. I denne periode var der 32 % med IFG og 41 % med IGT, der udviklede type 2-diabetes.(Diabetesforeningen, Behandlerbladet 2008)

IGT eller IFG er en del af det metaboliske syndrom. Klaringsrapporten fra 2000 har titlen ”Type 2-diabetes og det metaboliske syndrom”, fordi type 2-diabetes primært udvikles hos personer med insulinresistens og en ophobning af kardiovaskulære risikofaktorer som abdominal fedme, dyslipæmi og arteriel hypertension – i dag benævnt det metaboliske syndrom.

80 % af alle diabetikere er overvægtige og 80 % af alle diabetikere har forhøjet blodtryk. (Klaringsrapporten, 2000, s. 4) Det bekræftes i ADDITION- studiet.

Mennesker med det metaboliske syndrom har både øget risiko for hjertekarsygdomme og type 2 diabetes. ( Klaringsrapporten, 2000, s. 9)

### Tidlig opsporing af type 2 diabetes

Et af budskaber fra ADDITION studiet er, at personer med IFG og IGT ikke må overses i klinikken. ADDITION er et multicenter interventionsstudie, som vurderer effekten af screening og tidlig opsporing samt intensiv behandling af de nydiagnosticerede personer. Studiet foregår i Holland, England og Danmark. Der er pr. 1. juli 2005, 2564 patienter inkluderet. Studiet afsluttes 1. juli 2009, derfor er slutresultatet af undersøgelsen endnu ikke konkluderet. Men i forhold til screening kan resultaterne bruges allerede nu.

I ADDITION følges en høj-risiko startegi.

1. Først udfyldes et spørgeskema, der fastsætter en risikoscore. Spørgeskemaet handler om alder, køn , genetik, tidligere diabetisk sygdom, blodtryk, vægt, aktivitetsniveau . Score  $\geq 5$  point fortsætter undersøgelsen. Under 5 point defineres som lav-risiko gruppe for udvikling af type 2 diabetes.

2. Der tages RBG eller HbA1c, ved RBG >5,5 mmol/l eller HbA1c>5,8 fortsætter undersøgelsen. Værdier under ovennævnte defineres som lav-risiko gruppe for udvikling af type 2 diabetes.
3. Der tages FBG, ved FBG >5,6 mmol/l fortsætter undersøgelsen. Værdier under ovennævnte defineres som lav-risiko gruppe for udvikling af type 2 diabetes.
4. Traditionel diagnostisk test, som beskrevet i afsnittet om diagnosekriterierne.
5. Både personer med IFT, IFG og DB følges efter et bestemt program i ADDITION studiet, men resultaterne er endnu ikke beskrevet.

I MTV-rapporten konkluderes det, at der ikke er grundlag for en screening på populationsniveau. ADDITION undersøgelsen konkluderer:

- § Spørgeskemaet reducerer 70 % af antallet af blodprøver og fanger 75 % af diabetikerne
- § Kun 50 % udfyldte det tilsendte spørgeskema.
- § Der er problemer i forhold til at bruge samme skema til alle etniciteter.

Ifølge MTV-rapporten konsulterer 89-97 % af befolkningen lægen i løbet af en 3 årig periode, på den baggrund burde en opportunistisk screening være mulig. Hvis ADDITION følges, kan spørgeskemaet udleveres ved ankomsten til alment praktiserende læge, så patienter med mere end 5 point kan få taget RBG eller HbA1c sideløbende med lægebesøget, herefter kan høj-risiko patienter undersøges nærmere.

I Dagens Medicin fra 29. Maj 2009, debatteres emnet i 2 artikler. Allan Flyvbjerg, professor og formand for diabetesforeningen hævder at de praktiserende læger og sygehusene ikke følger den meddelelse sundhedsstyrelsen udsendte i 2005. Derfor bliver personer med høj risiko for udvikling af type 2-diabetes ikke testet som fast rutine. Formanden for Dansk selskab for Almen Medicin, Roar Maagaard mener at opportunistisk screening svarer til det, lægerne altid har gjort. Der savnes god dokumentation for, at tidlig opsporing nedsætter risikoen for udvikling af komplikationer og dødelighed, men det formodes på grundlag af epidemiologiske studier. (sundhedsstyrelsen, 2003 s. 120)

Der er undersøgelser på vej om gennemførelse af systematiske helbredsundersøgelser, som skal forebygge folkesygdomme, men der er lang vej til implementering i almen praksis, først skal det

videnskabelige grundlag og udarbejdelsen af den mest effektive model til helbredsundersøgelsen dokumenteres. Lægerne frygter at drukne i undersøgelser af raske borgere, allerede i dag kommer mange helt uden risikosymptomer, fordi de vil sikre sig at de ikke er ved at blive syge. (Dagens Medicin, 2009)

### Intervention

Der er god evidens for at kombineret fysisk træning og diæt reducerer risikoen for at udvikle diabetes for prædiabetikere. (Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003, s.269-270)

Målet for træning er ½ times daglig moderat motion (Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003, s.209-212). Det er vigtigt at vide, at mere bevægelse giver større chance for et sundt liv.(SST)

Moderat motion er metabolisk fitness. Metabolisk fitness øger kroppens evne til at omsætte glykogen og har positiv effekt på sammensætningen af fedt i blodet. (SST s. 105)

Man opnår en intensitet, der giver metabolisk fitness ved at tage trapperne, cykle på arbejde, gå ture (min 4 km i timen). Man kan addere alle dagens aktive minutter, det samlede antal skal være 30. Virkningen holder ikke særlig længe, derfor er daglig træning nødvendig for vedligeholdelse (SST).

Vægttab og øget fysisk aktivitet nedsætter hver for sig risikoen for at udvikle type 2-diabetes, men en kombination er mest effektiv (Fødevarerdirektoratet, 2003 s. 39)

Vægttab øger den glykæmiske kontrol og reducerer insulinresistensen ( Klaringsrapporten, 2000 s. 18)

En kost der er sammensat med et højt fiberindhold, mange grøntsager og et lavt fedtindhold mindsker risikoen for at udvikle diabetes.(folkesundhedsrapporten, s.154)

ADDITION studiet bekræfter, at livsstilsintervention reducerer risikoen for at udvikle diabetes hos høj-risiko personer prædiabetes.

## **Tidlig opsporing af type 2 diabetes gennem opportunistisk screening i forbindelse med et sundhedstjek på arbejdspladsen**

Med den nyeste viden fra ADDITION-studiet er der nu udarbejdet en brugbar høj-risiko strategi, der opfanger 75 % af diabetes patienterne og klassificerer patienter med IGT og IFG. Strategien kan med fordel bruges i en opportunistisk screening. Dog med opmærksomhed på at etnicitet afgør, hvordan risikoen skal vurderes.

Første del af testen punkt 1-2, som identificerer høj-risiko gruppen, kan udføres på arbejdspladsen. Det er praktisk muligt og blodprøven kan tages fra kappelært blod fra øreflippen eller fingerspidsen og analyseres med det samme på stedet. Men diagnosticering og klassificering af personer med IFG og /eller IGT, kræver et besøg hos den alment praktiserende læge eller på et diabetes center.

Margareta Maunsbach, beskriver i ”psykosociale konsekvenser af screening”, at det er vigtigt at gøre de personer, der screenes trygge. Det kan gøres ved at den sundhedsprofessionelle, som udfører sundhedstjekket, har baggrundsviden om type 2-diabetes, som kvalificerer ham/hende til at vurdere risikoen og kunne vejlede og besvare de spørgsmål som opstår i forbindelse med undersøgelsen.

Udstyret til blodsukker måling skal være godkendt. Hvis det kun er spørgeskemaet, altså punkt 1 i ADDITION, der gennemføres, betyder det, at dobbelt så mange bliver sendt til læge. (Rasmussen, 2008). Det betyder, at de vil blive unødvendig bekymrede, fordi de egentlig er i lav-risiko gruppen. Derfor skal både punkt 1 og 2 gennemføres, hvis undersøgelsen skal have en værdi.

Der er ingen litteratur om opportunistisk screening af type 2-diabetes på arbejdspladsen, derfor må det ses som en teoretisk overvejelse, idet der ikke er praktiske erfaringer, som kan afdække problemer i forhold til f.eks. kvalitetssikring eller udførelse.

For at screening har sin berettigelse, skal den foregå kontinuerligt ifølge MTV-rapporten. Det giver et praktisk problem alene pga. udskiftning på arbejdsmarkedet.

Men der er endnu ikke indikationer for, at der bliver opstartet kontinuerlig opportunistisk screening ved besøg hos alment praktiserende læge. Så hvis arbejdsgiverne vil sikre en tidlig opsporing af type 2-diabetes, er det muligt at indføre en forebyggende helbredsundersøgelse til det formål. Argumentet ligger i at 200.000 har udiagnosticeret type 2 diabetes og 500-700.000 danskere har prædiabetes (diabetesforeningen, 2009).

Manglende evidens for at en tidlig klassificering ændrer sygdomsforløbet, betyder ikke, at klassificering ikke har effekt. Men så længe der ikke er tradition for tidlig opsporing af type 2 diabetes med tilhørende klassificering af IGT og IFG, er der ikke mulighed for at forske i, om en tidlig klassificering har effekt. Når ADDITION – studiet afsluttes i 2009, vil der kunne analyseres på resultaterne på det område. Alle kilder dokumenterer, at livsstilsændringer minimerer risikoen for at udvikle type 2 diabetes fra det prædiabetiske stadie. Så en klassificering vil give mulighed for at ændre sygdomsforløbet, hvis patienten laver en permanent livsstilsændring

Alle kilder bekræfter, at der er en stærk sammenhæng mellem udvikling af type 2 diabetes og det metaboliske syndrom. Det metaboliske syndrom betyder også forhøjet risiko for hjertekarsygdomme. Så en tidlig opsporing af type 2 diabetes kan kombineres med forebyggelse af andre livsstilssygdomme.

Ved sundhedstjek på arbejdspladsen kan der gennemføres en opportunistisk screening, der består i trin 1 og 2 fra ADDITION-strategien, det vil identificere de medarbejdere, som har en sundhedstilstand bør undersøges nærmere, så en eventuel sygdomsrisiko kan identificeres.

### **Danskernes livsstil**

I løbet af de seneste 50 år er mad blevet nemt og billigt at få fat i, industrien ser en stor indtjeningskilde i at forarbejde og massefremstille mad til den travle danske familie. Madkulturen har ændret sig. Vi køber færre råvarer og flere færdigretter. Det kræver viden at læse en varedeklaration og sammensætte et måltid, særligt fordi der er et stort udbud af fødevarer, som helt skal undgås, hvis man skal leve op til sundhedsstyrelsens kost anbefalinger.

Vores energibehov er så lille, at det kræver omhu, at dække behovet for mikronæringsstoffer indenfor den kaloriemængde vi forbruger. (NNR 2004, Fødeveddirektoratet, 2003)

Danskernes kostvaner 2002 konkluderer, at danskernes gennemsnitskost har:

- § For meget tilsat sukker.
- § For meget fedt, særligt transfedtsyre og mættet fedt.
- § For lidt fisk, grøntsager og kostfibre

Det er svært at undersøge danskerne kostvaner gennem spørgeskemaer, fordi der er en øget tendens til underberetning. Det menes at skyldes den øgede oplysning, så deltagerne skriver, det de ved er "rigtig" adfærd og ikke det de reelt spiser og drikker. (Fødevedirektoratet, 2003, s. )

Det samme gælder fysisk aktivitet. Oplysningerne er divergerende, men generelt er de aktive blevet mere aktive, mens der totalt set er flere stillesiddende timer i danskernes liv. Når der måles ses det f.eks. at der er et forringet kondital hos de "dårligste" yngre børn i forhold til tidligere.

(Fødevedirektoratet, 2003, s. 16)

Ifølge Folkesundhedsrapporten fra 2007 har 13 % af danskerne angivet at være fysisk inaktive.

Det er væsentligt at nævne det øgede antal stillesiddende arbejdspladser, især for mændenes vedkommende. Antallet af stillesiddende arbejdspladser er nu oppe på 38 % for både mænd og kvinder. (Fødevedirektoratet, 2003 s. 27)

Der er indikationer for, at der en sammenhæng mellem sunde livsstilsvalg. De der er mest aktive spiser også sundere og ryger mindre(Fødevedirektoratet, 2003) Omvendt forøger det risikoen markant hos nogle, fordi de gør det modsatte.

I 2005 var der 29 % af befolkningen over 16 år, der røg dagligt. Til sammenligning var der 44 %, der røg i 1987.

I 2005 angav 18 %, at de led af søvnbesvær, i 1987 var det tal kun 9 %. Det er steget mest blandt de lavest uddannede(SUSY, 2009)

Samtidig angav 28 % at de led af træthed i 2005 mod 10 % i 1987. Dengang var det de højest uddannede, der led mest af træthed, i 2005 var det de lavest uddannede. (SUSY, 2009)

Kun 17 % angav, at de sørger for at få tilstrækkelig søvn for at bevare et godt helbred.

14 % af befolkningen overskrider genstandsgrænsen for alkohol..

Sammenlignes de nævnte risikofaktorer for udvikling af prædiabetes og type 2-diabetes med danskernes livsstil, antallet af overvægtige og det faktum at der er stærk sammenhæng mellem prædiabetes og det metaboliske syndrom, giver det mening at vores livsstil skal ændres, hvis folkesundheden skal forbedres.

## Sundhedsordninger

Den dokumentation jeg har fundet, er som nævnt fra sundhedsstyrelsen, som har adspurgt 1848 virksomheder i deres undersøgelse, hvoraf 55 % har svaret. Fra Ledernes hovedorganisation, som ikke har angivet, hvor mange de har spurgt, men at deres undersøgelse baseres på 986 besvarelser. Sundhedsstyrelsen har også beskrevet datagrundlag og metode, det har ledernes hovedorganisation ikke.

Sundhedsstyrelsen har til formål at afdække, hvilke barrierer og muligheder der er på området "sundhedsfremme på arbejdspladsen". Ledernes hovedorganisation har interesse i at skabe effektiv ledelse, her er sundheden et middel til at sænke sygefraværet, skabe en mere attraktiv arbejdsplads og mere effektive medarbejdere.

Sundhedsstyrelsen konkluderer at sundhedsfremme er et centralt og vigtigt område på danske arbejdspladser.

Sundhedsfremmende indsatser er særligt forekommende på ryge- og alkoholområdet i form af restriktioner.

Sundhedsfremmeordninger er generelt mest udbredte i større virksomheder, i offentlige og halvoffentlige virksomheder og i virksomheder, der er en del af en koncern.

Desuden viser undersøgelsen, at virksomheder i Region Hovedstaden i højere grad har tilbud og regler på sundhedsfremmeområdet end virksomheder i de øvrige regioner, hvilket er en reel geografisk forskel, som ligeledes kan genfindes, når der kontrolleres for virksomhedsstørrelse.

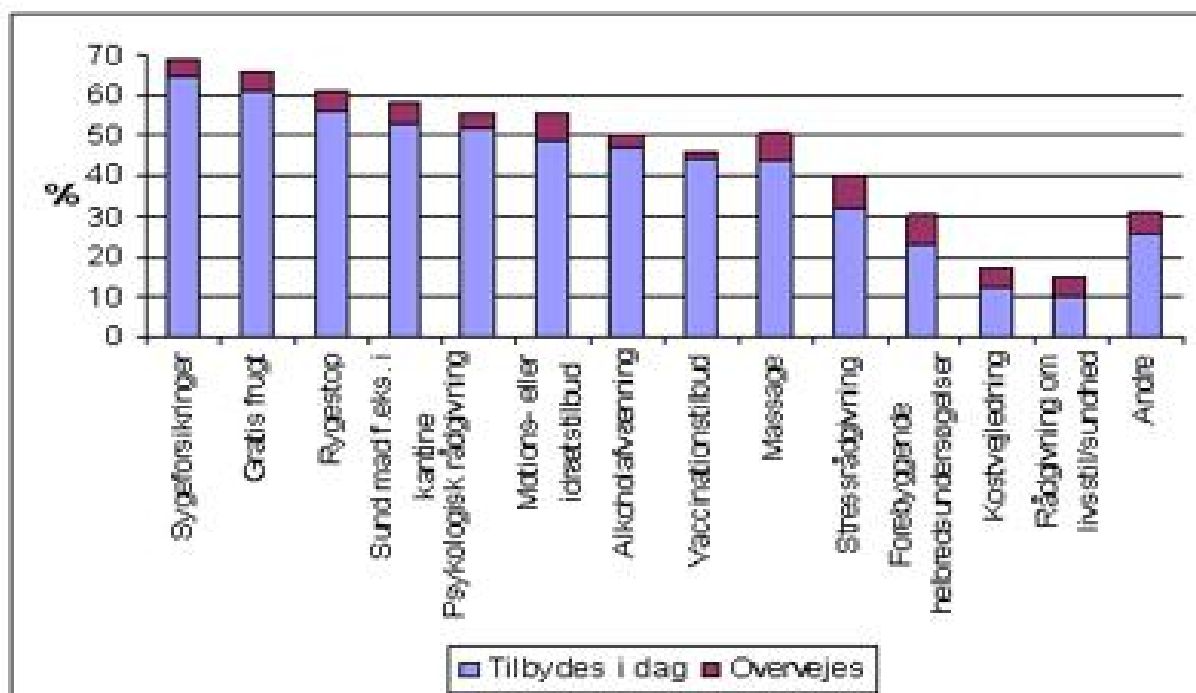
Sundhedsstyrelsens konkluderer, at der er ordninger/tilbud og/eller regler:

- § 98 % rygeområdet
- § 96 % på alkoholområdet
- § 61 % på mad området
- § 55 % på motions- og idrætsområdet
- § 49 % tilbyder behandlingsordninger,
- § 44 % af virksomhederne har ordninger og tilbud vedrørende psykisk arbejdsmiljø og stress.

Undersøgelsen indeholder ingen informationer om sundhedstjek, måske indgår det under behandlingsordninger, som også nævnes som noget nyt, idet den ikke er medtaget i tidligere undersøgelser af samme art. Så den individuelle del, hvor den enkelte medarbejder får behandling eller sundhedstjek er altså ny i forhold til sundhedsfremme på arbejdspladsen. Det bekræftes i indledning fra ledernes hovedorganisation, hvor det beskrives at den enkeltes sundhed for nogle år siden var en privat sag, men at der nu er sat fokus på den enkelte medarbejders sundhed.

Ledernes hovedorganisation har inddelt ordningerne på følgende måde:

Figur 3.1. Hvilke sundhedsfremmende ordninger tilbydes i dag eller overvejes?

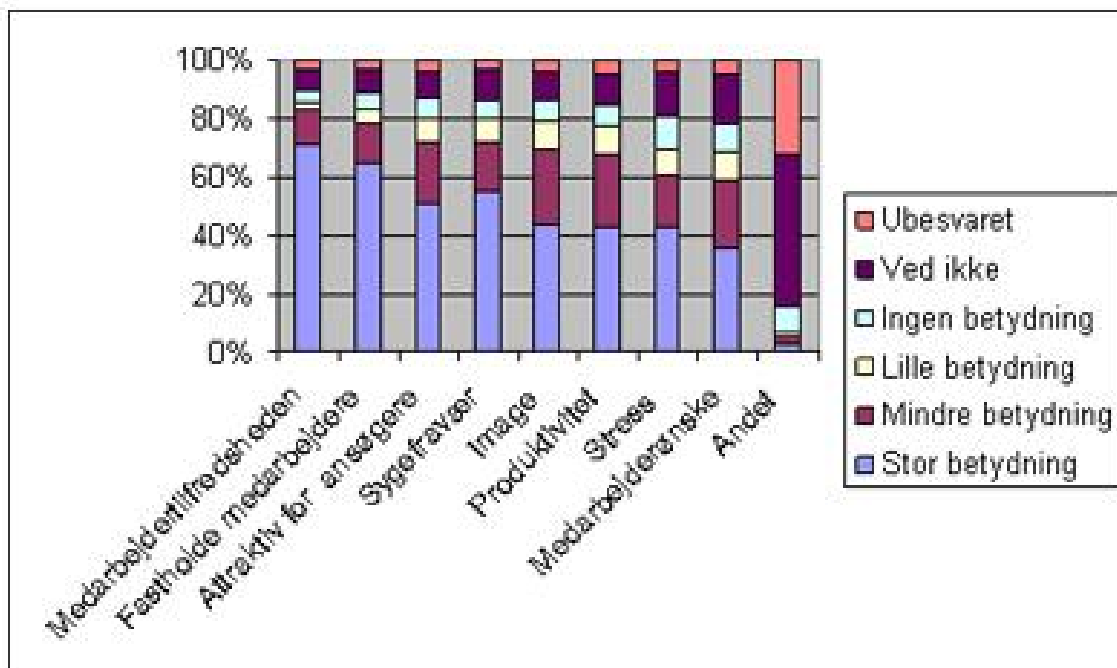


Derved ses at ca. 25 % af virksomhederne har forebyggende helbredsundersøgelser.

Begge undersøgelser konstaterer kraftig vækst på rygestop området.

Ledernes hovedorganisation har spurgt:

Hvad havde indflydelse på beslutningen om at indføre de sundhedsfremmende ordninger, der er på virksomheden?



Fra sundhedsstyrelsens undersøgelse fremgår det

§ 51 % mener, at det er relevant og passende at inddrage sundhed som tema i MUS

§ 33 % er uenige heri.

Ifølge Lederne hovedorganisation mener

§ 5 % at sundhed er en privat sag, som virksomheden ikke skal blande sig i.

§ 15 % at sundhed ikke skal inddrages i medarbejdersamtaler

Samtidig konkluderer Ledernes hovedorganisation, at lederne selv er meget sunde.

Ifølge sundhedsstyrelsen har virksomhederne et rådgivningsbehov i forhold til det fremadrettede arbejde med sundhedsfremme. Der er interesse for vejledning og bistand fra Sundhedsstyrelsen – primært gennem anbefalinger om sundhedsfremme og deciderede kampagner. I forhold til konkrete fremtidige initiativer ville flertallet af virksomhederne selv stå for indsatsen – dog gerne med hjælp og støtte i form af materialer, der kan inspirere og vejlede.

Samlet kan det konkluderes, at virksomhederne har fokus på KRAM-faktorerne og at sundhed nu er en del af medarbejderes kvalifikationer, som medtages ved medarbejderudviklingssamtaler(MUS). Det bekræftes at virksomhedernes formål er effektivisering af medarbejderne og skabelse af prestigefyldt sundhedsimage.

Det er ulige fordelt, hvilke virksomheder der tilbyder sundhedsordninger, samtidig vil jeg vurdere, at der er en eksplosiv vækst i de individuelle sundhedstjek og livsstilssamtaler, dels pga. af den stigende politiske interesse, f. eks lovpligtig tilbud om helbredstjek til nattevagter, sundhedskampagnen sundhedryk09, dels pga. den stigende interesse i befolkningen, f.eks. Chris McDonalds succes, dels de attraktive medarbejders krav og dels på baggrund af lederens egen adfærd og den store opmærksomhed på sundhedsledelse.

### **Hvilke faktorer i danskernes livsstil kan påvirkes gennem sundhedsordninger**

Ved at udnytte sundhedsordningernes fokus på KRAM faktorerne og kende den risikoadfærd i danskernes livsstil, der forringer folkesundheden, skal den sunde kost i kantinen helt konkret indeholde fisk, grøntsager og kostfibre. Sodavand og søde drikke udskiftes med vand. Kage og slik

skal skiftes ud med frisk frugt. Med 220 arbejdsdage på et år kan medarbejderne nå at få en stor mængde af det frugt og grønt, fisk og kostfibre, samt den mængde daglig væske i form af vand, som sundhedsstyrelsen anbefaler. Samtidig kan de gode vaner spare medarbejderne for mange overflødige sukker kalorier og unødvendigt fedt.

Konkret kan anbefalingen om ½ times daglig motion, muliggøres ved at implementere mere bevægelse i arbejdsdagen og lave pauserne aktive eller cykle på arbejde. Mere motion sænker risikoen for udvikling af sygdom yderligere og sundhedsordninger kan også indebære motion i arbejdstiden eller i umiddelbar forlængelse af arbejdstiden, på arbejdspladsen eller som firmaidræt. Mulighederne er mange. Organiseringen, skabelse af motionsnetværk og tidsmæssig fastsættelse/planlægning kan være det afgørende for, at motion bliver muligt for medarbejderen.

Sundhedsordninger kan betyde restriktioner på rygning og tilbud om rygestopkurser. Rygningen er det største indsatsområde og antallet af rygere er faldet, så det indikerer en effekt.

På den baggrund vil jeg vurdere at der i forhold til KRAM-faktorene på længere sigt, er mulighed for, at sundhedsordninger kan være med til at skabe adfærdsændringer og gode vaner, som videre bringes til fritids og familielivet.

**Kan den viden der skabes gennem sundhedsordninger med sundhedstjek bruges på samme måde, som den viden der er skabt gennem KRAM-undersøgelsen?**

KRAM undersøgelsen

Helbredsundersøgelsen ved KRAM-bussen målte på: I den opfølgende undersøgelse blev der målt:

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| § Fedtprocent          | § Fedtprocent        |
| § Håndstyrke           | § Armstyrke          |
| § armstyrke            | § Kondital           |
| § stotetest            | § Blodtryk           |
| § Knoglemineralindhold | § Puls               |
| § Lungefunktion        | § Talje- og hoftemål |
|                        | § Højde og vægt      |
|                        | § Blodprøve          |

- § Kondital -normalfordelinger
- § Kondital -lavt, middel, højt
- § Blodtryk
- § Puls
- § Talje- og hoftemål
- § Højde og vægt
- § Blodprøve
  
- § Spørgeskema som afdækker kost, ryge, alkohol og motionsvaner

Det er lavet en database med aktiviteter, initiativer og projekter af forebyggende eller sundhedsfremmende art, der er rettet mod **K**ost, **R**ygning, **A**lkohol og **M**otion. Målet er at borgere eller kommuner, kan blive inspireret og hente information om, hvilke aktiviteter rettet mod KRAM-faktorerne, der foregår i deres lokalområde og i de øvrige KRAM-kommuner. Desuden kan databasen være med til at skabe overblik over kommunens igangsatte aktiviteter.

#### En beskrivelse af sundhedsordninger med sundhedstjek

Kampagnen sundhedsryk09, som er støttet af forebyggelsesfonden, DI (erhvervslivets organisation) og Berlingske Media, anbefaler følgende udbydere:

- |                  |                |                |
|------------------|----------------|----------------|
| § SundhedsDoktor | § Health Group | § BST nord     |
| § CRECEA         | § ProFys       | § Sund Trivsel |

Jeg har undersøgt deres tilbud ved at se på deres hjemmesider. I forvejen er det dokumenteret, at der er fokus på KRAM-faktorerne.

Generelt kan det konkluderes, at det varierer meget, hvordan begreberne sundhedsprofil, sundhedstjek og helbredsundersøgelse bruges, der er ikke fælles terminologi.

Alle udbydere har veluddannede og kvalificeret personale, bestyrelse og ledelse.

Alle tilbyder virksomhederne rapporter over medarbejdernes samlede sundhedsprofil

Alle argumenterer både med sygdomsforebyggelse, bl.a. nævnes risikovurdering og sundhedsfremme.

Ligesom KRAM-undersøgelsen tilbydes gentagelse af målinger.

De test og målinger som udbydes er:

- § Konditionstest
- § Kolesteroltal
- § Fedtprocent
- § Blodtryk
- § Puls
- § BMI
- § Fedtfordeling
- § Blodsukker
- § Taljemål
- § Lungefunktionstest
- § Spørgeskema
- § Livsstilssamtale

Tilsammen tilbydes en bred vifte af sundhedsordninger.

Ved sammenligning af KRAM-undersøgelsen og de test og målinger som udbydes fra privat regi, kan det konkluderes, at mange af testene og målingerne er de samme. Dog udbyder ingen i privat regi knoglescanning, som kunne bidrage med viden om osteoporose.

De private udbydere tilbyder virksomhederne rapporter, disse rapporter kunne bruges statistisk på samme måde som KRAM resultaterne.

KRAM-resultaterne bygger på ca. 64.000 besvarede spørgeskemaer og 10.000 personer der er undersøgt ved KRAM-bussen. Der er ingen kilder der viser, hvor mange der benytter sig af sundhedstjek/profiler/undersøgelser.

Livsstilssamtalen som ikke er en del af KRAM-undersøgelsen, kan skabe viden om motivationen for livsstilsændringer.

Den viden udbyderne af sundhedsordninger har om, hvilke tiltag der mest effektivt motiverer og muliggør en adfærdændring, er yderst relevant, fordi der tydeligvis tilbydes ordninger af forskellig karakter og af et mere kreativ idegrundlag end de offentlig kampagner. Et godt eksempel på, at instituttet for human ernæring har brugt private udbyders lidt mere kreative ideer, er udviklingen af

Mobilefitness, et program der gennem mobiltelefon vejleder og støtter overvægtige gennem væggtab – et tilbud der er tilpasset den livsstil vi har.

Det er teoretisk muligt, at der kan skabes en fælles registrering af den viden sundhedsordninger med sundhedstjek bidrager med om folkesundhed og styrkelse af forebyggelses indsatsen på arbejdspladserne. Barriererne er, at udbydere er indbyrdes konkurrenter og at der er ikke er fælles terminologi og standardiserede undersøgelser. Det betyder at reproducerbarheden og validiteten ikke kan efterprøves. F.eks. har NCSA udarbejdet en udførlige vejledning, samt materiale, som kan downloades og bruges til udførelse af sundhedsprofiler. Nøgleordene er baggrundsviden om kost, motion, alkohol, tobak og stress, organisationsforståelse, den motiverende samtale og stage of change. Det er adfærdsændringer, der er formålet. Der ingen fysiske målinger eller test i denne sundhedsprofil. Det kan ses som et eksempel på, at det offentlige forsøger, at sætte standarder for de private udbydere af sundhedsordninger.

Den nyeste nationale kampagne Sundhedsryk09 er et godt eksempel på, at det kan lade sig gøre med fælles terminologi. Formålet er, at sætte fokus på kost og motion og belønne den gode indsats for et sundere liv. Man deltager i hold og skal testes med 60 dages mellemrum. Der skal dagligt indrapporteres online oplysninger om kost, motion, rygning og alkohol. Det hold, der har øget sundheden mest, har vundet.

Testen kaldes en sundhedsprofil og består af

- § BMI
- § Taljemål
- § Kondital
- § Spørgeskema

I kampagnen kan virksomheder bestille sundhedsprofiler udført af godkendte udbydere.(de ovenfor nævnte)

Men man kan også vælge at bestille et sundhedskit bestående af:

- § Digitalvægt
- § Centimetermål

## § Stepbænk med tilhørende cd til konditest.

Underfanebladet "Hvorfor deltage" handler argumenterne ingen steder om at undgå sygdom, hele motivationen er sjov og fællesskab, sunde glade og produktive medarbejdere, positionering af arbejdspladsen og benchmarking af arbejdspladsens sundhed. Og for medarbejderne er argumentationerne, at kickstarte foråret med et sundt fokus og skabe en personlig sund adfærdsændring på 60 dage, at få kendskab til sin personlige sundhedstilstand og vejledning af kost og motionseksperter.

Jeg finder det interessant, at der under "disclamer" står, at oplysningerne på overordnet og anonymiseret niveau, kan indgå i undersøgelser med henblik på statistik, forskning eller tendensvurdering. På den måde burde resultaterne af sundhedstjekkene også kunne registreres.

### **Hvilke problemer og muligheder giver det, at kombinere sundhedsstyrelsens interesse i forbedring af folkesundheden og arbejdsgivernes interesse i at effektivisere arbejdskraften?**

Første problem opstår, da jeg forsøger at definere sundhedstjek og forbyggende helbredsundersøgelse. Selv om sundhedsstyrelsen selv argumentere for, at der ikke kan sættes skarpt skel mellem sundhedsfremme og sundhedsforebyggelse, er der en væsentlig forskel på om arbejdspladserne skal være arena for kampagner som sundhedsryk09 eller tidlig opsporing af f.eks. type 2-diabetes, fordi der er etiske overvejelser, når der fokuseres på risiko for sygdom og der er krav til validitet og kvalitet af de undersøgelser, der bliver foretaget. Men sundhedsstyrelsen beskriver selv, at tidlig opsporing kan foregå på arbejdspladsen, men de har ikke defineret sundhedstjek eller forebyggende helbredsundersøgelse. Fælles forståelse af ord og begreber var også argumentet da pjecen "Terminologi", blev udgivet i 2005, men der er en eksplosiv udvikling af sundhedstjek i sundhedsordningerne og der er brug for klarhed omkring nye begreber og der er brug for standarder, der foreskriver, hvilke undersøgelser, der er valide, hvis arbejdspladserne skal være arena for opsporing af sygdomme.

En anden overvejelse der bør indgå, er risikoen for at arbejdsgiverne ekskluderer medarbejderne, der er i sygdomsrisiko, enten gennem fyring eller ved at fratage medarbejderne mulighed for

karrieremæssig udvikling i firmaet. Der er ingen fremtid i, at investere i medarbejdere, der alligevel bliver syge.

Begrundet i NCSA's prioritering af indholdet af en sundhedsprofil og de begreber sundhedsstyrelsen har valgt at definere, bliver der fokuseret meget på adfærdsændringer, der fremmer en sundere livsstil. Og det er der gode muligheder for på arbejdspladsen, dels ved de argumenter der er nævnt under afsnittet "Hvilke faktorer i danskerne livsstil kan påvirkes gennem sundhedsordninger", dels ved at benytte sig den motiverende samtale, som kan bidrage til, at medarbejderen begynder at tage ansvar for egen sundhed. Det er tidsmæssigt ressourcekrævende og det praktiske i at det foregår i forbindelse med arbejdslivet optimerer gennemførelsen.

Det giver mulighed for at bruge arbejdsfællesskabet til et forpligtigende fællesskab for en sundere livsstil, der kan give både mere effektive medarbejdere og en forbedring af folkesundheden

Det er muligt at dokumentere udbredelsen, men ikke effekten af sundhedsfremme på arbejdspladserne, konkluderer en undersøgelse fra Dansk sundhedsinstitut udgivet i 2008. Det er samtidig med at Ledernes hovedorganisation kommer med resultater på effekten af sundhedsordningerne, så der ligger nogle muligheder i fælles undersøgelser, da det er i begges interesse.

### **Giver sundhedsordninger med sundhedstjek mulighed for borger rettet sundhedsforebyggelse?**

Sundhedskampagnerne har frem til nu været møntet på hele befolkningen, men det har vist sig, at oplysning ikke får befolkningen til at ændre adfærd. Den eneste adfærd oplysning har ændret, er danskernes besvarelser, når der laves kost og motionsundersøgelser, for vi ved godt, hvad det rigtige svar er.

Nu prioriterer forebyggelseskommissionen den mere borgerrettede sundhedsforebyggelse. Sundhedstjek sætter den enkelte medarbejder i fokus, det er den enkeltes sundhedstilstand der måles og den enkelte motiveres og vejledes i, at vælge en livsstil der forbedrer sundhedstilstanden. Men det er stadig KRAM-faktorene og livsstilen der er omdrejningspunktet for adfærdsændringerne. Ifølge Kristian Larsen, som er sygeplejerske og cand. Phil., ph.d. Lektor ved Danmarks pædagogiske

universitetsskole og medforfatter til bogen Folkesundhed – i et kritisk perspektiv, bør man se på den sociale ulighed i sundhed og i stedet tilråde befolkningen følgende(Glasdam,2009, s. 217)

Flyt i en bedre bolig – helst med havudsigt

Få en længere uddannelse

Sørg for at have varig tilknytning til arbejdsmarkedet

Skaf gode venner

Få en høj løn

Få 2,1 barn

På den måde handler rådene om levevilkår i stedet for livsstilsvalg, men det er effektivt, selvom det ikke er levevilkårene der giver slanke, aktive og sunde mennesker. Levevilkårene for høj social position var tidligere forbundet med fedme og dertilhørende følgesygdomme. Men dengang var der ikke mad i overflod til alle og arbejdet var fysisk krævende, derfor var der status i at være fed.

Desuden var det ikke muligt, at behandle følgesygdomme til fedme, så det blev den enkeltes eget ansvar, at de døde tidligt. Udviklingen har gjort, at det nu er muligt at hjælpe de overvægtige med deres følgesygdomme, samtidig med, at vi har fået en viden om, at en sund livsstil minimerer risikoen for at få brug for hjælp, derfor har den enkelte fået ansvar for egen sundhed.

Udviklingen har betydet, at levevilkårene byder på en madkultur med færdigretter og billig og usund mad, det ikke er det nemme valg, der er det sunde valg, så det kræver handlekompetence, at vælge rigtigt. Med udgangspunkt i Bjarne Brun Jensen kriterier for opnåelse af handlekompetence, kan viden, indsigt og en forståelse af årsagssammenhænge for livsstil og sundhed motivere medarbejderen til at engagere sig i sin egen sundhed. Det vil sammen med medarbejdernes deltagerinvolvering i sundhedsfremmende projekter på arbejdspladsen bidrage til udvikling af handlekompetence.

Borgerrettet sundhedsforebyggelse handler også om at nå ”målgruppen” dvs. de borgere, der har en risikoadfærd. Set i relation til uligheden i sundhed, er det de arbejdsløse ufaglærte, det primært drejer sig om. Men i forhold til tidlig opsporing af type 2 diabetes, findes ca. 200.000 udiagnosticerede patienter og 500-700.000 prædiabetikere og i forhold til fedme er 44 % overvægtige, så mange arbejdsløse ufaglærte findes ikke i Danmark. Det betyder mange borgere med risikoadfærd findes på arbejdspladserne. Forebyggelseskommissionen beskriver, at arbejdspladserne er en uundværlig samarbejdspartner, fordi sundhedsbudskabet, når ud til borgere,

som ellers ikke lader sig påvirke af sundhedskampagner (forebyggelsesrapporten s.302) Begrebet forebyggelse på arbejdspladsen er opstået i erkendelse af nærmiljøets betydning for succes. (Center for forebyggelse, 2005, s. 28) Der findes ingen statistik, der viser om alle faggrupper har lige adgang til sundhedsordninger med sundhedstjek, og det er afgørende for, at sundhedsfremme på arbejdspladserne ikke forstærker den sociale ulighed i sundhed.

Der er en overrepræsentation af store virksomheder og en geografisk skævdeling af de virksomheder, der har sundhedsordninger, så der er ikke lige vilkår for alle.

Sundhedsordninger med sundhedstjek giver mulighed for borgerrettet sundhedsforebyggelse i forhold til livsstilsændringer. Det er umuligt at sige, hvor stor en del af målgruppen det rammer.

### **Forbedring af folkesundheden – set i et større perspektiv**

Sundhedstjek omfatter også sunde medarbejdere og det skaber en risiko for at de bliver sygeligt optaget af at leve sundt, fordi de vil opnå en endnu bedre sundhedsprofil. Svend Skafte Overgård beskriver en ny spiseforstyrrelse, Orthorexia nervosa, som betyder at man er sygeligt optaget af at spise sundt. Så udviklingen af sundhed som fokus, har paradoksalt nok også bidraget til nye sygdomme.

Det er den samlede folkesundhed, der er afgørende for samfundsøkonomien, vores mulighed for tidlig opsporing og kontrol af vores sundhed giver også unødvendige omkostninger for sundhedsvæsenet. Jeg fandt ingen kilder, der har opgjort disse udgifter.

Hvis alle lever efter de 8 kostråd og lader være med at ryge, bliver middelalderen forlænget med 6 år, ifølge rapporten ”risikofaktorer og folkesundhed i Danmark”. Hvis vi yderligere lader være med at have svage sociale relationer og går i skole i mere end 13 år forlænges middelalderen med yderligere 2½ år. Det bliver dyrt i pension og sygdomme som type 2 diabetes og osteoporose, fordi alderen har en del af ansvaret for prævalensen for de sygdomme. Michael Fitz-Patrick stiller spørgsmål ved denne konstante forskning i at forlænge livet, han mener vi har opnået menneskets biologiske levetid (Glasdam, 2009 s. 65)

Ved inddragelse af Foucault tænkning om magt, har KRAM-faktorerne som svar på vores sundhedsproblem en stor sandhedsværdi, det passer også godt ind i vores kulturs apparatfejlsmodel, fordi det kan måles og dokumenteres. På den måde bliver det også nemt, at fortrænge andre eventuelle problemer. Fordi min undersøgelse også viste at hormonbalance, udbrændthed på jobbet og søvnmangel også har betydning for type 2-diabetes, vil jeg teoretisk muliggøre idéen om at industrialiseringen og måden der f.eks. produceres slagtesvin på, har ændret mennesket hormonbalance og måden samfundet fungerer på, gør at mange bliver udbrændte, eller får ubevidste psykiske problemer, der giver søvnmangel og det giver symptomer som fedme. Det er umuligt at vide om det er sandt, men det er uden betydning, så længe det har lav sandhedsværdi og derfor ingen magt.

Ved at fokusere på den borgerrettede sundhedsforebyggelse og ved at etablere måleenheder der kan identificere de borgere, der foringer folkesundheden og ved at konstruere indsatsområder, som KRAM-faktorene, og etablere procedurer, som sundhedstjek, kost og motionsvejledning og rygestopkurser, som udføres af særlig professionelle, som er uddannet til at varetage denne gruppe af borgere, der foringer folkesundheden, konstrueres en eksklusion af denne gruppe borgere. På den måde kan folkesundhed bruges som magt til at fastholde den sociale ulighed.(Glasdam,2009 s. 214) Ved at forbedre folkesundheden er der risiko for, at magtforholdene ændrer sig. Jeg kan ikke forestille mig et land, der fungerer uden arbejdere, der får lav løn, jeg kan ikke forestille mig at ressourcerne kan række til at alle bor i store huse. Og KRAM-faktorene koster reelt ikke penge: Det koster ikke noget at holde op med at ryge og drikke- tværtimod får man frigivet økonomisk kapital nok til en lille ferie hvert år, motion behøver heller ikke koste noget, der er meget næring i billige råvarer, som f.eks. kartofler, hvidkål og havregryn, så det må være andre mekanismer der spiller ind.

I Danmark måles en forbedring af folkesundheden på den gennemsnitlige middellevealder. Det er tal, der styrer vores sundhed, kondital, blodsukkertal, kolesteroltal mm. Det er det, vi kan måle der har effekt og det vi kan dokumentere virkningen af, som afgør interventionen over for sygdom, altså det der er evidens for. På samme måde afventer de praktiserende læger evidens for at tidlig opsporing kan påvirke sygdomsudviklingen. Ser man på hvor hurtigt udviklingen i folkesygdomme går, risikeres det at evidens bliver forældet, inden den er dokumenteret.(Glasdam,2009 s. 129)

Det store argument ved sundhedstjek er, at det motiverer medarbejderne at kende deres egen sundhedsprofil. Mit modargument er, at badevægten har eksisteret i årtier, det har været let tilgængeligt for alle at måle deres vægt, alligevel er den steget. Det har ikke hjulpet at måle.

Jeg bruger sundhedsstyrelsens definition på folkesundhed og den giver et godt billede af de forskellige sundhedsopfattelser, samtidig med at den fastslår vores tradition for, at det er det, der kan måles, der er det afgørende.

Konklusion:

**Hvilke muligheder giver sundhedsordninger med sundhedstjek, når der fokuseres på borgerrettet sundhedsforebyggelse, tidlig opsporing af type 2-diabetes og en forbedring af folkesundheden?**

Vi kan måle præcis, hvilke sygdomme vi har størst risiko for at udvikle og vi har evidens for præcis, hvilken type motion og kost, der er mest til forebyggelse af hver enkelt sygdom og hvorfor, men vi mangler viden om, hvordan vi omsætter den viden til praktiske handlinger, der forbedre folkesundheden.

44 % af befolkningen er i dag overvægtige, selvom sundhedskampagnerne i årevis har viderebragt forskernes viden, gennem letforståelig oplysning. Vi har haft mulighed for at gå på badevægten og måle resultatet, alligevel er antallet af overvægtige steget. Det er muligt at sundhedsordninger med sundhedstjek, er nøglen til påvirkning af danskernes livsstil, fordi det giver oplysninger, som er møntet på det enkelte individ og iværksætter konkrete sundhedsfremmende handlinger, som befolkningen gennem forpligtigende fællesskaber skal deltage i.

Viden om type 2-diabetes, både om ætiologien og risikofaktorerne og interventionsmulighederne er veldokumenteret. Det prædiabetiske stadie kan identificeres, derfor er det også muligt at forudsige, at en stor del af den danske befolkningen potentielt kan blive omfattet af type 2-diabetes.

ADDITION-strategien er mest optimal at gennemføre ved opportunistisk screening hos de alment praktiserende læger, men de hævder at opportunistisk screening, svarer til det lægerne altid har gjort, alligevel findes 200.000 udiagnosticerede type 2-diabetes patienter og 500-700.000 prædiabetikere. Derfor er sundhedstjek en mulighed for at udpege høj-risikogruppen, men selve diagnosticeringen af type 2-diabetes og klassificering af prædiabetes kan ikke foregå på arbejdspladsen.

Der er dokumentation for at livsstilsinterventioner reducerer risikoen for at udvikle type 2-diabetes fra det prædiabetiske stadie, så ved at identificere prædiabetikere, har de muligheden for at ændre deres sygdomsrisiko. Men der er stadig ikke dokumentation for, at de også vil gøre det.

Derudover er der en tæt sammenhæng mellem prædiabetes og det metaboliske syndrom, som også betyder øget risiko for hjertekarsygdomme.

Men der er ulighed i hvem der tilbydes sundhedstjek, det er ikke alle arbejdspladser der har det tilbud. Hvor mange borgere der hvert år gennemgår sundhedstjek vides ikke.

Når sundhedsordninger begynder at indeholde sundhedstjek, der vurderer om sundhedstilstanden, bør undersøges nærmere, så en eventuel sygdomsrisiko kan identificeres, ændrer det indsatsen til at være af mere forebyggende end sundhedsfremmende karakter. Og det skaber nye behov for begrebsdefinitioner og standardiseringer af fysiologiske målinger. Samtidige er der også etiske overvejelser, fordi der er forskel på at præsentere en mulighed for en sundhedsforbedring og en mulig sygdomsrisiko.

Grundlæggende bruges de målinger, som også anvendes i KRAM-undersøgelsen og det er teoretisk muligt at bruge den viden der skabes, til forbedring af folkesundheden. Ud over kvantitativ viden om vores sundhedsstatus gennem fysiologiske målinger, giver det kvalitativ viden om motivationsfaktorerne for livsstilsændringer og det vil bidrage med noget nyt.

Men sundhedsordninger med sundhedstjek giver den samme viden om hvilke indsatser og forebyggelses aktiviteter, der gør en forskel på arbejdspladserne, som KRAM-undersøgelsen giver om hvilke indsatser og forebyggelses aktiviteter, der gør en forskel i kommunerne. Det giver ikke viden om andre indsatser, end indsatser mod KRAM-faktorerne, eller måling af andre faktorer end

KRAM-faktorene. Det kunne f.eks. være søvnmangel eller hormonbalance, som også har en dokumenteret årsagssammenhæng med type 2-diabetes.

Sundhedsordninger med sundhedstjek er stadig meget nyt, derfor kan det ikke konkluderes hvor meget og hvordan det forbedre folkesundheden, men det nedsætter sygefraværet på arbejdspladserne og det kunne også være medvirkende årsag til at antallet af rygere er reduceret i løbet af de senere år.

Sundhedsordninger med sundhedstjek på arbejdspladsen giver mulighed for at skabe sundhedsfremmende kost, motions og rygenormer, der fremmer folkesundheden. Det er muligt at minimums anbefalingerne for motion kan opnås i arbejdstiden. Det gør den praktiske udførelse af sundhedsfremme nemmere, fordi arbejdstiden optager en stor del af hverdagen.

Men sundhedstjek giver arbejdsgiveren mulighed for at klassificere medarbejdernes sundhedsværdi og det fjerner sundhed fra privatsfæren og inddrage det i MUS-samtalerne. På den måde er der risiko for, at det bidrager til social ulighed, fordi dem med en sundhedstilstand, der øger risikoen for at udvikle livsstilssygdomme, først bliver mindst attraktive for arbejdsmarkedet.

Sundhedstjek kan også bidrage til at sundhedsfokus, bliver så stor, at det udvikler sig til Orthorexia nervosa, som betyder, at man er sygeligt optaget af at spise sundt. Øget sundhed fokus giver også unødvendige udgifter til kontrol af borgere ikke har nogen reel sygdomsrisiko.

Fordi der er fokus på KRAM-faktorene og adfærdsændringer der fremmer en sundere livsstil, giver sundhedstjek mulighed for, at sundheden forbliver eneste rigtige sandhed, derved beholder den status og magt. Det fjerner opmærksomheden fra levevilkårene, som udløsende faktor for den sociale ulighed i sundhed.

Ser man på hvor hurtigt udviklingen i folkesygdomme går, risikeres det at evidensen bliver forældet, inden den er dokumenteret. Sundhedsordninger med sundhedstjek kan bidrage til identificering af borgere i høj-risikogruppen og til den borgerrettede sundhedsforebyggelse og det er muligt, at det kan påvirke folkesundheden. Men en effektiv brug af den viden de sundhedsprofessionelle skaber på arbejdspladserne hjælper ikke fordi den fortsætter med at låse os fast i, at dokumentere den samme type viden.

## **Perspektivering**

Det er altså en ny type viden, vi skal efterforske for at finde svarene, men hvis ny viden får større sandhedsværdi, ændres magtforholdene.

Eller også er det måden vi forstår verden på der skal ændres.

Jeg vil prøve at bruge sociologisk tænkning til at vende tingene på hovedet. Den viden vi har nu, er skabt ud fra forforståelsen af individet som autonom og kompetent, hvis det er rigtigt, burde vi så ikke have en folkeafstemning om, hvor gamle vi har lyst til at blive og hvilket liv vi definerer som det gode liv. Til gengæld skal vi også tage ansvaret, det vil betyde at vi ikke kan blive behandlet, hvis bliver syge af vores livsstil. På den måde er udgifterne til behandling af livsstilssygdomme fjernet.

Hvis vi ændrede på den selv samme forforståelsen, er der ikke længere grundlag for, at den enkelte skal tage ansvar for egen sundhed. Så kan vi udbetale borgernes løn i sunde madvarer og indføre tvungen motion.

Men vi skal også huske, at den viden vi har opnået gennem forskning har bragt os langt, til forskel fra dyrene ønsker vi hele tiden udvikling og vi har en drøm om evig ungdom. Dyrene er underlagt deres levevilkår, de ændre ikke livsstil. Mennesket har indflydelse på deres egne levevilkår og vi ændre hele tiden livsstil. I Danmark har vi gennem udvikling opnået en forholdsvis høj mellevealder, men vi har sygdomme, vi ikke behøvede at have, fordi vi ved, hvordan de kan undgås. Samtidig er der stor social ulighed. Mennesker er solidariske, alligevel lever vi, som dyrene under Darwins filosofi om at den stærkeste overlever. Vi er styret af nogle mekanismer vi ikke kan måle og veje og som hver enkelt borger er så stor en del af, at vi selv har svært ved at opdage dem. Naturen har magten over os, der er ikke mange dyrearter, der kunne overleve så hurtige ændringer, som mennesket skaber for sig selv.

### Litteratur liste

Alling Møller, Kirsten (2005) *Sundhedsopdragelse – hvad og for hvem* DpT 3 s.70-79

Dansk selskab for intern medicin, *Type 2-diabetes og det mataboliske syndrom – diagnostisk og behandling*, Klaringsrapport nr. 6 2000

Diabetesforeningen(uå) *om diabetes*, lokaliseret den 17.07.2009 på world wide web:  
[http://www.diabetes.dk/Rundt\\_om\\_diabetes/Diabetes\\_i\\_tal/Diabetes\\_i\\_Danmark.aspx](http://www.diabetes.dk/Rundt_om_diabetes/Diabetes_i_tal/Diabetes_i_Danmark.aspx)

Glasdam, S (2009) *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*, Dansk sygeplejeråd, kap. 5 og kap 8

Green A, Ottosen P, *DIABETES MELLITUS I DANMARK 1997-2006  
EPIDEMIOLOGISKE ANALYSER*, Odense: Institut for Sundhedstjenesteforskning (2008)

Jensen, Bjarne Brun (2005) *Sundhedsfremme og forebyggelse*. Tidsskrift for forskning i sygdom og sundheds s. 67-87

Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, *Folkesundhedsrapporte Danmark 2007*, Statens Institut for Folkesundhed, 2007

Maunsbach, Margareta(1994), *Psykosociale konsekvenser af screening*, Ringkøbing amtskommune, den medicinske forskningsenhed

Nationalcenter for sundhedsfremme på arbejdspladserne *om sundhedsprofiler* lokaliseret den 30.06.2009 på world wide web:[www.ncsa.dk](http://www.ncsa.dk)

Rasmussen, Sætre Signe, *Personer med IFG og IGT må ikke overses i klinisk praksis*, nyborg 13. nov. 2008 lokaliseret den 10.07.2009 på world wide web:  
[www.diabetes.dk/.../IFG%20og%20IGT520signe%20rasmussen.ashx](http://www.diabetes.dk/.../IFG%20og%20IGT520signe%20rasmussen.ashx)

Skaftø Overgaard S, Seminar, Suhr's, 7.09.2005, *Fra Mangel til Overflod – Ernæring og sundhed 1905-2005* lokaliseret den 01.07.2009 på world wide web:  
<http://www.suhrs.dk/taler/svendskafte.doc>

Steno diabetes center(uå) *om ADDISON-studiet* lokaliseret den 10.07.2009 på world wide web:  
[www.steno.dk/dokumenter/home/index.asp](http://www.steno.dk/dokumenter/home/index.asp)

Sundhedsstyrelsen, *Fysisk aktivitet og evidens livsstilssygdomme, folkesygdomme og risikofaktorer* mv. København: Sundhedsstyrelsen(2006)

Sundhedsstyrelsen, Center for evaluering og medicinsk teknologivurdering  
Type 2 diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling  
Medicinsk teknologivurdering 2003;5(1)

Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, *FYSISK AKTIVITET – håndbog om forebyggelse og behandling*. 2003

Sundhedsstyrelsen, *Sundhedsfremme på arbejdspladsen 2007* Udgivet af: Center for Forebyggelse, februar 2008