

Sundhedsprofil for region og kommuner 2008

Sundhedsprofil for region og kommuner 2008



Titel Sundhedsprofil for region og kommuner 2008

Copyright: © 2008 Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Alle rettigheder forbeholdes
ISBN 87-987414-4-6

Forfattere: Charlotte Glümer
Helle Hilding-Nørkjær
Helene Nordahl Jensen
Torben Jørgensen
Anne Helms Andreasen
Steen Ladelund

Udgiver: Region Hovedstaden
Koncern Plan & Udvikling
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Glostrup Hospital, afsnit 84/85
Nordre Ringvej 57
2600 Glostrup
Telefon: 4223 3260
Telefax: 4223 3977
www.fcfs.dk

Layout og grafisk produktion: Saloprint a/s

Sammenfatning

Denne første sundhedsprofil for Region Hovedstaden dækker samtlige 29 kommuner i regionen og bidrager med detaljeret viden om de voksne borgeres sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd. Formålet med sundhedsprofilen er at fungere som et planlægningsredskab både for kommuner og region.

Sundhedsprofilen beskæftiger sig med følgende temaer: demografi og sociale forhold, levevilkår, sundhedsadfærd, generelt helbred, biologiske mål og kroniske sygdomme.

Et gennemgående træk i sundhedsprofilen er fokus på den sociale ulighed i sundhed både på individniveau, men også på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden. Kommunerne er derfor inddelt i fire kommune socialgrupper på baggrund af andel borgere, der er uden for arbejdsmarkedet, andel borgere med kort uddannelse samt gennemsnitlig bruttoindkomst i kommunerne.

De forskellige temaer i sundhedsprofilen er belyst med udgangspunkt i henholdsvis data fra de centrale registre samt data fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?" til et tilfældigt udsnit af de 25-79-årige borgere i kommunerne i Region Hovedstaden. Sundhedsprofilen er baseret på de 1,2 million borgere i Region Hovedstaden, som er 25 år eller derover.

I alt er der udsendt spørgeskemaer til 69.800 borgere i hele regionen, og blandt disse valgte 52,3 % at returnere et udfyldt skema. Der er stor forskel på deltagelsesprocenten i de enkelte kommuner. Der er generelt flere kvinder end mænd, der har svaret. Andelen, der har svaret, stiger desuden med stigende alder. Besvarelsen er højst blandt etniske danskere. Der er desuden en social gradient i andelen, der svarer på spørgeskemaet.

Ved analyse af spørgeskemadata er der vægtet for non-response og stikprøvestørrelse, så resultaterne vil være repræsentative for hele stikprøven og dermed også for befolkningen i de enkelte kommuner.

Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed har stået for udarbejdelsen af sundhedsprofilen for Region Hovedstaden. En følgegruppe bestående af repræsentanter for de 29 kommuner har bistået med kommentarer og input i relation til den kommunale anvendelse af rapporten. En tilsvarende følgegruppe med repræsentanter for Region Hovedstaden har kommenteret rapporten i relation til anvendelse i regionalt regi.

Demografi og sociale forhold

En række demografiske og socioøkonomiske forhold spiller en væsentlig rolle for sundhedstilstanden i en befolkning. For at forstå forskelle i sundhedstilstanden mellem kommunerne er det derfor vigtigt at være opmærksom på de kommunale forskelle i demografi og sociale forhold.

Alder er den faktor, der er stærkest forbundet med udvikling af kroniske sygdomme. Alderssammensætningen varierer i mellem kommunerne. I nogle kommuner er over halvdelen af borgerne 55 år eller derover, mens det i andre kommuner kun er en 1/5 af borgerne.

Etnicitet kan have betydning for forekomsten af sygdomme som følge af etniske forskelle i normer og sundhedsadfærd. Desuden kan visse etniske grupper af genetiske årsager være mere disponeret for specifikke sygdomme end andre. I Region Hovedstaden er 88 % af borgerne etnisk danskere, 4 % har etnisk oprindelse i andre vestlige lande, mens 8 % har etnisk oprindelse i andre ikke-

vestlige lande. Andelen af borgere fra ikke-vestlige lande varierer imellem kommunerne fra få procent til omkring 1/4 af borgerne.

Indkomsten har indflydelse på borgerens muligheder for at foretage "sunde valg". Der er stor forskel på indkomstniveauet i kommunerne. I nogle kommuner er det gennemsnitlige indkomstniveau dobbelt så højt som i andre. **Uddannelsesniveau** er ligesom indkomst et udtryk for social position og også her er der stor variation mellem kommunerne.

Der er ligeledes store regionale forskelle i borgernes **erhvervstilknytning**. Andelen af borgerne i den erhvervsaktive alder, der er uden for arbejdsstyrken, varierer fra 8-25 % i mellem kommunerne.

Levevilkår

Et ugunstigt arbejdsmiljø kan have negativ indflydelse på arbejdstagerens helbred. 12 % af borgerne oplever, at arbejdet slider fysisk, og 14 % oplever, at arbejdet slider psykisk. Der er en social gradient blandt de, der har et fysisk belastende arbejde, men ikke i blandt de, der har et psykisk belastende arbejde.

Tilknytningen til andre mennesker har betydning for helbredet. I Region Hovedstaden har de fleste jævnlig kontakt til enten familie, venner eller naboer. Kun 7 % har begrænset kontakt til deres familie, 8 % har begrænset kontakt til deres venner, mens hele 39 % i begrænset omfang har kontakt til deres naboer. Borgere med kort uddannelse og lavt indkomstniveau har oftest begrænset kontakt til familie eller venner.

Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd har stor betydning for muligheden for at bevare et godt helbred eller risikoen for at udvikle kronisk sygdom.

Rygning. I Region Hovedstaden ryger 24 % daglig, men 40 % har aldrig røget. Dagligrygerne er typisk mænd, midaldrende, borgere med kort uddannelse og lav indkomst.

Mellem kommunerne varierer andelen af dagligrygere fra 14-32 % blandt mændene og fra 13-29 % blandt kvinderne. Der er en social gradient på tværs af kommune socialgrupper. Tre fjerdedele af rygerne vil gerne holde op med at ryge, og halvdelen af dem ønsker hjælp til rygeophør.

Blandt ikkerygerne udsættes 15 % dagligt for passiv rygning. Der bliver røget inden døre i 16 % af de hjem, hvor der bor børn under 16 år. Der er en social gradient både i forhold til passiv rygning og rygning i hjem med børn.

Alkohol. Blandt borgerne har 15 % et storforbrug af alkohol, som overstiger Sundhedsstyrelsens ugentlige grænser, 20 % har tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C), og 17 % rusdrikker. Samlet har 33 % af borgerne et risikabelt alkoholforbrug. Der er en social gradient i forhold til storforbrug og rusdrikkeri, men ikke i forhold til tegn på alkoholafhængighed.

Mellem kommunerne varierer andelen med risikabelt alkoholforbrug fra 33-54 % blandt mændene og fra 17-31 % blandt kvinderne. Der er ikke en klar variation på tværs af kommune socialgrupper. Godt 1/4 af borgerne med et risikabelt alkoholforbrug mener selv, de har ufornuftige alkoholvaner, og omtrent lige så mange vil gerne nedsætte deres alkoholforbrug.

Kost. 28 % af borgerne i regionen har sunde kostvaner, og 12 % af borgerne har usunde kostvaner. Borgere, der spiser usund kost, er typisk: mænd, ældre borgere samt borgere med kort uddannelse og lavt indkomstniveau.

Andelen, der har usunde kostvaner, varierer mellem kommunerne fra 9-24 % blandt mændene og fra 3-13 % blandt kvinderne. Der er en social gradient på

tværs af kommune socialgrupper. Blandt de, der har usunde kostvaner, mener kun knap 1/5 selv, at de har ufornuftige kostvaner, mens omkring 3/4 angiver, at de gerne vil spise mere sundt.

Fysisk aktivitet. 35 % af borgerne bruger mindre end 30 minutter om dagen på moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden. Medregnet er også transport til og fra arbejde. Derimod bruger 32 % af borgerne mere end 1 time om dagen på moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden. Mindre end 30 minutters moderat til hård fysisk aktivitet om dagen i fritiden er hyppigst blandt borgere over 65 år og borgere med kort uddannelse og lav indkomst.

I mellem kommunerne varierer andelen, der bruger mindre end 30 minutter om dagen på moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, fra 28-41 % blandt mændene og fra 27-42 % blandt kvinderne. Der er ingen tydelig social gradient på tværs af de fire kommune socialgrupper.

Godt halvdelen af de, der er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, mener selv, de har mindre gode eller dårlige motionsvaner. De fleste vil dog gerne være mere fysisk aktive.

Generelt helbred

Et væsentligt aspekt af borgernes generelle sundhedstilstand er, hvordan den enkelte borger selv oplever og vurderer eget helbred.

Selv vurderet helbred. Halvdelen af borgerne mener, at de har et fremragende eller vældig godt helbred, mens 14 % mener, at de har et mindre godt eller dårligt helbred. Andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred stiger med alderen.

Der ses en tydelig social gradient i andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden. Andelen varierer imellem kommunerne fra 9-21 %.

Stress. Tilknytning til arbejdsmarkedet er vigtig for oplevelsen af stress. Mens 15 % af de, der er i arbejde, har et højt stressniveau, er det samme tilfældet for hele 27 % af de borgere, der ikke er i beskæftigelse. Blandt borgere på kontanthjælp og førtidspensionister er andelen, der oplever et højt stressniveau, henholdsvis 74 % og 51 %.

Der er social gradient i mellem kommunerne, hvad angår borgernes stressniveau. Andelen, der oplever et højt stressniveau, varierer fra 13-24 % i mellem kommunerne.

Biologiske mål

De første tegn på at kroppen er ved at udvikle kronisk sygdom, kan måles ved ændringer i biologiske mål.

Vægt. Lidt over halvdelen af borgerne er normalvægtige, 12 % er svært overvægtige, 33 % er moderat overvægtige og 2 % er undervægtige. Moderat overvægt er næsten dobbelt så hyppig blandt mænd som blandt kvinder. Der er ingen kønsforskel i forhold til svær overvægt. Både moderat og svær overvægt stiger med alderen.

Svær overvægt er dobbelt så hyppig blandt borgere med kort uddannelse eller lav indkomst som blandt borgere med lang uddannelse og høj indtægt. Forekomsten af moderat til svær overvægt varierer på tværs af kommunerne fra 44-62 % blandt mændene og fra 22-48 % blandt kvinderne. Der er en social gradient på tværs af kommune socialgrupper for kvinder, men ikke for mænd.

Langt de fleste med moderat eller svær overvægtigt mener, at deres vægt er lidt eller alt for høj. Næsten alle disse borgere ønsker at tabe sig.

Blodtryk. En femtedel af alle borgerne er i behandling mod forhøjet blodtryk. Forekomsten er hyppigst blandt kvinder og stiger markant fra 45-års alderen. Blandt borgere med kort uddannelse og lav indkomst har næsten dobbelt så mange forhøjet blodtryk sammenlignet med borgere med lang uddannelse og høj indkomst. Andelen af borgere med forhøjet blodtryk varierer fra 12-26 % på tværs af kommunerne. Der er en social gradient på tværs af kommune socialgruppe.

Forhøjet kolesterol. 8 % af borgerne er i behandling med kolesterolsænkende medicin. Flere kvinder end mænd er i behandling og andelen stiger med alderen. Flere med kort uddannelse og lav indkomst er i kolesterolsænkende behandling. Andelen af borgere, som er i behandling for forhøjet kolesterol, varierer fra 4-13 % i mellem kommunerne. Der ses en social gradient på tværs af kommune socialgrupper.

Biologiske mål og sundhedsadfærd. Generelt er der lige så mange borgere med forhøjede biologiske mål, som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd som gennemsnittet af befolkningen i Region Hovedstaden. Blandt borgere med forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol er der flere, der er fysisk inaktive, og som har et risikabelt alkoholforbrug, sammenlignet med regionsgennemsnittet.

Kroniske sygdomme

I sundhedsprofilen er fokus lagt på ti hyppigt forekommende kroniske sygdomme. Det drejer sig om hjertesygdomme, apopleksi, diabetes, kroniske lungesygdomme (KOL og astma), kræft, knogleskørhed, gigt, ryg sygdomme, allergi og psykiske sygdomme.

Allergi er den hyppigst forekommende sygdom, idet hele 20 % af borgerne i regionen har eller har haft allergi. Næst hyppigst er psykiske sygdomme og kroniske lungesygdomme, som 15 % af borgerne lider af. Den mindst hyppige af sygdommene er apopleksi; 2,5 % af borgerne har haft en apopleksi.

Med undtagelse af hjertesygdomme, apopleksi og diabetes er de kroniske sygdomme hyppigere forekommende blandt kvinder end blandt mænd. Alle sygdomme – på nær allergi – er hyppigere blandt borgere med kort uddannelse og lavt indkomstniveau, og når der tages højde for alder, ses en social gradient på tværs af kommune socialgrupper.

13 % af borgerne har to kroniske sygdomme, og 8 % af borgerne har tre eller flere kroniske sygdomme.

Sammenlignet med regionens borgere har flere kronisk syge borgere en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, og færre kronisk syge borgere er motiveret for at ændre sundhedsadfærd

Forebyggelse og sundhedsfremme

Kun 15 % af borgerne lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i relation til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost. Det betyder, at mere end 1 million borgere i alderen 25-79 år skal ændre adfærd for at kunne leve op til anbefalingerne. Kvinder, unge og midaldrende borgere lever hyppigere op til alle anbefalingerne end mænd og ældre borgere. Andelen af borgere, der lever op til anbefalingerne, stiger med stigende uddannelses- og indkomstniveau. Der ses en social gradient på tværs af kommunerne i andelen, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

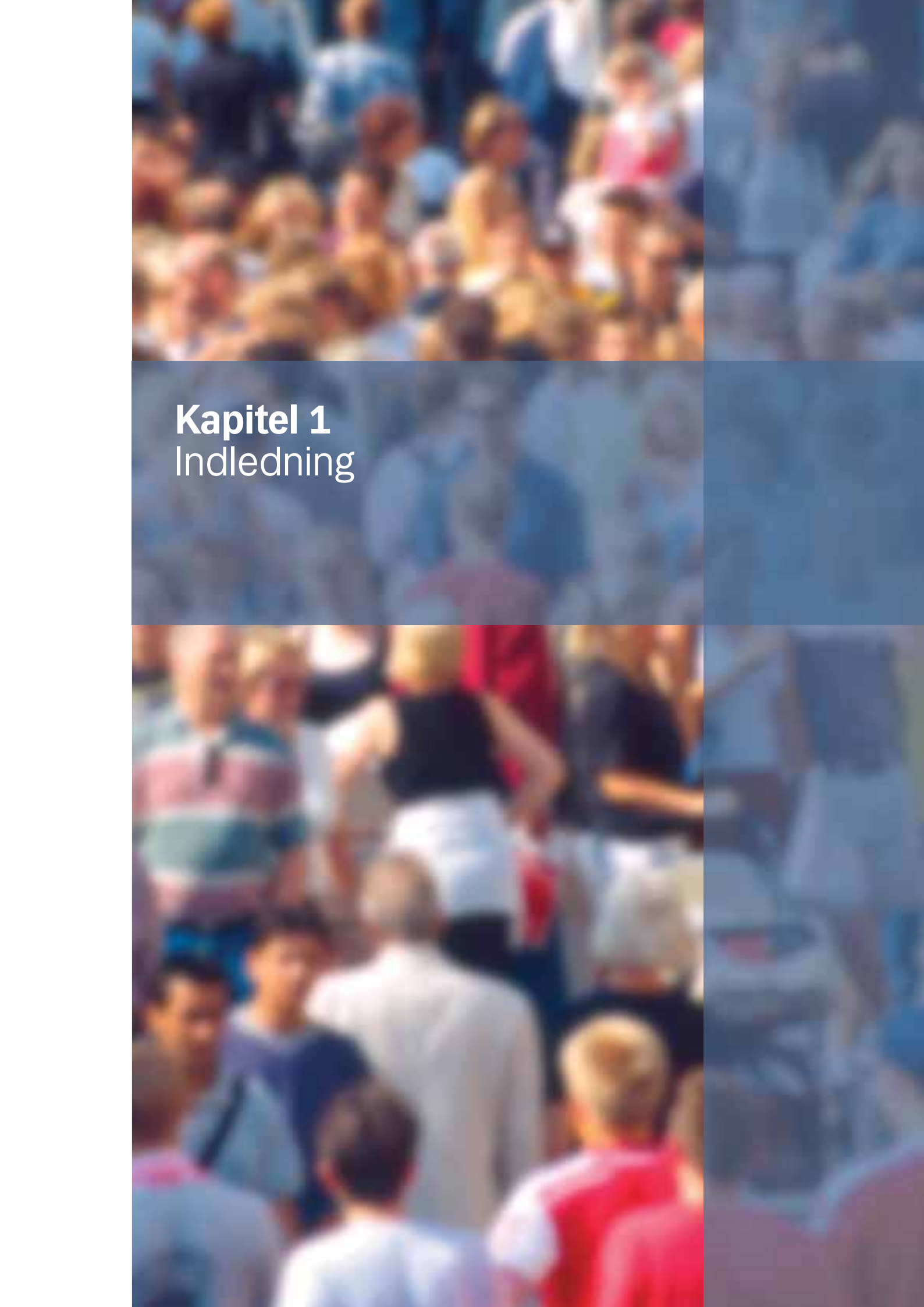
De praktiserende læger spiller en vigtig rolle i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Det gør de, dels fordi de ser 80 % af alle voksne borgere inden for et år, og dels fordi kort rådgivning omkring ændring af adfærd kan motivere og hjælpe borgerne til at ændre adfærd. Blandt borgere med en uhen-sigtsmæssig sundhedsadfærd har 38 % af egen læge modtaget råd om ryge-ophør, 23 % har fået råd om motion, 15 % har fået kostråd og 9 % har fået råd om alkoholadfærd.

Ved indførelse af strukturelle forebyggelses tiltag, hvor man ønsker at regulere adfærden ved regler og lovgivning, kan det være vigtigt for beslutningstagerne, at de har opbakning fra borgerne. I sundhedsprofilen er der spurgt ind til borgerne holdninger til forbud mod rygning, alkohol og salg af usund kost. Blandt borgerne er der stor tilslutning til rygeforbud, samt forbud mod salg af usund kost i skoler og børneinstitutioner. Der er desuden stor tilslutning til alkoholforbud på arbejdspladser. Der er en social gradient imellem kommune social-grupper.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Indledning	11
1.1 Formål	12
1.2 Opbygning af rapporten	12
1.3 Materiale	13
1.4 Metode	16
1.5 Medarbejdere	17
Kapitel 2: Demografi og sociale forhold	19
2.1 Demografi	20
2.2 Sociale forhold	29
2.3 Kommune socialgrupper	38
Kapitel 3: Levevilkår	41
3.1 Det ydre miljø	42
3.1.1 Støj fra trafikken og naboer	42
3.1.2 Fugt og andre indeklimaproblemer	47
3.2 Arbejdsmiljø	49
3.3 Det sociale miljø	52
Kapitel 4: Sundhedsadfærd	57
4.1 Rygning	59
4.1.1 Rygevaner	59
4.1.2 Rygeophør	64
4.1.3 Passiv rygning	67
4.2 Alkohol	73
4.2.1 Alkoholvaner	74
4.2.2 Ændring af alkoholvaner	80
4.3 Kost	81
4.3.1 Kostvaner	81
4.3.2 Ændring af kostvaner	96
4.4 Fysisk aktivitet	97
4.4.1 Fysisk aktivitet i fritiden – 30 minutter om dagen	97
4.4.2 Stillesiddende aktivitet i fritiden – mere end fire timer om dagen	102
4.4.3 Transport til og fra arbejde	104
4.4.4 Fysisk aktivitet på arbejde	108
4.4.5 Ændring af motionsvaner	111
Kapitel 5: Generelt helbred	113
5.1 Selvvurderet helbred	114
5.2 Fysisk og mentalt helbred	119
5.3 Selvvurderet fysisk form	123
5.4 Symptomer	126
5.5 Stress	131
Kapitel 6: Biologiske mål	135
6.1 Vægt	136
6.2 Forhøjet blodtryk	147
6.3 Forhøjet kolesterol	150
6.4 Biologiske mål og sundhedsadfærd	154

Kapitel 7: Kroniske sygdomme	157
7.1 Hjertekarsygdomme	159
7.1.1 Hjertesygdom	160
7.1.2 Apopleksi	163
7.2 Diabetes	167
7.3 Kroniske lungesygdomme	171
7.4 Kræft	175
7.5 Muskel-skeletsygdomme	180
7.5.1 Osteoporose (knogleskørhed)	180
7.5.2 Gigt	185
7.5.3 Rygsygdomme	190
7.6 Allergi	193
7.7 Psykiske sygdomme	198
7.8 Flere kroniske sygdomme	204
7.9 Helbredsbelastning og kronisk sygdom	208
7.10 Kroniske sygdomme og sundhedsadfærd	210
 Kapitel 8: Sundhedsfremme og forebyggelse	213
8.1 Forebyggelsestrategier	214
8.2 Individorienteret forebyggelse	214
8.2.1 Hvor mange borgere lever op til anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen?	215
8.2.2 De praktiserende lægers rolle indenfor sundhedsfremme og forebyggelse	218
8.3 Populationsorienteret forebyggelse	225
8.4 Principper for sundhedsfremme og forebyggelse i kommuner og Region	235
8.4.1 Rygning	236
8.4.2 Alkohol	238
8.4.3 Fysisk aktivitet	239
8.4.4 Kost	241
8.4.5 Den individorienterede forebyggelse	242
8.4.6 Den sociale ulighed i forebyggelsen	242
8.4.7 Ethiske overvejelser	243
8.4.8 Evaluering	243
 Kommunetabeller	245
• Motivation for at ændre adfærd	
• Borgere med kronisk sygdom, som ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger	
 Bilag	285
Planlægningsområder og hospitalsoptageområder	286
Sygdomsklassifikation	287



Kapitel 1

Indledning

1 Indledning

1.1 Formål

En vigtig forudsætning for at kunne målrette planlægningen inden for sundhedsområdet er viden om borgernes sundhed. Denne første sundhedsprofil for Region Hovedstaden dækker samtlige 29 kommuner i regionen og bidrager med detaljeret viden om de voksne borgeres sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd.

Formålet med sundhedsprofilen er at fungere som et planlægningsredskab både for kommuner og region. Sundhedsprofilen kan eksempelvis danne basis for kommunernes sundhedspolitik eller skabe overblik i forbindelse med regionens overordnede hospitalsplanlægning. Endelig er sundhedsprofilen, som både er kommunal og regional, et unikt redskab som grundlag for sundhedsaftalerne mellem kommunerne og regionen.

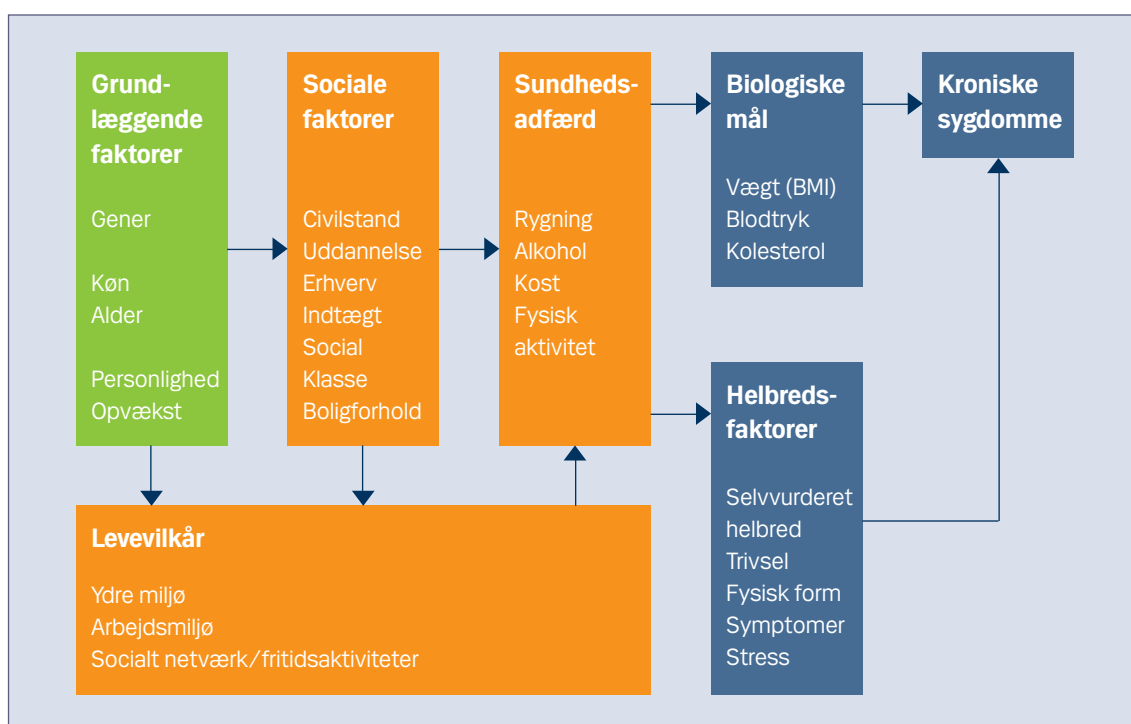
Gentagne sundhedsprofiler vil over tid kunne bruges til at følge udviklingen i borgernes sundhedstilstand og vil kunne anvendes i forbindelse med evaluering af kommunale forebyggelsesindsatser. Arbejdet med sundhedsprofiler vil derfor bidrage til at bringe evidensen ind i forebyggelsesarbejdet.

1.2 Opbygning af rapporten

Indhold

En sundhedsprofil viser ikke alene borgernes aktuelle sundhedstilstand, men afdækker også mulige indsatsområder, som vil kunne forbedre sundheden og mindske sygeligheden på kort og på lang sigt. De seneste års omfattende forskning inden for årsager til kroniske sygdomme har ført til nedenstående forsimplede forklaringsmodel. Figuren skal læses fra venstre mod højre.

Figur 1.1. Årsagsmodel til udvikling af kronisk sygdom



Figuren viser muligheder for kortsigtede og langsigtede forebyggelsesstrategier. Såfremt der iværksættes en effektiv forebyggende indsats over for usund adfærd, vil der på kort sigt kunne registreres en forbedring i helbreds faktorer og biologiske mål, mens der på både kort og lang sigt vil kunne forventes en reduktion i andelen med kronisk sygdom. Sundhedsprofilen er inddelt i kapitler, der beskriver de forskellige temaer i årsagsmodellen.

Analysefokus

Der er i sundhedsprofilen lagt vægt på at belyse forebyggelsespotentialer i såvel kommuner som region. Det betyder, at fokus i de enkelte kapitler primært vil være på de borgere, som har størst behov for forebyggelsesindsatser, eksempelvis borgere med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Det er dog ikke et udtryk for, at det ikke er væsentligt at fokusere på borgere, der ikke har sundhedsproblemer. Disse borgere er ofte ressourcestærke og kan fremme den fælles indsats i forhold til at højne sundheden generelt, men det er ikke fokus i denne rapport.

Da sundhedsprofilen for Region Hovedstaden både skal anvendes af regionens 29 kommuner og af regionen, vil alle resultaterne i rapporten være opgjort på både kommune- og regionsniveau. Enkelte steder, hvor der ikke er væsentlig variation mellem kommunerne samt i uddybende analyser, er resultaterne kun præsenteret på regionsniveau.

I kapitlerne vedrørende demografi og sociale forhold samt kroniske sygdomme er visse af resultaterne desuden opgjort i forhold til Region Hovedstadens fem hospitalsplanlægningsområder og otte hospitalsoptageområder. En oversigt over planlægnings- og optageområder er vist i bilag 1.

Et gennemgående træk i sundhedsprofilen er fokus på den sociale ulighed i sundhed både på individniveau, men også på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden. Kommunerne er derfor inddelt i fire kommune socialgrupper på baggrund af andel borgere, der er uden for arbejdsmarkedet, andel borgere med kort uddannelse samt gennemsnitlig bruttoindkomst i kommunerne.

1.3 Materiale

De forskellige temaer i sundhedsprofilen er belyst med udgangspunkt i henholdsvis data fra de centrale registre samt data fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?". Spørgeskemaet er sendt til et repræsentativt udsnit af borgerne i de enkelte kommuner.

Registerdata

I Danmark har vi en unik mulighed for at indhente og koble oplysninger om demografi, socioøkonomiske forhold samt sygdomsforekomst og medicinforbrug i allerede eksisterende centrale registre.

Fra de centrale registre er der foretaget et udtræk af oplysninger om de borgere, der den 1. januar 2007 havde bopæl i Region Hovedstaden. Sundhedsprofilen vedrører borgere, der er 25 år eller derover.

Registre indeholder som udgangspunkt oplysninger om alle borgerne i regionen, men der vil være borgere, der mangler forskellige oplysninger i registrene, f.eks. er oplysninger om højeste uddannelsesniveau dårligt defineret for borgere, der er født før 1920. Der vil derfor være forskel på, hvor mange borgere, der indgår på regionsniveau i de forskellige opgørelser. Oplysningerne fra registre er et par år gamle. Det har dog ikke betydning på populationsniveau, da sammensætningen af befolkningen og sygdomsforekomsten ikke ændrer sig væsentligt over så kort en periode.

Centrale registre, der er anvendt i sundhedsprofilen for Region Hovedstaden:

- Befolkningsstatistikregisteret
- Integreret Database for Arbejdsmarkedsforskning
- Indkomststatistikregisteret
- Uddannelsesregisteret
- Landspatientregisteret
- Lægemedeldatabasen
- Det Nationale Diabetes Register
- Det Psykiatriske Centralregister

I hvert af de følgende kapitler er beskrevet, hvilke af de centrale registre, der er anvendt.

Spørgeskemadata

Der er mange oplysninger at hente i de centrale registre, men ikke alle. For at få information om borgernes sundhedsadfærd, holdninger og livskvalitet må man spørge borgeren selv. Til sundhedsprofilen er anvendt data fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?" til et tilfældigt udsnit af de 25-79-årige borgere i kommunerne i Region Hovedstaden.

Der er til Gladsaxe, Herlev, Høje Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk kommuner udsendt i alt 9.200 skemaer i løbet af sommeren og efteråret 2006. Til de øvrige kommuner i regionen er der i september 2007 udsendt i alt 60.600 skemaer. Spørgeskemaerne er i 2007 udsendt til borgere, der var bosiddende i Region Hovedstaden den 1. august 2007.

Der er udsendt omkring 1.800 spørgeskemaer til hver kommune og til hver af de 10 bydele i Københavns Kommune. Til Frederiksberg Kommune er der sendt 3.000 skemaer. Stikprøvestørrelsen er valgt for at sikre, at der for hver kommune stadig er et rimeligt antal besvarede skemaer – på trods af eventuel manglende deltagelse i undersøgelsen.

I alt er der udsendt spørgeskemaer til 69.800 borgere i hele regionen, og blandt disse valgte 52,3 % at returnere et udfyldt skema. Der er stor forskel på deltagelsesprocenten i de enkelte kommuner, som det fremgår af tabel 1. I Vallensbæk valgte hele 68 % af borgerne at besvare skemaet, mens den tilsvarende andel i bydelen Nørrebro i Københavns Kommune kun var på 40 %.

I alle kommuner er der flere kvinder end mænd, der har svaret. Andelen, der har svaret, stiger desuden med stigende alder, dog med et fald for den ældste aldersgruppe, de 75-79-årige. Stigningen er kraftigst for mændene.

I stikprøven er der 4852 borgere, der ikke har dansk statsborgerskab. Blandt disse har kun 28 % svaret på spørgeskemaer, mens der er 55 %, der har svaret blandt de danske statsborgere. Denne forskel kan blandt andet være begrundet i sprogveskigheder, idet spørgeskemaet er på dansk. Besvarelsen er højest blandt etniske danskere, hvor 56 % har svaret. Blandt borgere fra ikke-vestlige lande har kun 24 % svaret.

Hvem svarer hyppigst på spørgeskemaet?

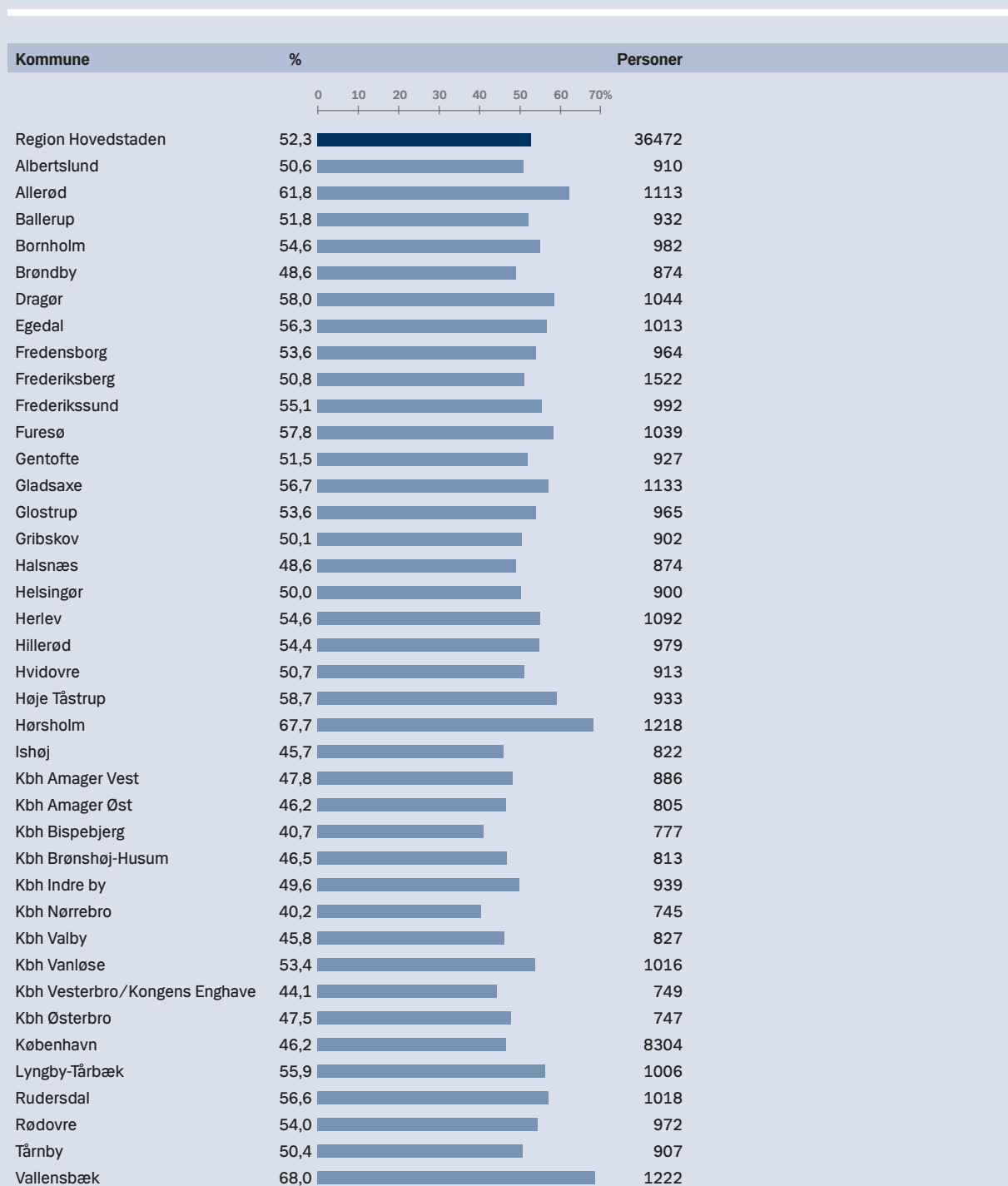
- Kvinder
- Ældre
- Etniske danskere
- Borgere med lang uddannelse
- Borgere med høj indkomst
- Borgere, der bor sammen med andre

Der er en social gradient i andelen, der svarer på spørgeskemaet. For både mænd og kvinder stiger deltagelsesprocenten med stigende bruttoindkomst, dog med et fald i den højeste indkomst kategori (borgere med en årlig bruttoindkomst over 525.000). Ligeledes er der en højere deltagelsesprocent blandt de, der har en lang uddannelse, sammenlignet med de, der har en kort uddannelse. Med hensyn til erhvervstilknytning er der flest besvarelser blandt de selvstændige, blandt lønmodtagere på højt niveau og blandt pensionisterne, hvor omkring 60 % har svaret. Borgere, som modtager kontanthjælp, førtidspension eller sygedagpenge, har den laveste deltagelsesprocent på 31 %.

Deltagelsesprocenten er højere blandt borgere, der bor sammen med andre, end blandt enlige borgere.

Antallet af kroniske sygdomme påvirker ikke deltagelsesprocenten, når der tages højde for de øvrige sociale faktorer.

Tabel 1. Deltagelsesprocenter for kommunerne i Region Hovedstaden.



1.4 Metode

Vægtning

De 29 kommuner i Region Hovedstaden varierer meget i indbyggertal. Da der med få undtagelser er valgt samme stikprøvestørrelse for alle kommuner, vil den samlede stikprøvemængde ikke nødvendigvis være repræsentativ for befolkningen i hele Region Hovedstaden. Det er der taget højde for i analyserne ved at vægte i forhold til indbyggertallet i de enkelte kommuner.

I analyserne er der endvidere vægtet i forhold til manglende besvarelse (vægtning for nonresponse), således at besvarelsene fra den enkelte person er vægtet i forhold til, hvor sandsynligt det er at få en besvarelse fra en person med samme køn, alder, uddannelse, indkomst, etnisk baggrund, samlivsstatus og antal kroniske sygdomme.

Hver persons besvarelse kommer på denne måde til at repræsentere besvarelse fra et varierende antal personer. Hvis besvarelsen for eksempel er 20 % blandt unge mænd af anden etnisk baggrund, vil hver besvarelse fra en ung mand med anden etnisk baggrund således repræsentere fem personer. Hvis besvarelsen derimod er for eksempel 50 % i en gruppe midaldrende etnisk danske kvinder, vil hver besvarelse repræsentere to personer – og hvis besvarelsen er 100 %, vil hver besvarelse repræsentere en person.

Resultaterne vil derfor være mere repræsentative for hele stikprøven og dermed også for befolkningen i de enkelte kommuner.

Sammenligning mellem kommuner

I sundhedsprofilen præsenteres resultater, hvor der foretages en sammenligning mellem kommunerne. Ved sammenligning mellem kommunerne undersøges, om den enkelte kommunes resultat afviger signifikant fra gennemsnittet af kommuner i Region Hovedstaden. Dette er markeret i tabellerne enten i form af en farvekode eller som en stjernemarkering.

Desuden er der i tabellerne i kapitel 3-8 vist resultater fra analyser, hvor der er justeret for alder og køn (hvor der ikke er vist kønsopdelte resultater), da der er en sammenhæng mellem for eksempel forekomsten af forskellige kroniske sygdomme og alders- og kønsfordelingen i kommunerne. Forskellen mellem kommunerne er her illustreret ved hjælp af Odds Ratio (OR). Fortolkningen af OR er, at hvis $OR > 1$ for en kommune, så er sandsynligheden for, at en borger i kommunen har f.eks. diabetes højere i denne kommune i forhold til gennemsnittet af kommunerne i regionen. Hvis $OR < 1$, så er sandsynligheden for, at en borger har diabetes lavere.

Præsentation af resultater

For at øge læsevenligheden er antallet af personer rundet af til nærmeste 100. Det betyder, at summen af underkategorier i en regionsopgørelse samt summen af kommuneresultater i en opgørelse ikke nødvendigvis svarer eksakt til regionsresultatet i samme opgørelse.

1.5 Medarbejdere

Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed har stået for udarbejdelsen af sundhedsprofilen for Region Hovedstaden.

Hovedkræfterne bag den regionale sundhedsprofil har været afdelingslæge, ph.d. Charlotte Glümer og projektleder cand. polyt., MPH Helle Hilding-Nørkjær. I projektgruppen har også været akademisk medarbejder cand. scient. san. publ. Helene Nordahl Jensen, som har talt med de mange borgere, der havde spørgsmål til spørgeskemaundersøgelsen samt har deltaget i udvikling af koncept og skrivning af rapport. IT-medarbejder Gert Virenfelt og ledende datamanager Carsten Agger har samlet og håndteret de store mængder data fra henholdsvis registre og spørgeskemaundersøgelse og ledende statistiker Anne Helms Andreasen og statistiker Steen Ladelund har lavet de statistiske analyser. Sekretær Birgitte Pickering har læst korrektur.

Ledende overlæge og professor i sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme Torben Jørgensen har givet vigtig inspiration og sparring i gennem hele processen. Et ekspertpanel bestående af afdelingslæge, ph.d., MPH Charlotta Pisinger, fysioterapeut, ph.d., MPH Mette Aadahl, ernæringskandidat, ph.d. Ulla Toft og overlæge, ph.d. Allan Linneberg har givet input og faglig sparring i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten.

En følgegruppe bestående af repræsentanter for de 29 kommuner har bistået med kommentarer og input i relation til den kommunale anvendelse af rapporten. Følgegruppen er udpeget af Den Administrative Styregruppe i Region Hovedstaden og består af leder af sundhedscentret i Fredensborg Kommune, MPH Susanne Samuelson, sundhedschef Jette Søe, Frederikssund Kommune, sundhedschef John Sørensen, Høje-Taastrup Kommune, udviklingskonsulent Kamilla Nielsen, Furesø kommune, økonomisk konsulent Signe Hermansen, Hvidovre Kommune, vicekontorchef Birgitte Gade Koefoed, Københavns Kommune, konsulent Marianne Steenstrup Svendsen, Bornholms Regionskommune og udviklingskonsulent Gitte Holm, Gentofte Kommune.

En tilsvarende følgegruppe med repræsentanter for Region Hovedstaden har kommenteret rapporten i relation til anvendelse i regionalt regi. Denne følgegruppe har bestået af hospitalsdirektør Torben Stentoft, Hvidovre Hospital og enhedschef Christian Worm, specialkonsulent Jessie Hudecek Kjærsgaard, chefkonsulent Ib Haurum, vicedirektør Torben Hyllegård og konsulent Henriette Bager, alle fra Koncern Plan og Udvikling.

Kontakt til pressen er varetaget af kommunikationskonsulent Rune Syberg, kommunikationskonsulent Mikael Elkan, pressekonsulent Claus Grønborg, grafisk konsulent Flemming Krog, nyheds- og strategichef Marianne Uldahl Jepsen, alle fra Koncern Kommunikation.

Trykning og kuvertering af spørgeskemaer er foretaget af Formula Tryksager A/S. Indscanning af spørgeskemaer er foretaget af Data Scanning A/S. Trykning og grafisk opsætning af denne rapport er foretaget af Saloprint A/S.



Kapitel 2

Demografi og sociale forhold

2 Demografi og sociale forhold

Sundhed og sygelighed er ikke tilfældigt fordelt. En række demografiske og socioøkonomiske forhold spiller en væsentlig rolle for sundhedstilstanden i en befolkning. For at forstå forskelle i sundhedstilstanden mellem kommunerne er det derfor vigtigt at være opmærksom på de kommunale forskelle i demografi og sociale forhold.

Nedenfor gives en karakteristik af befolkningen i de 29 kommuner i Region Hovedstaden.

2.1 Demografi

I det følgende beskrives, hvordan aldersfordelingen, samlivsforhold og etnicitet varierer på tværs af regionen. Oplysningerne stammer fra Befolkningsstatistikregisteret i Danmarks Statistik.

Indbyggertal

Region Hovedstaden har 1,6 millioner indbyggere, hvoraf de 1,2 million er 25 år eller derover og indgår i denne regionale sundhedsprofil.

Det skal understreges, at sundhedsprofilens resultater vil kunne afvige i forhold til andre regionale opgørelser, da sundhedsprofilen ikke omfatter personer under 25 år.

Der er 29 kommuner i regionen. Københavns Kommune er den største og udgør med sine knap 400.000 indbyggere omkring 1/3 af regionens befolkning. De to mindste kommuner i regionen er Dragør og Vallensbæk, jævnfør tabel 2.1.

Af tabel 2.2 ses fordelingen af indbyggere over 25 år i de 5 planlægningsområder og i optageområderne for de 11 nærhospitaler i Region Hovedstaden. Planlægningsområde Syd har det største befolkningsunderlag med 329.300 indbyggere på 25 år eller der over.

Tabel 2.1. Indbyggertal i de 29 kommuner i Region Hovedstaden. Personer på 25 år og derover

Kommune	Antal indbyggere
Region Hovedstaden	1.173.500
Albertslund	18.300
Allerød	16.100
Ballerup	33.000
Bornholm	32.100
Brøndby	24.200
Dragør	9.500
Egedal	27.500
Fredensborg	27.400
Frederiksberg	70.700
Frederikssund	31.100
Furesø	25.900
Gentofte	49.100
Gladsaxe	43.500
Glostrup	15.000

Kommune	Antal indbyggere
Gribskov	29.100
Halsnæs	22.500
Helsingør	43.600
Herlev	18.900
Hillerød	31.800
Hvidovre	34.800
Høje-Taastrup	32.300
Hørsholm	17.600
Ishøj	13.800
Kbh Amager Vest	36.700
Kbh Amager Øst	35.600
Kbh Bispebjerg	33.700
Kbh Brønshøj-Husum	27.500
Kbh Indre by	35.000
Kbh Nørrebro	50.200
Kbh Valby	32.800
Kbh Vanløse	26.400
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	38.400
Kbh Østerbro	50.500
København	366.700
Lyngby-Taarbæk	37.000
Rudersdal	38.000
Rødovre	26.200
Tårnby	28.900
Vallensbæk	8.700

**Tabel 2.2. Indbyggerantal i planlægnings- og optageområder.
Personer på 25 år og derover**

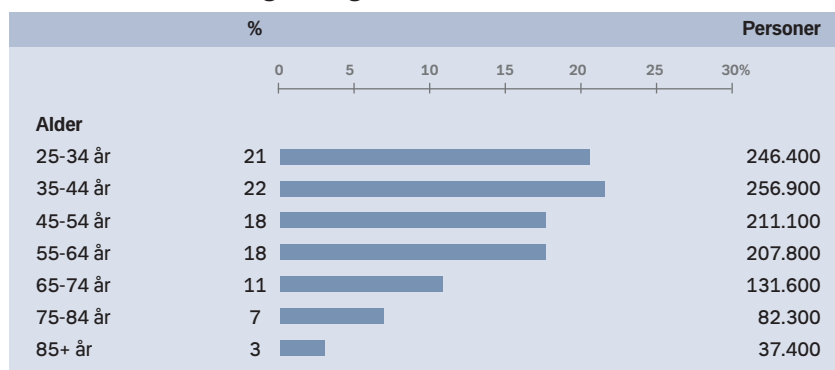
Planlægnings- og optageområde	%	Personer
Planlægningsområde Nord	19	219.300
Frederikssund Hospital	5	53.600
Helsingør Hospital	8	88.600
Hillerød Hospital	7	77.000
Planlægningsområde Midt	25	299.000
Gentofte Hospital	11	124.100
Herlev Hospital	15	175.000
Planlægningsområde Syd	28	329.300
Amager Hospital	9	110.800
Glostrup Hospital	8	88.200
Hvidovre Hospital	11	130.200
Planlægningsområde Byen	25	293.800
Bispebjerg Hospital	17	196.800
Frederiksberg Hospital	8	97.000
Planlægningsområde Bornholm	3	32.100

Alder

Alder er den faktor, der er stærkest forbundet med udvikling af kroniske sygdomme. Jo ældre man er, jo større er risikoen for at have en kronisk sygdom. Alder er derfor vigtig at tage i betragtning ved vurdering af forekomsten af disse sygdomme.

Aldersfordelingen for Region Hovedstaden er vist i tabel 2.3. Det fremgår, at 79 % af regionens indbyggere på 25 år eller derover tilhører den erhvervsaktive alder svarende til 924.600 personer.

Tabel 2.3. Aldersfordelingen i Region Hovedstaden



Generelt er forekomsten af kronisk sygdom relativt lav blandt borgere under 55 år. Aldersfordelingen i de enkelte kommuner kan derfor have betydning for, hvor stor forekomsten af kronisk sygdom er blandt borgerne i de forskellige kommuner.

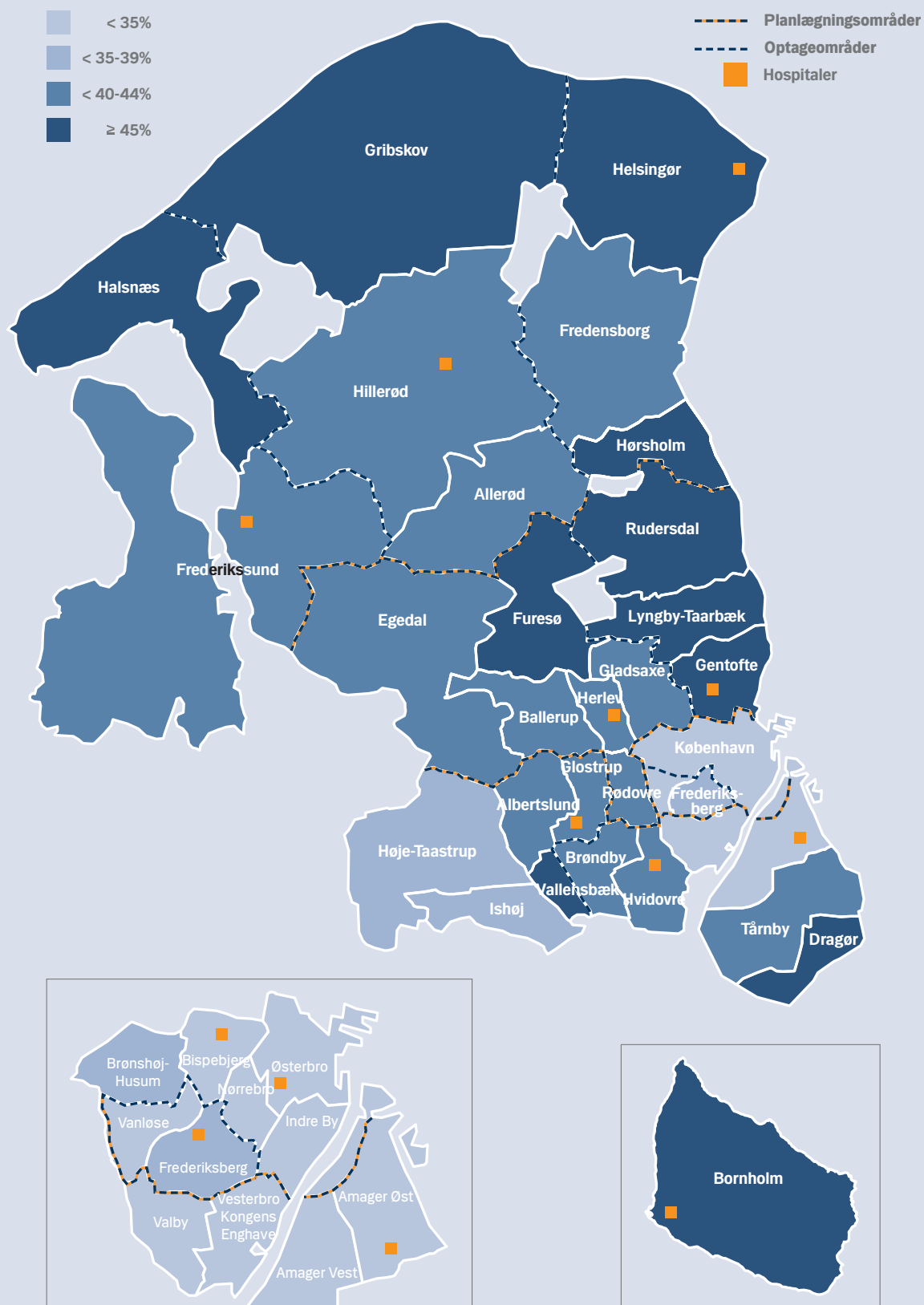
Alderssammensætningen er forskellig i kommunerne i Region Hovedstaden:

- I nogle kommuner er over halvdelen af borgerne 55 år eller derover
- I andre kommuner er det kun en 1/5 af borgerne.

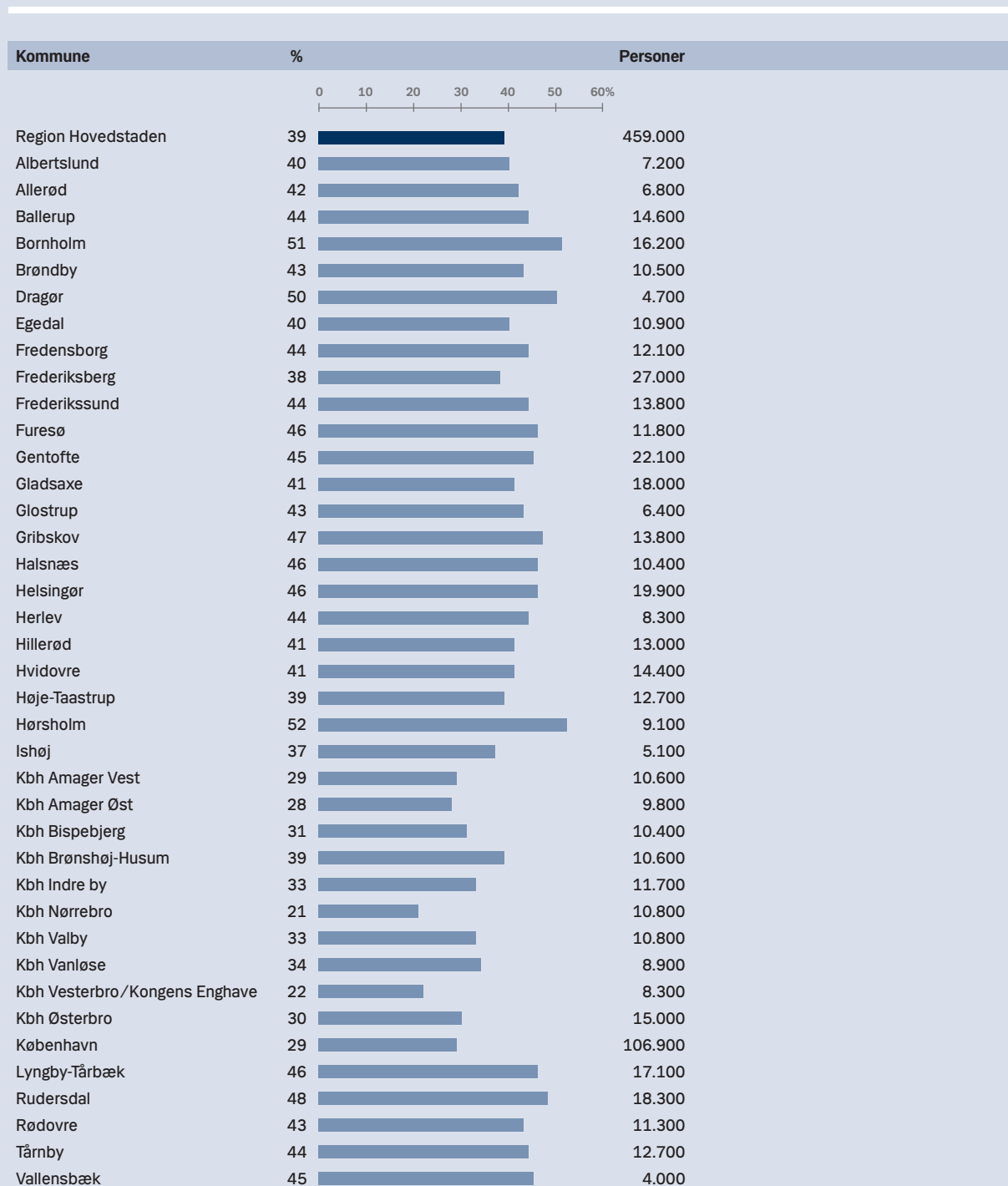
Tabel 2.4 viser, hvor stor en andel af borgere på 55 år eller derover, der er i de enkelte kommuner. Som det fremgår, er der stor forskel på andelen af ældre borgere i kommunerne. I Hørsholm, Dragør og Bornholms Regionskommune er over halvdelen af borgerne mindst 55 år. Modsat er andelen meget lav i de københavnske bydele, hvor der i bydelene Nørrebro og Vesterbro/Kongens Engshave kun er omkring 1/5 af borgerne, der er 55 år eller derover.

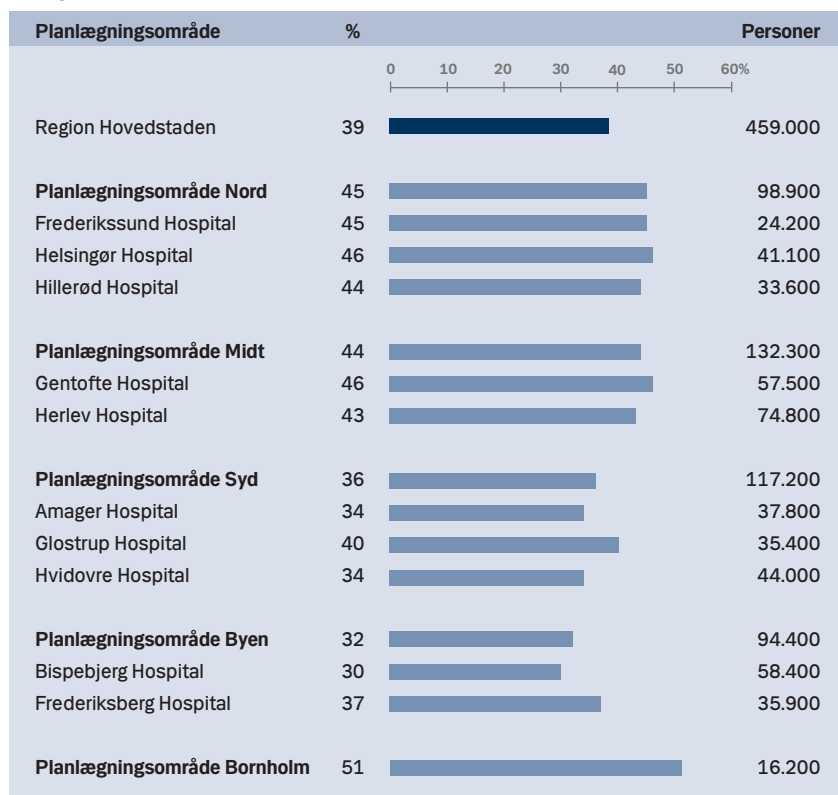
Denne forskel afspejler sig også i regionens fem planlægningsområder, jævnfør tabel 2.5. Det relativt unge befolkningsgrundlag i planlægningsområde Syd og Byen bevirker, at der her formentlig fremover vil ske en stigning i andelen af ældre borgere og dermed også i andelen med kronisk sygdom. Da der ydermere er et relativt stort befolkningsgrundlag specielt i planlægningsområde Syd, må det forventes, at forbruget af hospitalsressourcer fremover vil øges i disse områder.

Figur 2.1. Andel borgere på 55 år eller derover i kommunerne

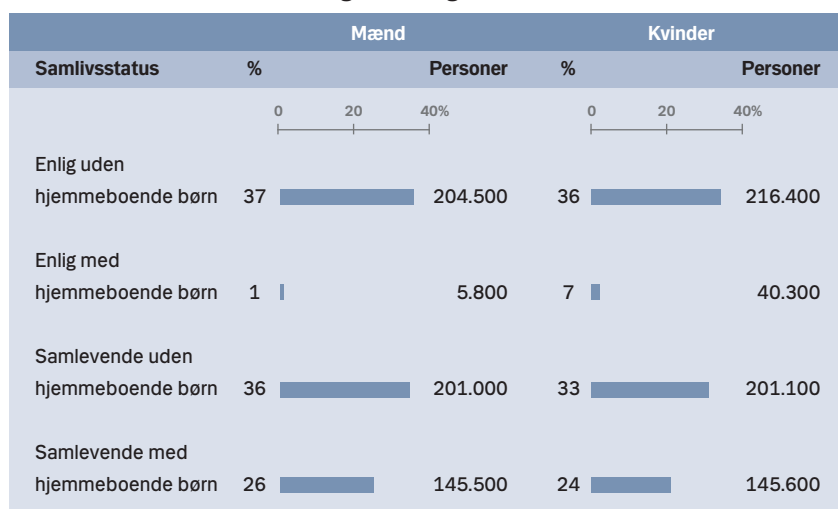


Tabel 2.4. Andel borgere på 55 år eller derover i kommunerne



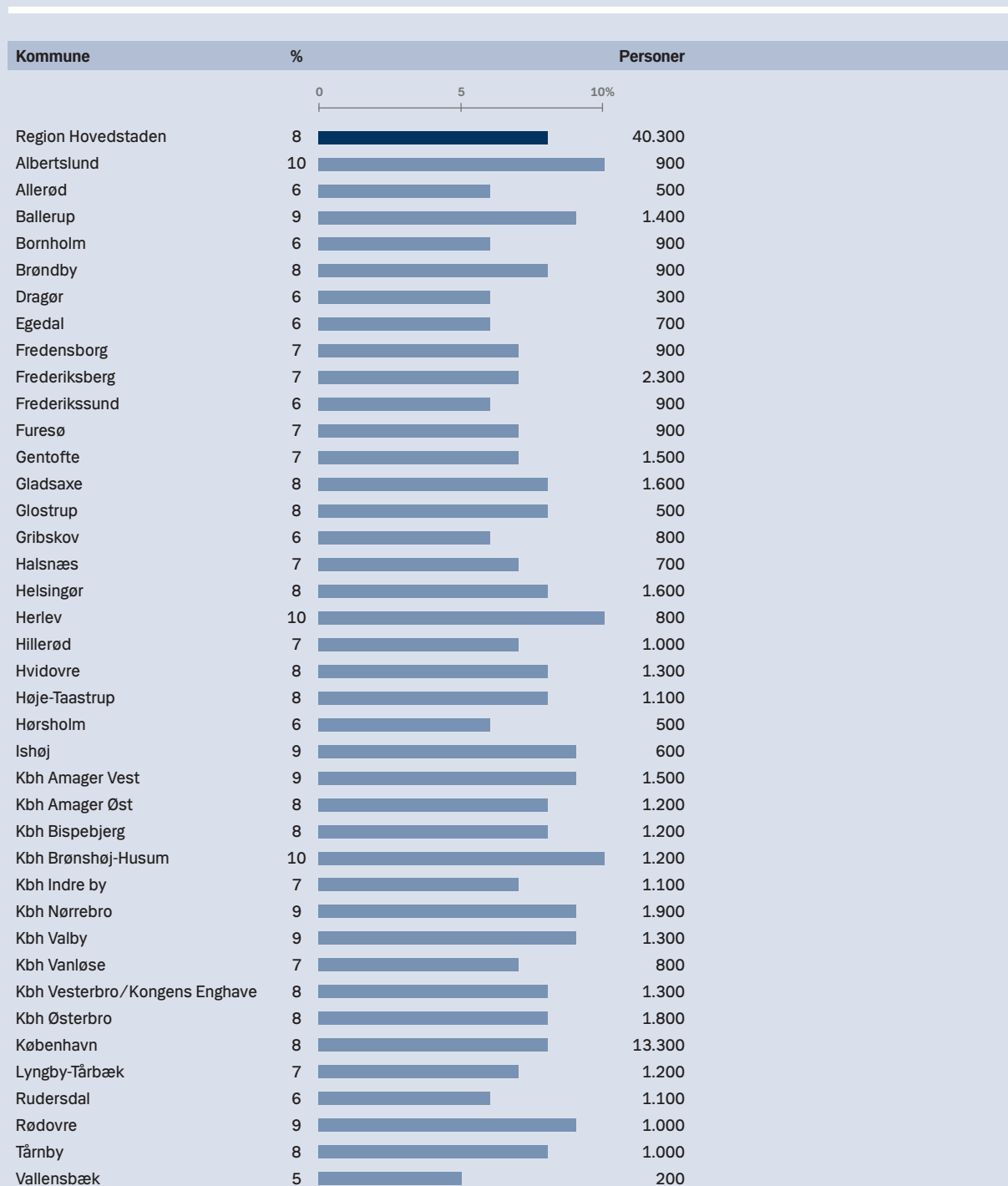
Tabel 2.5. Andel borgere på 55 år eller derover i planlægnings- og optageområder**Samlivsstatus**

Omkring 60 % af borgerne i Region Hovedstaden bor sammen med andre, lidt flere blandt mændene end blandt kvinderne, jævnfør tabel 2.6. Kun 1 % af mændene er enlige med hjemmeboende børn, mens den tilsvarende andel for kvinderne er 7 %.

Tabel 2.6. Samlivsstatus for borgerne i Region Hovedstaden

Andelen af enlige kvinder med hjemmeboende børn varierer mellem kommunerne fra 5 % i Vallensbæk til 10 % i Albertslund, Herlev og Brønshøj/Husum, jævnfør tabel 2.7.

Tabel 2.7. Andel enlige kvinder med børn i kommunerne. Kun for 25-74 år



Etnicitet

Etnicitet kan have betydning for forekomsten af sygdomme som følge af etniske forskelle i normer og sundhedsadfærd. Desuden kan visse etniske grupper af genetiske årsager være mere disponeret for specifikke sygdomme end andre.

I Region Hovedstaden er 88 % af borgerne etnisk danskere, 4 % har etnisk oprindelse i andre vestlige lande, mens 8 % har etnisk oprindelse i andre ikke-vestlige lande. Der er ikke kønsforskelle mellem grupperne. Andelen af borgere fra ikke-vestlige lande er størst i de yngre aldersgrupper. I tabel 2.8 er vist en oversigt over de ti største etniske grupper i Region Hovedstaden.

Tabel 2.8. De ti største etniske grupper i Region Hovedstaden

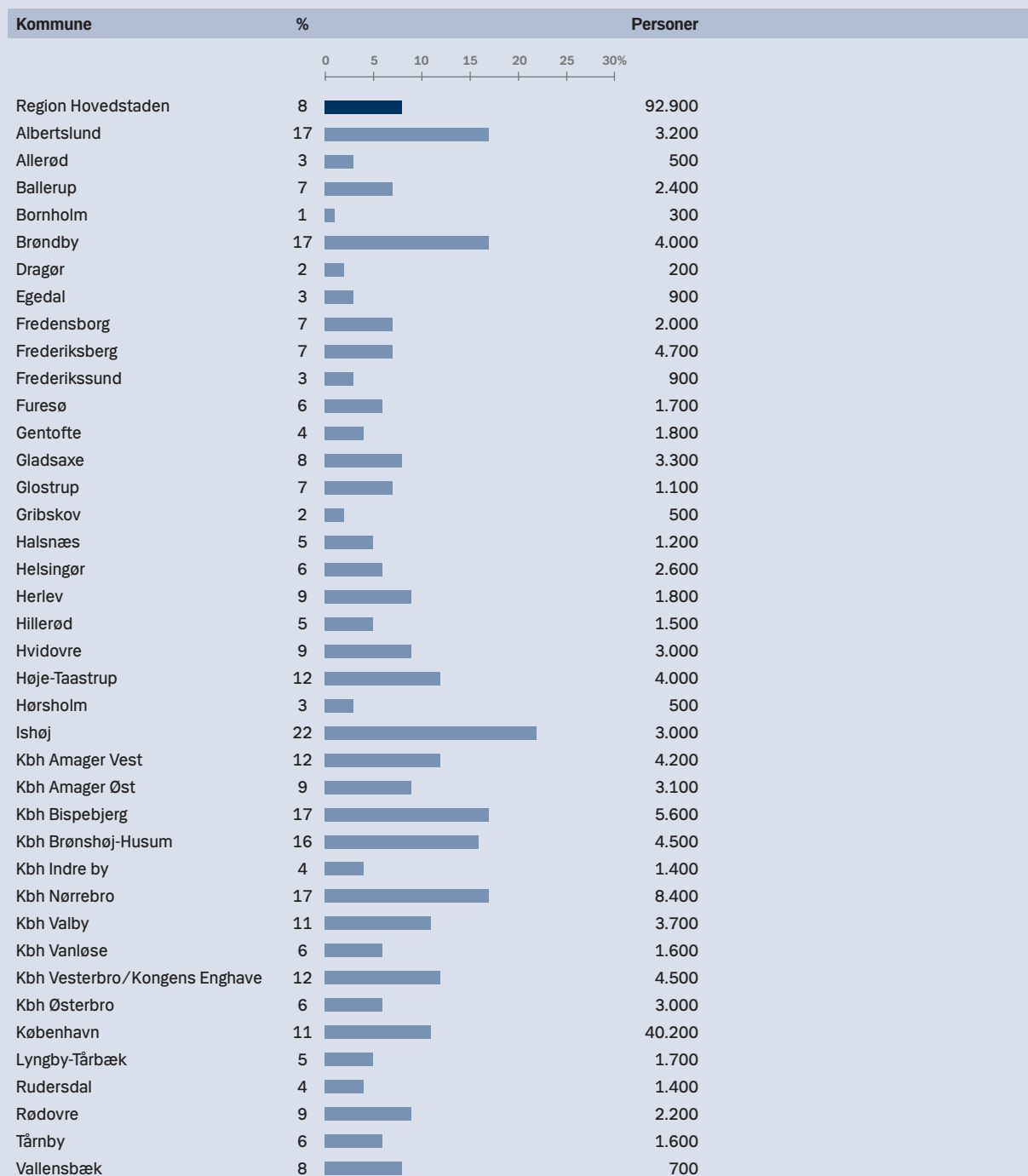
Oprindelsesland	%	Personer
Danmark	87.91	1.019.900
Tyrkiet	1.52	17.700
Pakistan	0.87	10.000
Jugoslavien	0.67	7.700
Sverige	0.58	6.800
Tyskland	0.55	6.300
Irak	0.50	5.800
Norge	0.49	5.700
Polen	0.41	4.800
Storbritannien	0.40	4.700
Iran	0.40	4.600

Der er en stor variation i sammensætningen af etniske grupper mellem kommunerne i Region Hovedstaden. Som det fremgår af tabel 2.9, varierer andelen af borgere fra ikke-vestlige lande mellem få procent i f.eks. Dragør, Gribskov og på Bornholm til 22 % i Ishøj.

Inddeling i etniske grupper:

- **Danmark**
- **Andre vestlige lande:** Alle 25 EU-lande plus Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand.
- **Ikke vestlige lande:** Alle øvrige lande

Tabel 2.9. Andel borgere fra ikke-vestlige lande i kommunerne



2.2 Sociale forhold

I dette afsnit beskrives de sociale forhold blandt borgerne i Region Hovedstaden. Fokus er lagt på bruttoindkomst, uddannelse og erhvervstilknytning. Oplysningerne stammer fra Indkomststatistikregisteret og Uddannelsesregisteret fra Danmarks Statistik.

Bruttoindkomst

Bruttoindkomsten er et udtryk for de materielle ressourcer, borgeren disponerer over, og kan indirekte påvirke borgerens muligheder for at foretage "sunde valg" som for eksempel køb af sunde fødevarer eller valg af bolig i trygge og rekreative omgivelser.

Bruttoindkomsten for borgerne i Region Hovedstaden er her defineret som den gennemsnitlige årlige husstandsindkomst pr. person (voksen) i husstanden. I tabel 2.10 ses fordelingen af bruttoindkomst i forskellige indkomstgrupper for både mænd og kvinder. Andelen med en årlig bruttoindkomst på under 150.000 kr. er lidt højere blandt kvinderne end blandt mændene. Det skyldes, at de enlige kvinder generelt har en lavere indkomst end de enlige mænd.

De fleste borgere, der har en bruttoindkomst på under 100.000 kr., tilhører den yngste aldersgruppe. Mange af disse er studerende ved videregående uddannelser og vil typisk have en bedre sundhedsadfærd og lavere sygelighed sammenlignet med andre lavindkomstgrupper.

Tabel 2.10. Årlig bruttoindkomst blandt borgerne i Region Hovedstaden

Bruttoindkomst	Mænd			Kvinder		
	%	Personer		%	Personer	
	0 15 30%			0 15 30%		
0-<100.000	10	55.800		9	56.100	
100.000-<150.000	17	95.500		21	125.900	
150.000-<250.000	28	157.400		30	178.900	
250.000-<375.000	29	163.600		28	167.200	
375.000-<525.000	11	58.600		9	53.600	
525.000+	5	25.900		4	21.600	

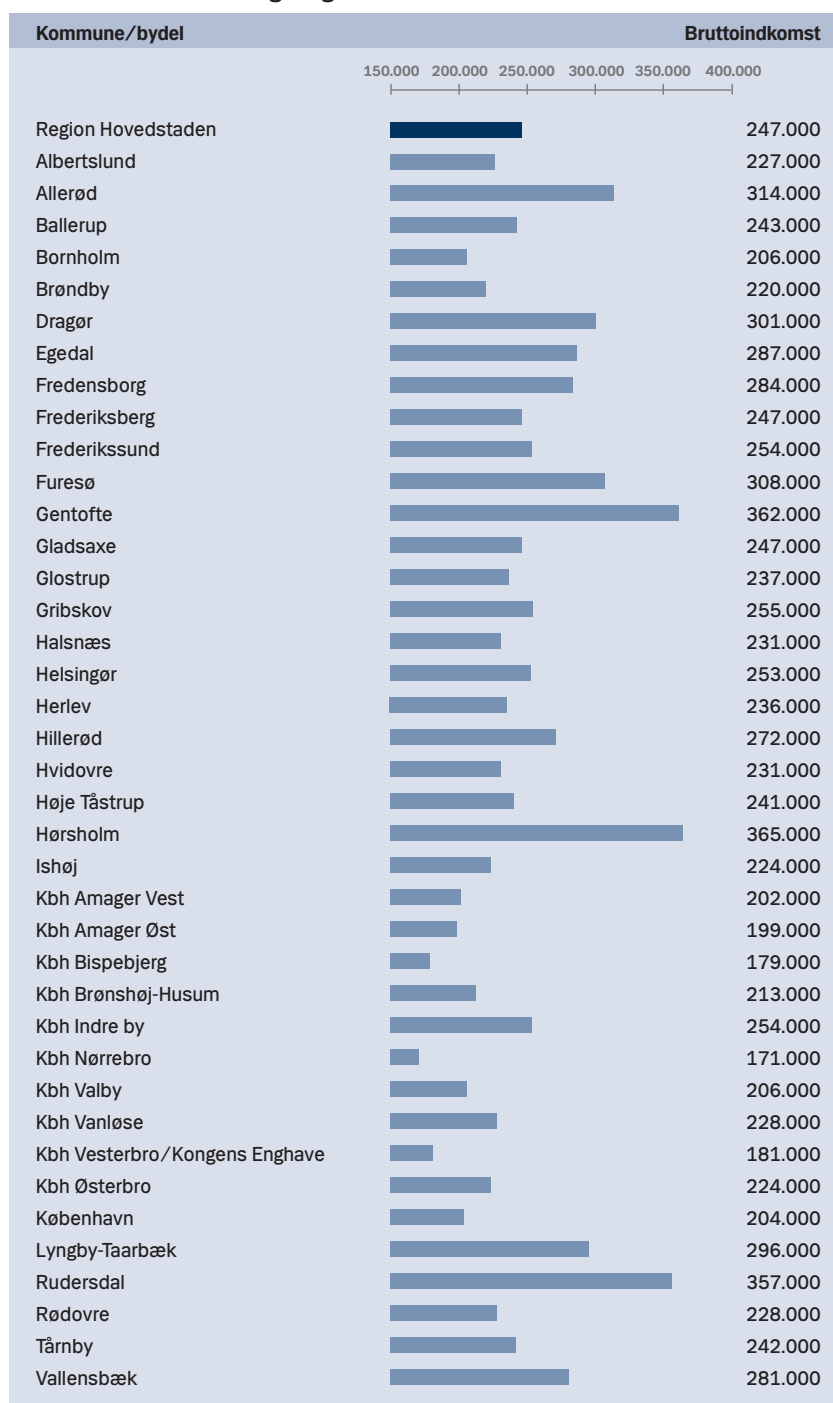
I tabel 2.11 er vist variationen i årlig bruttoindkomst mellem kommunerne i Region Hovedstaden. Det er den gennemsnitlige bruttoindkomst for hver kommune, der er illustreret i tabellen. Der er stor variation i bruttoindkomsten mellem kommunerne. De mest velstillede kommuner er Hørsholm, Rudersdal og Gentofte, hvor den gennemsnitlige bruttoindkomst pr. år er på over 350.000 kr. I flere af de københavnske bydele er den gennemsnitlige bruttoindkomst på under 200.000 kr. pr. år.

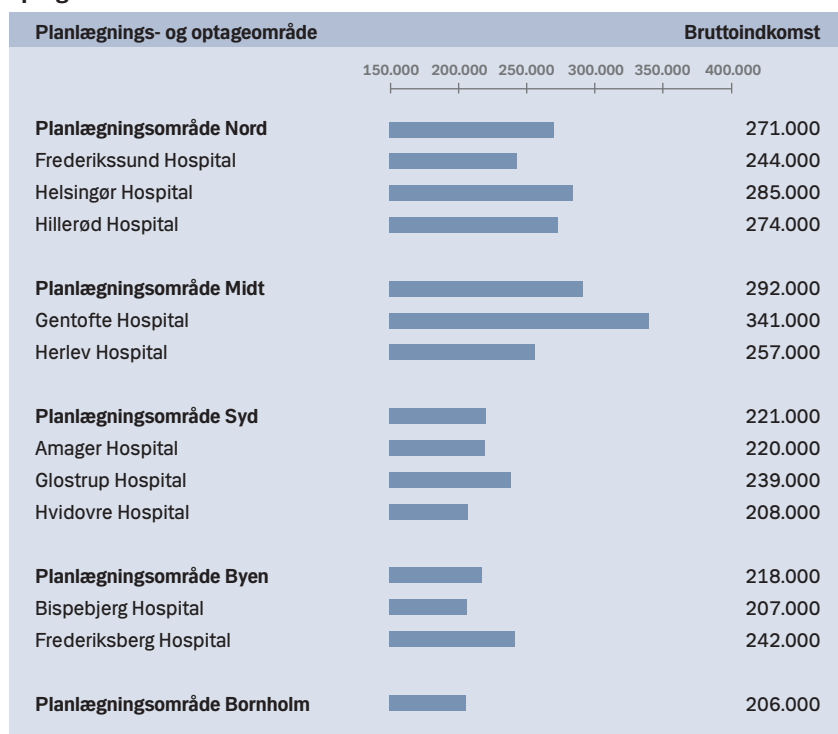
Som det fremgår af tabel 2.12 er der også variation i indkomstniveauet i Region Hovedstadens fem planlægningsområder. Borgerne i planlægningsområde Midt er med en gennemsnitlig bruttoindkomst på næsten 300.000 kr. pr. år væsentligt mere velstillede end borgerne i planlægningsområde Bornholm, hvor den gennemsnitlige årlige bruttoindkomst er på godt 200.000 kr.

Der er stor forskel på indkomstniveauet i kommunerne i Region Hovedstaden:

- I nogle kommuner er indkomstniveauet dobbelt så højt som i andre.

Tabel 2.11. Gennemsnitlig årlig bruttoindkomst i kommunerne



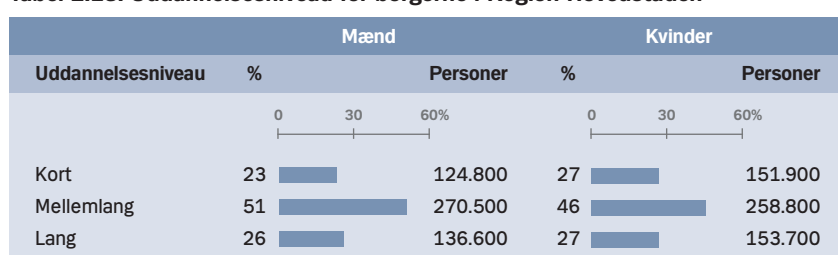
Tabel 2.12. Gennemsnitlig årlig bruttoindkomst i planlægnings- og optageområder**Uddannelse**

Uddannelsesniveau er ligesom bruttoindkomst et udtryk for social position. Det skyldes blandt andet, at uddannelse er bestemmende for udvalgte typer jobs og dermed også et givent indkomstniveau, altså et givent niveau af materielle ressourcer.

Men uddannelse er også et udtryk for evnen til at finde relevant information og tilegne sig viden. Gennem uddannelse bliver borgeren derfor tilført kompetencer, som vil have betydning for borgerens tilbøjelighed til at træffe hensigtsmæssige valg i forbindelse med egen sundhed.

Uddannelse er her defineret på baggrund af Dansk Uddannelsesnomenklatur DUN. Niveauopdelingen går fra 0-8, men er her slået sammen til tre uddannelsesniveauer:

- Kort uddannelse (DUN: 0-3), som svarer til ufaglærte og specialarbejdere
- Mellemlang uddannelse (DUN 4-5), som svarer til lærlinge/elevuddannelser, andre faglige uddannelser og kortere videregående uddannelser
- Lang uddannelse (DUN 6-8), som svarer til mellemlang og lang videregående uddannelse.

Tabel 2.13. Uddannelsesniveau for borgerne i Region Hovedstaden

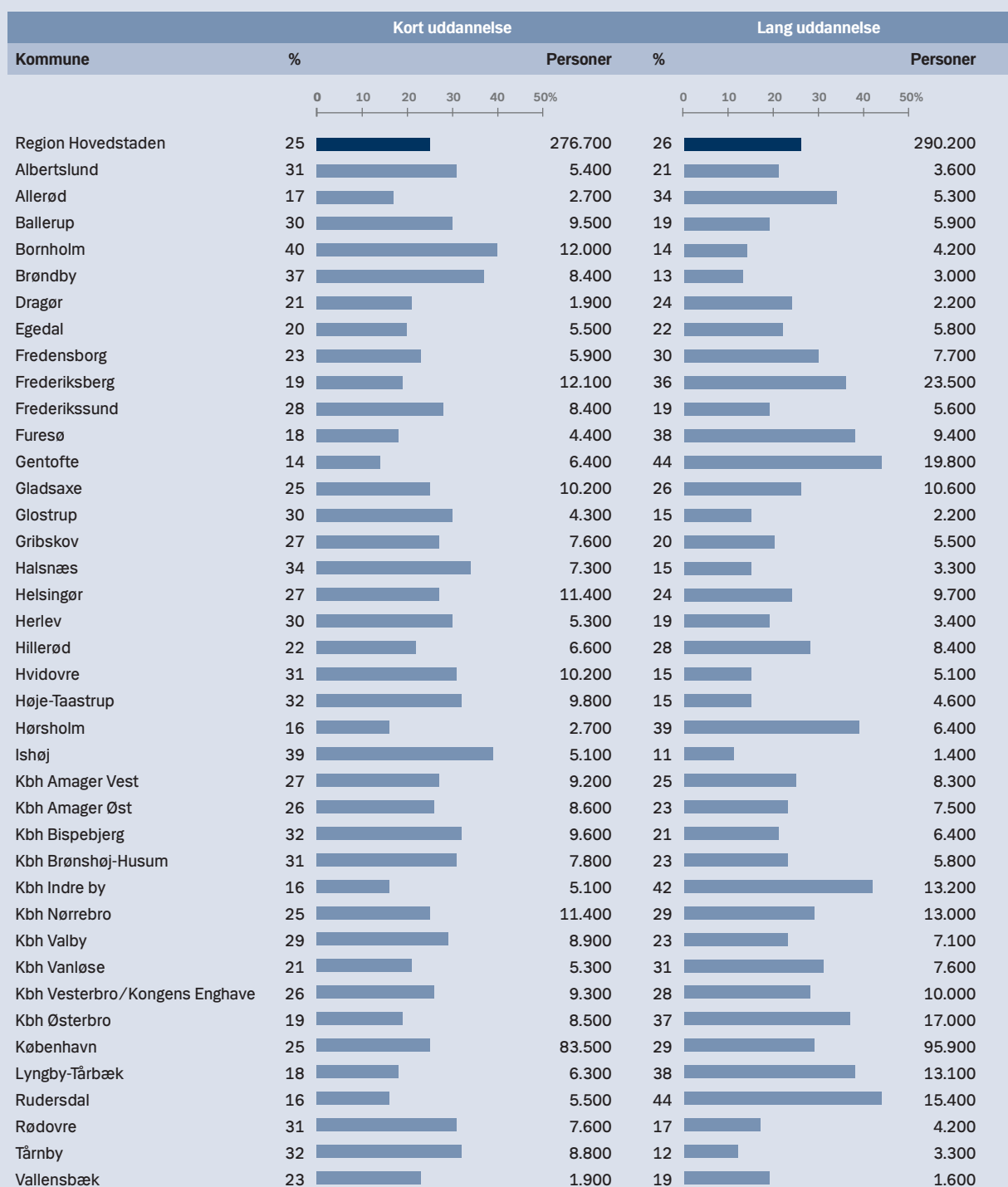
Der er generelt lidt flere kvinder end mænd, der har en kort uddannelse, jvnfør tabel 2.13.

Det er med tiden blevet mere almindeligt at tage en lang uddannelse. Det betyder, at andelen, der har en lang uddannelse, falder med stigende alder. Udviklingen har været mest markant for kvinderne, hvor over 1/3 af de 35-44-årige har en lang uddannelse, mens det kun er omkring 10 % blandt de, der er 75 år eller derover.

Ved sammenligning mellem kommunerne ses store regionale forskelle i uddannelsesniveau, jævnfør tabel 2.14. Andelen af borgere med kort uddannelse er højest på Bornholm og i Ishøj, mens Gentofte, Indre by i København og Rudersdal har den højeste andel af borgere med lang uddannelse.

Forskellen i uddannelsesniveau afspejles også i de fem planlægningsområder, jævnfør tabel 2.15. I planlægningsområde Syd har 19 % af borgerne en lang uddannelse, mens den tilsvarende andel er på 31 % af borgerne i planlægningsområde Midt.

Tabel 2.14. Uddannelsesniveau i kommunerne.



Tabel 2.15 Uddannelsesniveau i planlægnings- og optageområder

	Kort uddannelse		Lang uddannelse	
	%	Personer	%	Personer
	0 10 20 30 40 50%		0 10 20 30 40 50%	
Planlægningsområde Nord	25	52.600	25	52.000
Frederikssund Hospital	31	15.700	17	8.900
Helsingør Hospital	24	19.900	28	23.900
Hillerød Hospital	23	17.000	26	19.300
Planlægningsområde Midt	22	60.600	31	87.600
Gentofte Hospital	16	18.100	42	48.300
Herlev Hospital	25	42.500	24	39.300
Planlægningsområde Syd	30	91.700	19	59.800
Amager Hospital	28	28.500	21	21.300
Glostrup Hospital	32	26.500	16	13.400
Hvidovre Hospital	30	36.700	21	25.100
Planlægningsområde Byen	22	59.700	32	86.600
Bispebjerg Hospital	24	42.400	31	55.500
Frederiksberg Hospital	19	17.400	35	31.200
Planlægningsområde Bornholm	40	12.000	14	4.200

Erhvervstilknytning

Et andet vigtigt mål for social position er erhvervstilknytning. Tilknytningen til arbejdsmarkedet kan siges at være den strukturelle forbindelse mellem uddannelse og indkomst og er via denne forbindelse indirekte knyttet til borgernes muligheder i relation til egen sundhed.

Men der er også en mere direkte forbindelse mellem erhvervstilknytning og helbred som følge af det fysiske og psykiske arbejdsmiljø på arbejdspladsen.

Generelt er lønmodtagere i jobs, der forudsætter færdigheder på grundniveau, oftere udsat for et ugunstigt arbejdsmiljø end selvstændige, topledere og lønmodtagere på højt niveau. Et ugunstigt arbejdsmiljø er vist at have sammenhæng med et forringet helbred.

Endelig er ekskluderingen fra arbejdsmarkedet som følge af eksempelvis arbejdsløshed en markant begivenhed, som kan medføre forringet helbred. Det skyldes ikke kun, at arbejdsløshed oftest vil være forbundet med tab af indkomst og dermed reduceret økonomisk råderum. At være ekskluderet fra arbejdsmarkedet medfører også tab af sociale relationer og manglende struktur på hverdagen, som er faktorer, der spiller en væsentlig rolle for såvel det fysiske som det mentale helbred.

I tabel 2.16 er vist erhvervstilknytningen for borgere i Region Hovedstaden, som er under 65 år. Der er ikke store kønsforskelle i tilknytningen til arbejdsmarkedet, men det fremgår, at der er flere selvstændige, topledere eller lønmodtagere på højt niveau blandt mændene end blandt kvinderne.

**Tabel 2.16. Borgernes erhvervstilknytning i Region Hovedstaden.
Kun alder 25-64 år**

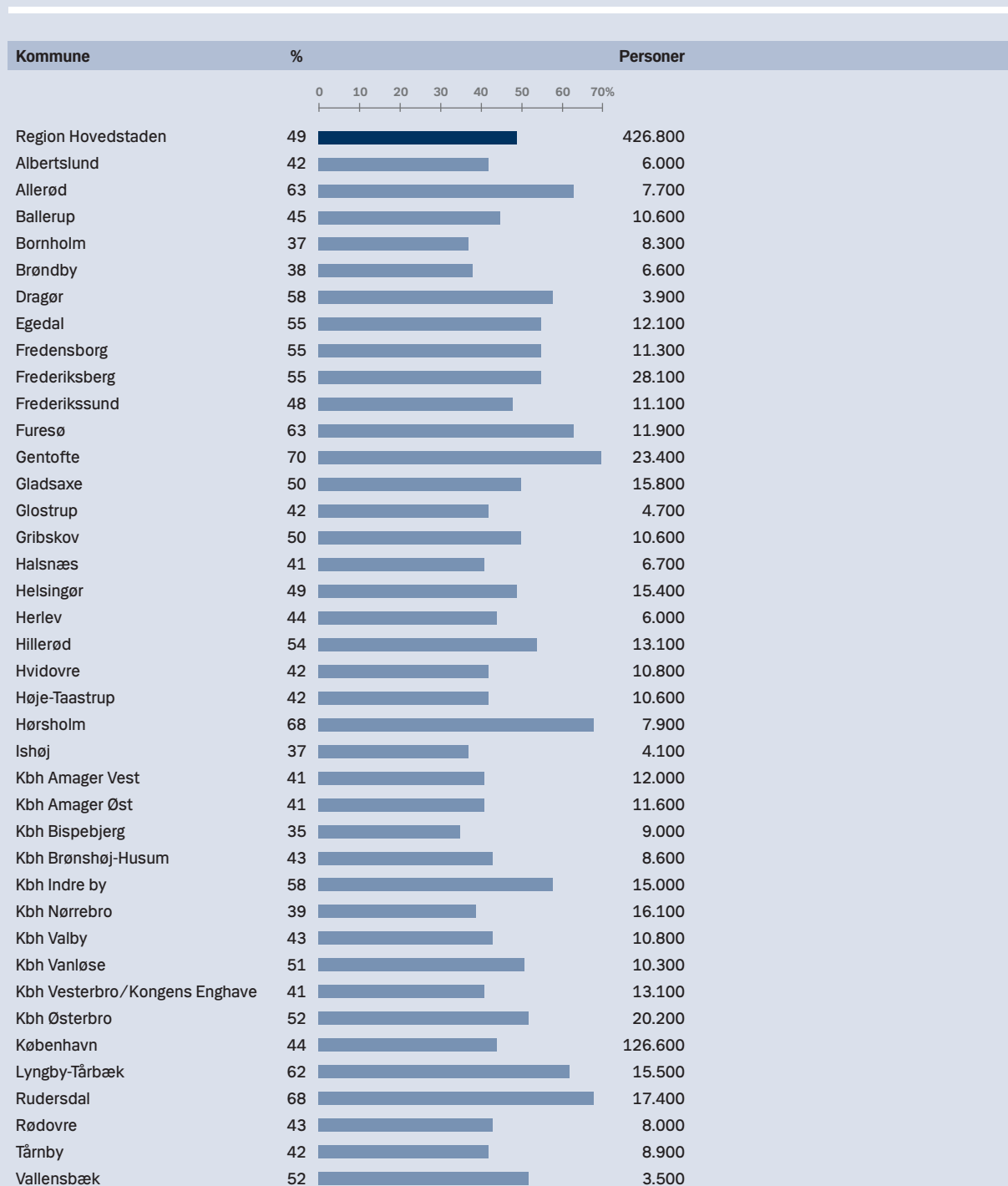
Erhvervstilknytning	Mænd		Kvinder	
	%	Personer	%	Personer
	0 20 40%		0 20 40%	
Selvstændige, topledere eller lønmodtagere på højt niveau	26	112.700	18	78.600
Lønmodtagere på mellem niveau	26	113.900	28	121.500
Lønmodtagere på grundniveau/andre	30	129.500	32	138.300
Arbejdsløs min ½ år	5	23.900	7	28.400
Uddannelsessøgende	3	13.800	4	18.200
Andre uden for arbejdsstyrken, førtidspensionister	9	39.800	11	46.500
Folkepensionister, efterløn	1	3.100	1	4.800

Af tabel 2.17 ses andelen af selvstændige, topledere og lønmodtagere på højt niveau i kommunerne i regionen. I Gentofte er 70 % af borgerne i den erhvervsaktive alder selvstændige, topledere eller lønmodtagere på højt niveau, mens den tilsvarende andel på Bispebjerg i Københavns Kommune kun er på 35 %.

Tabel 2.18 viser andelen af borgerne, der har været arbejdsløse i minimum et halvt år eller på anden måde er uden for arbejdsstyrken. Det er borgere, som modtager kontanthjælp, førtidspension, sygedagpenge, uddannelsesgodtgørelse eller orlovsydelse.

Her ses ligeledes store regionale forskelle. Den højeste andel af arbejdsløse er i bydelen Bispebjerg i Københavns Kommune, hvor ¼ af borgerne i den erhvervsaktive alder er uden for arbejdsstyrken. I Allerød, Dragør og Egedal er den tilsvarende andel kun 8 %.

Tabel 2.17. Selvstændige, topledere eller lønmodtagere på højt niveau i kommunerne. Kun alder 25-64 år



Tabel 2.18. Arbejdsløse i minimum et halvt år eller andre uden for arbejdsstyrken i kommunerne. Kun alder 25-64 år



2.3 Kommune socialgrupper

Sociale forskelle i sundhed, sygdom og sundhedsvaner er et velkendt fænomen. Forskellen i sundhedstilstanden mellem de socialt bedst stillede og de socialt dårligst stillede grupper i samfundet viser, hvilket potentiale der er for forbedringer af borgernes sundhed. Ønsket om at nedbringe den sociale ulighed har derfor gennem de seneste årtier været på den politiske dagsorden både nationalt og lokalt.

Region Hovedstaden har som et sundhedspolitisk mål, at sundhedsvæsnet skal arbejde på at fremme sundhed for alle i regionen samt arbejde på at mindske den sociale ulighed i sundhed.

For at anskueliggøre, i hvilket omfang der eksisterer sociale forskelle i sundhed på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden, er de 29 kommuner og de 10 københavnske bydele i de næste kapitler inddelt i fire kommune-socialgrupper. Inddelingen er et gennemgående træk i de tabeller, der viser en sammenligning af kommuner i forhold til sygelighed og sundhed.

Inddelingen i kommune-socialgrupper er baseret på bruttoindkomst, uddannelse og erhvervstilknytning, der, som nævnt i foregående afsnit, beskriver forskellige dimensioner af social position i Region Hovedstaden.

Kommunerne er inddelt i sociale grupper på baggrund af kategorierne:

- Andel med kort uddannelse
- Andel uden for arbejdsmarkedet: arbejdsløse (i mindst et halvt år), førtidspensionister, modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge, uddannelsesgodtgørelse og orlovsydelse
- Gennemsnitlig bruttoindkomst

For **hver** kategori rangordnes kommunerne og inddeles i fire lige store grupper. Kommunerne tildeles points fra 1-4:

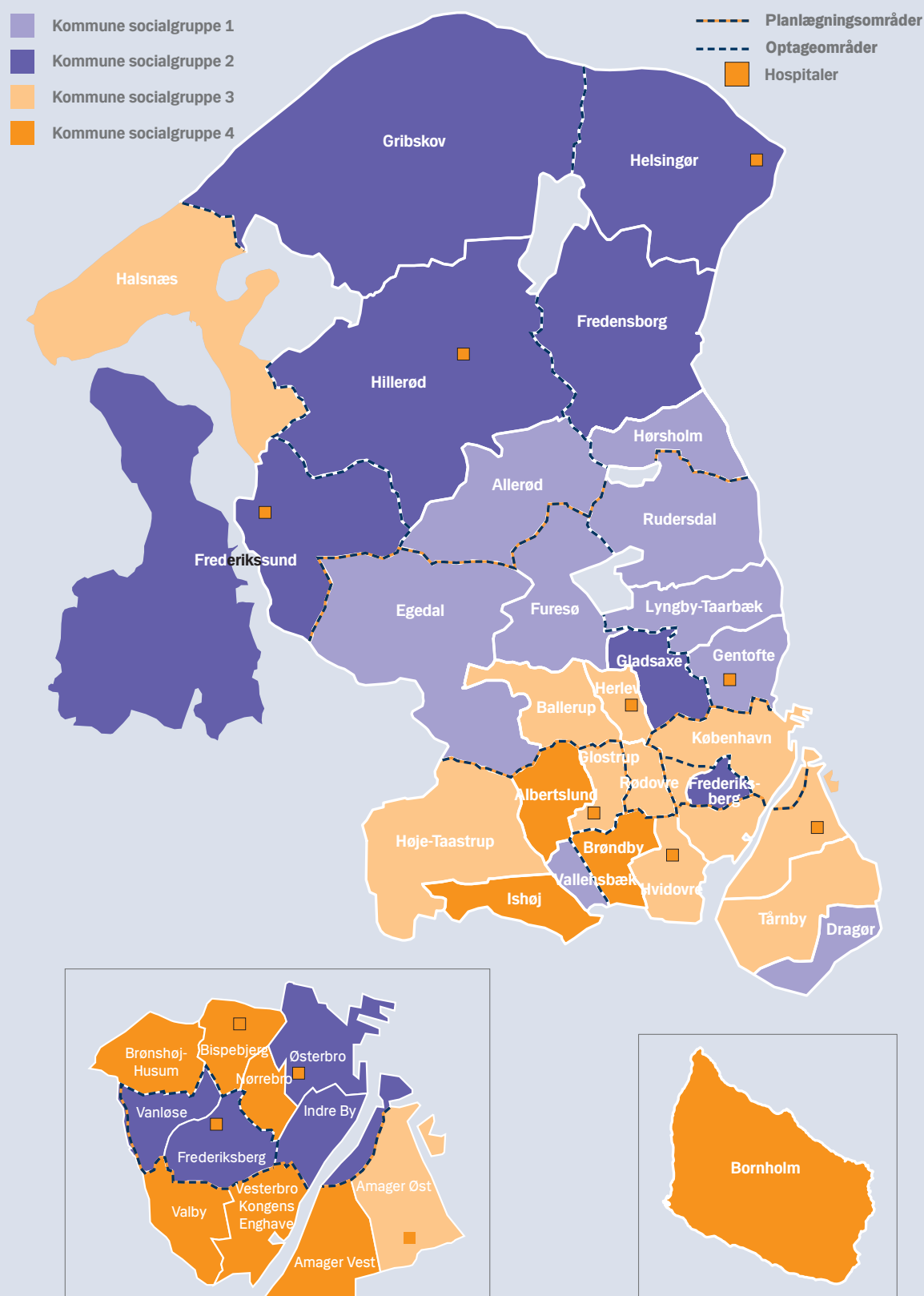
- 1 point, hvis kommunen er i den fjerdedel af kommuner med **lavest** andel borgere med kort uddannelse; 4 point, hvis kommunen er i den fjerdedel af kommuner med **højest** andel borgere med kort uddannelse.
- 1 point, hvis kommunen er i den fjerdedel af kommuner med **lavest** andel af borgere uden for arbejdsmarkedet; 4 point, hvis kommunen er i den fjerdedel af kommuner med **højest** andel af borgere uden for arbejdsmarkedet
- 1 point, hvis kommunen er i den fjerdedel af kommuner med **højest** gennemsnitlig bruttoindkomst; 1 point, hvis kommunen er i den fjerdedel af kommuner med **lavest** gennemsnitlig bruttoindkomst

Summen af points afgør, hvilken social gruppe kommunen placeres i. Den fjerdedel af kommunerne, der har færrest point, udgør den højeste sociale gruppe, mens den fjerdedel af kommunerne med flest points udgør den laveste sociale gruppe. Hvis der er flere kommuner med samme antal point, benyttes gennemsnitlig bruttoindkomst til rangordning af disse kommuner. Inden for hver kommune socialgruppe er kommunerne vist i alfabetisk orden. I tabel 2.19 er vist, hvordan kommune socialgrupperne er dannet. Figur 2.2 viser inddelingen i kommune socialgrupper i Region Hovedstaden

Tabel 2.19. Inddeling i kommune socialgrupper.

Kommuner	Lavt uddannede	Uden for arbejds-markedet	Indkomst	Indkomst	Sum	Kommune social gruppe
Allerød	1	1	1	314.000	3	1
Dragør	2	1	1	301.000	4	1
Egedal	2	1	1	287.000	4	1
Furesø	1	1	1	308.000	3	1
Gentofte	1	1	1	362.000	3	1
Hørsholm	1	1	1	365.000	3	1
Lyngby-Tårnby	1	1	1	296.000	3	1
Rudersdal	1	1	1	357.000	3	1
Vallensbæk	2	1	1	281.000	4	1
Fredensborg	2	2	1	284.000	5	2
Frederiksberg	1	2	2	247.000	5	2
Frederikssund	3	2	2	254.000	7	2
Gladsaxe	2	3	2	247.000	7	2
Gribskov	3	2	2	255.000	7	2
Helsingør	3	3	2	253.000	8	2
Hillerød	2	2	2	272.000	6	2
Kbh Indre by	1	2	2	254.000	5	2
Kbh Vanløse	2	2	3	228.000	7	2
Kbh Østerbro	1	2	3	224.000	6	2
Ballerup	3	3	2	243.000	8	3
Glostrup	3	2	3	237.000	8	3
Halsnæs	4	3	3	231.000	10	3
Herlev	3	3	3	236.000	9	3
Hvidovre	4	3	3	231.000	10	3
Høje-Taastrup	4	3	2	241.000	9	3
Kbh Amager Øst	2	3	4	199.000	9	3
København	2	3	4	204.000	9	3
Rødovre	3	3	3	228.000	9	3
Tårnby	4	2	2	243.000	8	3
Albertslund	4	4	3	227.000	11	4
Bornholm	4	4	4	206.000	12	4
Brøndby	4	4	3	220.000	11	4
Ishøj	4	4	3	224.000	11	4
Kbh Amager Vest	3	4	4	202.000	11	4
Kbh Bispebjerg	4	4	4	179.000	12	4
Kbh Brønshøj-Husum	4	4	4	213.000	12	4
Kbh Nørrebro	2	4	4	171.000	10	4
Kbh Valby	3	4	4	206.000	11	4
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	3	4	4	181.000	11	4

Figur 2.2. Inndeling i kommune socialgrupper.



The background image shows a large, diverse crowd of people at what appears to be a public event or festival. The crowd is dense, with many people looking towards the camera or slightly away. The image is split vertically: the left half shows the crowd in natural colors, while the right half is covered by a semi-transparent pink overlay. The text 'Kapitel 3' and 'Levevilkår' is positioned on the left side, over the natural-colored part of the crowd.

Kapitel 3

Levevilkår

3 Levevilkår

Levevilkår defineres i sundhedsprofilen som de ydre påvirkninger, mennesker i deres dagligdag bliver udsat for. Der bliver her fokuseret på det ydre miljø, arbejdsmiljø og det sociale miljø, som direkte – og indirekte via påvirkning af borgernes sundhedsadfærd – kan påvirke borgernes helbred.

3.1 Det ydre miljø

I det følgende beskrives miljøfaktorer som trafikstøj, nabostøj eller indeklimate problemer. Andre miljøfaktorer som eksempelvis luftforurening er også væsentlige for borgernes sundhed, men ligger uden for afgrænsningen af denne sundhedsprofil.

Trafikstøj i Region Hovedstaden:

- 72 % er i ringe eller meget ringe grad generet af trafikstøj
- 19 % er delvist generet af trafikstøj
- 9 % er i høj eller meget høj grad generet af trafikstøj

3.1.1. Støj fra trafikken og naboer

Mennesker, der udsættes for en vedvarende støjbelastning, har øget risiko for forhøjet blodtryk og iskæmisk hjertesygdom. Støj anses ikke for at være en direkte årsag til psykiske sygdomme, men det antages, at støj kan accelerere og intensivere udviklingen af en latent psykisk lidelse.

De fleste borgere i Region Hovedstaden oplever ikke, at de er generet af støj hverken fra trafikken eller fra deres naboer. Men knap 9 % af borgerne er i høj grad eller meget høj grad generet af trafikstøj, og 5 % af borgerne er i høj grad eller i meget høj grad generet af støj fra naboer, jævnfør tabel 3.1. Det svarer til, at 87.900 borgere i hjemmet bliver påvirket af trafikstøj, og 44.400 borgere er belastet af støj fra deres naboer.

Kvinder er mere generet af støj fra trafikken end mænd, mens nabostøj generer mænd og kvinder lige meget. Der er tydelige aldersforskelle i andelen, der henholdsvis er generet af trafikstøj og nabostøj. Jo yngre borgerne er, jo mere generet af støj er de.

Nabostøj i Region Hovedstaden:

- 82 % er i ringe eller meget ringe grad generet af nabostøj
- 13 % er delvist generet af nabostøj
- 5 % er i høj eller meget høj grad generet af nabostøj

Der er en vis social gradient i andelen, der er generet af støj. Blandt borgere med kort uddannelse er over 10 % generet af trafikstøj og 6 % er generet af nabostøj. Tilsvarende er 7 % af borgerne med en lang uddannelse generet af trafikstøj, og 3 % er generet af nabostøj. Den samme tendens viser sig for indkomst. Her falder andelen, der er meget generet af støj, med stigende indkomstniveau.

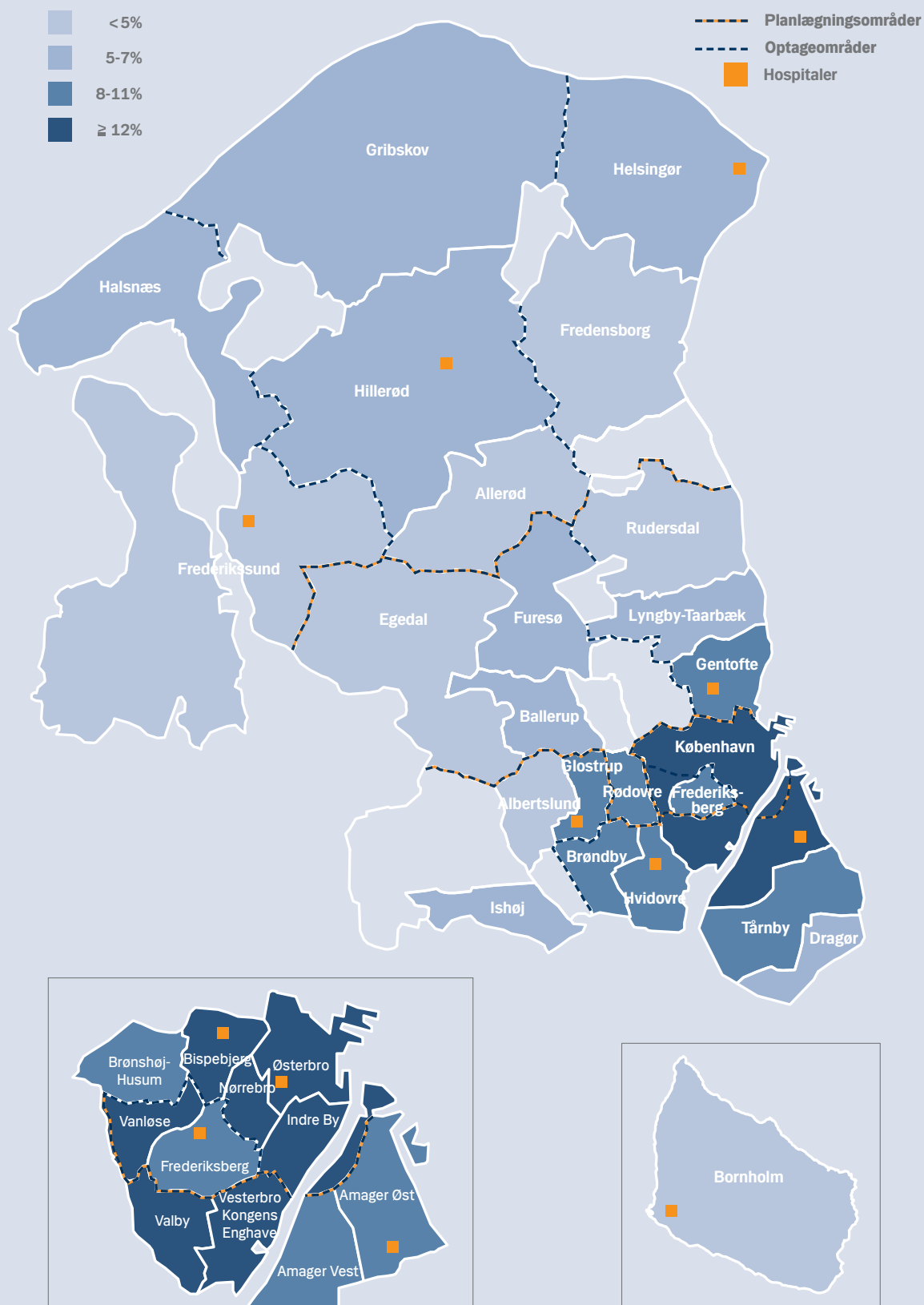
Tabel 3.1. Borgere, der er generet af trafikstøj eller nabostøj

	Trafikstøj		Nabostøj	
	%	Personer	%	Personer
	0 10 20%		0 10 20%	
Region Hovedstaden ^a	9	87.900	5	44.400
Køn				
Mand	8	40.600	4	21.000
Kvinde	9	47.300	5	23.400
Alder				
25-34 år	12	26.500	7	15.000
35-44 år	9	20.800	5	10.600
45-54 år	8	15.600	4	7.900
55-64 år	8	13.800	3	6.200
65-74 år	7	8.500	3	3.500
75-79 år	6	2.500	3	1.300
Uddannelse				
Kort	10	21.400	6	13.300
Mellemlang	9	39.000	4	18.600
Lang	7	19.600	3	8.000
Indkomst				
0-<100.000 kr	11	9.300	7	5.700
100.000-<150.000 kr	12	18.400	8	12.400
150.000-<250.000 kr	10	27.700	5	14.600
250.000-<375.000 kr	7	22.200	2	7.400
375.000-<525.000 kr	5	5.300	2	1.900
525.000- kr	3	1.200	0	200

^a Her indgår ikke besvarelser fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk, da data ikke er sammenlignelige.

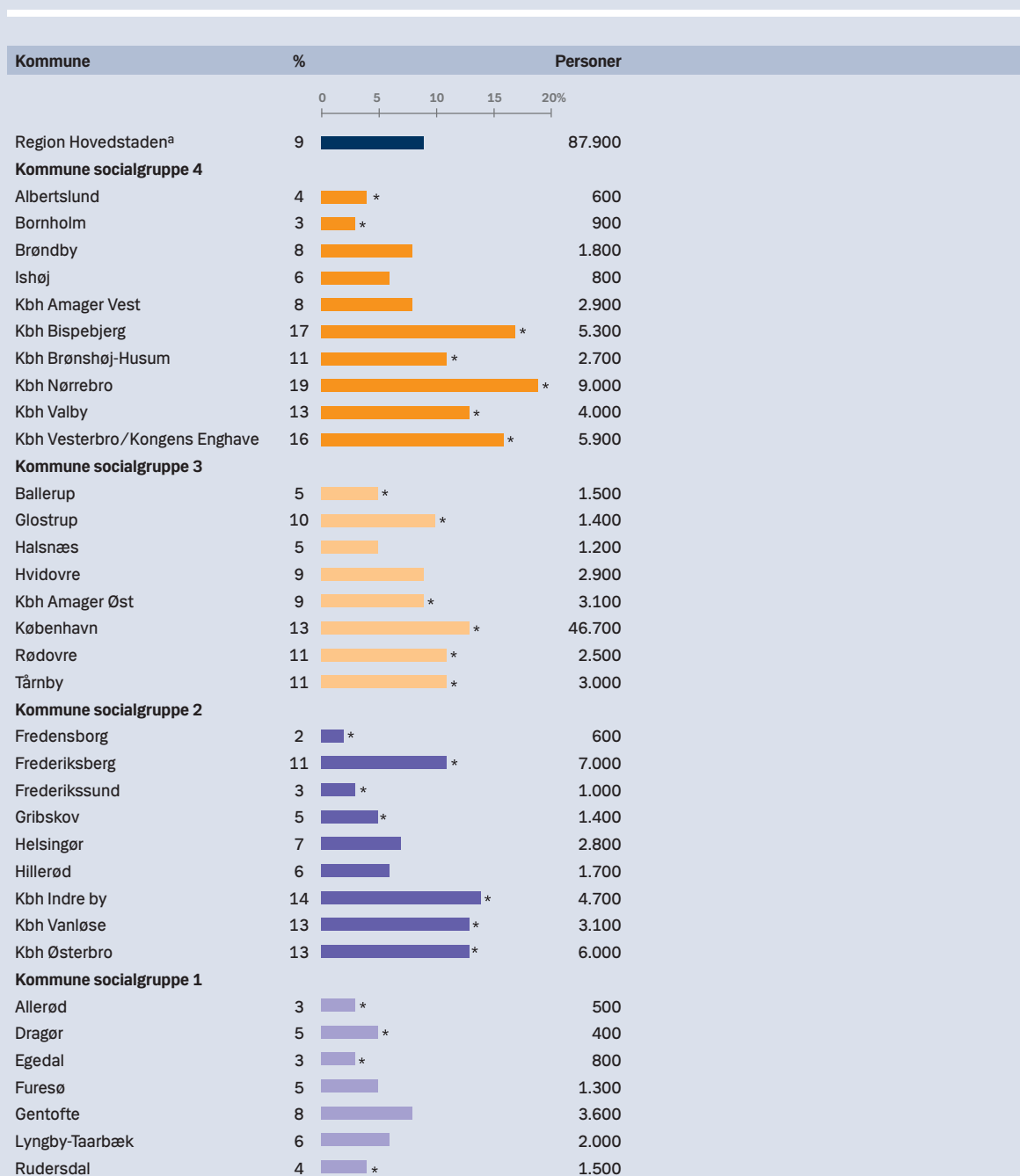
Der er en betydelig variation mellem kommuner og bydele i andelen, som er meget generet af trafikstøj eller støj fra naboer, jævnfør tabel 3.2 og tabel 3.3. Om borgerne er generet af støj eller ej, afhænger i væsentlig grad af, hvor i Region Hovedstaden deres bopæl geografisk er placeret. Stort set alle bydele i Københavns Kommune ligger signifikant over regionsgennemsnittet, uanset hvilken kommune socialgruppe bydelen tilhører. Borgere, der bor i Københavns Kommune, er generelt mere generet af støj fra både trafik og naboer end de øvrige borgere i regionen. I bydelen Nørrebro er knap 1/5 af borgerne meget generet af trafikstøj, og omkring 1/10 er meget generet af nabostøj. Det skyldes sandsynligvis, at København er meget trafikeret, samt at befolkningstætheden er høj, og relativt mange bor i lejlighed. Eksempelvis bor over 85 % af borgerne i bydelene Nørrebro, Vesterbro og Bispebjerg i lejebolig. Anderledes er det i landkommunerne. I Allerød, Egedal og på Bornholm bor 3/4 af borgerne i ejerbolig - typisk et hus i mindre trafikerede områder. Her er kun få procent af borgerne meget generet af trafikstøj eller nabostøj.

Figur 3.1. Borgere, der er generet af trafikstøj i kommunerne



Her indgår ikke besvarelser fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk, da data ikke er sammenlignelige.

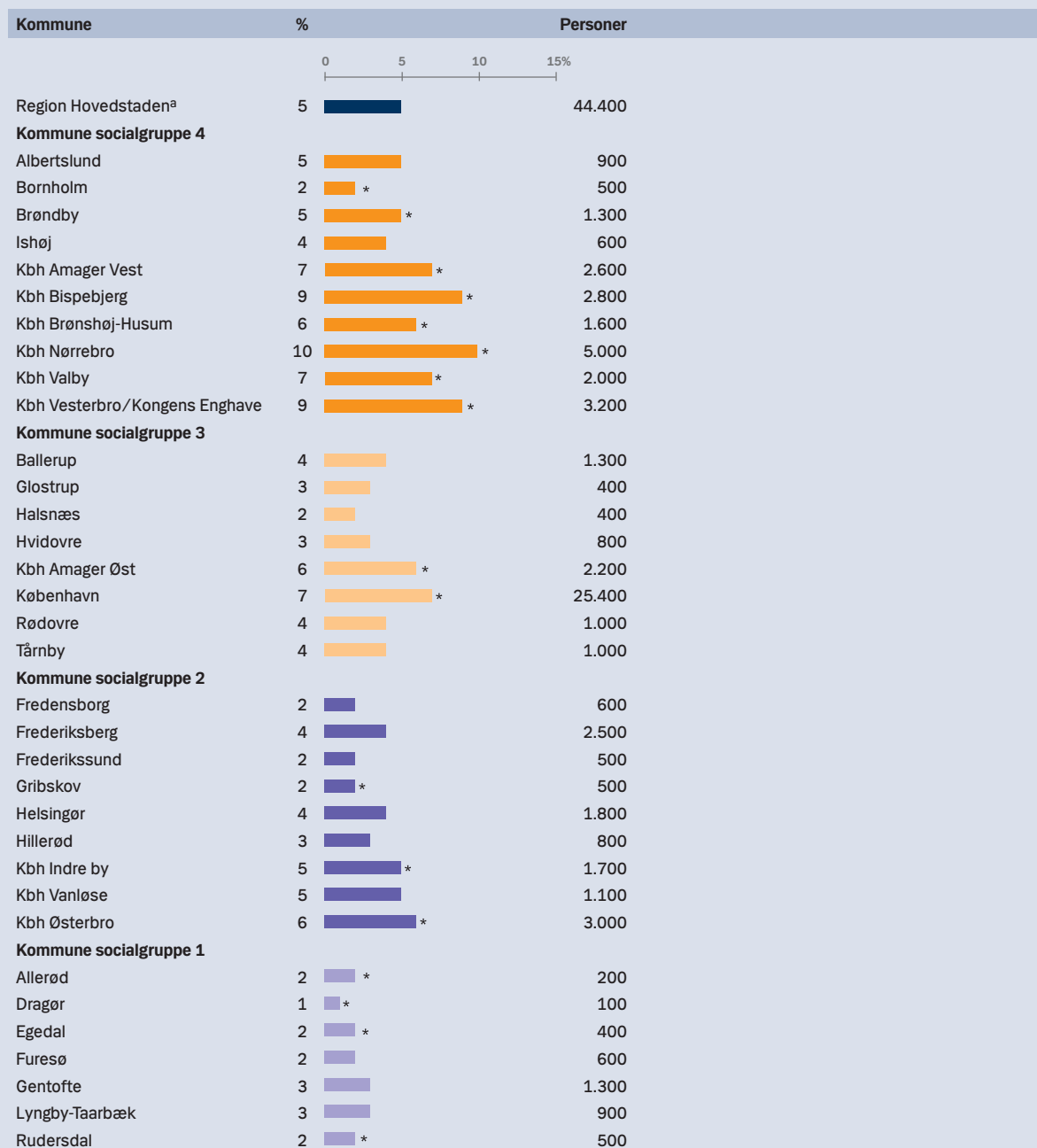
Tabel 3.2. Borgere, der er generet af trafikstøj i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

^a Her indgår ikke besvarelser fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk, da data ikke er sammenlignelige.

Tabel 3.3. Borgere, der er generet af nabostøj i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

^a Her indgår ikke besvarelser fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk, da data ikke er sammenlignelige.

3.1.2. Fugt og andre indeklimaproblemer

Danskerne opholder sig generelt mange timer i døgnet i deres bolig. Et godt indeklima er derfor vigtigt for borgernes helbred og velbefindende. Omvendt kan et dårligt indeklima medføre gener og symptomer i form åndedrætsbesvær, hovedpine, træthed og koncentrationsbesvær samt medvirke til udvikling af sygdom.

Hovedparten af borgerne i Region Hovedstaden oplever ikke indeklimaproblemer i deres bolig. Kun 2 % af regionens borgere, svarende til 23.000 personer, er i høj grad eller meget høj grad generet af fugt og andre indeklimaproblemer i deres bolig, jævnfør tabel 3.4.

Der er ingen kønsforskelle, til gengæld er der flere blandt de yngre end blandt de ældre, der oplever indeklimaproblemer. Der er en social gradient i andelen af borgere, der er generet af indeklimaproblemer. Jo længere uddannelse og jo højere indkomst, jo mindre er borgerne generet af indeklimaproblemer.

Tabel 3.4. Borgere, der er generet af indeklimaproblemer

	%	Personer
	0 2 4 6 8 10%	
Region Hovedstaden ^a	2	23.000
Køn		
Mand	2	10.400
Kvinde	3	12.700
Alder		
25-34 år	4	8.700
35-44 år	3	6.100
45-54 år	2	3.900
55-64 år	1	2.500
65-74 år	1	1.500
75-79 år	1	400
Uddannelse		
Kort	4	7.600
Mellemlang	2	9.200
Lang	1	3.300
Indkomst		
0-<100.000 kr	4	3.300
100.000-<150.000 kr	5	7.700
150.000-<250.000 kr	2	6.800
250.000-<375.000 kr	1	3.600
375.000-<525.000 kr	1	700
525.000- kr	0	<50

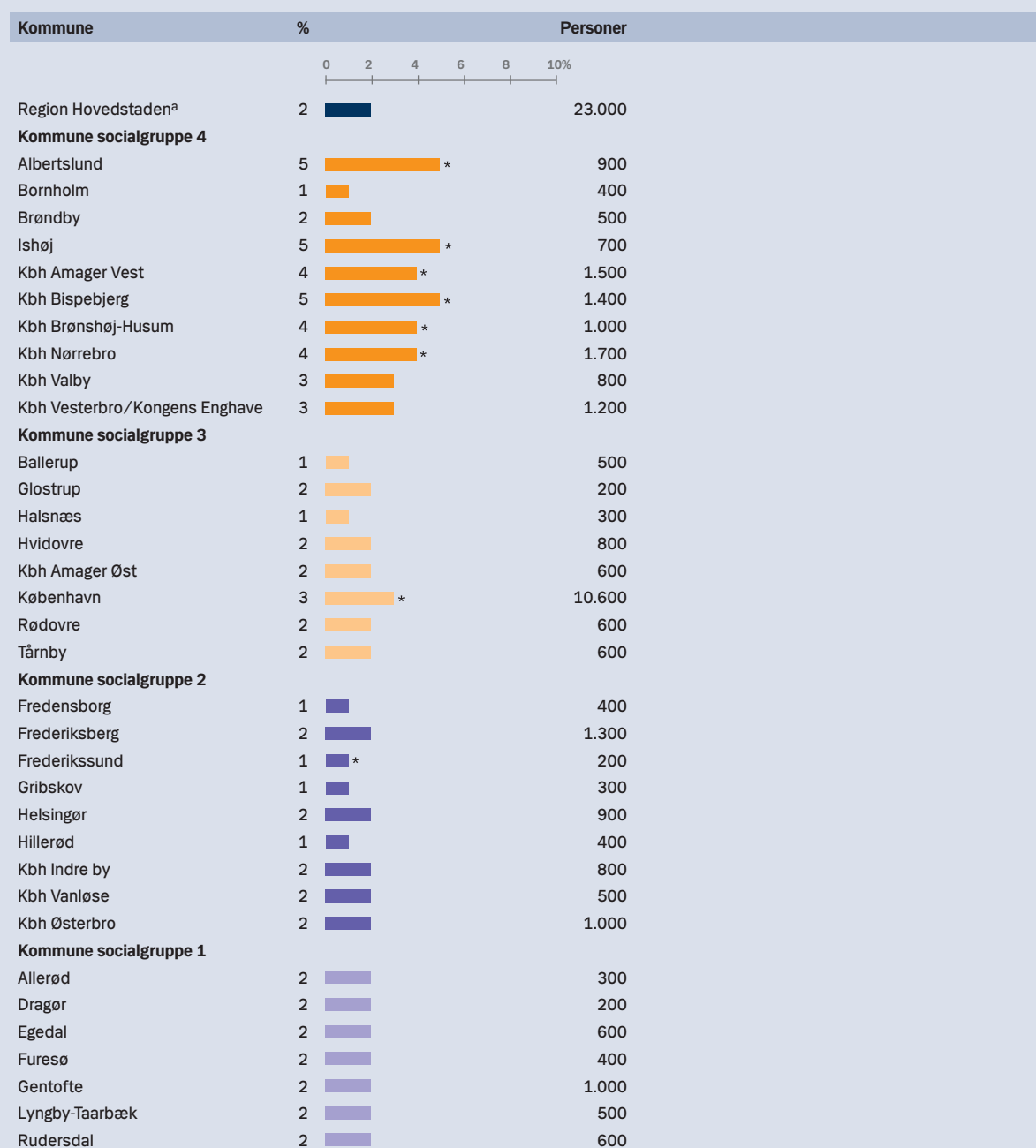
^a Her indgår ikke besvarelser fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk, da data ikke er sammenlignelige.

På tværs af kommuner er der en variation i andelen af borgere, som er generet af fugt eller andre indeklimaproblemer i deres bolig. Som det fremgår af tabel 3.5, er der en tendens til en social gradient i indeklimaproblemer, idet flere kommuner og bydele fra kommune socialgruppe 4 ligger over regionsgennemsnittet. Kun få kommuner og bydele fra de øvrige kommune socialgrupper afviger fra regionsgennemsnittet.

Indeklimaproblemer i Region Hovedstaden:

- 91 % er ikke generet af indeklimaproblemer
- 7 % er delvist generet af indeklimaproblemer
- 2 % er i meget generet af indeklimaproblemer

Tabel 3.5. Borgere, der er generet af indeklimaproblemer i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

^a Her indgår ikke besvarelser fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk, da data ikke er sammenlignelige.

3.2. Arbejdsmiljø

Arbejdsmiljø kan kort beskrives som samspillet mellem de relationer, påvirkninger og vilkår, som et menneske arbejder under. Et ugunstigt arbejdsmiljø kan have negativ indflydelse på arbejdstagerens helbred.

Fysisk arbejdsmiljø er de ydre rammer, som arbejdet foregår i. Det kan eksempelvis være støj- og lysforhold, men også ergonomiske forhold som ensidigt gentaget arbejde og statiske, belastende arbejdsstillinger. Ugunstige ergonomiske forhold kan give problemer med muskler og led og medføre nedslidning af kroppen og tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

Psykisk arbejdsmiljø omhandler de menneskelige relationer på arbejdspladsen samt arbejdets organisering. Faktorer, der er ugunstige for det psykiske arbejdsmiljø, er kombinationen af høje arbejdskrav og manglende indflydelse på arbejdet. Manglende udviklingsmuligheder, anerkendelse og sparring fra leder og kolleger påvirker ligeledes det psykiske arbejdsmiljø i negativ retning. Et dårligt psykisk arbejdsmiljø kan medføre et højt stressniveau blandt medarbejderne. Stress øger blandt andet risikoen for at udvikle hjerte-kar-sygdomme og depression samt risikoen for at blive udstødt af arbejdsmarkedet.

I denne sundhedsprofil behandles arbejdsmiljø helt overordnet. Det er vist, hvor stor en del af de erhvervsaktive borgere i Region Hovedstaden, som oplever, at arbejdet slider på dem - enten fysisk eller psykisk.

I Region Hovedstaden angiver 65 % af de erhvervsaktive borgere, at de i høj grad eller meget høj grad er tilfredse med deres arbejde. Men som det fremgår af tabel 3.6, oplever 12 % af borgerne, svarende til 89.600 personer, at deres arbejde slider rent fysisk. Tilsvarende oplever 14 % af borgerne, svarende til 102.000 personer, at arbejdet slider rent psykisk.

Flere kvinder end mænd oplever, at arbejdet slider fysisk og psykisk. Borgere mellem 45-64 år er mest udsat.

Blandt borgere, som har en kort uddannelse, angiver 21 %, at arbejdet slider fysisk, mens dette kun er tilfældet blandt 6 % af de, der har en lang uddannelse. Desuden oplever borgere, som tjener mellem 150.000-250.000 kr., hyppigere, at arbejdet slider fysisk sammenlignet med borgere på andre indkomstniveauer. Indkomstniveau eller uddannelsens længde har ikke væsentlig betydning for, om arbejdet slider psykisk.

Arbejde, der slider fysisk i Region Hovedstaden:

- 62 % oplever det i ringe eller meget ringe grad
- 26 % oplever det delvist
- 12 % oplever det i høj eller meget høj grad

Arbejde, der slider psykisk i Region Hovedstaden:

- 52 % oplever det i ringe eller meget ringe grad
- 34 % oplever det delvist
- 14 % oplever det i høj eller meget høj grad

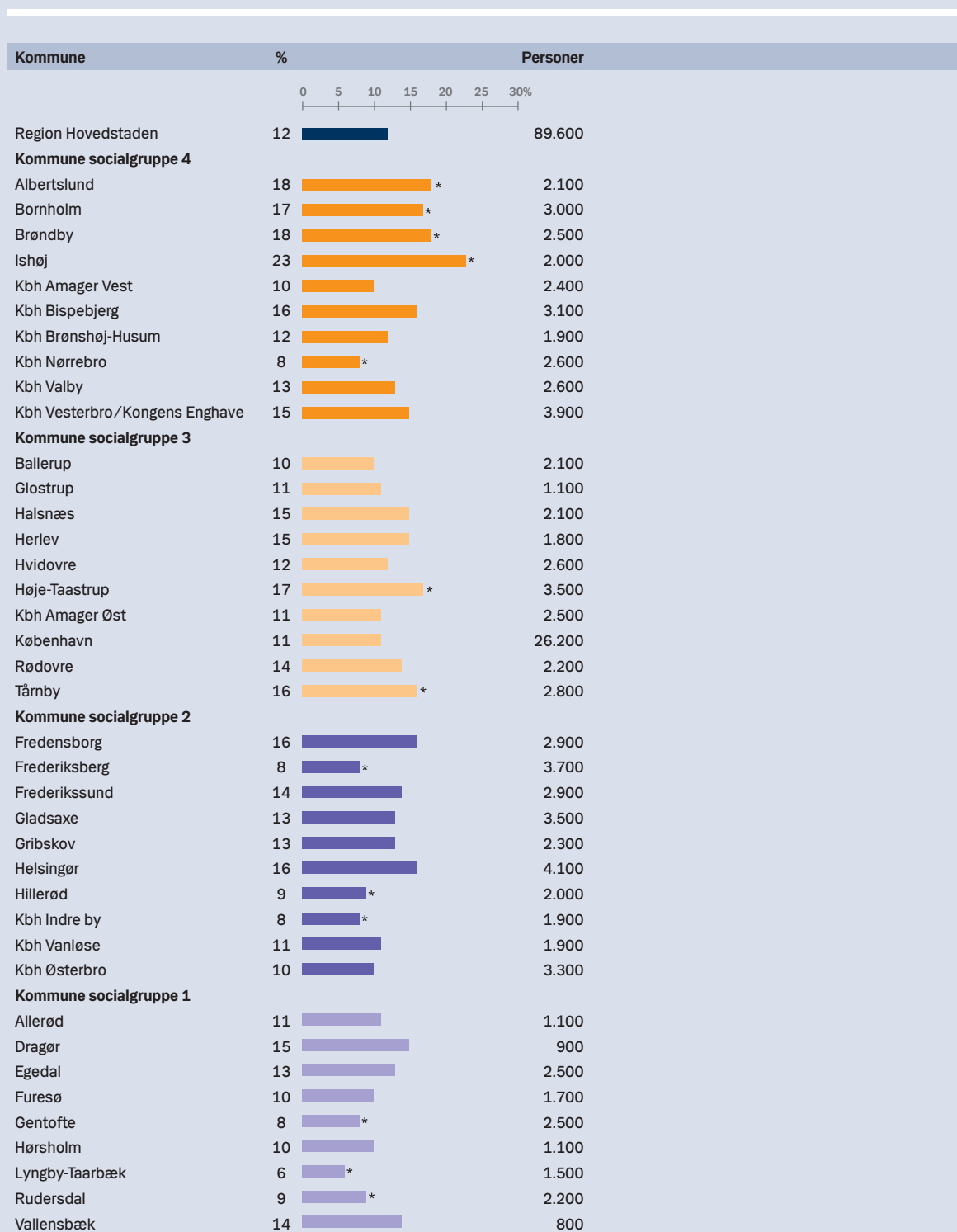
Tabel 3.6. Arbejde, der slider fysisk og psykisk

	Arbejde slider fysisk		Arbejde slider psykisk	
	%	Personer	%	Personer
	0 15 30%		0 15 30%	
Region Hovedstaden	12	89.600	14	102.000
Køn				
Mand	11	43.200	12	47.800
Kvinde	13	46.300	15	54.200
Alder				
25-34 år	11	21.300	11	22.000
35-44 år	12	27.600	14	31.900
45-54 år	13	23.700	16	29.100
55-64 år	13	16.700	15	18.700
65-74 år	3	300	3	300
75-79 år			6	<50
Uddannelse				
Kort	21	24.000	13	14.500
Mellemlang	13	45.400	13	44.500
Lang	6	15.200	15	37.500
Indkomst				
0-<100.000 kr	11	4.600	11	4.400
100.000-<150.000 kr	13	8.400	12	8.100
150.000-<250.000 kr	18	34.400	14	26.100
250.000-<375.000 kr	12	32.400	15	40.800
375.000-<525.000 kr	6	6.300	14	14.900
525.000- kr	3	1.400	12	4.900

Andelen af borgere, der oplever at arbejdet slider fysisk, varierer fra 6 % - 23 % mellem kommunerne, jævnfør tabel 3.7. Der er en tydelig social gradient i andelen der oplever, at arbejdet slider rent fysisk, idet flere kommuner fra kommune socialgruppe 4 ligger signifikant over regionsgennemsnittet, mens en del kommuner fra kommune socialgruppe 1 og 2 ligger signifikant under regionsgennemsnittet.

Andelen af borgere, der angiver, at arbejdet slider rent psykisk, varierer ikke på tværs af kommunerne. Der er derfor ikke vist resultater herfor på kommune-niveau.

Tabel 3.7. Arbejde, der slider fysisk i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

**Kontakt til familien i
Region Hovedstaden:**

- 54 % har kontakt flere dage om ugen
- 26 % har kontakt cirka 1 gang om ugen
- 13 % har kontakt 1-3 gange om måneden
- 7 % har sjældent eller aldrig kontakt

**Kontakt til venner i
Region Hovedstaden:**

- 48 % har kontakt flere dage om ugen
- 27 % har kontakt cirka 1 gang om ugen
- 17 % har kontakt 1-3 gange om måneden
- 8 % har sjældent eller aldrig kontakt

**Kontakt til naboer i
Region Hovedstaden:**

- 25 % har kontakt flere dage om ugen
- 20 % har kontakt cirka 1 gang om ugen
- 16 % har kontakt 1-3 gange om måneden
- 39 % har sjældent eller aldrig kontakt

3.3 Det sociale miljø

Tilknytningen til andre mennesker har betydning for helbredet. Mennesker med mange sociale kontakter bliver eksempelvis ikke så let syge, og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere og har mindre risiko for at dø af deres sygdom end personer med få sociale kontakter. Sociale relationer kan fungere som støtte og hjælp eksempelvis i forbindelse med sygdom. Samtidig kan sociale relationer skabe et forum for udveksling af viden og kundskaber.

I det følgende fokuseres på borgere i Region Hovedstaden, der har begrænset kontakt til det sociale netværk. Det drejer sig om andelen, der sjældent eller aldrig har kontakt med venner, naboer eller familie, som de ikke bor sammen med. Med kontakt menes, at man mødes, taler i telefon sammen, skriver til hinanden eller lignende. Her belyses mængden og arten af de sociale kontakter. Funktionaliteten af de sociale relationer, herunder mulighed for at få hjælp og støtte, er ligeledes væsentlig, men er ikke belyst her.

3.3.1. Socialt netværk - familie, venner og naboer

I tabel 3.8 præsenteres en karakteristik af de borgere i Region Hovedstaden, der har begrænset kontakt til deres sociale netværk. Kun 7 % har begrænset kontakt til deres familie, knap 8 % har begrænset kontakt til deres venner, mens hele 39 % i begrænset omfang har kontakt til deres naboer. Generelt har de fleste af regionens borgere kontakt til deres sociale netværk og kun 1,2 % af borgerne, svarende til 12.700 personer, har sjældent eller aldrig kontakt til hverken familie, venner eller naboer.

Flere mænd end kvinder har begrænset kontakt til familie og venner, mens der ingen kønsforskelle er i kontakt til naboer. Borgernes alder har betydning for, hvilken del af deres sociale netværk, de har kontakt til. Andelen, der har begrænset kontakt med venner, stiger med stigende alder. Omvendt falder andelen, der har begrænset kontakt til naboer, med stigende alder. De yngste borgere på 25-34 år har mindst kontakt til deres naboer, men har der imod oftest kontakt til deres venner og familie.

Andelen med begrænset kontakt til såvel familie som venner er størst blandt borgere med kort uddannelse og lavt indkomstniveau.

Tabel 3.8. Begrænset kontakt til socialt netværk – familie, venner og naboer

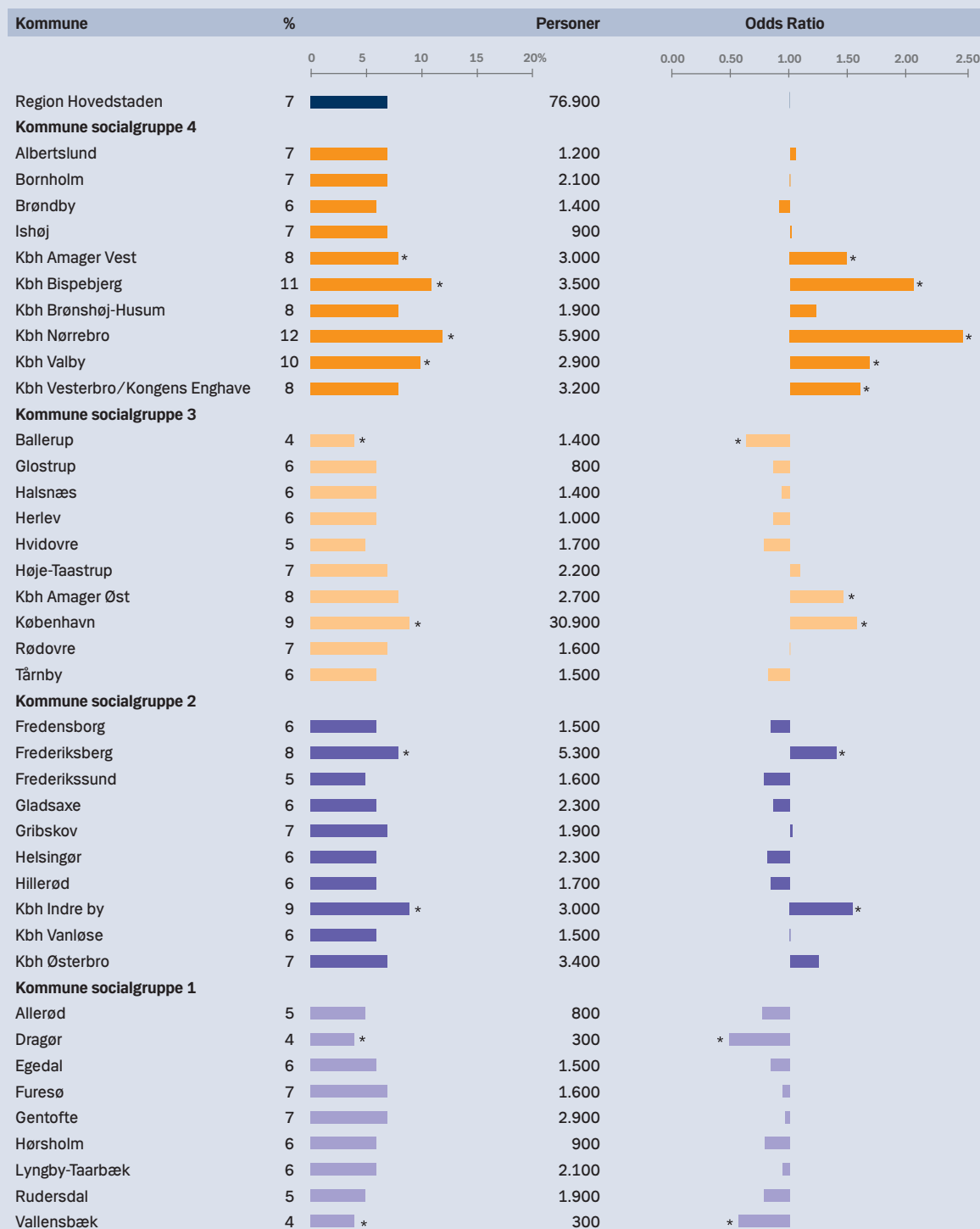
	Familie		Venner		Naboer	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
	0 30 60%		0 30 60%		0 30 60%	
Region Hovedstaden	7	76.900	8	84.600	39	425.700
Køn						
Mand	9	47.700	8	45.300	39	209.300
Kvinde	5	29.200	7	39.300	39	216.400
Alder						
25-34 år	5	11.100	4	9.300	54	134.100
35-44 år	7	17.600	6	16.600	37	96.200
45-54 år	9	18.600	9	18.800	37	77.700
55-64 år	8	16.900	10	21.600	33	69.500
65-74 år	7	9.100	10	12.800	27	35.700
75-79 år	8	3.500	12	5.500	27	12.500
Uddannelse						
Kort	9	22.200	10	24.500	37	87.700
Mellemlang	6	31.800	7	37.200	39	196.100
Lang	6	16.600	6	17.000	36	107.700
Indkomst						
0-<100.000 kr	10	8.600	8	7.300	52	45.200
100.000-<150.000 kr	10	18.100	10	18.100	45	78.600
150.000-<250.000 kr	7	21.500	8	25.300	38	115.300
250.000-<375.000 kr	5	18.400	7	23.200	33	112.800
375.000-<525.000 kr	5	6.200	6	7.500	33	38.600
525.000- kr	4	2.100	4	1.800	34	16.200

Mellem kommunerne i Region Hovedstaden er der variation i andelen af borgere, der har begrænset kontakt til det sociale netværk, jævnfør tabel 3.9, tabel 3.10 og tabel 3.11.

Borgerne i Københavns Kommunes bydele og på Frederiksberg adskiller sig fra regionens øvrige borgere, hvad angår kontakt til socialt netværk. Begrænset kontakt til familie og naboer ses hyppigst i København og på Frederiksberg, idet en lang række af de københavnske bydele og Frederiksberg ligger signifikant over regionsgennemsnittet, selv efter der er taget højde for alderssammensætningen i kommunerne. Dette gælder uanset bydelens placering i de fire kommunesocialgrupper.

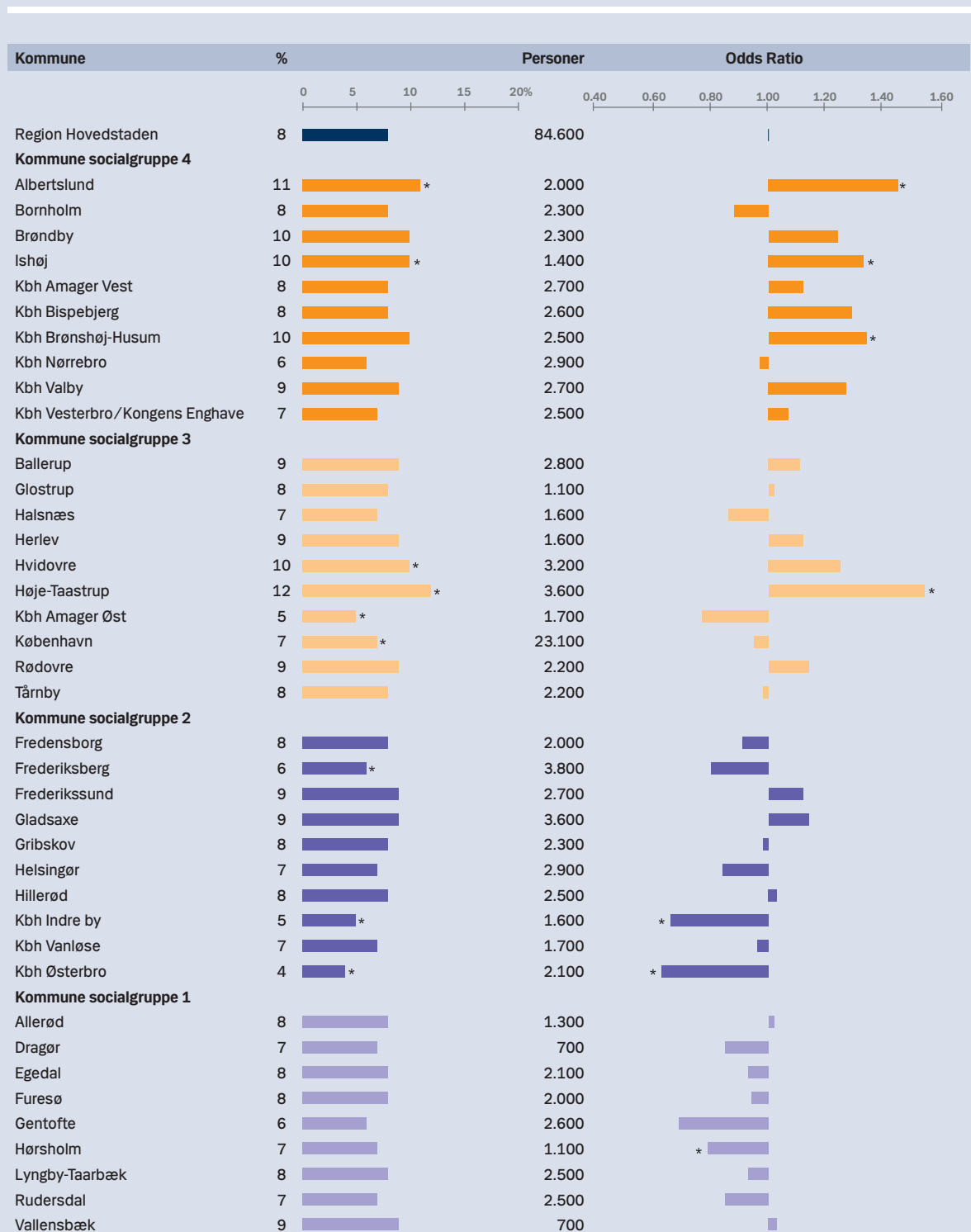
Med hensyn til begrænset kontakt til venner ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommune socialgrupper, idet flere kommuner i kommune socialgruppe 3 og 4 ligger over regionsgennemsnittet, og flere af kommunerne i kommune socialgruppe 1 og 2 ligger under regionsgennemsnittet.

Tabel 3.9. Begrænset kontakt til familien i kommunerne



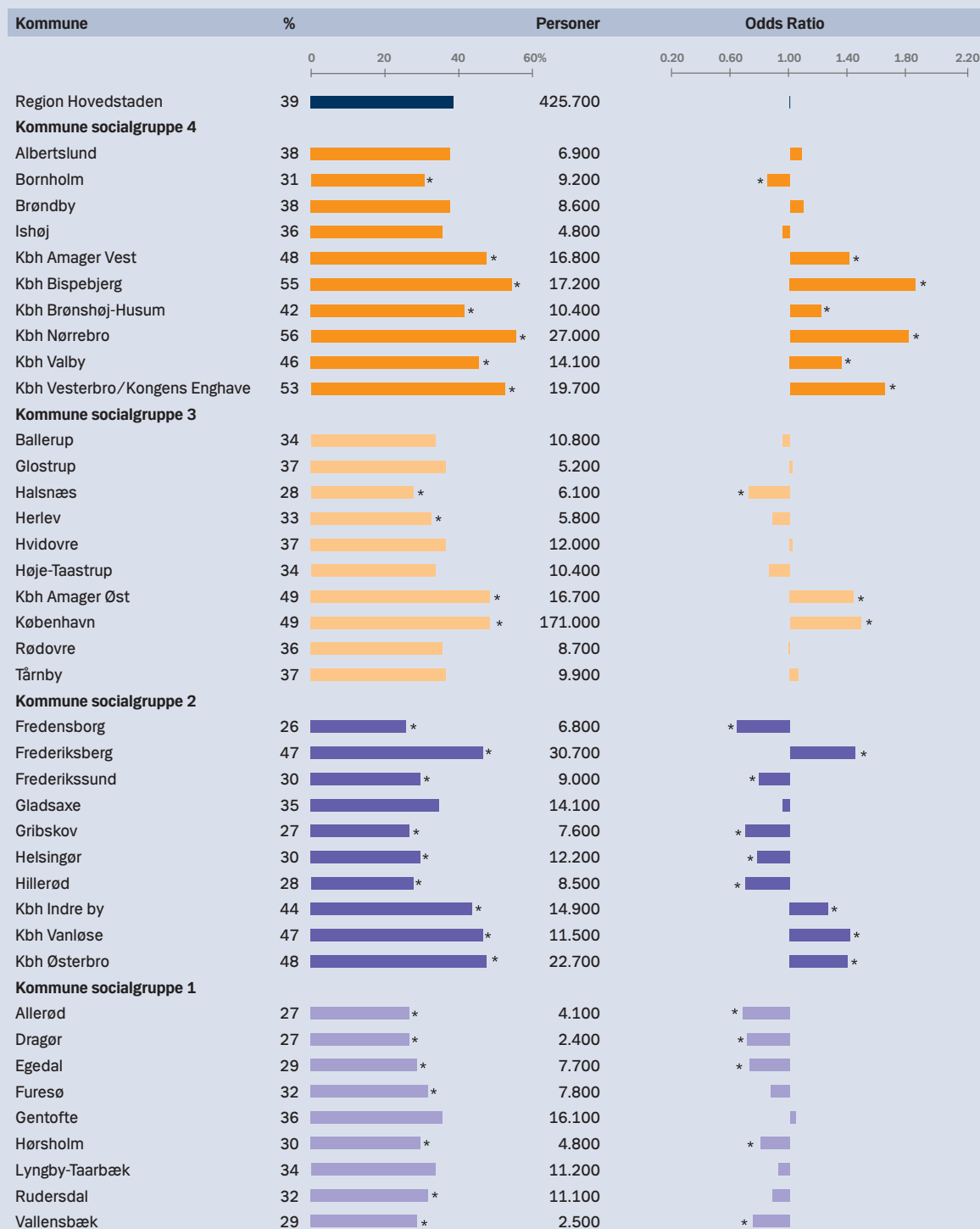
* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Tabel 3.10. Begrænset kontakt til venner i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Tabel 3.11. Begrænset kontakt til naboer i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.



Kapitel 4

Sundhedsadfærd

4 Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd har stor betydning for muligheden for at bevare et godt helbred eller risikoen for at udvikle kronisk sygdom. For at kunne forudsige borgernes sundhed i fremtiden er det derfor væsentligt at fokusere på deres sundhedsadfærd. Her fokuseres på rygning, alkoholforbrug, kostvaner og fysisk aktivitet.

Det er veldokumenteret, at borgernes adfærd på en række områder har stor betydning for deres helbred. Det gælder såvel for udvikling af sygdom som for dødelighed. Sundhedsadfærd er den del af en borgers adfærd, som direkte eller indirekte påvirker borgerens sundhed. Sundhedsadfærd kan være både positiv (sundhedsfremmende adfærd) og negativ (risikoadfærd). Eksempelvis er moderat fysisk aktivitet en sundhedsfremmende adfærd, mens rygning er en risikoadfærd.

For borgerne i Region Hovedstaden gælder:

- 40 % har aldrig røget, men 24 % ryger dagligt
- 85 % af de, der har et alkoholforbrug, drikker under Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, men 20 % har tendens til alkoholafhængighed (CAGE-C)
- 28 % spiser sund kost, men 12 % spiser usund kost
- 32 % er fysisk aktive i fritiden mere end en time dagligt, men 35 % er fysisk aktive under ½ time dagligt i fritiden

I det følgende fokuseres på rygning, alkoholforbrug, kostvaner og fysisk aktivitetsniveau. Det er ikke et udtryk for, at andre typer af sundhedsadfærd som eksempelvis solvaner ikke er væsentlige for folkesundheden, men blot et udtryk for afgrænsningen af denne sundhedsprofil. Oplysninger om sundhedsadfærd stammer fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?".

Ændring af sundhedsadfærd kan beskrives med udgangspunkt i Forandringsspiralen eller "Stages of Changes". Grundlaget for modellen er, at de, der har held til at ændre sundhedsadfærd, sjældent gør det spontant, men tværtimod gennemgår en række faser frem mod den vedvarende adfærdsændring.

Faserne i Forandringsspiralen er:

- **Førovervejelse.** Personen er tilfreds med sin adfærd og kan negligere, bortforklare eller fortrænge negative konsekvenser. Generelt er personer i førovervejelelsesfasen ikke motiverede for at ændre adfærd.
- **Overvejelse.** Personen er begyndt at stille spørgsmålstejn ved sin adfærd og afvejer fordele og ulemper i forhold til en eventuel adfærdsændring.
- **Forberedelse.** Personen har besluttet at ændre adfærd inden for en overskuelig fremtid og forbereder sig ved at planlægge, hvordan adfærdsændringen skal foregå.
- **Handling.** Personen gennemfører sin adfærdsændring og arbejder for, at den nye adfærd kan tilpasses i dagligdagen.
- **Vedligeholdelse.** Personen oplever nu den nye adfærd som en ny vane. Det er dog stadig vigtigt med positiv opmærksomhed omkring den nye adfærd for at undgå tilbagefald.
- **Tilbagefald.** Personen falder tilbage til sin gamle adfærd.
- **Afslutning.** Den nye adfærd er indgroet, og personen er ikke i risiko for at falde tilbage til sin gamle adfærd.

Forløbet beskrives som en spiral, hvor det kan være nødvendigt at gennemgå de forskellige faser flere gange, før en varig adfærdsændring indtræffer. Det er denne model, der i de følgende afsnit om sundhedsadfærd er grundlaget for beskrivelsen af borgernes motivation for at ændre adfærd.

4.1 Rygning

Danmark hører fortsat til et af de lande i den vestlige verden med flest rygere. Andelen af rygere i Danmark har dog været aftagende gennem en længere årrække. Tendensen har været registreret blandt mænd siden 1950'erne og blandt kvinder siden 1970'erne. Faldet blandt storrygere startede dog først i begyndelsen af 1990'erne.

Selvom forekomsten af selvrapporterede dagligrygere er mere end halveret de seneste 30 år, skal faldet tages med et vist forbehold. I takt med, at det er blevet mindre socialt acceptabelt at ryge, er der formentlig sket en underrapportering af rygevaner. Det understreges af, at mængden af solgte cigaretter er steget en smule i Danmark siden 1995.

Rygning er blandt de forebyggelige risikofaktorer, der giver anledning til flest kroniske sygdomme så som hjertekarsygdom, apopleksi, kroniske lungesygdomme, kræft i mund, svælg og lunger, fosterpåvirkning, knogleskørhed samt impotens. Hvert år dør ca. 14.000 danskere på grund af rygning, hvilket svarer til ca. 26 % af alle dødsfald.

4.1.1 Rygevaner

I Region Hovedstaden ryger 24 % af borgerne dagligt, hvilket svarer til niveauet på landsplan. Der er flere mænd end kvinder, der ryger.

Andelen af rygere er størst blandt de midaldrende og lavest blandt de yngste borgere, jævnfør tabel 4.1. At der er færre rygere blandt de ældste borgere sammenlignet med de midaldrende kan skyldes, at de ældre eventuelt af helbreds-mæssige årsager har været nødt til at holde op med at ryge. Det er i overensstemmelse med, at andelen af eksrygere er størst i de ældste aldersgrupper. En mulig forklaring kan også være, at en del af rygerne i disse årgange er døde i en tidligere alder.

Der er en klar tendens til, at andelen af aldrigrygere falder med stigende alder. Blandt de yngste borgere har over halvdelen aldrig røget, mens det kun er knap 1/3 af de ældste borgere, der aldrig har røget, jævnfør tabel 4.1. Da rygedebut er sjælden efter 25-års alderen, må det forventes, at den høje andel af aldrigrygere vil holde sig stabil, når de yngre generationer bliver ældre.

Af tabel 4.1 fremgår også, at andelen af rygere i Region Hovedstaden falder med stigende uddannelses- og indkomstniveau. Det kan ses som et udtryk for, at uddannelse øger borgernes muligheder for at træffe sunde valg, som her at fravælge rygning. Det skal bemærkes, at det laveste indkomstniveau det vil sige de, der har en årlig bruttoindkomst på under 100.000 kr. inkluderer studerende på de videregående uddannelser. Det er sandsynligvis forklaringen på, at dette indkomsttrin afviger fra den generelle tendens.

Hvordan er borgernes rygevaner i Region Hovedstaden?

- 24 % ryger dagligt
- 5 % ryger lejlighedsvist
- 31 % har tidligere røget
- 40 % ryger ikke og har aldrig røget

I Region Hovedstaden er der flest, der aldrig har røget blandt:

- Kvinder
- De yngste
- Borgere med lang uddannelse
- Borgere med høj indkomst

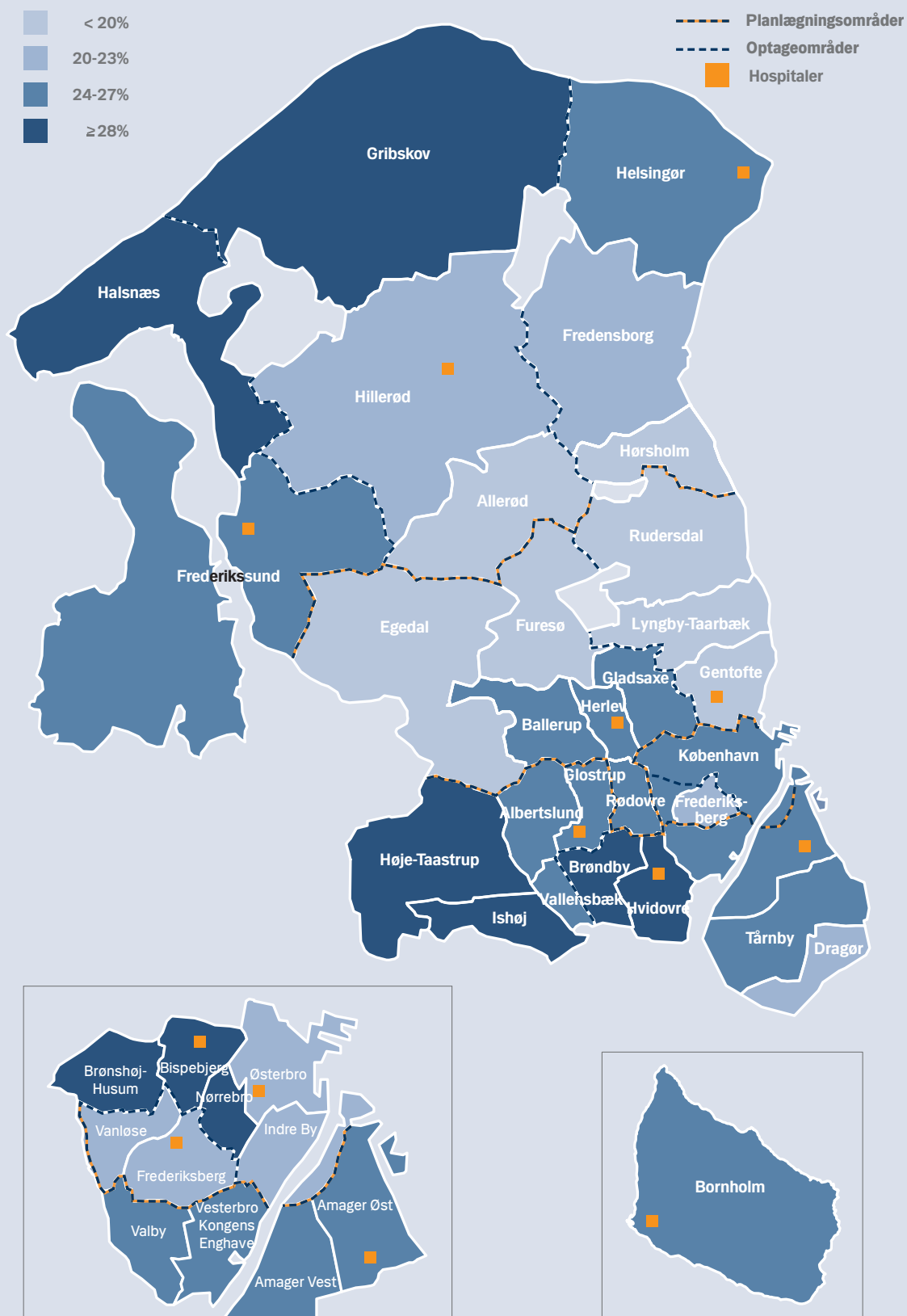
Tabel 4.1. Rygeadfærd blandt borgerne

	Rygere		Aldrig rygere	
	%	Personer	%	Personer
	0 30 60%		0 30 60%	
Region Hovedstaden	24	258.800	40	444.600
Køn				
Mand	25	135.800	38	206.200
Kvinde	22	123.000	43	238.400
Alder				
25-34 år	19	47.600	51	126.700
35-44 år	23	59.000	45	116.200
45-54 år	27	57.400	36	76.400
55-64 år	27	55.400	32	67.300
65-74 år	22	29.100	34	44.500
75-79 år	23	10.300	30	13.600
Uddannelse				
Kort	37	87.900	30	72.200
Mellemlang	24	118.600	40	203.000
Lang	13	39.000	47	138.700
Indkomst				
0-<100.000 kr	23	19.900	48	42.400
100.000-<150.000 kr	30	52.800	36	63.600
150.000-<250.000 kr	29	86.600	37	110.900
250.000-<375.000 kr	21	72.200	40	136.300
375.000-<525.000 kr	14	16.500	45	53.400
525.000- kr	11	5.400	49	23.200

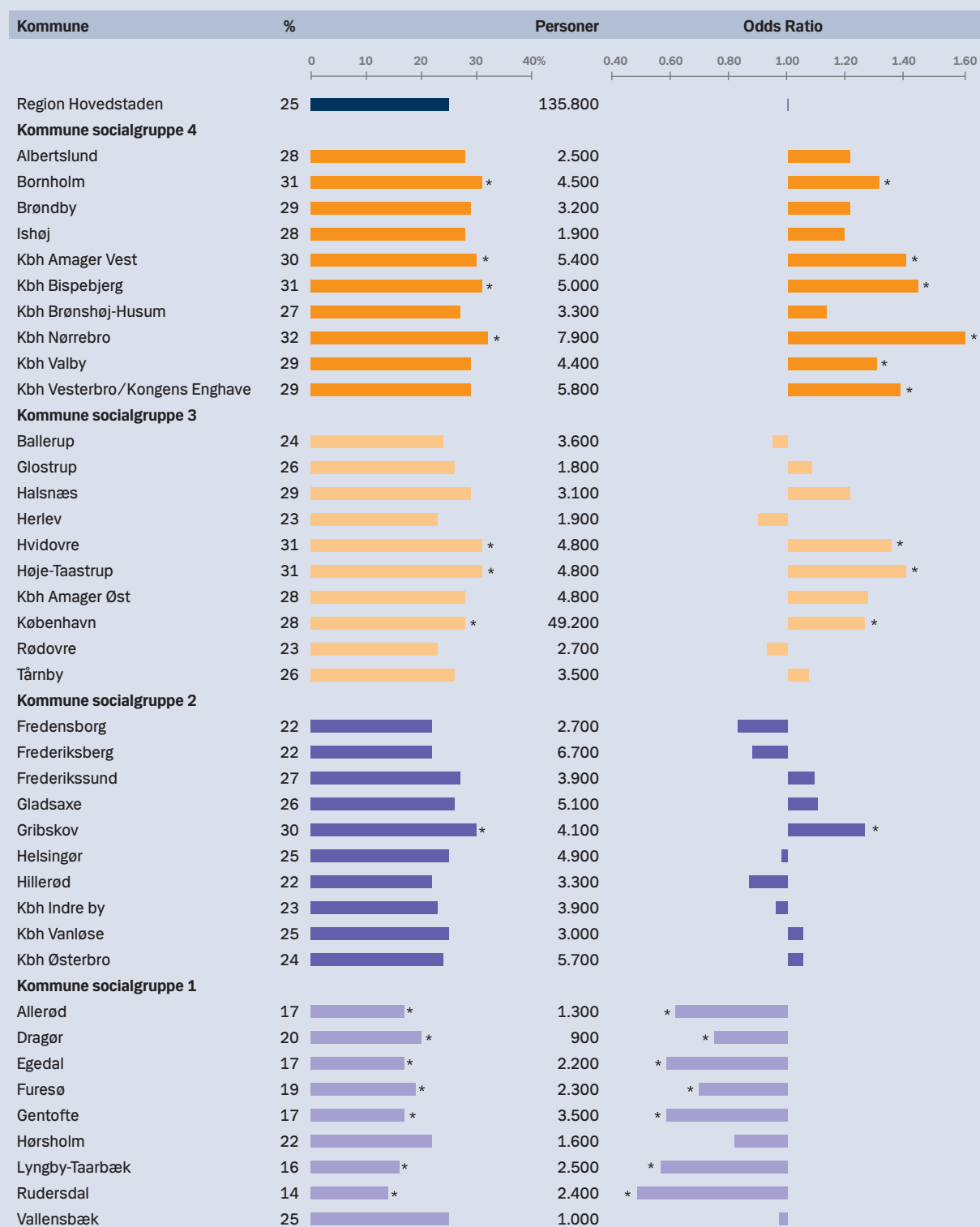
I tabellerne 4.2 og 4.3 er vist, hvordan andelen af rygere varierer på tværs af kommuner i Region Hovedstaden. Der er en markant social gradient, idet der er flest kommuner i gruppe 4, hvor andelen af rygere er signifikant over regionsgennemsnittet, mens der omvendt i gruppe 1 er flest kommuner, hvor andelen af rygere er under regionsgennemsnittet.

Den største andel af mandlige rygere er i den københavnske bydel Nørrebro, hvor 32 % af mændene ryger, mens den største andel kvindelige rygere er i Ishøj, hvor 29 % af kvinderne ryger. I Rudersdal er det kun 14 % af mændene og 13 % af kvinderne, der ryger.

Figur 4.1. Dagligrygere

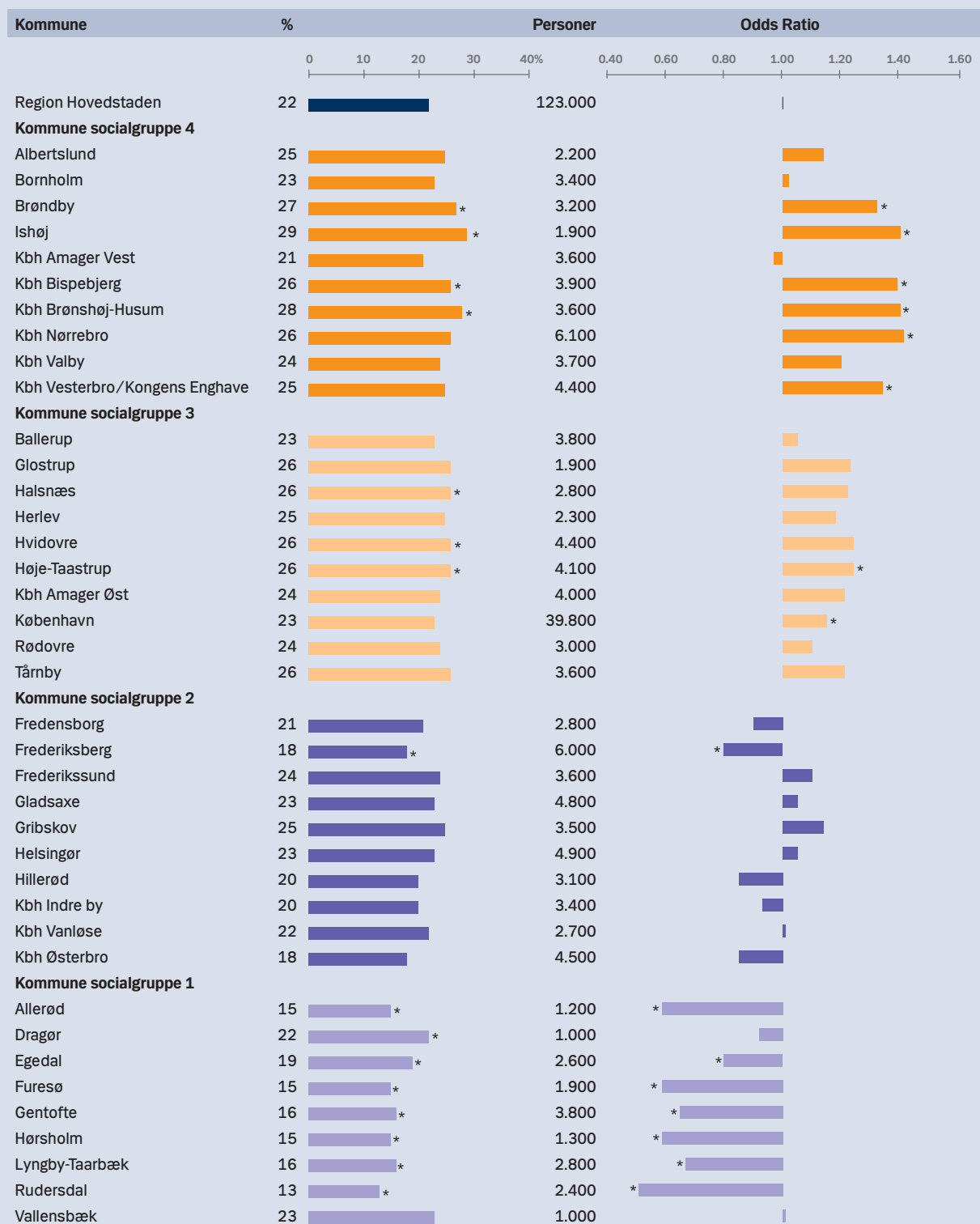


Tabel 4.2. Dagligrygere blandt mændene i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Tabel 4.3. Dagligrygere blandt kvinderne i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

4.1.2 Rygeophør

I Region Hovedstaden angiver næsten $\frac{3}{4}$ af alle rygere, at de gerne vil holde op med at ryge. Det er en høj andel, som angiveligt skal ses i lyset af de seneste års massive fokus på rygning, herunder specielt indførelsen af "Lov nr. 512 om Røgfri miljøer" pr. 15. august 2007, som har indskrænket rygernes muligheder for at ryge i det offentlige rum. Det skal bemærkes, at spørgeskemaundersøgelsen, som ligger til grund for denne sundhedsprofil, er foretaget umiddelbart efter den nye rygelov trådte i kraft. Spørgeskemaundersøgelsen i Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk blev dog gennemført i 2006, det vil sige et år før rygeloven trådte i kraft.

Den største barriere mod rygeophør er angiveligt nikotinafhængigheden. Jo højere nikotinafhængighed, jo sværere er det af holde op med at ryge. Graden af afhængighed kan vurderes dels ud fra den mængde tobak, der gennemsnitlig ryges, og dels på rygemønsteret. Her er nikotinafhængigheden bestemt ud fra Heaviness of Smoking Index (HSI), som er baseret på det daglige antal cigaretter samt rygetrang om morgenen. HSI er bestemt i tre niveauer: lav, middel og høj nikotinafhængighed.

Høj nikotinafhængighed er hyppigst blandt:

- Borgere med tidlig rygedebut
- Mænd
- Midaldrende
- Borgere med kort uddannelse

Tabel 4.4 viser fordelingen af rygere med henholdsvis lav og høj nikotinafhængighed. Ni procent af rygerne i Region Hovedstaden - svarende til 23.500 personer - har høj nikotinafhængighed og må derfor formodes at have svært ved at holde op med at ryge. Disse rygere vil derfor sandsynligvis have brug for støtte, hvis de ønsker rygestop. Omvendt har tre gange så mange rygere lav nikotinafhængighed. Det betyder, at 30 % af rygerne i regionen sandsynligvis vil have relativt let ved at holde op med at ryge, hvis de er motiverede for det. Her er dog ikke taget højde for den sociale og psykologiske afhængighed, som også spiller en rolle ved rygeophør.

Rygedebut er en væsentlig faktor i udviklingen af nikotinafhængighed. Jo tidligere rygedebut, jo større er risikoen for at udvikle høj afhængighed.

Der er flere mandlige end kvindelige rygere, der har høj nikotinafhængighed. Uddannelsesniveau har også betydning, idet der er 13 % med høj nikotinafhængighed blandt de, der har en kort uddannelse, mens den tilsvarende andel for borgere med lang uddannelse kun er på 5 %.

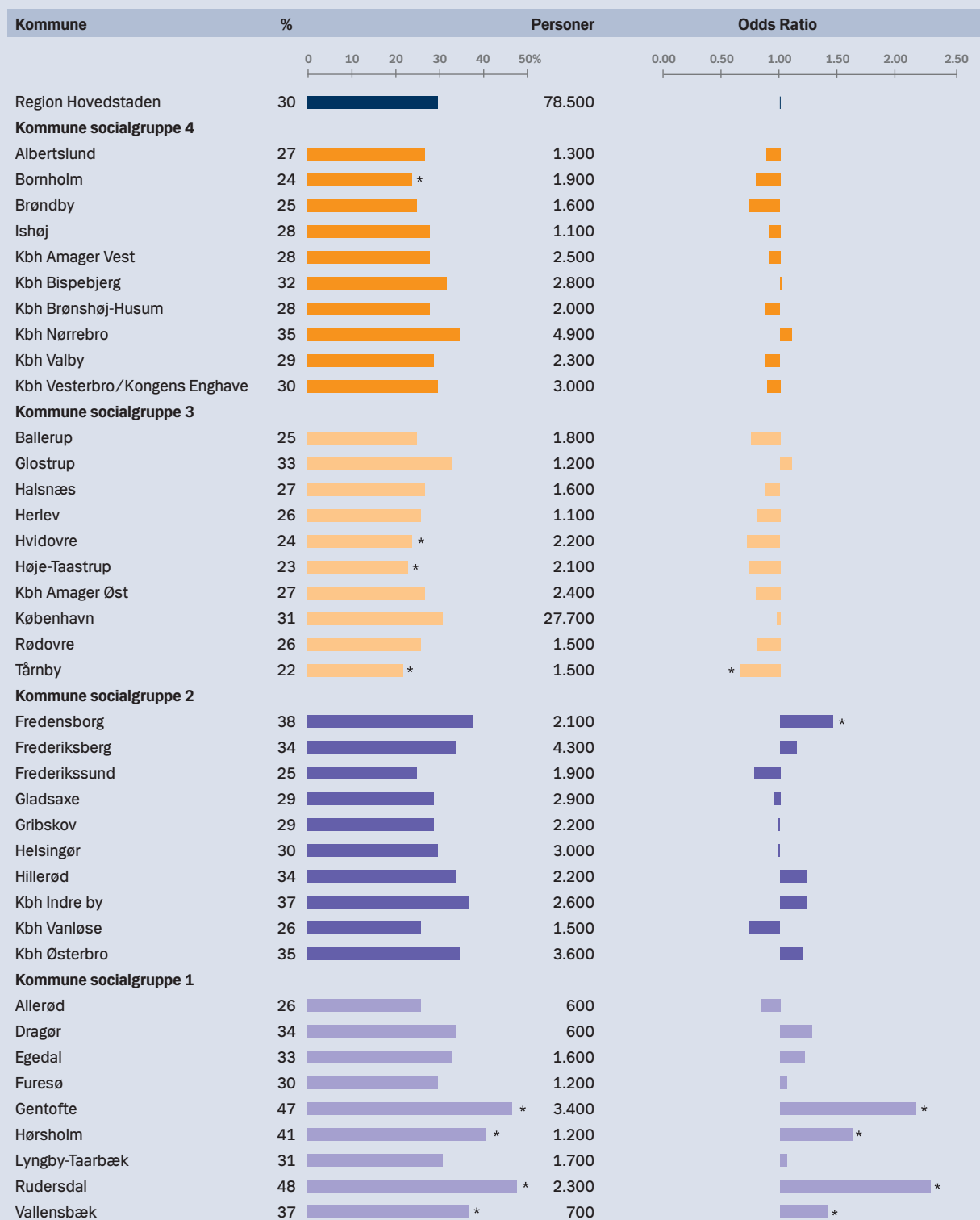
Tabel 4.4. Rygere med lav henholdsvis høj nikotinafhængighed

	Lav nikotinafhængighed		Høj nikotinafhængighed	
	%	Personer	%	Personer
	0 25 50%		0 25 50%	
Region Hovedstaden	30	78.500	9	23.500
Køn				
Mand	27	36.200	12	16.900
Kvinde	34	42.300	5	6.600
Alder				
25-34 år	40	19.000	6	2.900
35-44 år	32	19.100	8	4.500
45-54 år	24	14.000	13	7.500
55-64 år	24	13.600	12	6.600
65-74 år	30	8.700	7	1.900
75-79 år	40	4.100	1	100
Alder ved rygedebut				
Under 12 år	13	800	23	1.500
12-13 år	17	4.100	15	3.500
14-15 år	24	18.200	11	8.600
16 år og derover	36	55.300	7	9.900
Uddannelse				
Kort	22	19.500	13	11.000
Mellemlang	32	38.400	8	9.700
Lang	41	16.100	5	1.900
Indkomst				
0-<100.000 kr	33	6.500	9	1.700
100.000-<150.000 kr	26	13.800	11	5.800
150.000-<250.000 kr	28	24.200	9	7.900
250.000-<375.000 kr	32	22.900	9	6.400
375.000-<525.000 kr	39	6.500	6	1.000
525.000- kr	42	2.300	8	400

Tabel 4.5 viser andelen med lav nikotinafhængighed i de enkelte kommuner, det vil sige den andel af rygerne i hver kommune, som formentlig vil have lettest ved at gennemføre et rygeophør. Det fremgår, at der er en væsentlig forskel på nikotinafhængigheden blandt rygerne i de forskellige kommuner. Tendensen er, at hovedparten af de kommuner, hvor andelen af rygere er lav, har den største andel af rygere med lav nikotinafhængighed. I Rudersdal, som har den laveste andel af rygere i Region Hovedstaden, har næsten halvdelen af rygerne lav nikotinafhængighed, hvorimod det er under 30 % af rygerne i hovedparten af de kommuner, der har flest rygere.

Udfordringen i forhold til at få flere borgere til at holde op med at ryge er derfor dobbelt i de kommuner, der både har den største andel rygere og samtidig færrest rygere med lav nikotinafhængighed.

Tabel 4.5. Rygere med lav nikotinafhængighed i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Som nævnt ovenfor ønsker en stor del af Region Hovedstadens borgere at holde op med at ryge. Disse rygere kan derfor formodes at være i overvejelsesfasen i henhold til forandringsspiralen. Der er lidt flere kvindelige end mandlige rygere, der ønsker rygeophør, jævnfør tabel 4.6. Andelen, der gerne vil holde op med at ryge, falder med stigende alder. Uddannelses- eller indkomstniveau har ikke betydning for, om rygerne ønsker at holde op med at ryge.

I alt 16 % af rygerne har taget en beslutning om, at de gerne vil holde op med at ryge inden for et nærmere fastsat tidsrum og er derfor inde i en mere konkret planlægningsfase i relation til deres rygeophør.

Blandt de, der ønsker at holde op med at ryge, vil knap halvdelen gerne have hjælp til det. Det svarer til 96.100 personer i hele Region Hovedstaden.

Tabel 4.6. Motivation for at ændre rygeadfærd blandt rygerne i Region Hovedstaden

	Ønsker at holde op med at ryge		Ønsker hjælp til rygeophør ^a		Tidligere rygeophør	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Mænd	73	99.200	50	49.600	76	103.900
Kvinder	75	92.100	51	46.500	77	94.400

^a Andel af borgere, der ønsker at holde op med at ryge, som også ønsker hjælp til rygeophør.

Tabel 4.6 er vist for hver enkelt kommune bagest i sundhedsprofilen.

Over $\frac{3}{4}$ af rygerne har tidligere forsøgt at holde op med at ryge, jævnfør tabel 4.6. Disse rygere befinder sig formentlig i tilbagefaldsfasen i forandringsspiralen og må forsøge igen.

Der er 31 % eksrygere blandt regionens borgere. Blandt eksrygerne er 27 % sva-
rende til 92.100 borgere holdt op med at ryge inden for de seneste tre år. De vil stadig være i risiko for et tilbagefald og er derfor i vedligeholdelsesfasen i forandringsspiralen. Jo længere tid, der går efter et rygeophør, jo mere stabil er adfærdsændringen. Knap halvdelen af eksrygerne i Region Hovedstaden har været røgfri i over ti år.

4.1.3 Passiv rygning

Passiv rygning er, når en person indånder røgen fra andres tobaksrygning. Rygere kan også være udsat for passiv rygning. Det skønnes, at ca. 2.000 danskere årligt dør af passiv rygning.

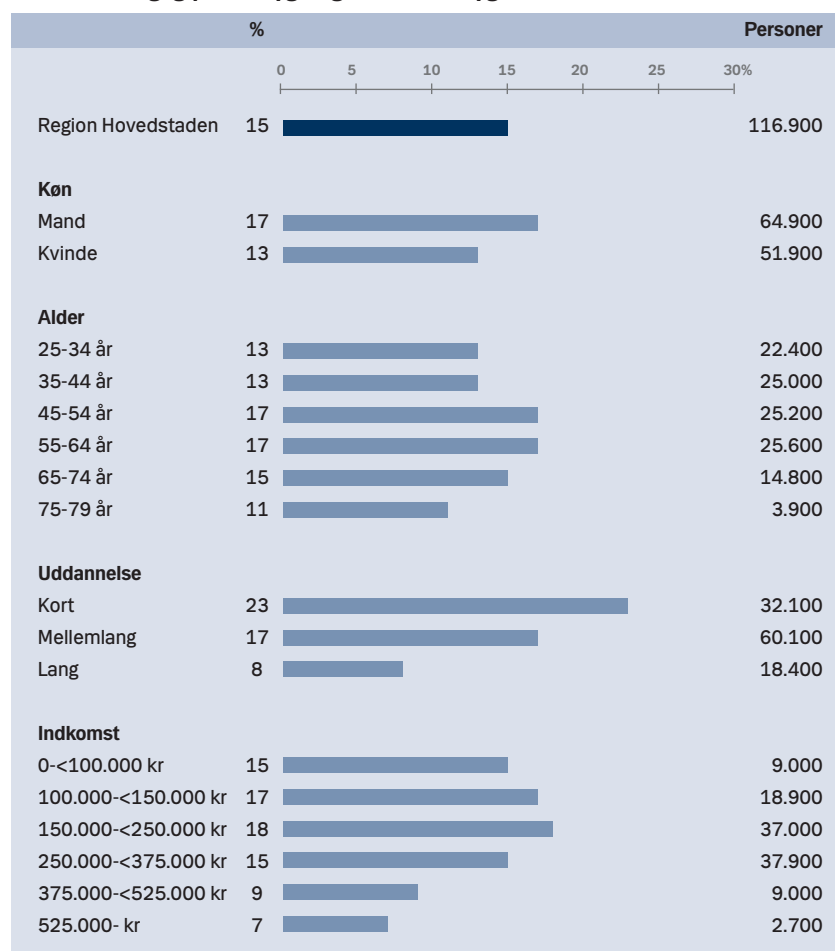
Ofte medfører passiv rygning umiddelbart gener som irritation af øjne og slimhinder i luftveje, hoste samt hovedpine. På længere sigt kan passiv rygning øge risikoen for udvikling af alvorlige sygdomme som lungekræft, hjertekarsygdomme og kroniske luftvejslidelser. Gravide udsat for passiv røg har flere komplikationer i graviditeten. Børn udsat for passiv røg har højere risiko for vuggedød, mellemørebetændelse og luftvejssygdomme herunder astma.

I det følgende fokuseres på ikkerygere, det vil sige både eksrygere og borgere, der aldrig har røget.

I Region Hovedstaden udsættes 15 % af ikkerygerne dagligt for passiv rygning, flere mænd end kvinder, jævnfør tabel 4.7. Det er primært de midaldrende, der udsættes for passiv rygning.

Desuden ses en markant social gradient, idet tre gange så mange med kort uddannelse som med lang uddannelse udsættes for passiv rygning. Ligeledes er det i de to højeste indkomstgrupper, hvor andelen, der udsættes for passiv rygning, er lavest.

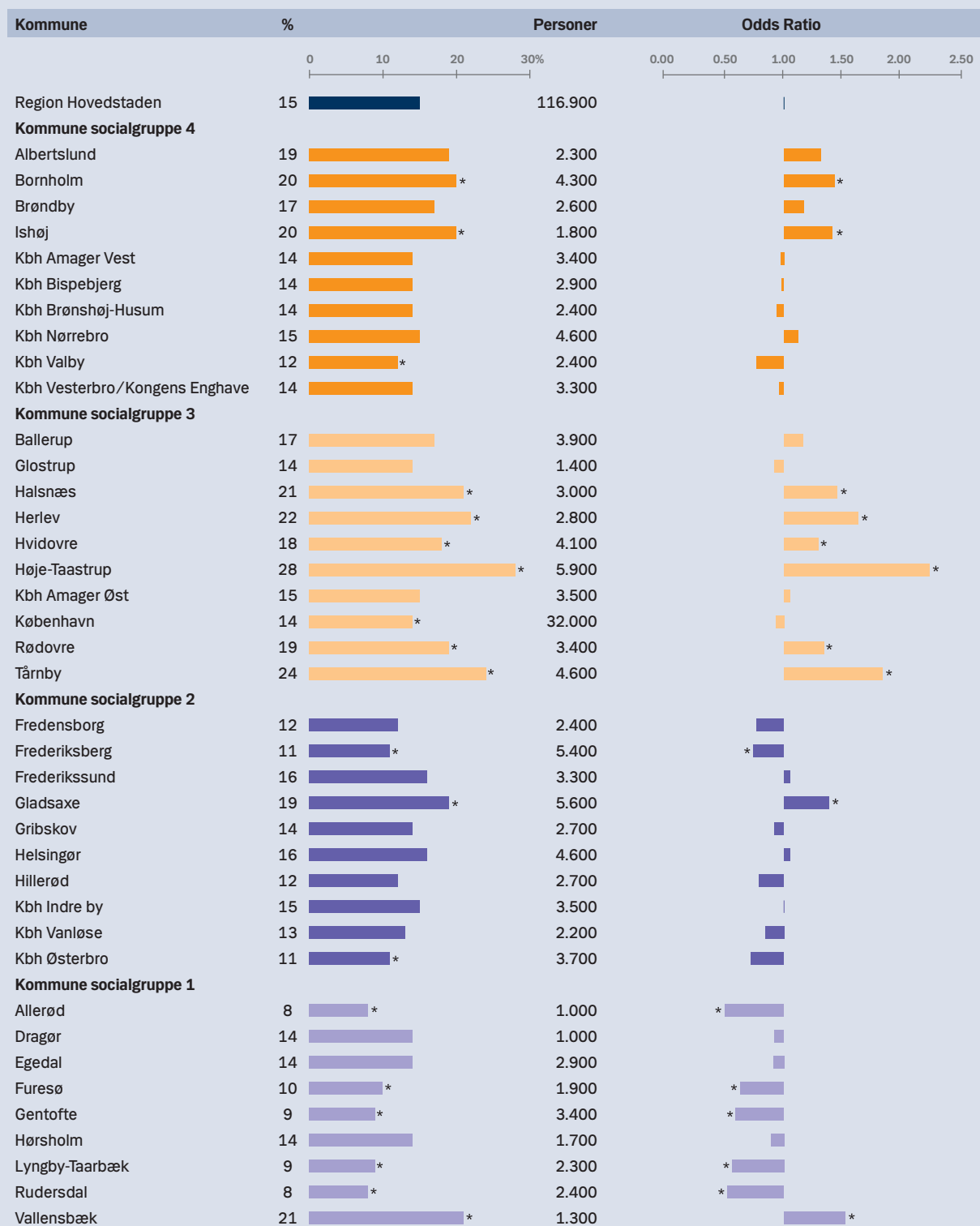
Tabel 4.7. Daglig passiv rygning blandt ikkerygere



På tværs af kommunerne i Region Hovedstaden ses en betydelig social gradient, idet der er flere kommuner i socialklasse 1, hvor andelen, der bliver udsat for passiv rygning, er under regionsgennemsnittet, end der er i de øvrige socialgrupper. I Høje-Taastrup udsættes 28 % af ikkerygerne dagligt for passiv rygning, mens det omvendt kun er 8 % i Allerød og Rudersdal, jævnfør tabel 4.8.

Det skal her bemærkes, at spørgeskemaundersøgelsen i Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk blev gennemført i 2006, det vil sige et år før rygeloven trådte i kraft. Med undtagelse af Hørsholm ligger andelen, der dagligt bliver udsat for passiv rygning, i disse kommuner signifikant over regionsgennemsnittet. Det kunne muligvis være en svag indikation på, at rygeloven har haft en effekt. Det er dog kun et forsigtigt skøn. I den næste regionale sundhedsprofil vil det være muligt at give et mere kvalificeret bud på effekten af rygeloven.

Tabel 4.8. Daglig passiv rygning blandt ikkerygere i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

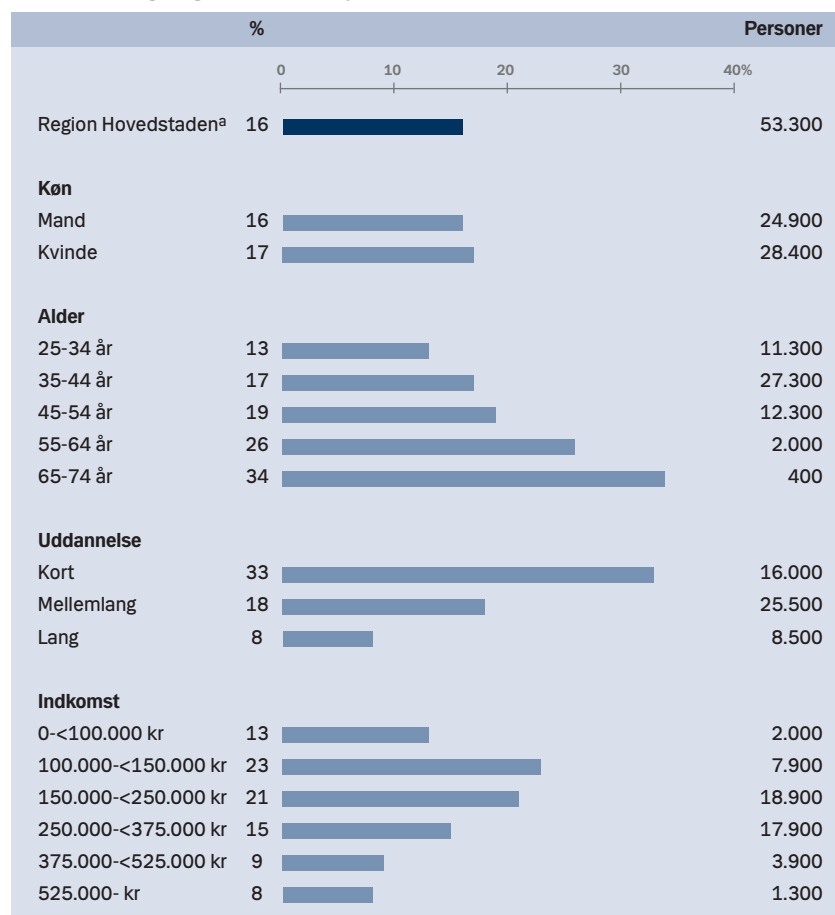
I alt 22 % af regionens borgere oplever, at der dagligt bliver røget inden døre i deres hjem. Det gælder for 7 % af ikkerygerne og for 60 % af rygerne. Det betyder omvendt, at 40 % af rygerne ikke ryger inden døre i deres eget hjem.

En af begrundelserne for ikke at ryge indendørs i eget hjem kan være hensynet til de personer, som rygeren eventuelt bor sammen med. Specielt børn er særlig sårbare over for passiv rygning. Desuden kan spædbørn og småbørn ikke sige fra over for røgen, hvilket understreger de voksnes ansvar for ikke at udsætte børn for tobaksrøg.

Som det fremgår af tabel 4.9, bliver der i Region Hovedstaden røget inden døre dagligt eller flere gange om ugen i 16 % af de hjem, hvor der bor børn under 16 år. Blandt borgerne under 55 år, som er den aldersgruppe, hvor flest har hjemmeboende børn, ses en svag stigning med alderen fra 13 % blandt de 25-34-årige til 19 % blandt de 45-54-årige. Der ses en kraftig stigning med alderen for de borgere, der er 55 år eller der over. Der er dog meget få borgere over 65 år, der har hjemmeboende børn under 16 år.

Der er en markant social gradient, idet hele 33 % af de, der har en kort uddannelse ryger i hjem med børn, mens andelen tilsvarende kun er 8 % blandt de, der har en lang uddannelse. Et tilsvarende mønster ses for sammenhængen mellem bruttoindkomst og andel, der ryger i hjem med børn under 16 år. Den laveste indkomstkategori indeholder også studerende og afviger derfor fra den generelle tendens.

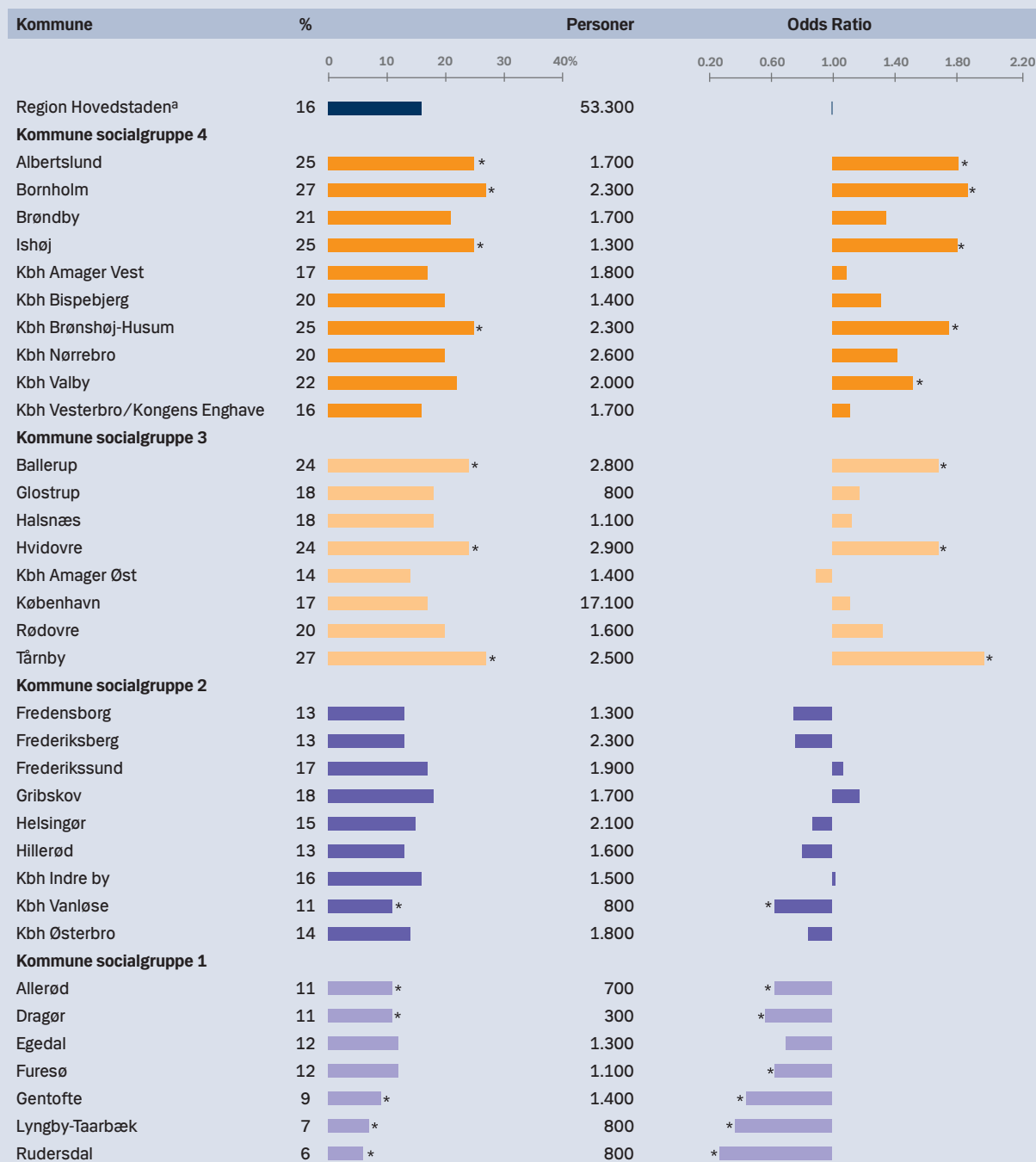
Tabel 4.9. Rygning indendørs i hjem med børn under 16 år



^a her eksisterer ikke data fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk.

Som det fremgår af tabel 4.10 er der en markant social gradient på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden. Der er flest kommuner i socialgruppe 4, hvor andelen af borgere, der ryger indendørs i hjem med børn under 16 år, signifikant overstiger regionsgennemsnittet. Det gælder også, når der er taget højde for forskelle i alderssammensætningen. I socialgruppe 1 er næsten samtlige kommuner signifikant under regionsgennemsnittet. I Tårnby og på Bornholm bliver der røget inden døre i 27 % af hjemmene med børn under 16 år. I Rudersdal er den tilsvarende andel kun på 6 %.

Tabel 4.10. Rygning indendørs i hjem med børn under 16 år i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

^a her eksisterer ikke data fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk.

4.2. Alkohol

Danskere har et højt forbrug af alkohol sammenlignet med indbyggerne i de fleste andre nordiske og europæiske lande. Alkoholforbruget i Danmark steg markant i 1960'erne og har siden midten af 1970'erne ligget på et nogenlunde konstant højt niveau. I dag er alkoholforbruget ca. tre gange højere end for 50 år siden.

De skadelige virkninger af alkohol er et væsentligt problem for folkesundheden i Danmark. Et jævnt højt forbrug af alkohol gennem en længere periode medfører en stærkt øget risiko for at udvikle alkoholafhængighed. Opgørelser viser, at danskernes alkoholforbrug årligt fører til ca. 3.000 dødsfald som følge af skrumpelever, alkoholforgiftning, alkoholisme og betændelse i bugspytkirtlen. Det svarer til ca. 5 % af alle dødsfald.

Dertil kommer, at et stort alkoholforbrug også kan være forbundet med øget sygefravær, risiko for eksklusion fra arbejdsmarkedet, skilsmisser, vold, kriminalitet og ulykker, herunder trafikulykker som følge af spirituskørsel.

Sundhedsstyrelsen har fastsat en ugentlig genstandsgrænse for alkoholforbrug på højst 14 genstande for kvinder og højst 21 genstande for mænd. Genstandsgrænserne skal forstås som en øvre grænse for et alkoholforbrug, der ikke giver skader på kroppens organer. Sundhedsstyrelsen anbefaler desuden, at man ikke drikker mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed.

I Danmark er der tydelige aldersforskelle i drikkemønsteret. I den yngre del af befolkning er alkoholforbruget ofte koncentreret i weekenderne, hvor rusdrikkere – mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed – er udbredt. Det øger risikoen for skader i forbindelse med beruselse. I den ældre del af befolkningen er alkoholforbruget typisk fordelt mere jævnt over ugen. Nogle udvikler et storforbrug med forøget risiko for udvikling af alkoholafhængighed og alkoholrelaterede sygdomme.

I denne sundhedsprofil skelnes mellem tre former for risikobetonet alkoholforbrug, som under ét betegnes som risikabelt alkoholforbrug:

- **Rusdrikkere** – personen drikker mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed mindst én gang om ugen.
- **Storforbrug** – personen har et ugentligt alkoholforbrug, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse på 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd.
- **Tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C)** – personen klassificeres på baggrund af sin alkoholadfærd ud fra CAGE-C-spørgsmål jævnfør tabel 4.11.
- **Risikabelt alkoholforbrug** – personen har mindst én af ovennævnte tre former for risikobetonet alkoholforbrug.

Tabel 4.11. Tegn på alkoholafhængighed - CAGE-C-klassifikation

1.	Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?
2.	Har du inden for de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?
3.	Er der nogen, inden for de seneste 12 måneder, der har "brokket sig over", at du drikker for meget?
4.	Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?
5.	Har du inden for de seneste 12 måneder jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at "berolige nerverne" eller blive "tømmere" kvit?
6.	Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

"Tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C)" defineres ved mindst to positive svar i spørgsmål 2-6, eller ét positivt svar i spørgsmål 2-6, såfremt der er svaret '4 dage eller flere' på spørgsmål 1.

4.2.1 Alkoholvaner

I Region Hovedstaden har 89 % af borgerne – svarende til 975.000 personer – drukket alkohol inden for det seneste år. Blandt de 11 % af borgerne, som ikke har drukket alkohol inden for det seneste år, har 12 % tidligere haft et dagligt alkoholforbrug. Det svarer til 14.300 borgere eller 1 % af borgerne i Region Hovedstaden.

I det følgende beskrives alkoholvaner for de borgere, der har haft et alkoholforbrug inden for det sidste år. Når der præsenteres andele med forskellige alkoholvaner, er det derfor i forhold til de borgere, der har et alkoholforbrug og ikke alle borgere i regionen.

To tredjedele af borgerne har et fornuftigt alkoholforbrug. Det betyder omvendt, at 1/3 eller 320.800 af borgerne har et risikabelt alkoholforbrug, der øger deres risiko for beruselses- og organskader samt psykiske og sociale problemer. Hele 7 % af borgerne - svarende til 47.800 personer – har både et storforbrug, har tegn på alkoholfafhængighed (CAGE-C) og rusdrikker.

Blandt borgerne i Region Hovedstaden har 15 % et storforbrug af alkohol, 20 % har tegn på alkoholfafhængighed (CAGE-C) og 17 % rusdrikker jævnfør tabel 4.12. og 4.13.

Generelt er der flere mænd end kvinder, som har et risikabelt alkoholforbrug uanset hvilken form, der er tale om. Der er en meget markant kønsforskel, når

Hvordan har borgernes alkoholvaner været i det seneste år?

- 11 % drikker ikke alkohol. Blandt disse har 12 % tidligere haft et dagligt alkoholforbrug
- 89 % har et alkoholforbrug. Blandt disse har 33 % et risikabelt alkoholforbrug

Tabel 4.12. Borgere, der rusdrikker, samt borgere, der har et storforbrug af alkohol

	Rusdrikkeri		Storforbrug	
	%	Personer	%	Personer
	0 25 50%		0 25 50%	
Region Hovedstaden	17	165.900	15	149.800
Køn				
Mand	24	119.700	18	90.500
Kvinde	10	46.100	12	59.300
Alder				
25-34 år	19	42.100	8	16.300
35-44 år	13	29.400	8	18.700
45-54 år	22	41.300	19	36.400
55-64 år	18	34.400	24	44.200
65-74 år	13	15.300	23	27.200
75-79 år	9	3.400	18	7.100
Uddannelse				
Kort	20	38.000	19	35.600
Mellemlang	17	78.400	15	69.800
Lang	14	40.600	14	39.300
Indkomst				
0-<100.000 kr	22	15.800	12	8.300
100.000-<150.000 kr.	21	28.800	16	22.000
150.000-<250.000 kr.	16	41.000	16	40.100
250.000-<375.000 kr.	15	48.900	15	49.200
375.000-<525.000 kr.	16	18.300	16	19.400
525.000- kr.	18	8.200	20	9.600

drejer sig om rusdrikkeri og tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C), idet omkring ¼ af mændene, men kun omkring 1/10 af kvinderne, har disse former for alkoholadfærd. Kønsforskellen er knap så markant blandt de borgere, der har et storforbrug af alkohol.

Rusdrikkeri er hyppigst blandt de unge (25-34 år) og midaldrende (45-54 år) det borgere. Et storforbrug af alkohol eller tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C) er derimod hyppigst blandt de 55-64-årige og mere beskedent blandt de yngre borgere. Eksempelvis har kun 8 % af de 25-44-årige et storforbrug af alkohol, mens dette er tilfældet for hele 24 % af de 55-64-årige.

Der er en social gradient i borgernes alkoholadfærd. Jo højere uddannelsesniveau, jo lavere er andelen af borgere, der har et risikabelt alkoholforbrug. Den sociale gradient er tydelig i relation til rusdrikkeri og storforbrug af alkohol. Borgere, der viser tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C), optræder derimod lige hyppigt på alle uddannelsesniveauer.

Betydningen af indkomst afhænger af, hvilken form for risikabelt alkoholforbrug, der betragtes. Andelen af rusdrikkere er højere i de lave indkomstgrupper sammenlignet med de øvrige. En del af forklaringen kan være, at der er en stor andel af unge i de lave indkomstgrupper, og de unge er, som tidligere nævnt, hyppigt rusdrikkere. Andelen af borgere, der har et storforbrug eller viser tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C), er derimod højest blandt de, der tjener mere end 525.000 kr., og lavest i den laveste indkomstgruppe.

Tabel 4.13. Borgere med tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C) samt borgere med et risikabelt alkoholforbrug

	Tegn på alkohol-afhængighed (CAGE-C)		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer
	0 25 50%		0 25 50%	
Region Hovedstaden	20	198.000	33	320.800
Køn				
Mand	27	135.700	42	205.900
Kvinde	13	62.400	24	114.900
Alder				
25-34 år	12	25.900	28	59.900
35-44 år	17	38.000	25	57.800
45-54 år	26	49.700	38	72.400
55-64 år	27	49.700	40	74.600
65-74 år	24	27.900	38	44.200
75-79 år	18	6.900	31	12.000
Uddannelse				
Kort	21	40.200	36	67.300
Mellemlang	20	90.000	33	148.900
Lang	21	58.400	31	87.800
Indkomst				
0-<100.000 kr	16	11.700	35	24.900
100.000-<150.000 kr	21	28.800	37	49.100
150.000-<250.000 kr	19	51.000	32	82.100
250.000-<375.000 kr	21	65.600	31	99.300
375.000-<525.000 kr	22	25.800	33	39.100
525.000- kr	25	11.700	39	18.700

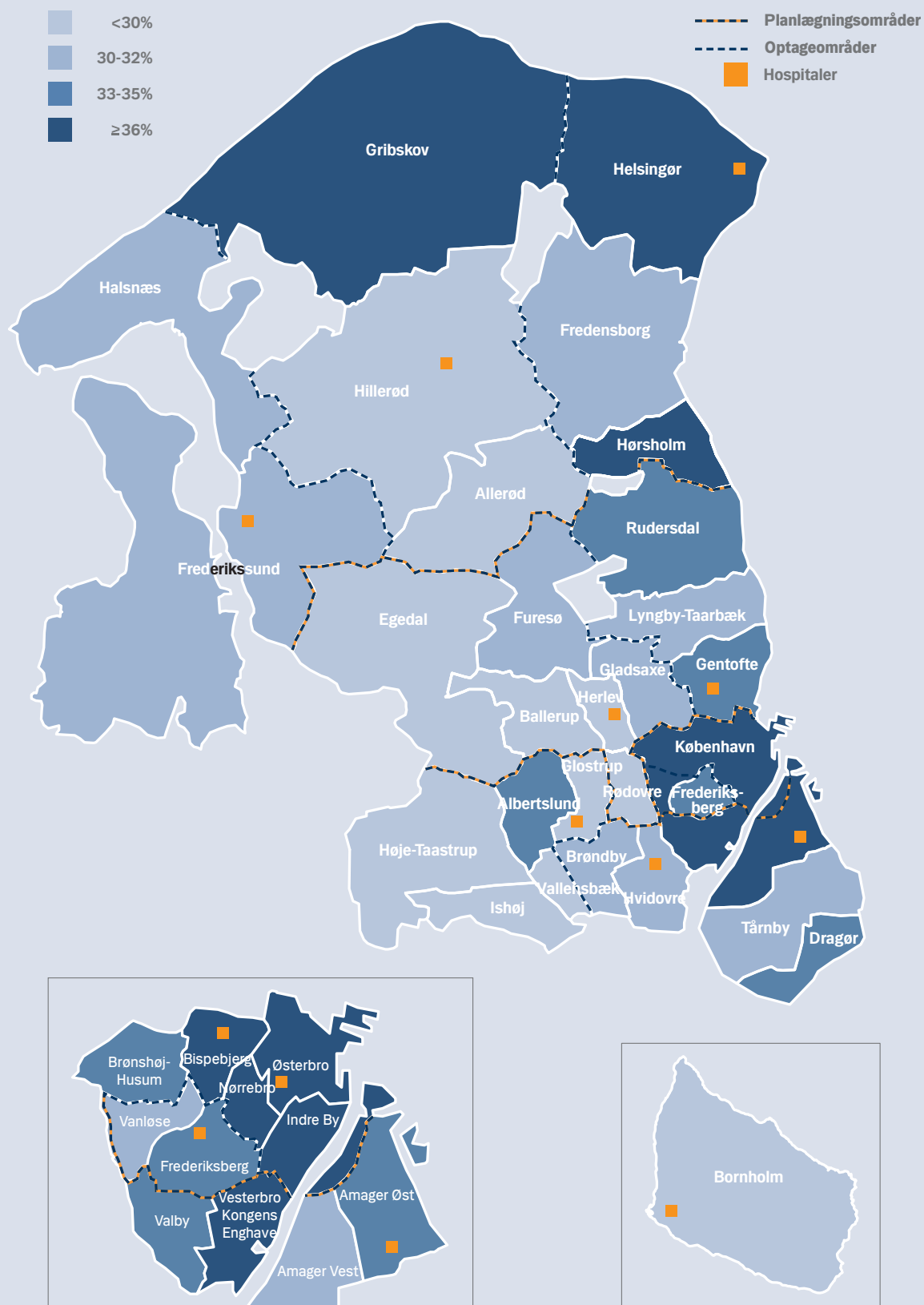
Risikabelt alkoholforbrug er hyppigst blandt:

- Mænd
- Borgere på 55-64 år
- Borgere med kort uddannelse
- Borgere med lavt eller højt indkomstniveau

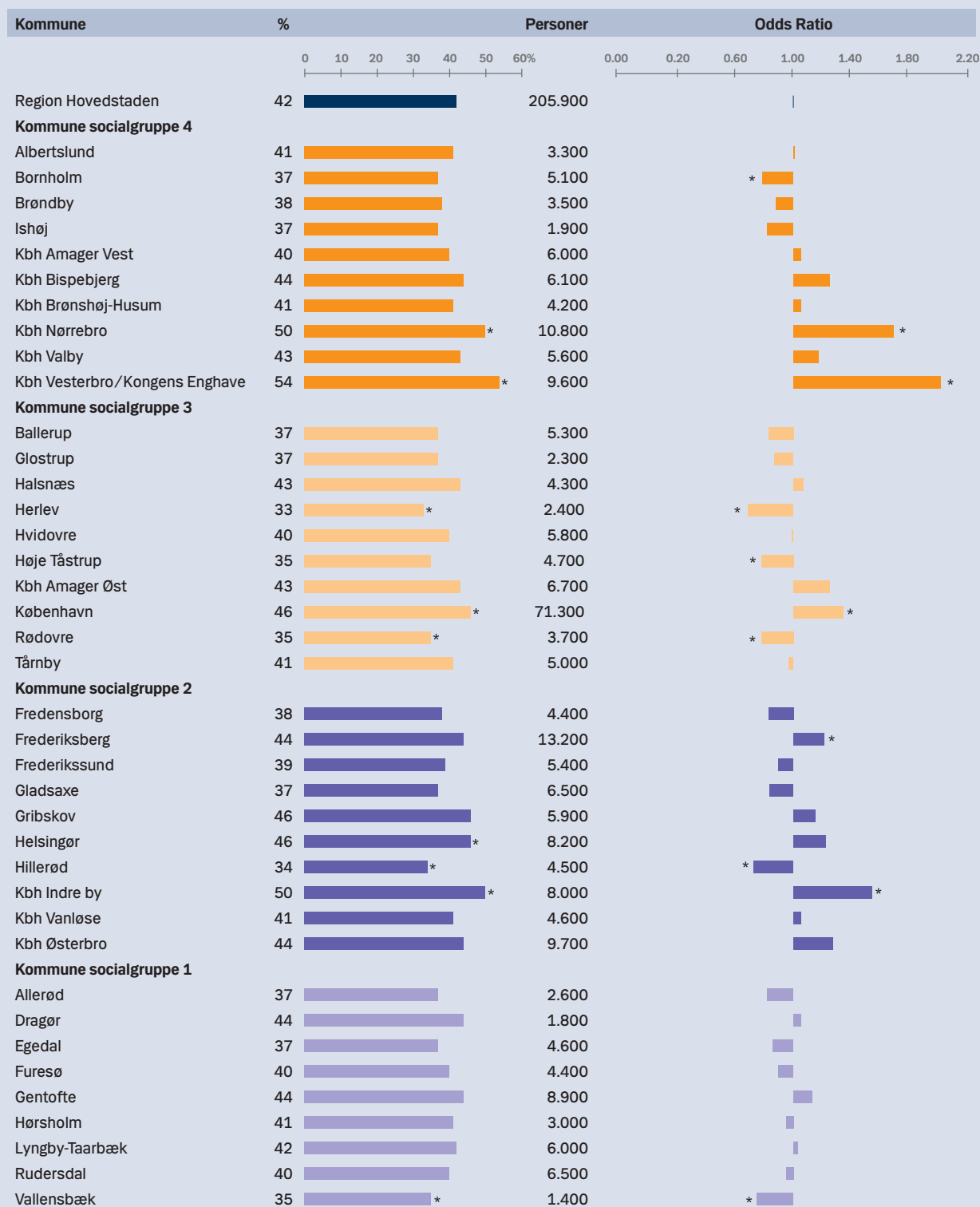
Andelen af borgere med et risikabelt alkoholforbrug varierer på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden. Det samme mønster ses for alle tre former for risikobetonet alkoholforbrug. Det betyder, at de kommuner, der har en høj andel af rusdrikkere, samtidig har mange borgere, som har et storforbrug af alkohol eller viser tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C). Der er ingen klar variation på tværs af de fire kommune socialgrupper.

Som det fremgår af tabel 4.14, har over halvdelen af mændene i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave i Københavns Kommune et risikabelt alkoholforbrug, mens det samme er tilfældet for 1/3 af mændene i Herlev, som har den laveste andel i regionen. Blandt kvinderne findes den højeste andel med et risikabelt alkoholforbrug i Hørsholm, og den laveste andel findes i Egedal, jævnfør tabel 4.15. Den store variation mellem kommunerne bibeholdes, når der er taget højde for alderssammensætningen i kommunerne.

Figur 4.2. Borgere med risikabelt alkoholforbrug

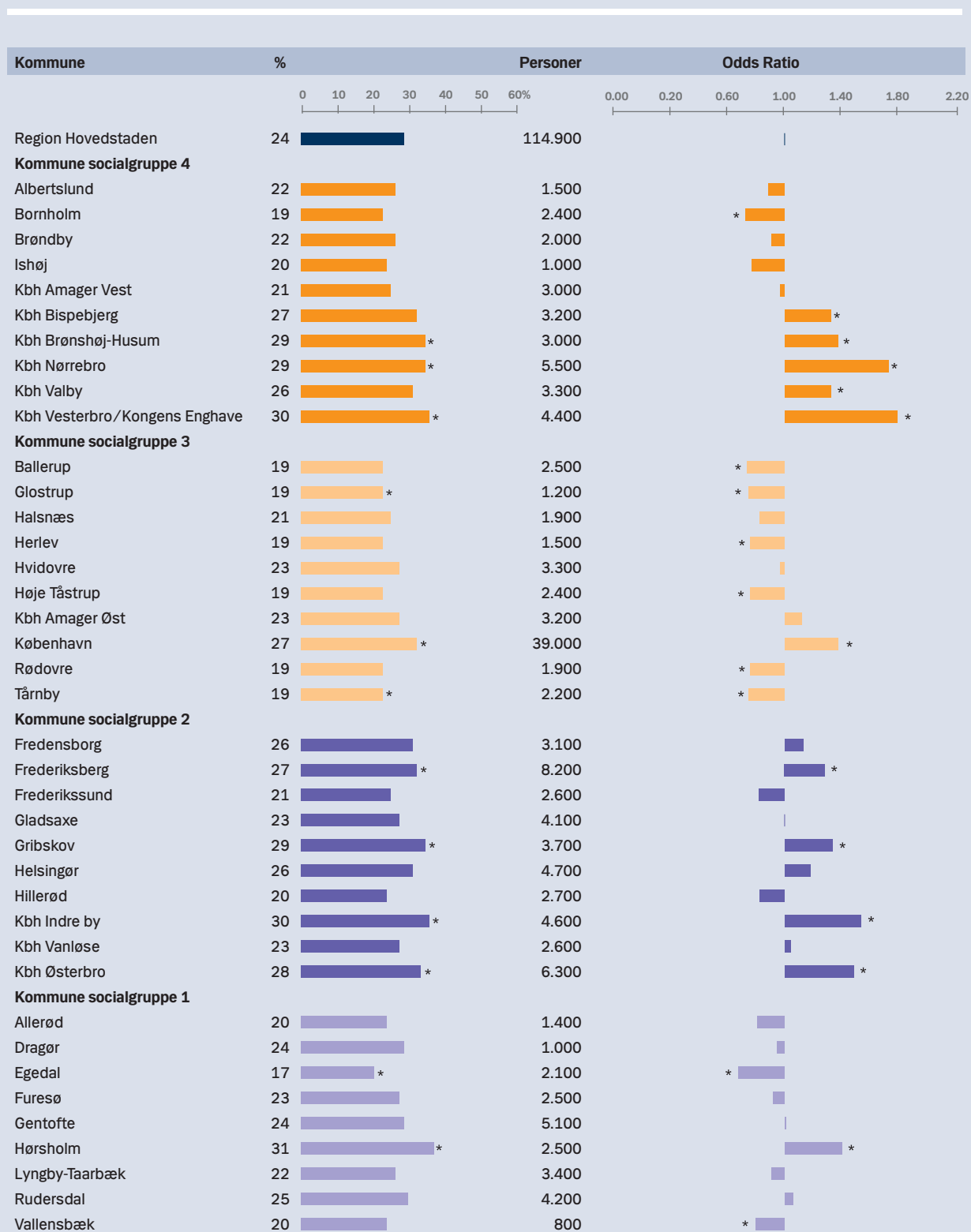


Tabel 4.14. Risikabelt alkoholforbrug blandt mænd i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Tabel 4.15. Risikabelt alkoholforbrug blandt kvinder i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

4.2.2 Ændring af alkoholvaner i Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden har 42 % af mændene og 24 % af kvinderne et risikabelt alkoholforbrug. Under 1/3 af disse borgere mener selv, at de har ufornuftige alkoholvaner. Omtrent lige så mange vil gerne nedsætte deres alkoholforbrug eller har tidligere forsøgt at nedsætte forbruget, jævnfør tabel 4.16.

Det tyder omvendt på, at en stor del af de borgere, der har et risikabelt alkoholforbrug, er tilfredse med deres alkoholvaner. De oplever ikke deres adfærd som problematisk og har derfor formentlig ingen intensjoner om at reducere alkoholforbruget. Det svarer til førovervejelsesfasen i forandringsspiralen, som beskriver de forskellige faser i forbindelse med en adfærdsændring.

Der er i alt 86.700 borgere med risikabelt alkoholforbrug, som vurderer, at de selv har ufornuftige alkoholvaner. Af disse borgere vil 65 % gerne nedsætte deres alkoholforbrug. Det svarer til, at ca. 56.000 borgere sandsynligvis vil være motiverede for at ændre deres alkoholvaner.

Tabel 4.16. Motivation for ændring af alkoholvaner for borgere med et risikabelt alkoholforbrug

	Selvvurderet ufornuftige alkoholvaner		Vil gerne nedsætte alkoholforbrug		Har tidligere nedsat alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Mænd	27	54.900	27	55.100	27	55.500
Kvinder	28	31.800	29	33.900	27	30.800

Tabel 4.16 er vist for hver enkelt kommune bagest i sundhedsprofilen.

4.3. Kost

Danskernes kostvaner er i sammenligning med de øvrige lande i Europa karakteriseret ved et højt indtag af fedt, specielt animalsk fedt. Sammenlignet med de sydeuropæiske lande har danskerne desuden et lavt indtag af frugt og grønt. I et nordisk perspektiv har danskerne også det største energiindtag fra fedt i kosten, men er omvendt det nordiske land, der har den højeste indtagelse af grøntsager.

Igennem de sidste 50 år har danskernes kostvaner ændret sig. Landsdækkende kostundersøgelser viser, at der er sket en nedgang i danskernes fedtindtag. Men fedtindholdet i kosten ligger fortsat højt, og faldet i fedtets andel af energiindtaget bliver modsvaret af en stigning i indtagelse af kulhydrater.

Kostens sammensætning og indhold af næringsstoffer kan have en sundhedsfremmende og sygdomsbeskyttende virkning. Der er imidlertid også negative følger af en uhensigtsmæssig kostsammensætning og af at spise for meget. Kostens betydning for helbredet er derfor kompleks.

Danskernes høje energiindtag kombineret med, at meget bevægelse er fjernet fra vores hverdag, har afgørende betydning for risikoen for at udvikle overvægt og fedme. Det er vist, at kosten kan påvirke udvikling af kroniske sygdomme som type 2 diabetes, hjertekarsygdomme og kræft i fordøjelsessystemet. Eksempelvis er det vist, at 22 % af dødsfaldene forårsaget af hjertesygdom vil kunne forebygges, hvis alle danskere højst spiste 10 % mættet fedt i kosten. Tilsvarende ville 17 % færre dø af hjertekarsygdom, hvis alle indtog 500 gram frugt og grønt om dagen. I Danmark er opstillet følgende officielle kostråd:

- Spis 600 gram frugt og grønt om dagen
- Spis 200-300 gram fisk og fiskepålæg om ugen
- Spis 500 gram kartofler, ris eller pasta og groft brød om dagen
- Spar på sukker især fra sodavand, slik og kager
- Spar på fedtet især fra mejeriprodukter og kød
- Spis varieret og bevar normalvægt
- Drik 1-1½ liter vand om dagen
- (Vær fysisk aktiv – mindst 30 minutter om dagen)

Med udgangspunkt i disse kostråd er der i denne sundhedsprofil anvendt en kostscore inden for kostkomponenterne: frugt, grønt, fisk og fedt. Disse kostkomponenter har vist sig at være gode indikatorer for generelle sunde eller usunde kostvaner. Kostscoren er således et samlet mål for sundhedsgraden af de generelle kostvaner. Eksempelvis er en sund kostscore også forbundet med et højt indtag af vitaminer og mineraler. Kostscoren inddeler borgerne i tre kategorier:

- **Sund kost** – generelt sunde kostvaner, herunder højt indtag af frugt, grønt og fisk samt lavt indtag af mættet fedt
- **Middelsund kost** – middelhøjt indtag af frugt, grønt og fisk og mættet fedt
- **Usund kost** – generelt usunde kostvaner herunder meget lavt indtag af frugt, grønt og fisk og højt indtag af mættet fedt
- Denne inddeling vil blive anvendt i det følgende.

4.3.1 Kostvaner

I Region Hovedstaden har 12 % af borgerne usunde kostvaner, jævnfør tabel 4.17. Det vil sige, at 127.000 borgere i regionen har et meget lavt indtag af frugt, grønt og fisk og et højt indtag af mættet fedt. Mere end 2/3 af borgerne med usunde kostvaner er mænd. Omvendt har mere end 1/3 af regionens kvinder sunde kostvaner, mens det samme er tilfældet for 1/5 af mændene.

Hvordan er borgernes kostvaner i Region Hovedstaden?

- 28 % har sunde kostvaner
- 60 % har middel sunde kostvaner
- 12 % har usunde kostvaner

Andelen med usunde kostvaner stiger svagt med stigende alder. Der er flest med sunde kostvaner blandt de midaldrende borgere.

Uddannelsesniveaue har stor betydning for borgernes kostvaner. Blandt de, der har kort uddannelse har næsten 1/5 usunde kostvaner, mens det kun er 1/25 af de, der har lang uddannelse. Mere end 1/3 af med lang uddannelse har sunde kostvaner.

Der er ligeledes en klar sammenhæng mellem borgernes indkomstniveau og kostvaner. Jo højere indkomst, jo større er andelen, der spiser sund kost og jo lavere indkomst, jo større er andelen, der spiser usund kost.

Borgernes kostvaner afhænger derfor både af, om borgerne som følge af deres uddannelsesniveau har den fornødne viden om de gældende kostråd, men også af om borgerne har tilstrækkelige økonomiske ressourcer til at kunne efterleve kostrådene.

Borgere, der spiser usund kost i Region Hovedstaden, er typisk:

- Mænd
- Ældre borgere
- Borgere med kort uddannelse
- Borgere med lavt indkomstniveau

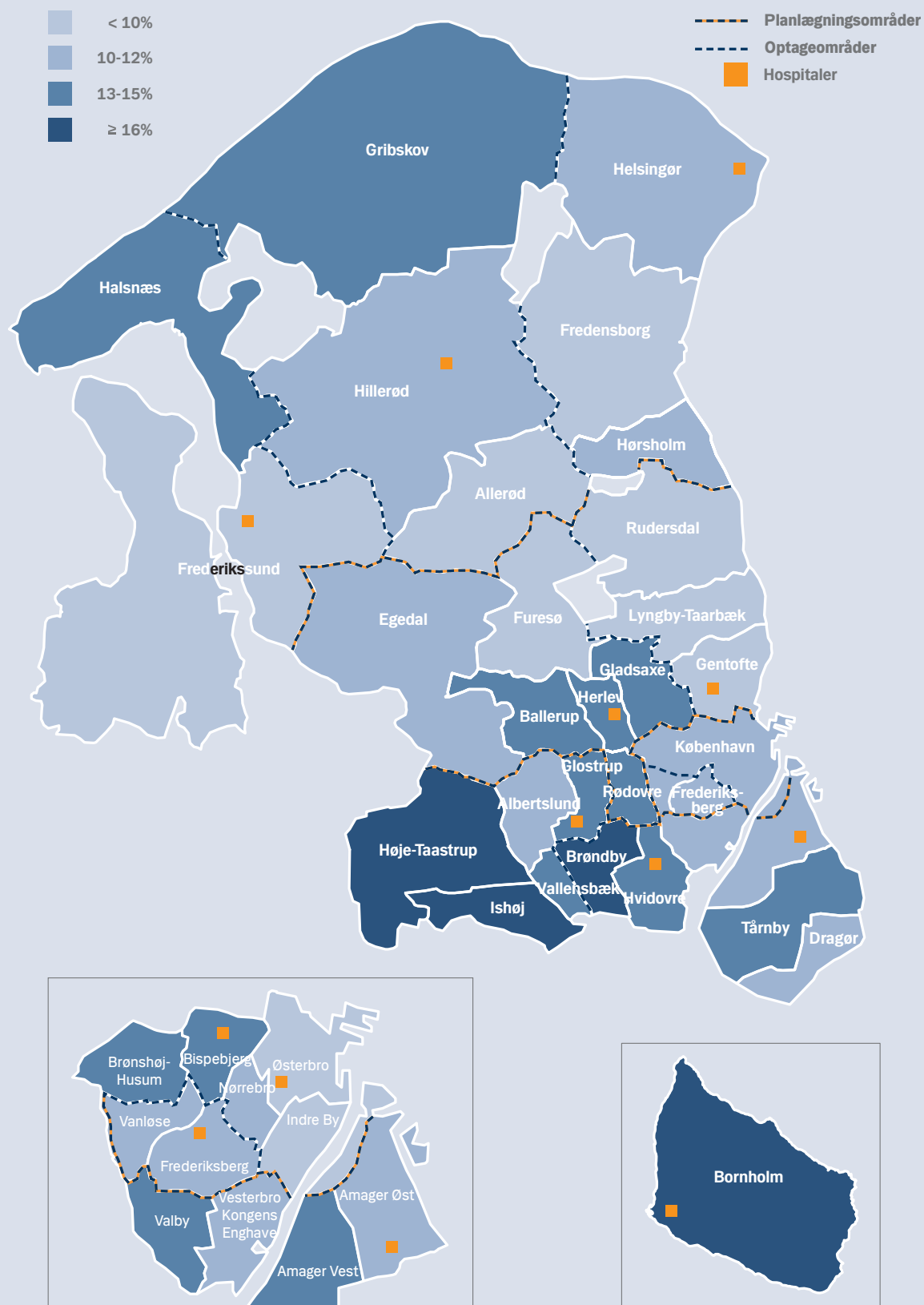
Tabel 4.17. Borgere med usunde eller sunde kostvaner

	Usund kost		Sund kost	
	%	Personer	%	Personer
	02040%		02040%	
Region Hovedstaden	12	127.000	28	309.700
Køn				
Mand	16	87.100	20	110.200
Kvinde	7	39.900	36	199.500
Alder				
25-34 år	11	27.000	26	65.200
35-44 år	11	27.400	28	71.900
45-54 år	11	24.300	30	63.300
55-64 år	12	24.300	30	62.700
65-74 år	13	16.800	27	35.100
75-79 år	16	7.200	25	11.500
Uddannelse				
Kort	19	44.800	22	51.400
Mellemlang	12	62.900	26	130.700
Lang	4	13.100	37	109.700
Indkomst				
0-<100.000 kr	12	11.000	27	23.600
100.000-<150.000 kr	15	26.200	24	41.900
150.000-<250.000 kr	14	41.500	26	78.600
250.000-<375.000 kr	11	36.200	29	97.500
375.000-<525.000 kr	7	7.800	36	42.000
525.000- kr	5	2.200	38	18.100

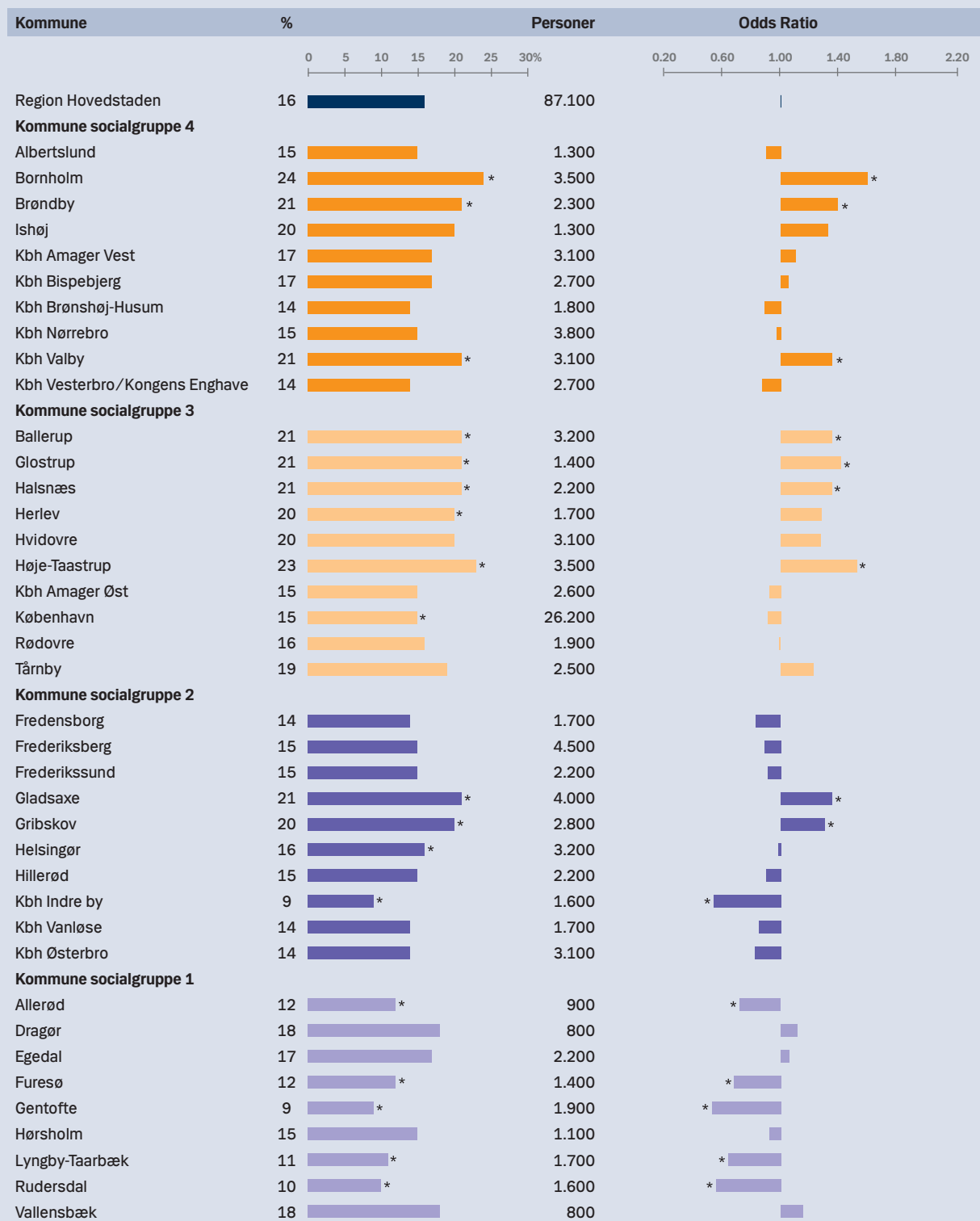
Den stærke sammenhæng mellem uddannelses- og indkomstniveau og kostvaner er en væsentlig del af forklaringen på de forskelle, der ses i borgernes kostvaner ved sammenligning af kommunerne. I tabellerne 4.18. og 4.19. vises andelen med usund kost i de enkelte kommuner for henholdsvis mænd og kvinder.

Der er således en social gradient på tværs af kommuner, idet der er flest kommuner i gruppe 4, hvor andelen med usunde kostvaner er signifikant over regionsgennemsnittet, mens der omvendt i gruppe 1 er flest kommuner, hvor andelen med usunde kostvaner er under regionsgennemsnittet. Sammenhængen gælder for både mænd og kvinder.

Figur 4.3. Borgere med usunde kostvaner

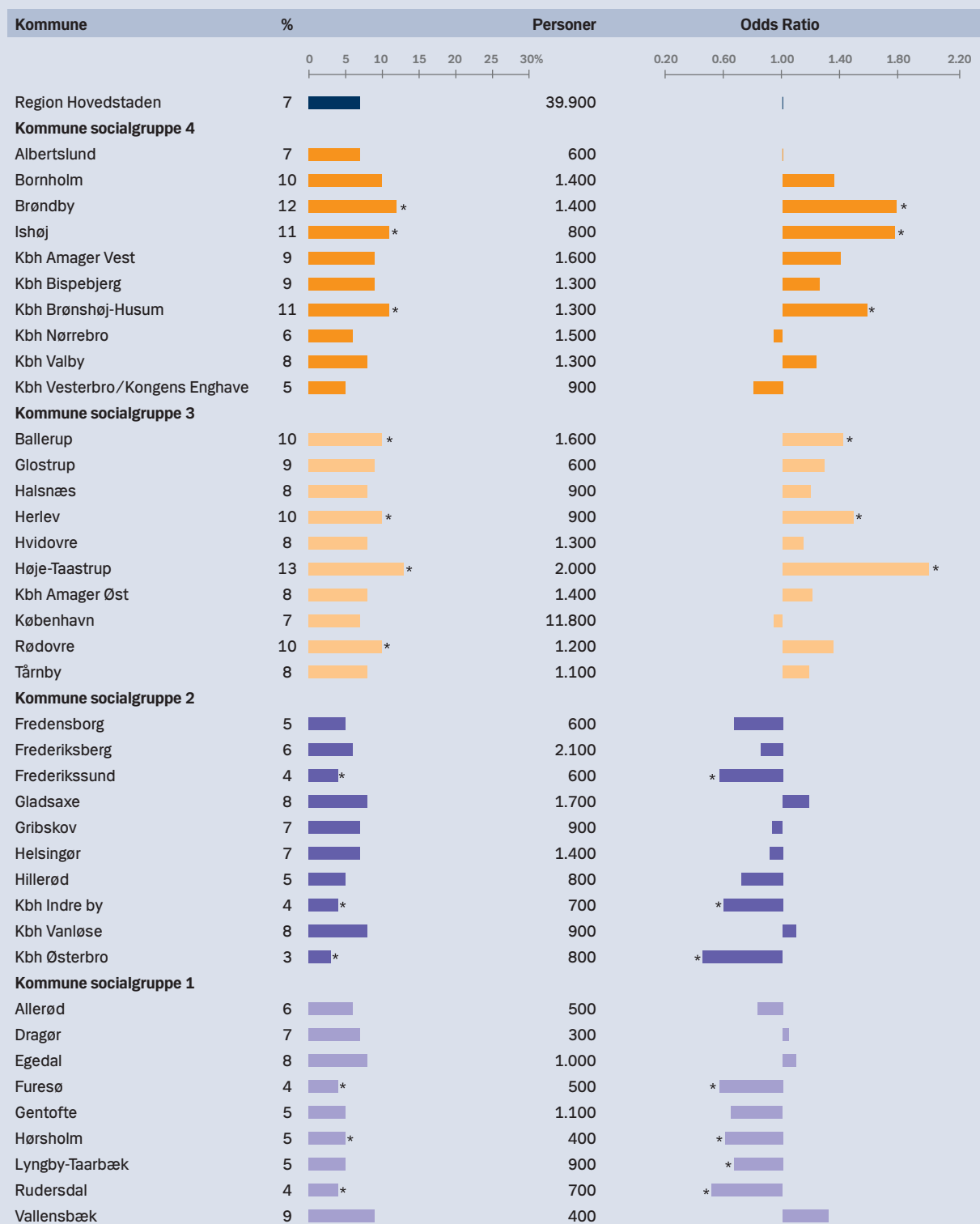


Tabel 4.18. Mænd med usunde kostvaner i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Tabel 4.19. Kvinder med usunde kostvaner i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

Hvis man betragter de enkelte kostråd hver for sig, finder man overordnet de samme mønstre som beskrevet ovenfor. Det vil sige, at der generelt er flere kvinder end mænd, der efterlever rådene, og der er en social gradient, idet de, der har lang uddannelse og høj indkomst hyppigere efterlever kostrådene end de, der har kort uddannelse og lav indkomst.

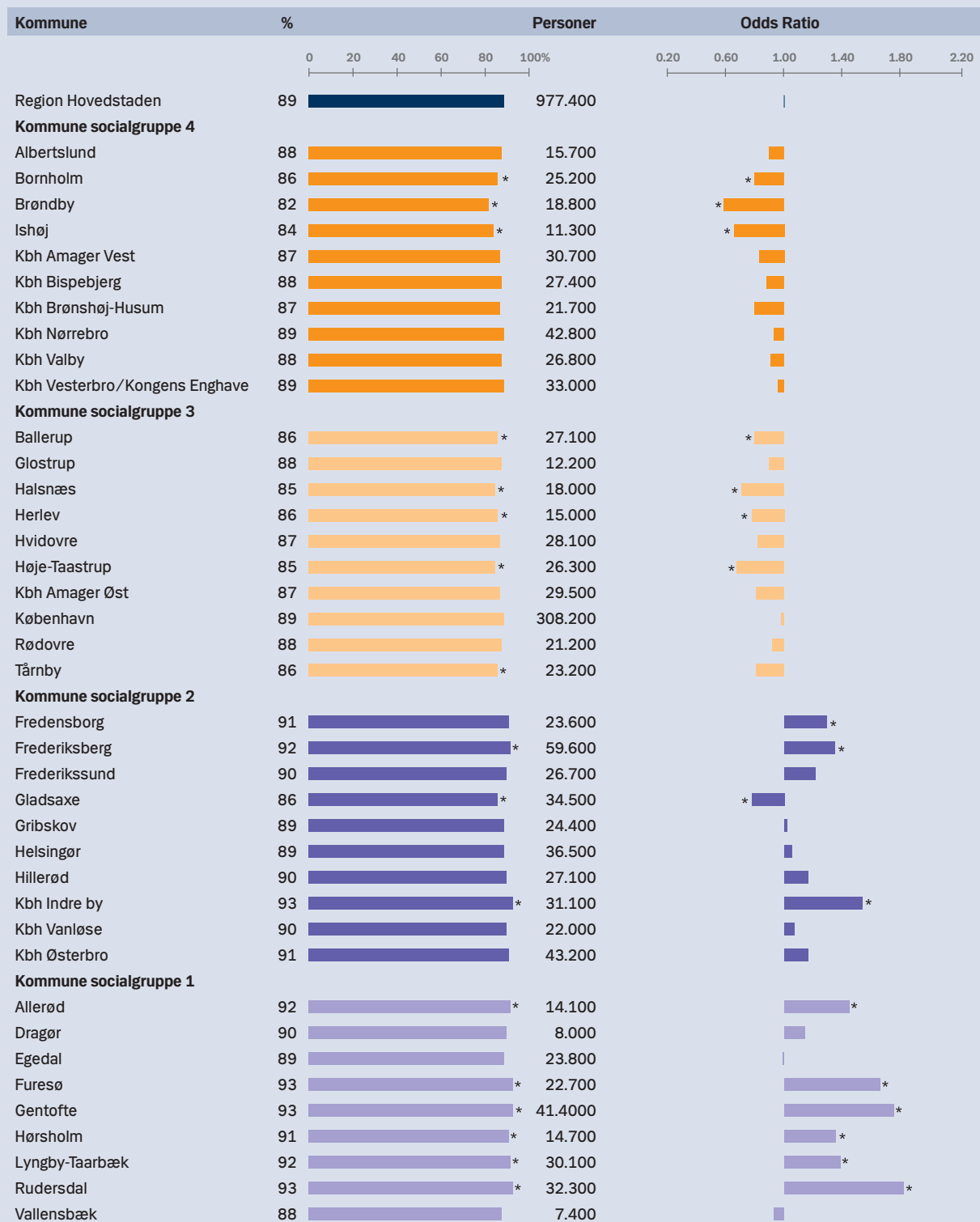
Der er kun 10 % borgere i Region Hovedstaden, som lever op til anbefalingen om at spise mindst 600 g frugt eller grønt om dagen. Men hele 89 % af borgerne spiser frugt og grønt dagligt, som det fremgår af tabel 4.20. Andelen, der spiser frugt og grønt dagligt, falder med stigende alder. Det modsatte gør sig gældende blandt de, der spiser fisk mindst 2 gange om ugen. Her er der hele 69 % af de 75-79-årige, der lever op til anbefalingen, mens det samme kun er tilfældet for knap halvdelen af de 25-34-årige.

Tabel 4.20. Borgere, der spiser frugt/grønt dagligt, samt borgere, der spiser fisk mindst to gange om ugen

	Frugt/grønt dagligt		Fisk 2 gange ugentligt	
	%	Personer	%	Personer
	0 50 100%		0 50 100%	
Region Hovedstaden	89	977.400	57	627.200
Køn				
Mand	84	451.300	55	294.900
Kvinde	94	526.100	59	332.300
Alder				
25-34 år	91	223.600	49	119.600
35-44 år	90	231.800	54	138.400
45-54 år	88	186.800	58	122.600
55-64 år	88	183.300	62	128.600
65-74 år	86	113.700	66	86.400
75-79 år	84	38.200	69	31.600
Uddannelse				
Kort	82	192.700	54	128.800
Mellemlang	88	443.900	55	279.300
Lang	96	282.100	63	187.000
Indkomst				
0-<100.000 kr	88	77.800	53	47.200
100.000-<150.000 kr	86	150.000	56	98.500
150.000-<250.000 kr	87	264.200	56	170.900
250.000-<375.000 kr	90	303.300	58	193.700
375.000-<525.000 kr	93	109.800	61	72.200
525.000- kr	95	44.800	65	30.700

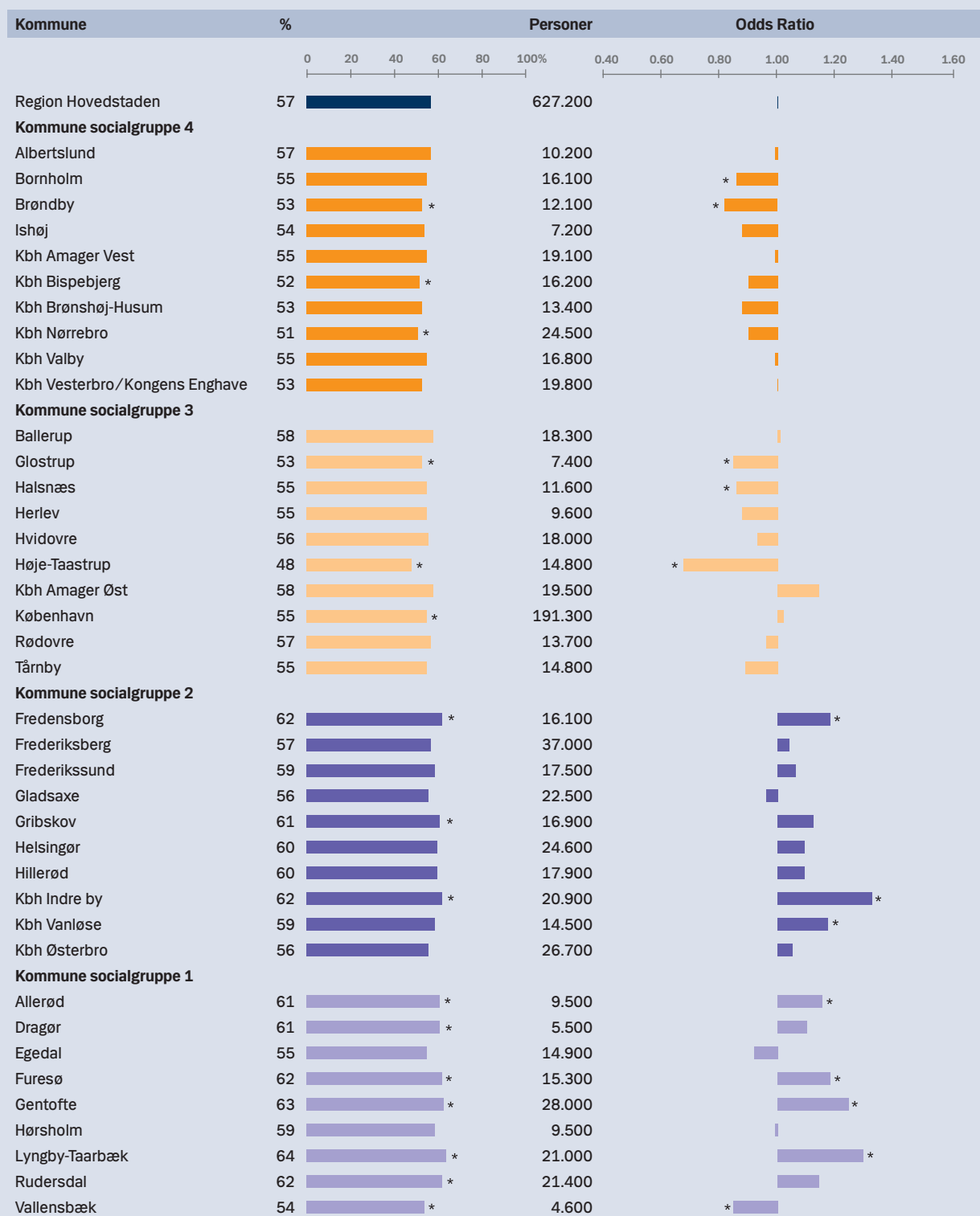
Der er en markant forskel på tværs af kommuner både i andelen, der spiser frugt og grønt dagligt, og i andelen, der spiser fisk mindst to gange om ugen, jævnfør tabellerne 4.21. og 4.22. I Høje-Taastrup er andelen, der spiser fisk mindst to gange om ugen, kun 48 %, mens andelen i Lyngby-Taarbæk er 64 %. Ved sammenligning mellem kommunerne ses en tydelig social gradient, både hvad angår indtag af frugt/grønt og fisk.

Tabel 4.21. Borgere, der spiser frugt/grønt dagligt i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

Tabel 4.22. Borgere der spiser fisk mindst to gange om ugen i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

I det følgende er fokus lagt på indtag af forskellige typer uhensigtsmæssigt kost. En af disse kosttyper er fastfood. Det er en kosttype, der har udviklet sig i samspil med det moderne samfund, hvor befolkningen generelt bruger mere tid på arbejdet og mindre tid i hjemmet i forhold til tidligere. Fastfood behøver ikke at være usundt, men er det ofte. Det skyldes blandt andet, at maden ofte indeholder meget fedt, salt og i visse tilfælde også sukker. Samtidig indeholder maden kun en ringe mængde fibre og vitaminer. Portionerne er i gennem de senere år vokset, specielt når det gælder burgermenuer, og et måltid vil derfor indeholde meget energi. I relation til de officielle kostråd, vil en reduktion i indtag af fastfood primært svare til en reduktion i kostens fedtindhold. Fastfood defineres her som pizza, burger, pølser, shawarma og lignende.

I Region Hovedstaden spiser 28 % af borgerne fastfood mindst én gang om ugen, som det fremgår af tabel 4.23. Der er en betydelig kønsforskel, i det over 1/3 af mændene, men kun 1/5 af kvinderne, spiser fastfood ugentligt.

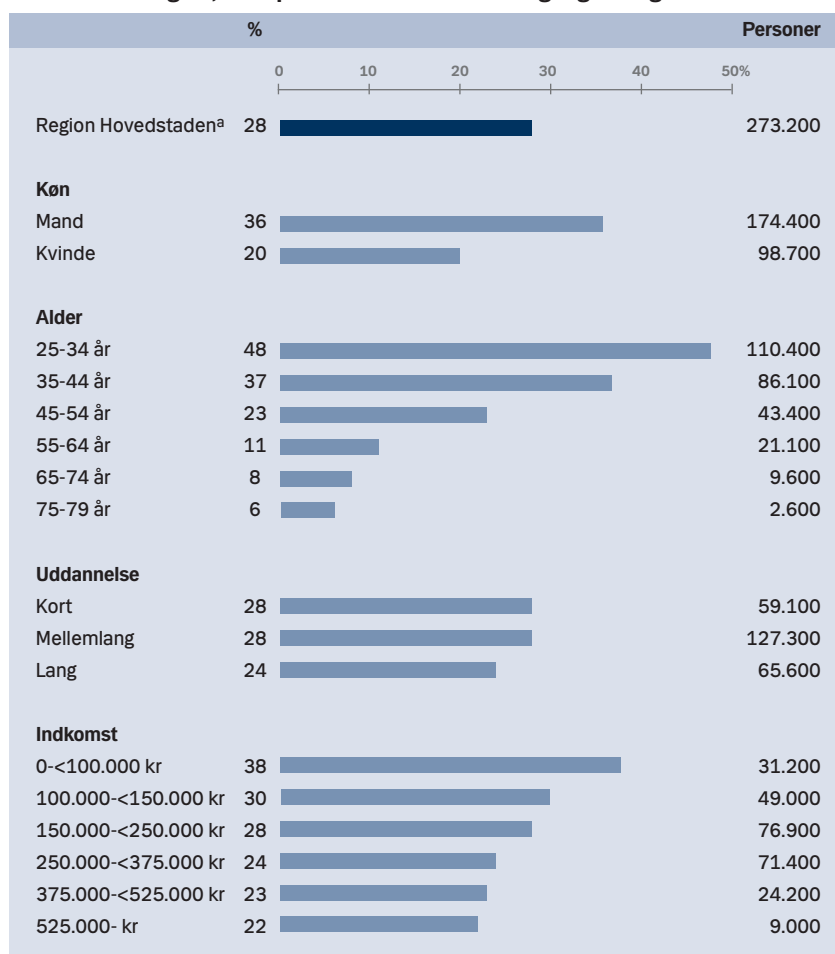
Der er desuden en markant aldersgradient. Blandt de 25-34-årige spiser næsten halvdelen fastfood mindst én gang om ugen, mens det kun er tilfældet for under 1/10 af de 65-79-årige. Baggrunden for den markante forskel skal blandt andet søges i, at de yngre, specielt børnefamilier, formentlig har mere travlt og bruger mindre tid på madlavning end de ældre, men også at de yngre er vokset op med fastfoodkulturen og nok i højere grad ser fastfood som en mulighed, end de ældre gør. Andelen, der spiser fastfood ugentligt, er størst blandt de, der har hjemmeboende børn.

Jo højere indkomst, borgerne har, jo mindre er andelen, der spiser fastfood ugentligt. Blandt de, der tjener under 100.000 kr. spiser hele 38 % fastfood mindst en gang om ugen, mens den tilsvarende andel kun er på 22 % for de mest velhavende borgere.

Borgere i Region Hovedstaden, der spiser fastfood mindst én gang om ugen, er typisk:

- Mænd
- Unge
- Borgere med lav indkomst

Tabel 4.23. Borgere, der spiser fastfood mindst én gang om ugen



^a her eksisterer ikke data fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk.

Ud over de demografiske og socioøkonomiske faktorer, der er beskrevet ovenfor på regionalt niveau, har også tilgængeligheden af fastfood en væsentlig betydning. Det fremgår af tabel 4.24, som viser andelen af borgere i hver kommune, som spiser fastfood mindst én gang om ugen. I de fleste af de københavnske bydele er andelen markant højere end regionsgennemsnittet, også når der er taget højde for alderssammensætningen. Det skyldes formentlig, at tætheden af fastfoodrestauranter er langt højere i København end i for eksempel Egedal Kommune, hvor kun 1/5 af borgerne spiser fastfood ugentligt.

Tabel 4.24. Borgere, der spiser fastfood mindst én gang om ugen i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

^a her eksisterer ikke data fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk.

Et andet kostråd fokuserer på at spare på sukkeret – specielt fra slik, kager og sodavand. Søde sager indeholder mange kalorier og kun få vitaminer og mineraler samt optager pladsen til sund mad. Det anbefales, at der ikke spises slik og kager eller drikkes sodavand dagligt.

I Region Hovedstaden spiser 19 % af befolkningen kager eller slik dagligt og lever derfor ikke op til anbefalingen, jævnfør tabel 4.25. Der er stort set ikke forskel på mænd og kvinder. Andelen, der dagligt spiser slik eller kager, falder generelt med stigende alder, men stiger med stigende uddannelsesniveau. Borgernes indkomstniveau har ikke en væsentlig betydning.

Tabel 4.25. Borgere, der spiser kager/slik/snacks dagligt

	%	Personer
	0 5 10 15 20 25 30%	
Region Hovedstaden ^a	19	187.900
Køn		
Mand	19	90.100
Kvinde	20	97.900
Alder		
25-34 år	23	52.800
35-44 år	23	53.700
45-54 år	18	34.000
55-64 år	13	24.600
65-74 år	13	15.500
75-79 år	18	7.300
Uddannelse		
Kort	17	34.700
Mellemlang	18	82.900
Lang	23	60.900
Indkomst		
0-<100.000 kr	21	17.300
100.000-<150.000 kr	17	27.700
150.000-<250.000 kr	19	51.500
250.000-<375.000 kr	19	56.100
375.000-<525.000 kr	21	21.500
525.000- kr	20	8.200

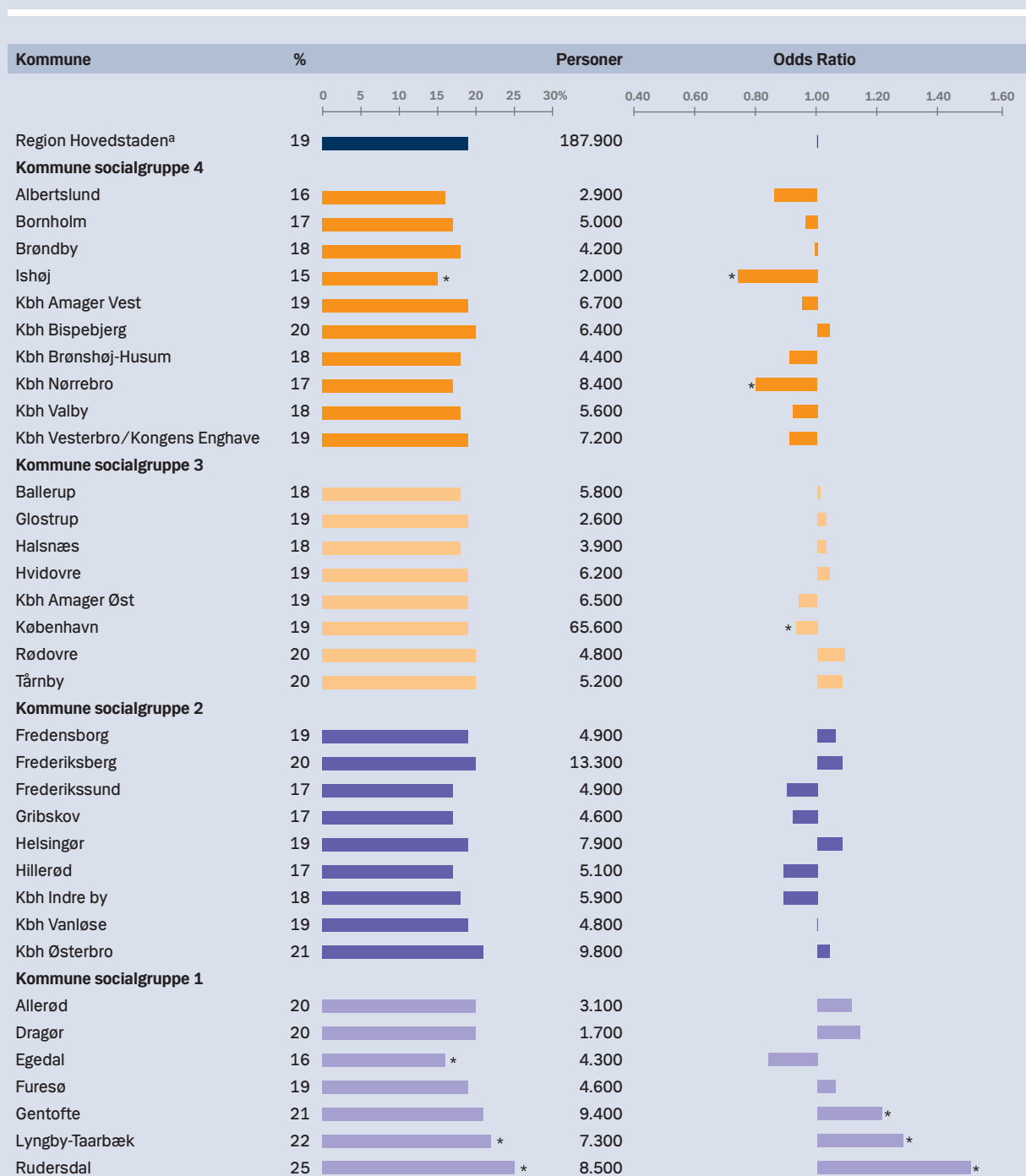
^a her eksisterer ikke data fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk.

Borgernes indtag af slik, kager og sodavand i Region Hovedstaden

- 19 % spiser slik, kager og lignende dagligt
- 13 % drikker sodavand dagligt

Af tabel 4.26 fremgår den regionale variation på tværs af kommuner. Der er en omvendt social gradient, idet der er flest kommuner i socialgruppe 1, hvor andelen af borgere, der dagligt spiser slik eller kager, overstiger regionsgennemsnittet. I Rudersdal er andelen på 25 %, mens der tilsvarende kun er 15 % i Ishøj, der dagligt spiser slik eller kager.

Tabel 4.26. Borgere, der spiser kager/slik/snacks dagligt i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

^a her eksisterer ikke data fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk.

Blandt borgerne i Region Hovedstaden drikker 13 % sodavand eller lignende sukkerholdige drikke dagligt, jævnfør tabel 4.27. Der er en markant kønsforskel, idet 17 % af mændene, men kun 10 % af kvinderne dagligt drikker sodavand.

Andelen falder betydeligt med stigende alder, dog med en lille stigning i den ældste aldersgruppe. Hele 20 % af de 25-34-årige drikker sodavand dagligt, mens kun 8 % af de 65-74-årige gør det. Der sker desuden et fald i andelen, der dagligt drikker sodavand med såvel stigende uddannelsesniveau som stigende indkomstniveau.

Der er 44 % i hele regionen, der drikker sodavand ugentligt. Variationen i forhold til køn, alder og sociale forhold svarer til variationen for de, der drikker sodavand dagligt.

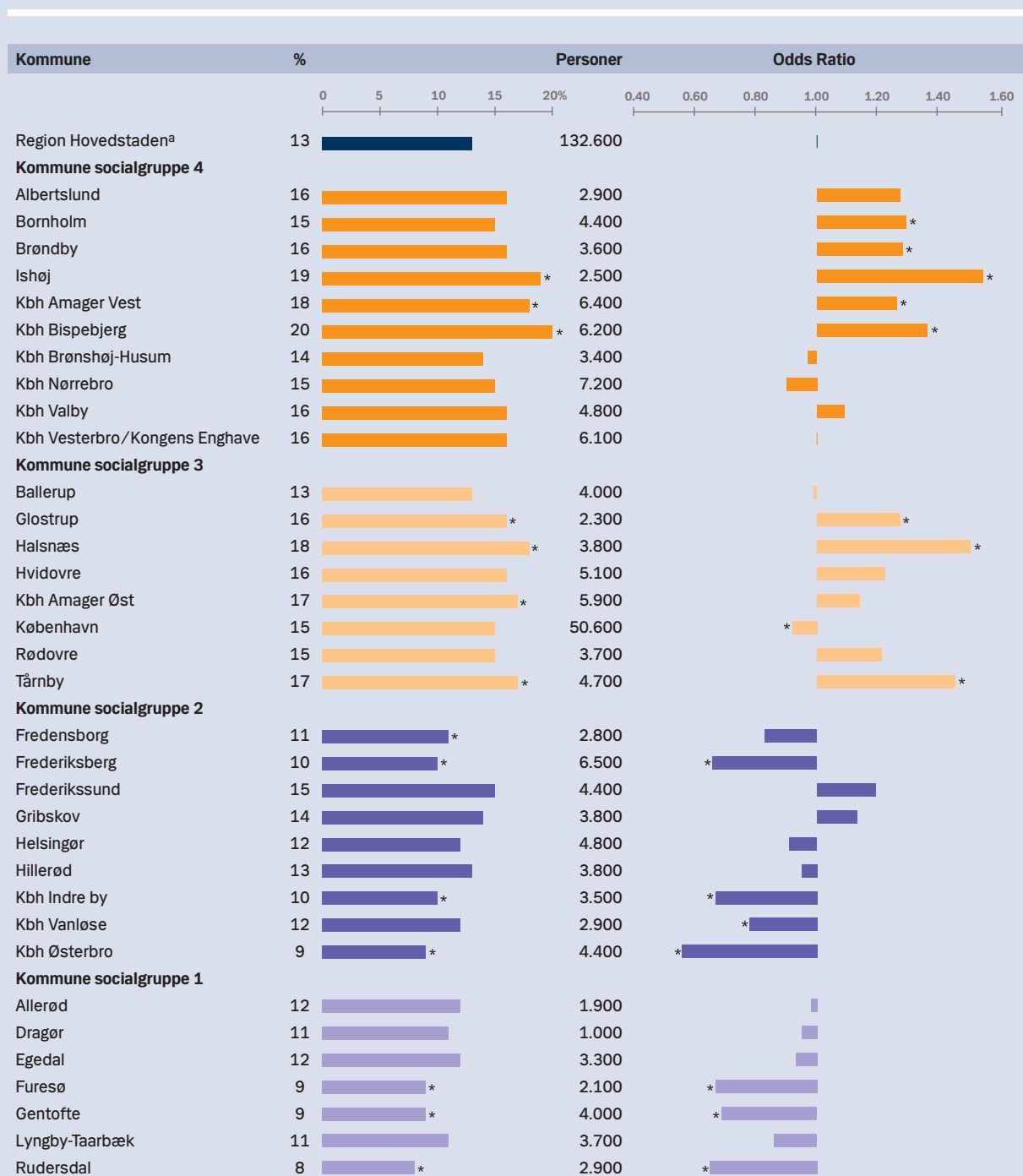
Tabel 4.27. Borgere, der drikker sodavand m.m. dagligt

	%	Personer
	0 5 10 15 20%	
Region Hovedstaden ^a	13	132.600
Køn		
Mand	17	84.800
Kvinde	10	47.800
Alder		
25-34 år	20	44.700
35-44 år	16	37.500
45-54 år	11	21.000
55-64 år	8	14.600
65-74 år	8	9.400
75-79 år	13	5.300
Uddannelse		
Kort	18	38.400
Mellemlang	14	63.500
Lang	8	22.100
Indkomst		
0-<100.000 kr	16	12.900
100.000-<150.000 kr	17	26.400
150.000-<250.000 kr	16	43.400
250.000-<375.000 kr	12	34.900
375.000-<525.000 kr	8	8.300
525.000- kr	7	2.800

^a her eksisterer ikke data fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk.

På tværs af kommunerne i Region Hovedstaden ses en klar social gradient i indtag af sodavand m.m., idet der i kommune socialgruppe 4 er flest kommuner, hvor andelen af borgere, der drikker sodavand dagligt, er over regionsgennemsnittet. Omvendt er der i kommune socialgruppe 1 flest kommuner, hvor andelen ligger under regionsgennemsnittet, jævnfør tabel 4.28.

Tabel 4.28. Borgere, der drikker sodavand dagligt i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

^a her eksisterer ikke data fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk.

4.3.2. Ændring af kostvaner

I Region Hovedstaden har 12 % af borgerne usunde kostvaner, men kun knap 1/5 af disse borgere mener selv, at deres kostvaner er usunde, jævnfør tabel 4.29. Det gælder både mænd og kvinder.

Det betyder, at størstedelen af de borgere, der har usunde kostvaner, ikke oplever deres kostvaner som problematiske. Disse borgere vil være i førovervejelsesfasen i forandringsspiralen og vil generelt ikke være motiverede for at ændre adfærd.

Paradoksalt nok angiver hele 69 % af de borgere, der spiser usund kost, at de gerne vil spise mere sundt – lidt flere blandt kvinderne end blandt mændene, jævnfør tabel 4.29. Det svarer til niveauet i hele Region Hovedstaden, idet andelen, der gerne vil spise mere sundt, er stort set uafhængig af, om borgerne har sunde, middelsunde eller usunde kostvaner.

Når en person gerne vil ændre adfærd, betyder det, at personen er i forandringsspiralens planlægningsfase, hvor den forestående adfærdsændring forberedes. Men de seneste års øgede fokus på danskernes kostvaner kan have medført, at det er blevet normen at sige, at man gerne vil spise mere sundt. Det kan måske have medført en rapporteringsbias, således at der er flere borgere, der angiver, at de gerne vil spise mere sundt, end der er borgere, der reelt har et ønske om at ændre kostvaner. Eksempelvis angiver hele 38 % af de borgere, der selv vurderer, at de har meget sunde kostvaner, at de gerne vil spise mere sundt.

Det faktum, at hele 69 % af borgerne angiver, at de ønsker at spise mere sundt, er nok næppe et udtryk for, at ligeså mange reelt planlægger en kostændring. Resultatet skal derfor tages med et vist forbehold. Men det er væsentligt, at en så stor del af borgerne er bevidste om vigtigheden af sund kost. Det er første skridt på vej mod at ændre borgernes kostvaner. Andelen, der angiver, at de gerne vil spise mere sundt, falder med stigende alder.

De borgere, der erkender, at de har usunde kostvaner, er de mest motiverede for at ville ændre deres kostvaner. Næsten alle disse borgere vil gerne spise mere sundt og vil typisk være i planlægningsfasen i forandringsspiralen, hvor en reel adfærdsændring forberedes.

Tabel 4.29. Motivation for at ændre kostvaner blandt borgere med usunde kostvaner

	Selvvurderede usunde kostvaner		Vil gerne spise mere sundt	
	%	Personer	%	Personer
Mænd	19	16.300	65	56.500
Kvinder	19	7.700	77	30.800

Tabel 4.29 er vist for hver enkelt kommune bagest i sundhedsprofilen.

4.4 Fysisk aktivitet

Danskernes fysiske aktivitetsmønster har ændret sig igennem de seneste årtier. Det er ikke ualmindeligt at være fysisk inaktiv det meste af dagen. Der er kommet langt flere stillesiddende jobs, og udbredelsen af computere, TV og automatiserede hjælpe- og transportmidler har været markant. Der er store grupper i samfundet, som primært er stillesiddende både i arbejdstiden og i fritiden.

Dette har konsekvenser for befolkningens sundhed og livskvalitet. Fysisk inaktivitet øger risikoen for en række sygdomme som hjertekarsygdom, type 2 diabetes, muskel-skeletsygdomme, brystkræft, kræft i tyktarm og psykiske sygdomme. Det skønnes, at ca. 4.000 årlige dødsfald er relateret til danskernes inaktivitet, svarende til 7-8 % af alle dødsfald.

Sundhedsstyrelsen anbefaler den voksne del af befolkningen at være fysisk aktiv ved moderat intensitet mindst 30 minutter om dagen. Ydermere anbefales alle voksne at fremme og vedligeholde deres kondition, muskelstyrke, bevægelighed og knoglesundhed. Træningen skal være ved høj intensitet af 20-30 minutters varighed mindst to gange om ugen.

Anbefalingerne skal forstås som et minimum af ugentlig fysisk aktivitet, man bør udføre for at opnå sundhedsmæssig effekt. Længere varighed, højere intensitet og regelmæssighed øger den forebyggende effekt af fysisk aktivitet.

I det følgende bliver fysisk aktivitet beskrevet ud fra en samlet vurdering af anbefalingen om 30 minutters motion om dagen. Der bliver desuden fokuseret på de stillesiddende aktiviteter i fritiden, transport til og fra arbejde, fysisk aktivitet på arbejde samt et samlet mål for det daglige energiforbrug. Afslutningsvis vurderes borgenes motivation for ændring af motionsvaner.

4.4.1 Fysisk aktivitet i fritiden - 30 minutter om dagen

Den tid, borgerne bruger på moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, dækker i denne sundhedsprofil over havearbejde, gymnastik, dans, styrketræning, løb, jogging, fodbold, tennis, aerobic eller lignende. Desuden er tid brugt på cykling eller gang til og fra arbejde inkluderet.

I det følgende tages udgangspunkt i den officielle danske anbefaling om fysisk aktivitet i mindst 30 minutter om dagen, men der fokuseres specifikt på, hvorvidt Region Hovedstadens borgere efterlever anbefalingen i deres fritid.

Blandt Region Hovedstadens borgere bruger 35 % - svarende til 382.100 personer - mindre end 30 minutter om dagen på moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, det vil sige, de efterlever ikke Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Blandt de erhvervsaktive borgere, der primært har stillesiddende arbejde (mindst 6 timer om dagen), bruger 31 % mindre end 30 minutter om dagen på moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden. Det svarer til, at 99.300 erhvervsaktive borger i Region Hovedstaden stort set er inaktive hele døgnet. Omvendt tyder det på, at nogle af de erhvervsaktive borgere i deres fritid forsøger at kompensere for den inaktive arbejdsdag, idet 30 % dagligt dyrker mere end 1 times moderat til hård fysisk aktivitet.

Tabel 4.30 viser karakteristika ved borgere, der mindre end 30 minutter om dagen er moderat til hårdt fysisk aktive i fritiden. Der er ingen tydelige kønsforskelle og heller ingen markante aldersforskelle blandt borgere under 65 år. Derimod sker der et markant fald i det fysiske aktivitetsniveau i de ældste aldersgrupper.

Hvor meget tid bruger borgerne dagligt på moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden?

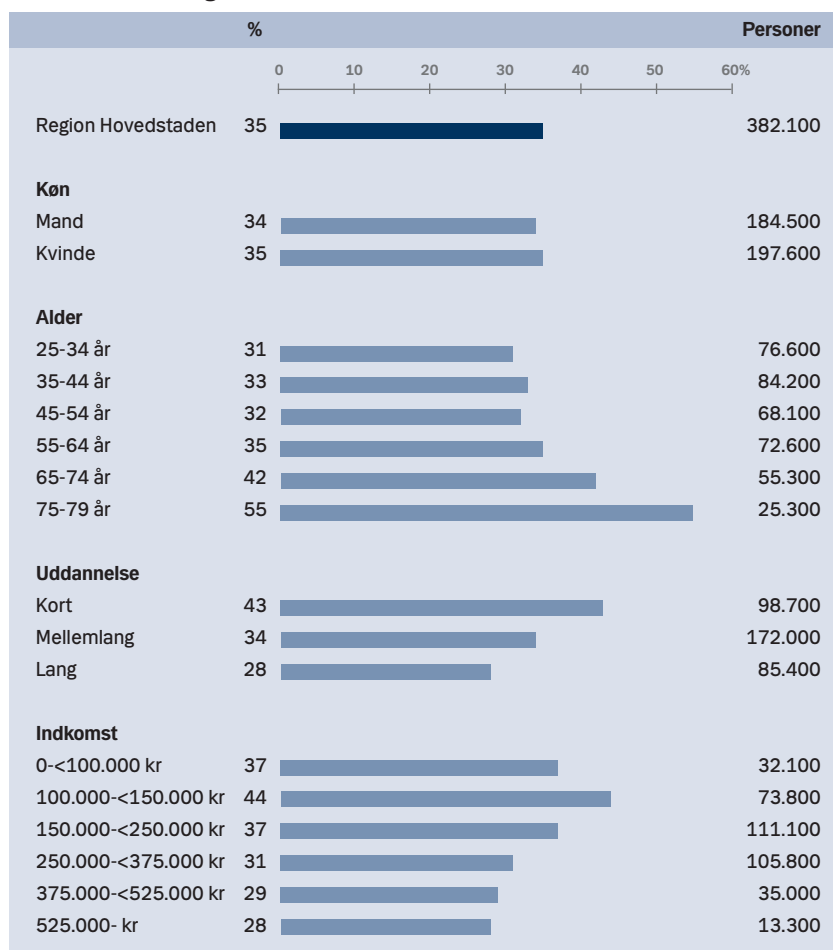
- 35 % bruger 0-½ time
- 33 % bruger ½-1 time
- 32 % bruger mere end 1 time

Mindre end 30 minutters moderat til hård fysisk aktivitet om dagen i fritiden er hyppigst blandt:

- Borgere over 65 år
- Borgere med kort uddannelse
- Borgere med lav indkomst

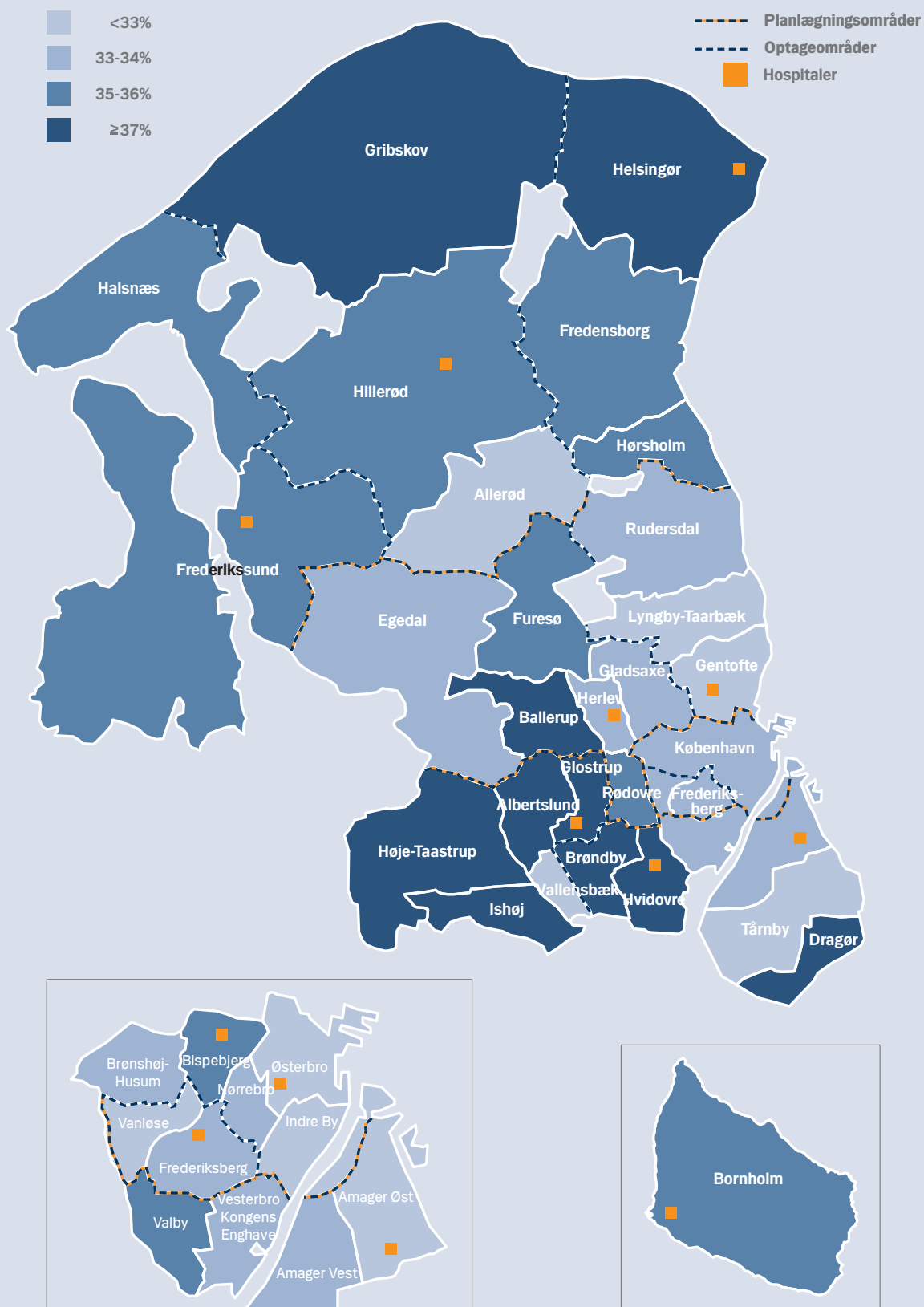
Tid brugt på moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden stiger med stigende uddannelsesniveau. Hele 43 % af de, der har en kort uddannelse er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen mod kun 28 % af de, der har en lang uddannelse. Andelen, der er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, falder med stigende indkomst.

Tabel 4.30. Borgere, der er moderat til hårdt fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen

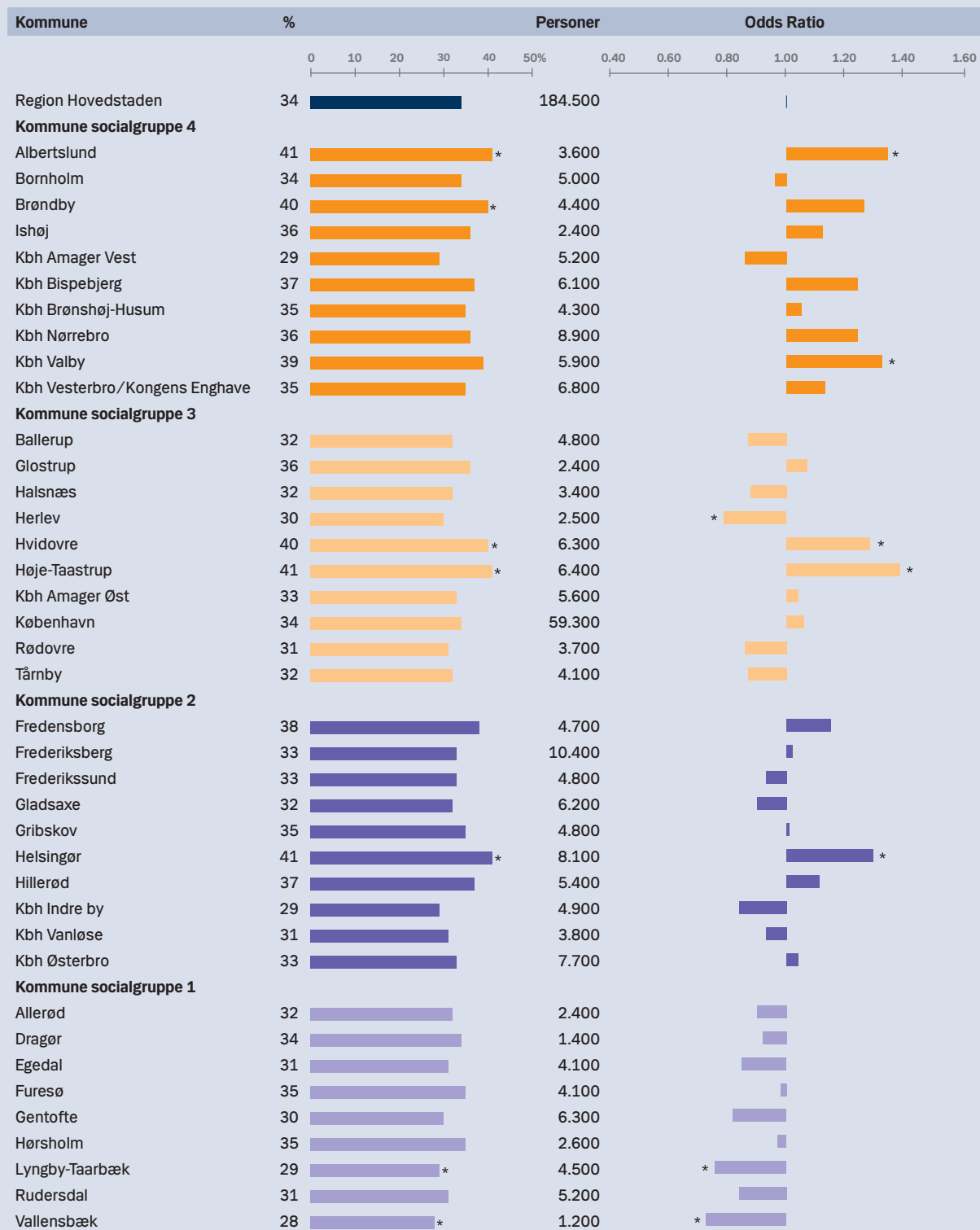


Tabel 4.31 og tabel 4.32 viser for henholdsvis mænd og kvinder, hvordan andelen, der har mindre end 30 minutters moderat til hård fysisk aktivitet om dagen, varierer mellem kommunerne. For både mænd og kvinder varierer andelen fra knap 30 % til godt 40 %. Der er ingen tydelig social gradient på tværs af de fire kommune socialgrupper, idet kun få kommuner og bydele adskiller sig fra regionsgennemsnittet, når der er taget højde for alderssammensætningen. Andelen af mænd, der er fysisk aktive i mindre end 30 minutter i fritiden, ligger signifikant over regionsgennemsnittet i Høje-Taastrup, Albertslund, bydelen Valby i Københavns Kommune, Helsingør og Hvidovre Kommune. Blandt kvinder ligger Høje-Taastrup, Ballerup og Brøndby Kommune signifikant over regionsgennemsnittet.

Figur 4.4. Borgere, der er moderat til hårdt fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen

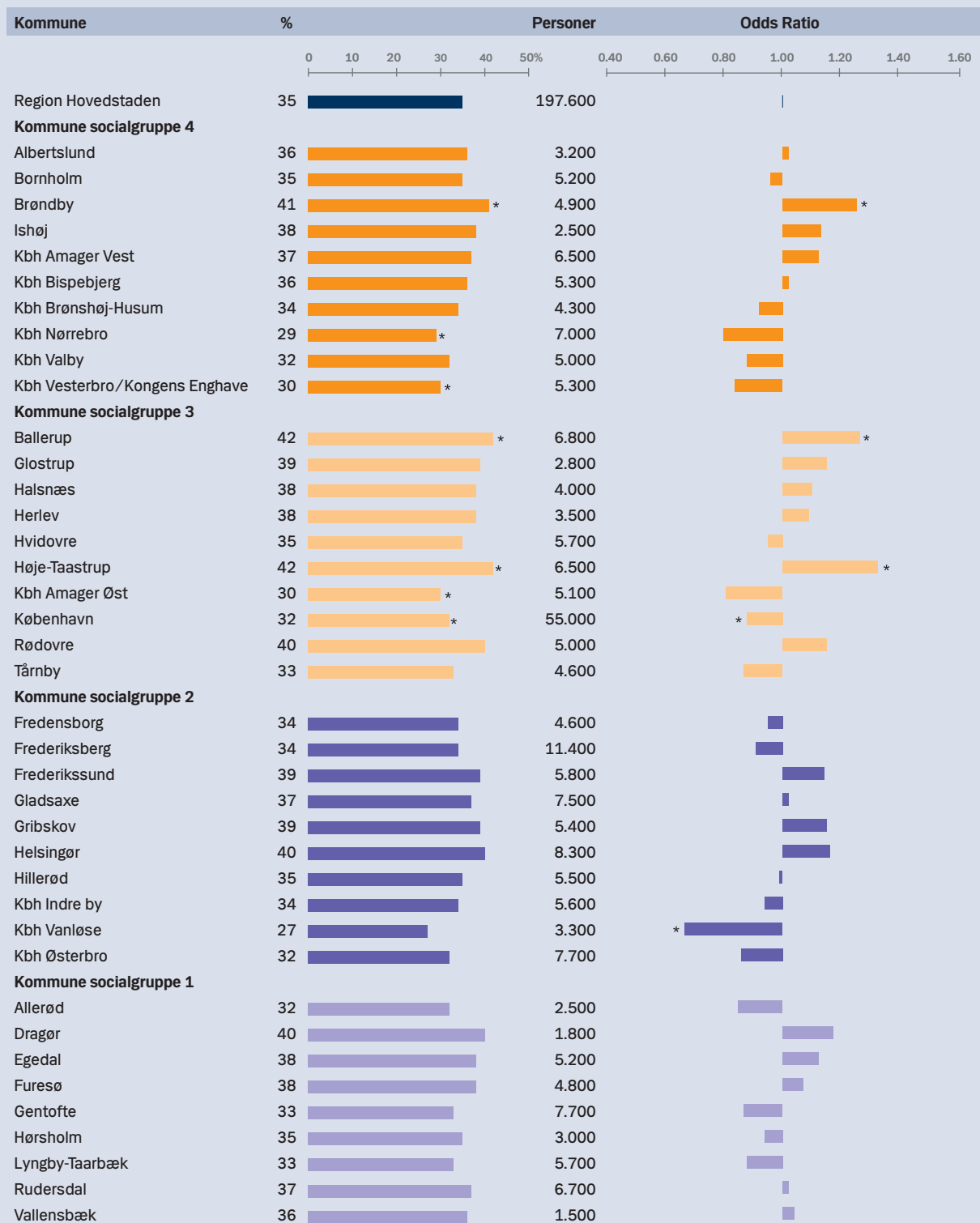


Tabel 4.31. Mænd, der er moderat til hårdt fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Tabel 4.32. Kvinder, der er moderat til hårdt fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

4.4.2 Stillesiddende aktivitet i fritiden – mere end fire timer om dagen

En anden dimension af det fysiske aktivitetsniveau i fritiden er tiden brugt på stillesiddende aktiviteter. Overvejende stillesiddende aktiviteter i fritiden er her defineret ved, at borgeren bruger mere end fire timer om dagen på at sidde ned og slappe af, se TV, spille computer, læse, høre musik eller lignende.

I Region Hovedstaden har 22 % af borgerne – svarende til 243.400 personer – overvejende stillesiddende aktiviteter i fritiden, jævnfør tabel 4.33. Lidt flere mænd end kvinder er overvejende stillesiddende i fritiden. Andelen, der er stillesiddende i fritiden, stiger med stigende alder. Stigningen er markant efter pensionsalderen, hvor mange typisk har mere fritid. Kun 28 % af de 55-64-årige er inaktive i mere end fire timer, mens dette gør sig gældende for hele 45 % af de 65-74-årige.

Der er en tydelig social gradient i andelen med stillesiddende aktiviteter i fritiden, idet andelen stiger med faldende uddannelses- og indkomstniveau. Det er således blandt de, der har kort uddannelse samt de, der har lav indkomst, man finder de største andele med overvejende stillesiddende aktiviteter i fritiden.

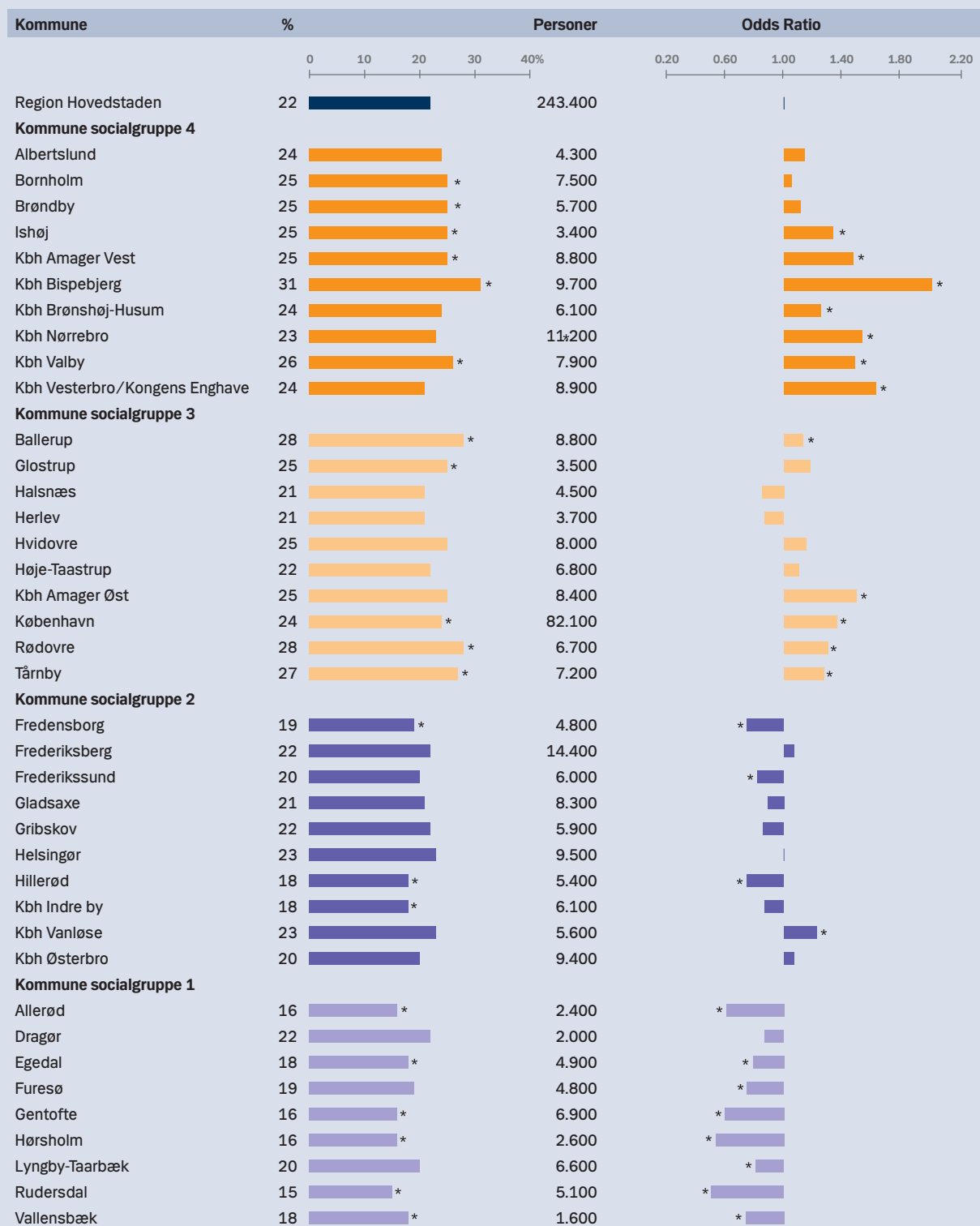
Mere end fire timers stillesiddende aktivitet om dagen i fritiden er hyppigst blandt:

- Mænd
- Borgere over 64 år
- Borgere med kort uddannelse
- Borgere med lav indkomst

Tabel 4.33. Borgere, der dagligt har mere end fire timers stillesiddende aktiviteter i fritiden

	%	Personer
	0 10 20 30 40 50 60%	
Region Hovedstaden	22	243.400
Køn		
Mand	23	123.100
Kvinde	21	120.300
Alder		
25-34 år	14	35.400
35-44 år	12	30.800
45-54 år	17	36.000
55-64 år	28	57.400
65-74 år	45	59.600
75-79 år	53	24.300
Uddannelse		
Kort	35	81.800
Mellemlang	22	110.100
Lang	13	39.000
Indkomst		
0-<100.000 kr	28	24.700
100.000-<150.000 kr	36	62.100
150.000-<250.000 kr	27	81.100
250.000-<375.000 kr	16	54.700
375.000-<525.000 kr	11	12.600
525.000- kr	8	3.700

Tabel 4.34. Borgere, der dagligt har mere end fire timers stillesiddende aktiviteter i fritiden i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

Andelen af borgere, der overvejende har stillesiddende aktiviteter i fritiden, varierer mellem kommuner og bydele fra 15 % i Rudersdal til 31 % i bydelen Bispebjerg i Københavns Kommune, jævnfør tabel 4.34. Der er en markant social gradient på tværs af de fire kommune socialgrupper. De fleste kommuner og bydele fra socialgruppe 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens stort set alle kommunerne i socialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet.

4.4.3 Transport til og fra arbejde

Fysisk aktivitet i forbindelse med transport til og fra arbejde er her belyst for de borgere, der er i arbejde ved spørgsmålet: "Hvor mange timer og minutter bruger du dagligt på cykling eller gang i forbindelse med transport til og fra arbejde?"

Hvor meget tid bruger borgerne dagligt på cykling eller gang til og fra arbejde?

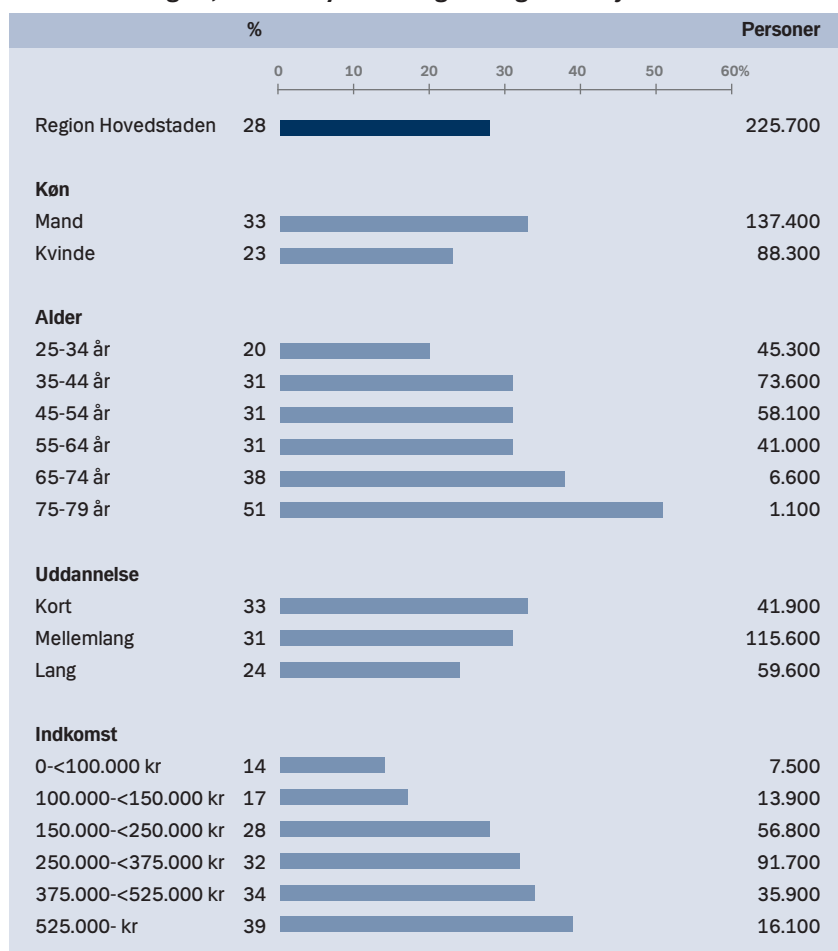
- 28 % bruger 0 minutter
- 26 % bruger under ½ time
- 25 % bruger ½-1 time
- 20 % bruger mere end 1 time

Blandt de erhvervsaktive borgere i Region Hovedstaden bruger 28 % ikke tid på cykling eller gang til og fra arbejde. Det svarer til, at 225.700 borgere formentlig kører i bil eller lignende til og fra arbejde eller arbejder i eget hjem.

Tabel 4.35 viser andelen af borgere, der ikke cykler eller går til og fra arbejde. Mænd er mere inaktive end kvinder. Blandt de yngste er det kun 1/5 af borgerne, som ikke enten cykler eller går til og fra arbejde. I aldersgrupperne mellem 35-64 år er der ingen forskel i andelen af borgere, der ikke er fysisk aktive i forbindelse med transport. I den forholdsvis lille gruppe af borgere over 64 år, der fortsat er på arbejdsmarkedet, bruger omkring halvdelen ikke tid på cykling eller gang til og fra arbejde. Det betyder omvendt, at omtrent lige så mange af de ældste erhvervsaktive borgere vælger at bruge tid på cykling eller gang, når de skal på arbejde.

Både uddannelses- og indkomstniveau har betydning for transport til og fra arbejde, men der er umiddelbart ikke en klar tendens. De største andele, som ikke cykler eller går til og fra arbejde, findes blandt borgere med den korteste uddannelse, men også blandt borgere med det højeste indkomstniveau. Uanset hvilket uddannelsesniveau der betragtes, er det de økonomisk mest velstillede borgere, der hyppigst er inaktive i forbindelse med transport til og fra arbejde. Det kan være et udtryk for, at det er indkomsten og ikke uddannelsen, der er afgørende for, hvorvidt man vælger at køre i bil i stedet for at cykle eller gå til og fra arbejde.

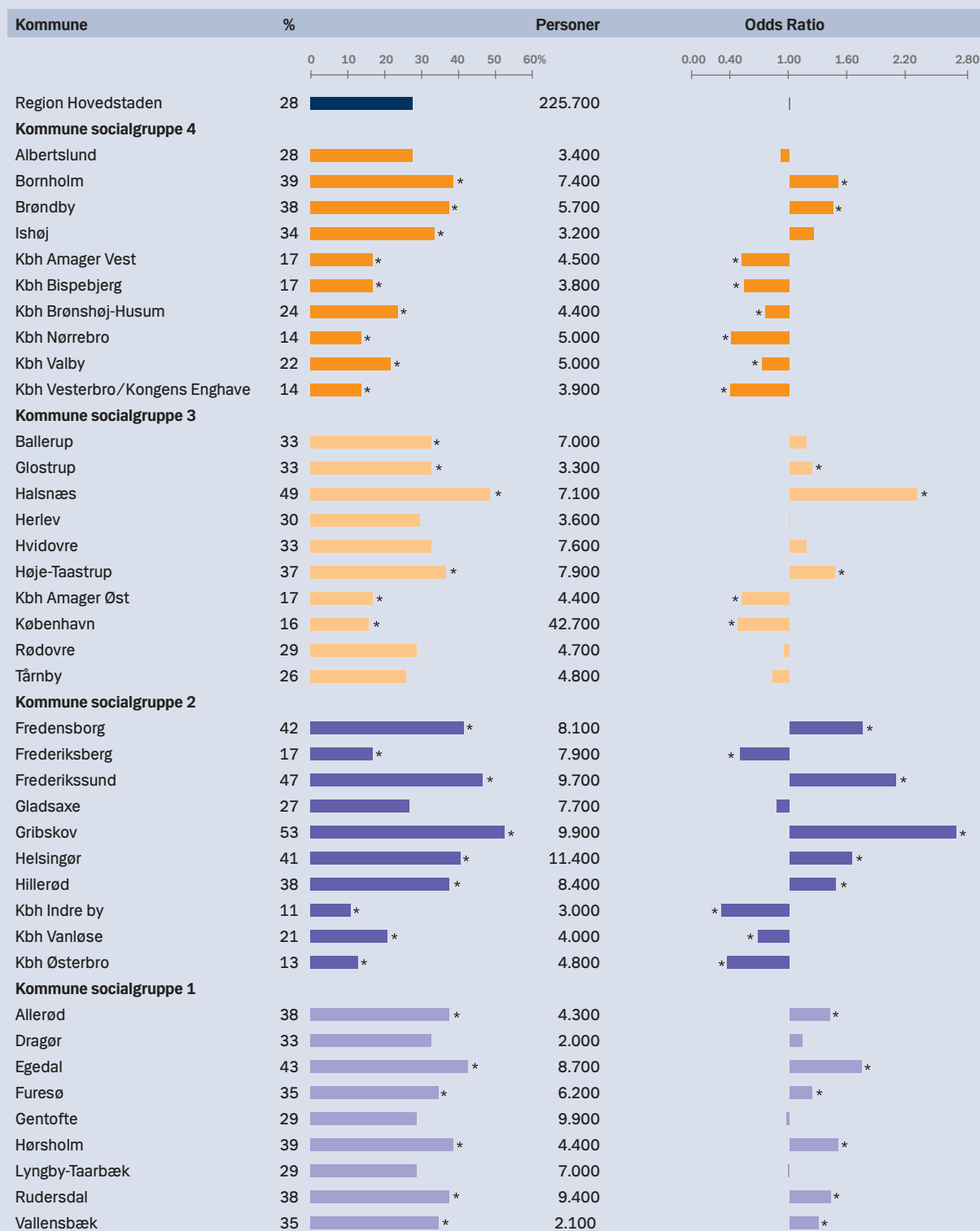
Tabel 4.35. Borgere, der ikke cykler eller går til og fra arbejde



Borgernes valg af transport til og fra arbejde afhænger først og fremmest af afstanden til arbejdspladsen, men også af tilgængeligheden og tætheden af offentlige transportmidler samt tilstedeværelsen af cykelstier. Det er derfor afgørende, hvor i Region Hovedstaden borgernes bopæl og arbejdsplads geografisk er placeret. I områder, hvor befolkningstætheden er høj, og udbuddet af arbejdspladser er stort, vil behovet for en bil være mindre, og flere vil benytte cykel eller gå til og fra arbejde.

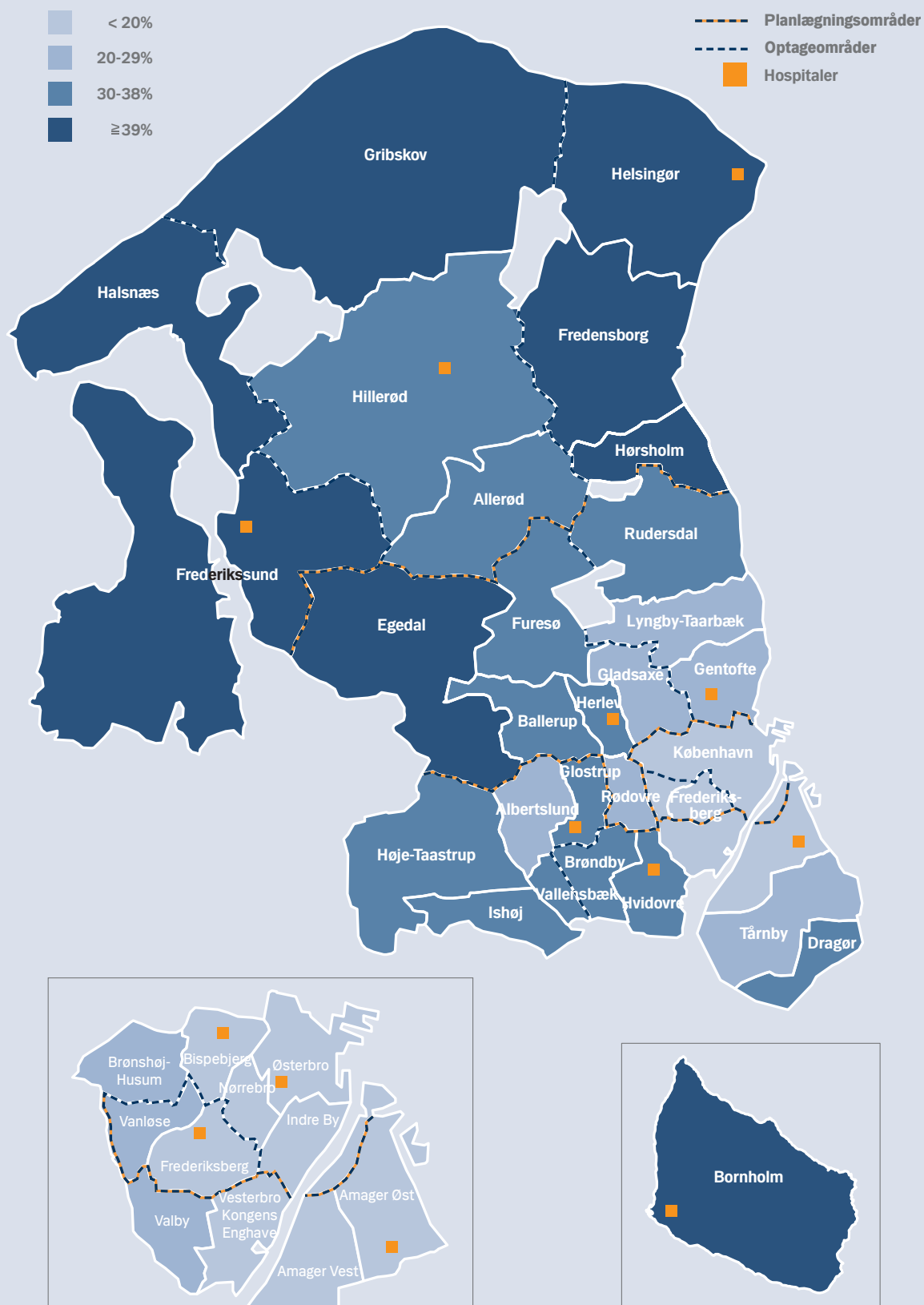
Som det fremgår af tabel 4.36 og figur 4.5 varierer andelen af borgere, der ikke cykler eller går til og fra arbejde fra 11 % i Københavns Indre By til 53 % i Gribskov. Alle bydelene i Københavns Kommune samt Frederiksberg ligger signifikant under regionsgennemsnittet. Det er i overensstemmelse med, at der både i København og på Frederiksberg er en høj befolkningstæthed, mange cykelstier og relativt få bilejere. Eksempelvis bor under ¼ af borgerne i de københavnske bydele Nørrebro og Vesterbro i en husstand med bil. I landkommunerne, hvor borgerne generelt har større afstand til deres arbejdsplads, ser det helt anderledes ud. I Gribskov, Halsnæs og Frederikssund Kommune, hvor næsten halvdelen af borgerne ikke cykler eller går til og fra arbejde, bor mere end 2/3 af borgerne i en husstand med bil.

Tabel 4.36. Borgere, der ikke cykler eller går til og fra arbejde i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Figur 4.5. Ingen cykling eller gang til og fra arbejde



Hvor mange timers stillesiddende arbejde har borgerne på en typisk arbejdsdag?

- 13 % har under 1 time
- 19 % har 1-3 timer
- 28 % har 3-6 timer
- 40 % har mindst 6 timer

4.4.4 Fysisk aktivitet på arbejde

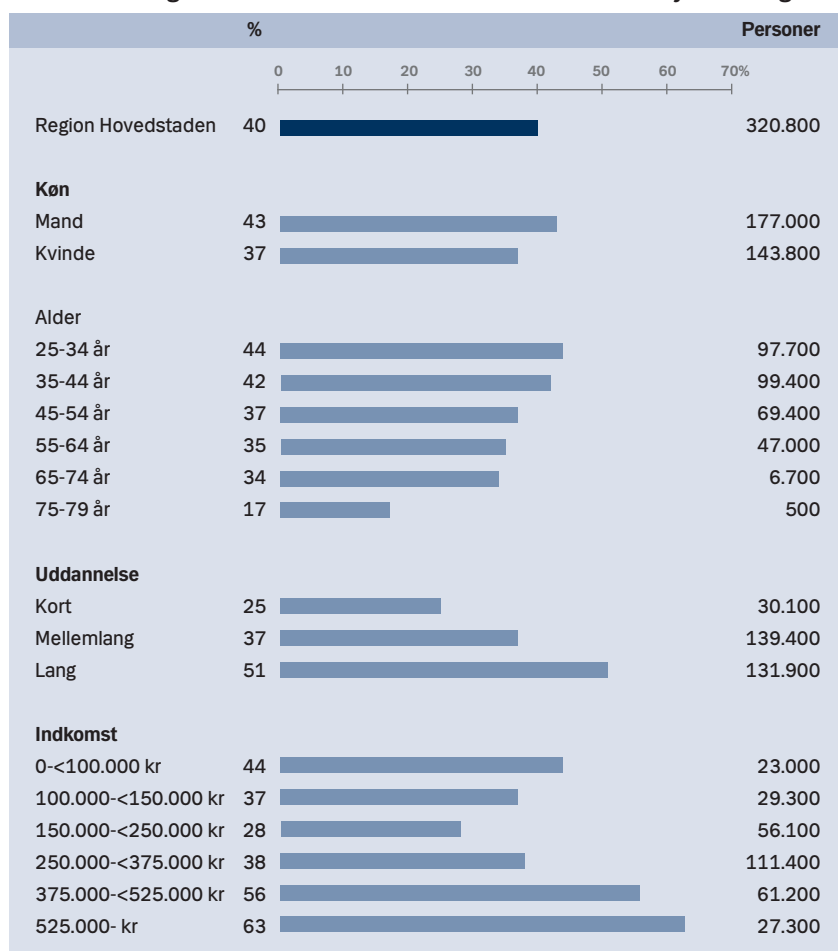
Det fysiske aktivitetsniveau på en typisk arbejdsdag er her opgjort på baggrund af tid brugt på stillesiddende arbejde. Overvejende stillesiddende arbejde bliver defineret ved mindst seks timers daglig stillesiddende arbejde for eksempel kontorarbejde.

Blandt de erhvervsaktive borgere i Region Hovedstaden har 40 % mindst seks timers stillesiddende arbejde om dagen. Det svarer til, at 320.800 borgere overvejende er fysisk inaktive på en typisk arbejdsdag. Kun 13 % af borgerne - svarende til 106.900 personer - har mindre end én times stillesiddende arbejde om dagen.

Af tabel 4.37 fremgår det, at der er tydelige køns- og aldersforskelle i andelen af borgere med overvejende stillesiddende arbejde. Flere mænd end kvinder er inaktive på en typisk arbejdsdag. Andelen, der har et stillesiddende arbejde, falder med stigende alder. Blandt de yngste borgere på 25-34 år har 44 % overvejende stillesiddende arbejde, mens den tilsvarende andel er på 35 % blandt de 55-64-årige.

Der er en tydelig social gradient i relation til uddannelsesniveau. Jo højere uddannelsesniveau jo højere er andelen, der har stillesiddende arbejde. Over halvdelen af de, der har en lang uddannelse har overvejende stillesiddende arbejde, hvilket kun er tilfældet for ¼ af de, der har en kort uddannelse. Borgere i indkomstgruppen 150.000-250.00 kr. er mest aktive på arbejde, idet kun 28 % er stillesiddende i mindst seks timer om dagen. Over dette indkomstniveau stiger andelen med stillesiddende arbejde med stigende indkomst. Men også i de laveste indkomstgrupper er der en stor andel, som har et stillesiddende arbejde. Det kan skyldes, at en del unge studerende på de videregående uddannelser har stillesiddende studiejobs, som tælles med her.

Tabel 4.37. Borgere med mindst seks timers stillesiddende arbejde om dagen

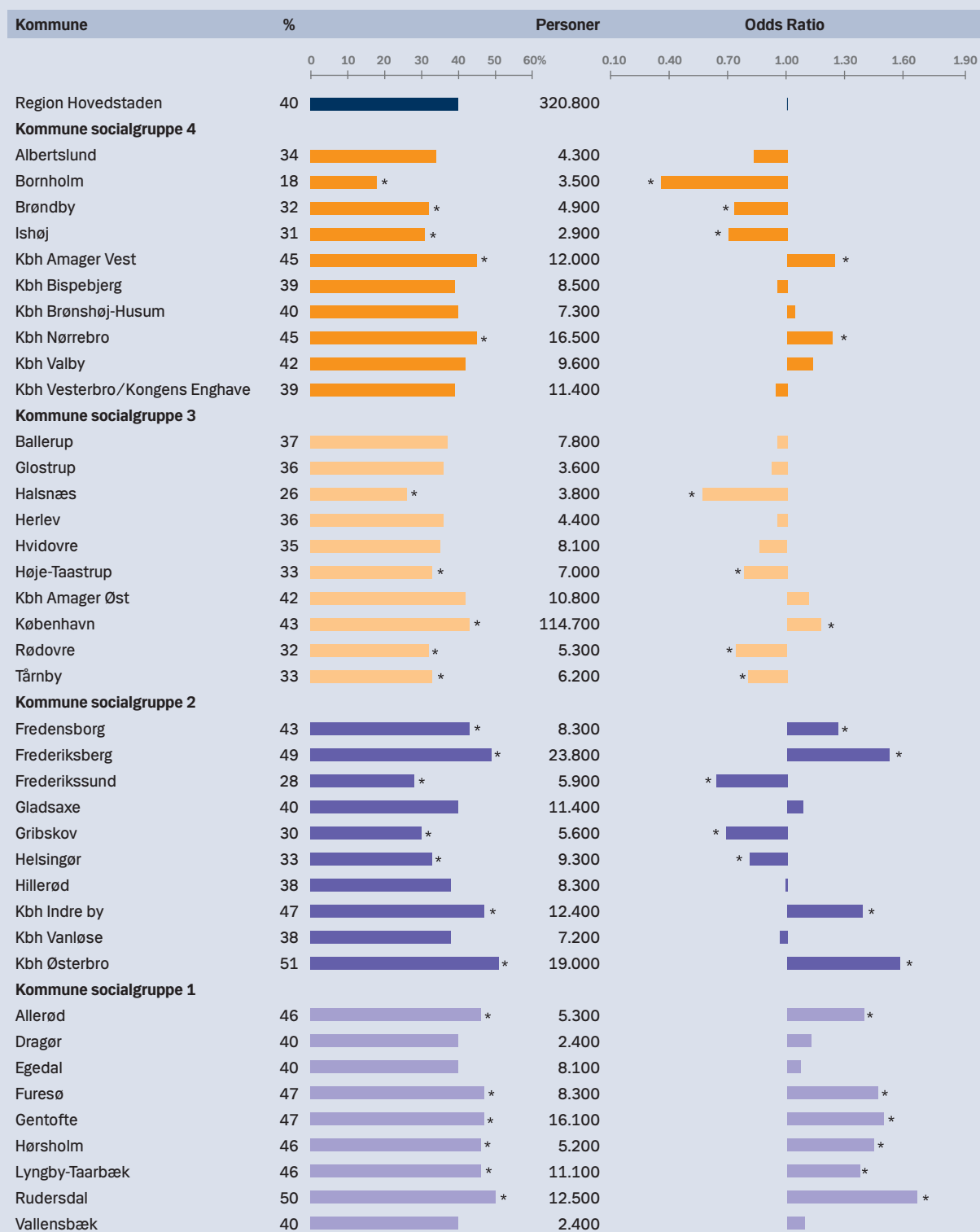


Stillesiddende arbejde (mindst seks timer om dagen) er hyppigst blandt:

- Mænd
- Unge
- Borgere med lang uddannelse
- Borgere med høj indkomst

Der er variation i andelen med overvejende stillesiddende arbejde på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden, jævnfør tabel 4.38. I bydelen Østerbro i Københavns Kommune har 51 % af borgerne overvejende stillesiddende arbejde, mens den tilsvarende andel kun er 18 % på Bornholm. Når der er taget højde for kommunernes alderssammensætning, ligger størstedelen af kommunerne og bydelene fra socialgruppe 1 signifikant over regionsgennemsnittet, mens langt de fleste kommuner og bydele fra socialgruppe 3 og 4 enten ligger på eller under regionsgennemsnittet.

Tabel 4.38. Borgere med mindst seks timers stillesiddende arbejde om dagen i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

4.4.5 Ændring af motionsvaner

I Region Hovedstaden er der 35 % af borgerne - svarende til 382.100 personer - som ikke efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger om 30 minutters fysisk aktivitet om dagen. Mere end halvdelen af disse borgere mener selv, at de har mindre gode eller dårlige motionsvaner, jævnfør tabel 4.43. Disse borgere befinder sig sandsynligvis i forandringsspiralens overvejelsesfase og er muligvis motiveret for at ændre adfærd.

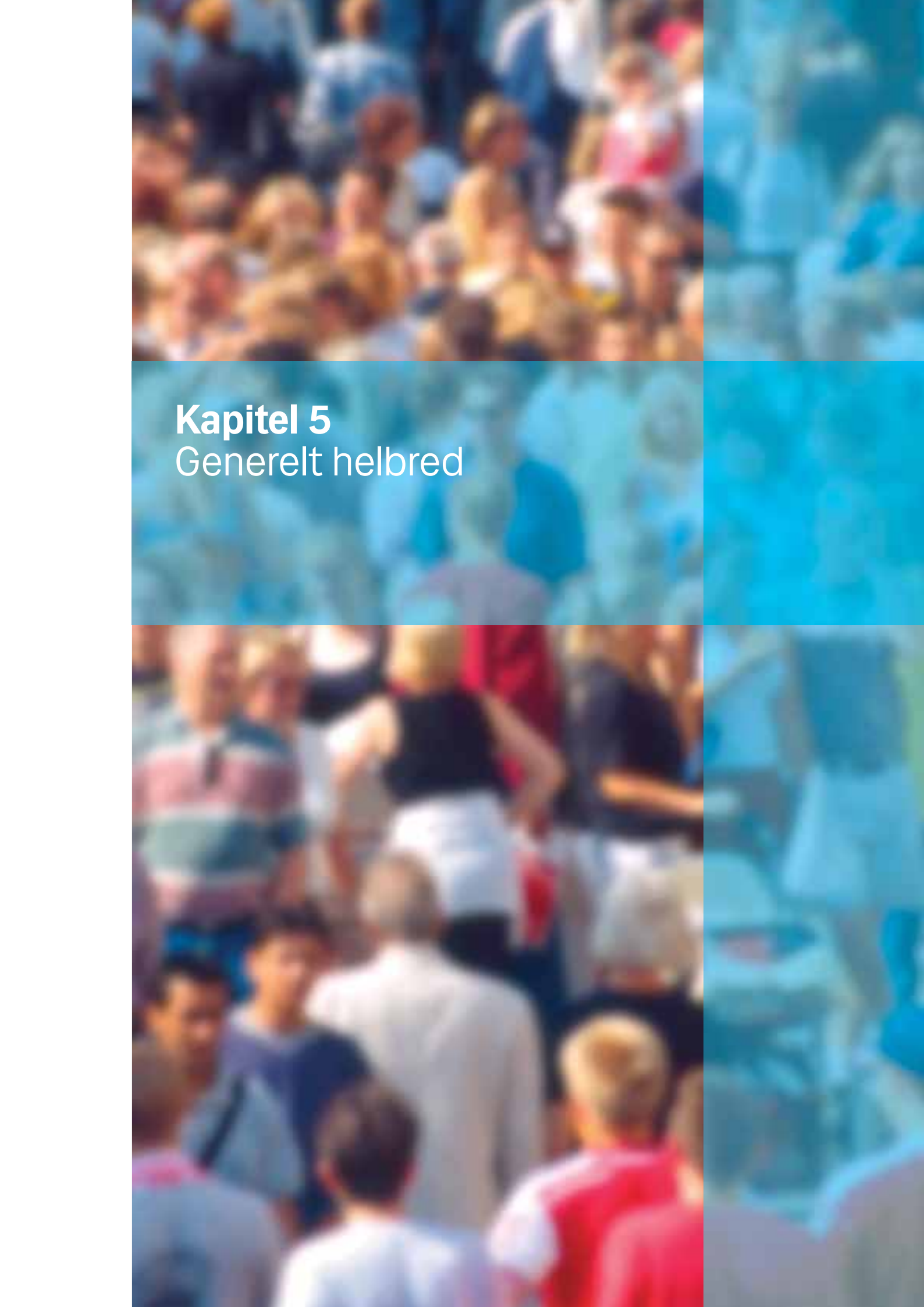
Blandt borgere, der er inaktive i forbindelse med transport til og fra arbejde, samt borgere, der overvejende er inaktive i fritiden, mener omkring 40 %, at de har mindre gode eller dårlige motionsvaner. Borgere med stillesiddende arbejde mener i mindre grad, at de selv har mindre gode eller dårlige motionsvaner. Det kan skyldes, at disse borgere muligvis kompenserer for deres stillesiddende arbejde med motion i fritiden.

En meget høj andel af de borgere, der i fritiden er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, angiver, at de gerne vil være mere fysisk aktive – lidt flere blandt kvinder end blandt mænd, jævnfør tabel 4.39. Blandt de, der ydermere mener, at de har mindre gode eller dårlige motionsvaner, vil næsten alle gerne være mere fysisk aktive. Med det som udgangspunkt er hele 122.560 borgere, der ikke efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger om 30 minutters fysisk aktivitet, sandsynligvis meget motiverede for at ændre motionsvaner.

Tabel 4.39. Motivation for ændring af motionsvaner i fritiden blandt fysisk inaktive borgere

	Selvvurderede mindre gode/dårlige motionsvaner		Vil gerne være mere fysisk aktiv	
	%	Personer	%	Personer
Mænd	57	105.600	80	147.300
Kvinder	54	107.600	85	166.900

Tabel 4.39 er vist for hver enkelt kommune bagest i sundhedsprofilen.



Kapitel 5

Generelt helbred

5 Generelt helbred

Et væsentligt aspekt af borgernes generelle sundhedstilstand er, hvordan den enkelte borger selv oplever og vurderer eget helbred samt fysiske og psykiske velbefindende.

I det følgende beskrives borgernes generelle helbredstilstand i Region Hovedstaden. Der er fokuseret på selv vurderet helbred, fysisk og mentalt helbred målt ved SF12, selv vurderet kondition, gener og symptomer inden for en 14-dages periode samt oplevelsen af stress.

Oplysningerne stammer fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?".

5.1 Selv vurderet helbred

Borgerens vurdering af eget helbred, selv vurderet helbred, er et begreb, som har en selvstændig betydning. Det er en uafhængig risikofaktor for både sygelighed og dødelighed og anbefales internationalt som en fast bestanddel af befolkningsundersøgelser om sundhed og sygelighed.

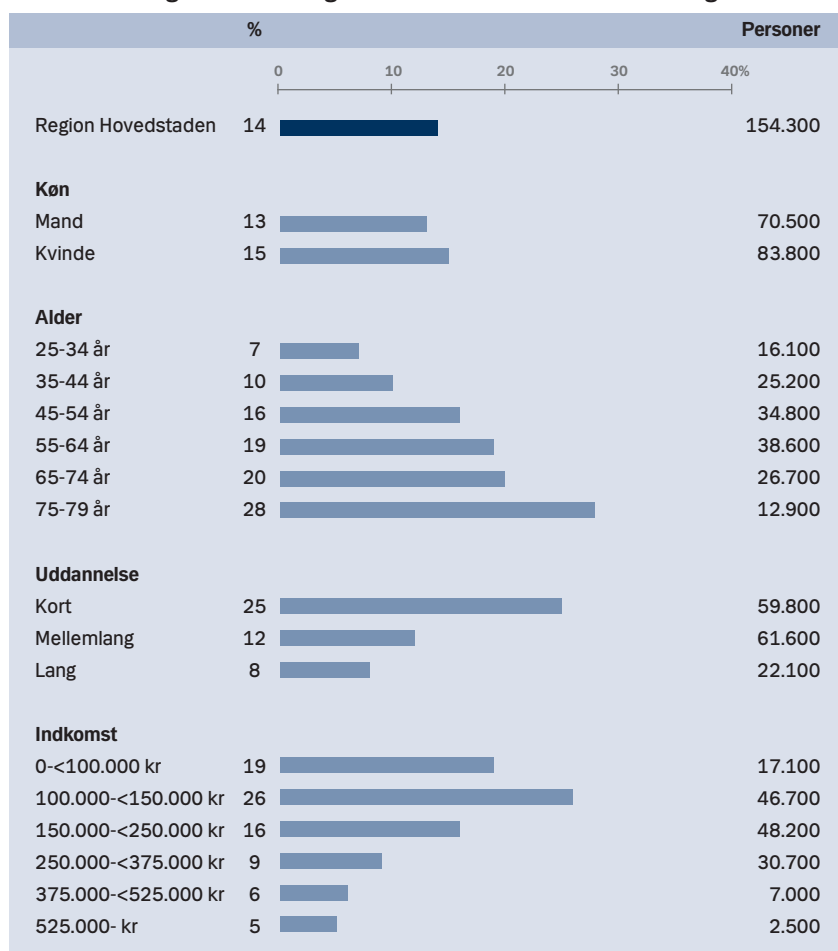
I Region Hovedstaden mener halvdelen af borgerne, at de har et fremragende eller vældig godt helbred. Omvendt mener 14 % af borgerne, at de har et mindre godt eller dårligt helbred, som det fremgår af tabel 5.1.

Andelen, der mener, de har et mindre godt eller dårligt helbred, stiger med stigende alder fra kun 7 % blandt de 25-34-årige til 28 % blandt de 74-79-årige. Der er en markant social gradient i forhold til uddannelses- og indkomstniveau. Omkring 1/4 af såvel de med den korteste uddannelse som de, der har det laveste indkomstniveau, mener, at de selv har et mindre godt eller dårligt helbred. Blandt de, der har en lang uddannelse, samt de, der har den højeste indkomst, mener under 1/10, at de har et mindre godt eller dårligt helbred.

Hvad mener borgerne i Region Hovedstaden om deres eget helbred?

- 11 % mener, de har et fremragende helbred
- 38 % mener, de har et vældig godt helbred
- 38 % mener, de har et godt helbred
- 11 % mener, de har et mindre godt helbred
- 3 % mener, de har et dårligt helbred

Tabel 5.1. Dårligt eller mindre godt selv vurderet helbred blandt borgerne



Der er en sammenhæng mellem borgernes sundhedsadfærd og borgernes selv vurderede helbred, jævnfør tabel 5.2. Det skal her bemærkes, at sammenhængen mellem sundhedsadfærd og selv vurderet helbred dog også vil være påvirket af underliggende faktorer som alder og sociale forhold.

Blandt dagligrygerne har knap 1/4 et mindre godt eller dårligt helbred, mens den tilsvarende andel for lejlighedsvis-rygere og aldrig-rygere kun er på omkring 1/10. Det skal her bemærkes, at aldrig-rygere og lejlighedsvis-rygere som grupper har en række fælles karakteristika, for eksempel er de mere veludannede end gennemsnittet af befolkningen.

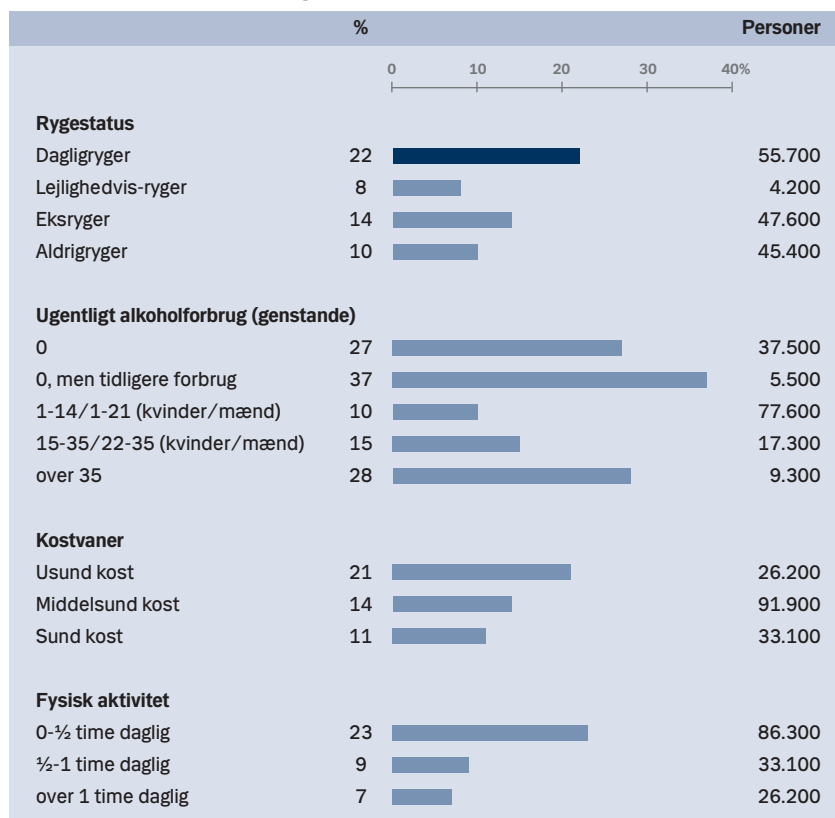
Der ses en J-formet sammenhæng mellem alkoholforbrug og andelen med mindre godt eller dårligt helbred. Blandt de borgere, der ikke drikker alkohol, men som tidligere har haft et alkoholforbrug, angiver hele 37 %, at de har et mindre godt eller dårligt helbred. Det kan skyldes, at disse borgere muligvis har stoppet deres alkoholforbrug på grund af sygdom. De, der drikker under Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, har det bedste selv vurderede helbred, hvilket dog også kan hænge sammen med, at disse borgere generelt er yngre.

Kost og fysisk aktivitet har en væsentlig indvirkning på borgernes selv vurderede helbred. Der er dobbelt så mange borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred blandt de, der spiser usundt kost, sammenlignet med de, der spiser sund kost. Blandt de borgere, der er moderat til hårdt fysisk aktive over en time om dagen, mener kun 7 %, at de selv har et mindre godt eller dårligt helbred. Andelen er mere end tre gange så høj blandt de borgere, der er fysisk aktive under 1/2 time om dagen. Et lavt fysisk aktivitetsniveau kan dog også skyldes kronisk sygdom, som derigennem påvirker borgerens selv vurderede helbred.

Borgere med mindre godt eller dårligt helbred i Region Hovedstaden er hyppigst blandt:

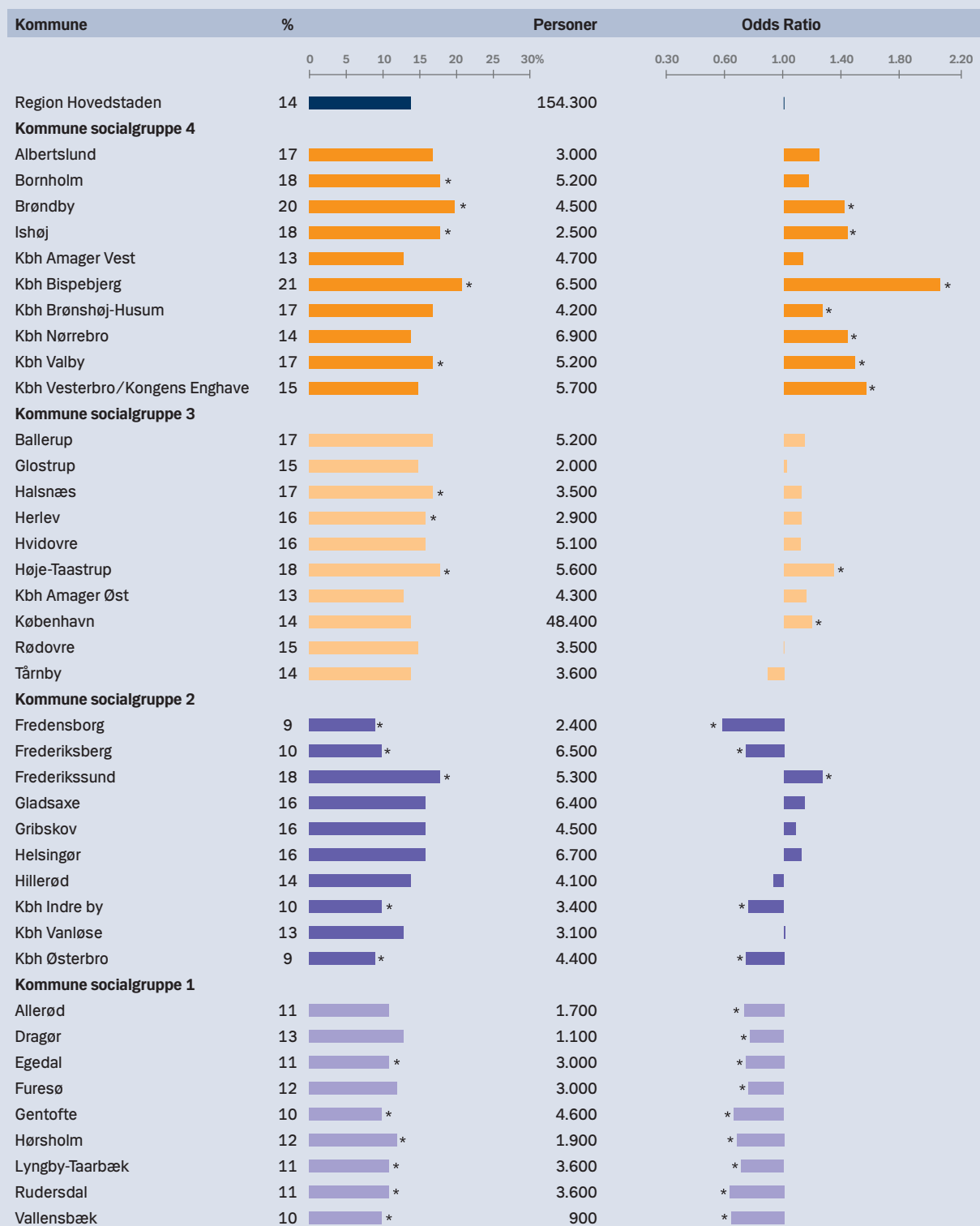
- Dagligrygere
- Afholdende, men med tidligere dagligt alkoholforbrug
- Borgere, der spiser usundt kost
- Borgere, der er fysisk aktive mindre end 1/2 time om dagen

Tabel 5.2. Dårligt eller mindre godt selv vurderet helbred i relation til sundhedsadfærd blandt borgerne



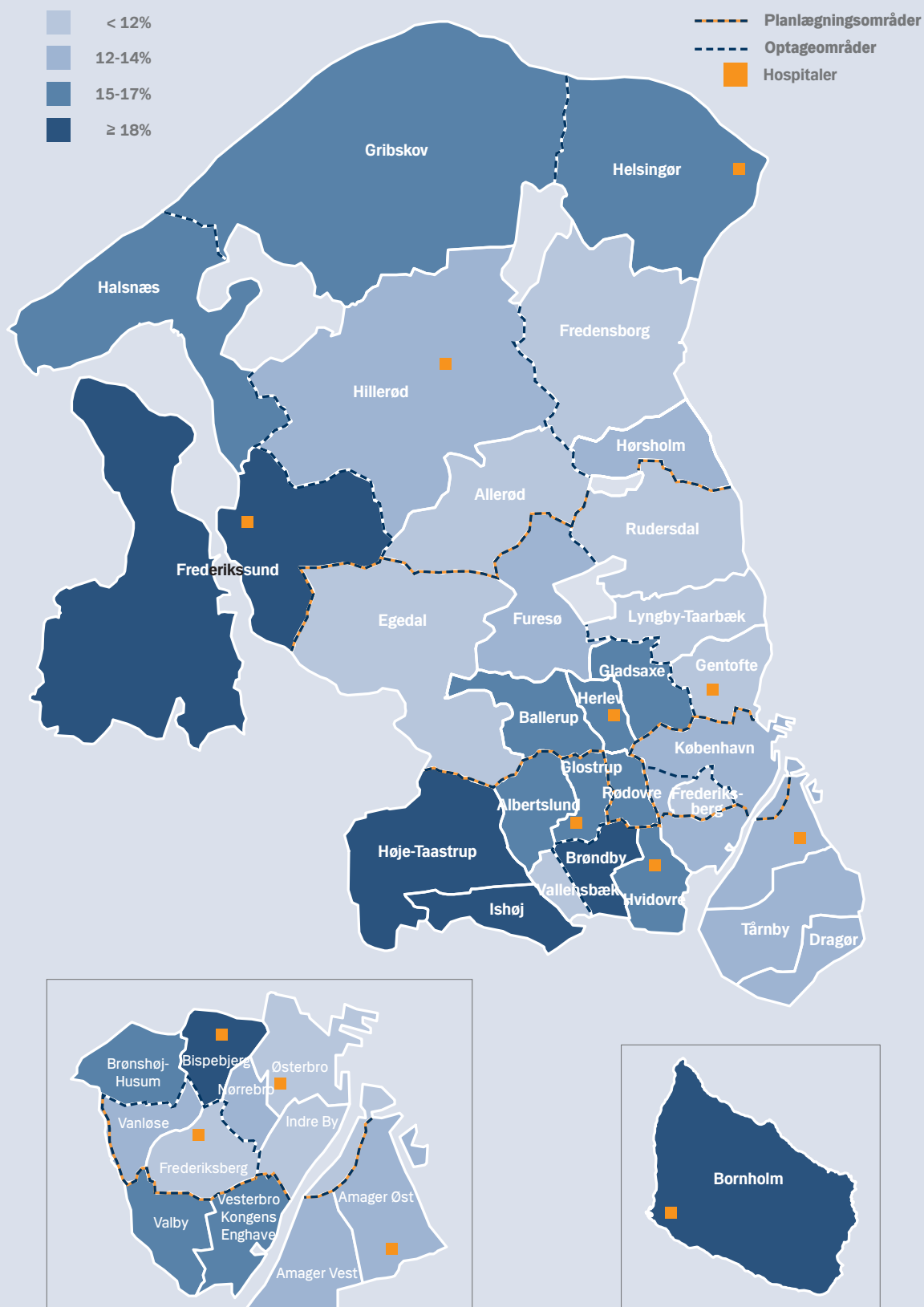
Der ses en tydelig social gradient i selv vurderet helbred på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden. Samtlige kommuner i socialgruppe 1 har signifikant færre borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred end regionsgennemsnittet, når der er taget højde for alderssammensætningen. Omvendt har næsten samtlige kommuner i socialgruppe 4 en signifikant højere andel af borgere med mindre godt eller dårligt helbred end regionsgennemsnittet.

Tabel 5.3. Dårligt eller mindre godt selv vurderet helbred blandt borgerne i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

Figur 5.1. Dårligt eller mindre godt selv vurderet helbred i kommunerne



5.2 Fysisk og mentalt helbred

Til måling af borgernes funktionsevne er anvendt SF-12 (Short Form Health Status). Der er tale om et generisk spørgsmålsbatteri på 12 spørgsmål, som er relateret til en række almene daglige aktiviteter, og til hvorvidt borgerne hæmmes i at udføre disse aktiviteter på grund af helbredet. På baggrund af spørgsmålene bestemmes helbredsstatus for de to dimensioner: fysisk helbred og mentalt helbred. Hver dimension kan antage værdier fra 0-100, hvor 0 udgør den værste tænkelige helbredsstatus og 100 den bedst tænkelige.

I tabel 5.4 er vist den gennemsnitlige værdi for henholdsvis fysisk og mentalt helbred for borgerne i Region Hovedstaden. Overordnet set bedømmer borgerne deres fysiske helbred en anelse bedre end deres mentale helbred. Mænd vurderer generelt deres helbred bedre end kvinder.

Med alderen ses som forventet en væsentlig forringelse af borgernes fysiske helbred fra en gennemsnitlig værdi på 54,6 blandt de yngste til et gennemsnit på kun 41,8 blandt de ældste. Omvendt ses en forbedring af borgernes mentale helbred med alderen. En mulig forklaring kan være, at de yngre i bestræbelserne på at etablere og balancere familie- og arbejdsliv måske bruger ekstra mentale ressourcer, mens de ældre i kraft af større livserfaring i højere grad har mentalt overskud.

Der sker en klar forbedring af det fysiske helbred med stigende uddannelsesniveau. Derimod har uddannelsesniveaue kun ringe betydning for det mentale helbred. Såvel det fysiske som det mentale helbred forbedres med stigende indkomstniveau.

- Borgernes fysiske helbred forringes med alderen
- Borgernes mentale helbred forbedres med alderen

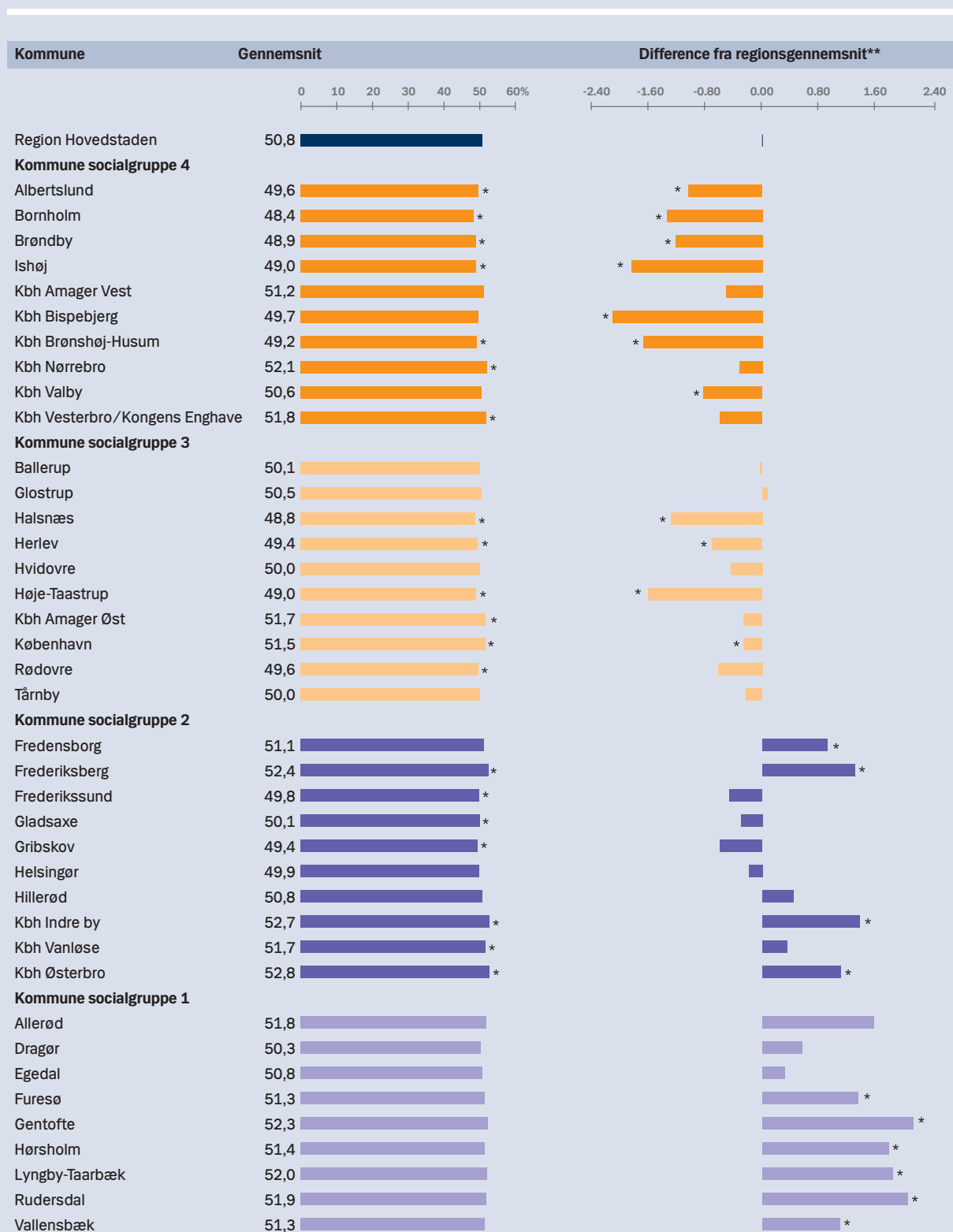
Tabel 5.4. Gennemsnitlig værdi for fysisk og mentalt helbred blandt borgerne

	Fysisk helbred	Mentalt helbred
	Gennemsnit	Gennemsnit
	0 30 60	0 30 60
Region Hovedstaden	50,8	49,6
Køn		
Mand	51,4	50,1
Kvinde	50,3	49,1
Alder		
25-34 år	54,6	47,8
35-44 år	53,3	48,3
45-54 år	50,8	49,3
55-64 år	48,6	51,3
65-74 år	45,7	52,5
75-79 år	41,8	51,1
Uddannelse		
Kort	46,6	48,4
Mellemlang	51,1	50,0
Lang	53,7	50,2
Indkomst		
0-<100.000 kr	49,6	47,1
100.000-<150.000 kr	46,7	47,4
150.000-<250.000 kr	49,7	49,2
250.000-<375.000 kr	52,3	50,7
375.000-<525.000 kr	53,9	51,3
525.000- kr	54,4	52,4

Af tabellerne 5.5 og 5.6 fremgår, at der er en klar social gradient i såvel fysisk som mentalt helbred på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden. I en stor del af kommunerne i kommune socialgruppe 4 har borgerne gennemsnitligt et dårligere fysisk og mentalt helbred end regionsgennemsnittet, mens borgerne i mange af kommunerne i kommune socialgruppe 1 har et bedre fysisk og mentalt helbred end regionsgennemsnittet.

Det skal bemærkes, at da der er tale om gennemsnitlige værdier, er referenceværdien for Region Hovedstaden sat til 0. Kommuner med et lavere gennemsnit end regionen har derfor negative værdier i tabellerne, mens kommuner med et højere gennemsnit end regionen har positive værdier.

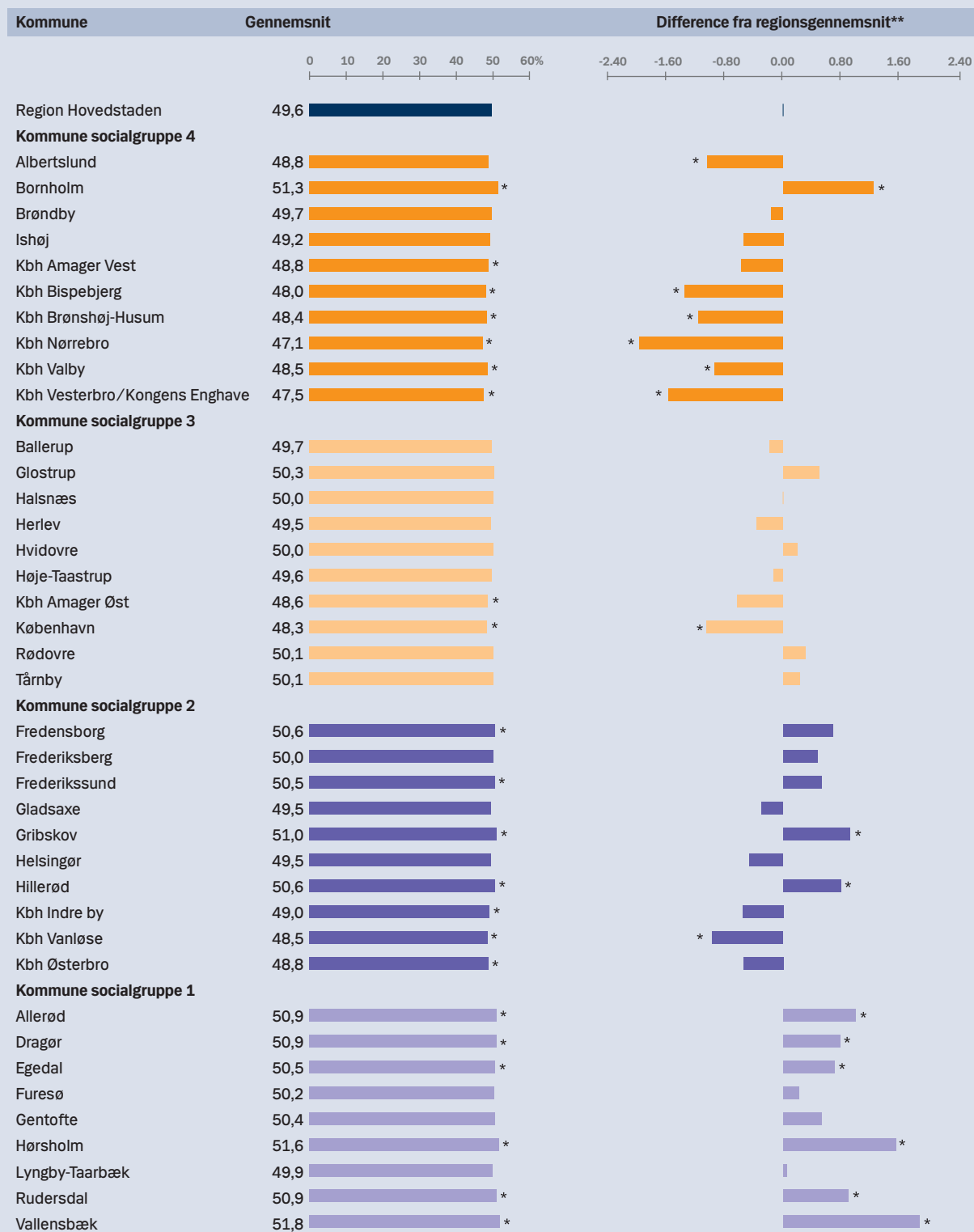
Tabel 5.5. Gennemsnitlig værdi for fysisk helbred blandt borgerne i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

** Justeret for alder og køn.

Tabel 5.6. Gennemsnitlig værdi for mentalt helbred blandt borgerne i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

** Justeret for alder og køn.

5.3 Selvvurderet fysisk form

Ovenfor er beskrevet borgernes fysiske helbred som funktionsevne i relation til en række daglige gøremål. En anden dimension af borgernes fysiske helbred er fysisk form eller kondition. Fysisk form er en funktions- og kapacitetsstatus - et fysiologisk mål, der afspejler den kardiorespiratoriske fitness.

Selvvurderet fysisk form stemmer godt overens med egentlige kapacitetsmålinger af den maksimale iltoptagelse (Vo_{2max}) og er derfor anvendt her som et udtryk for borgernes kondition.

I Region Hovedstaden mener 41 % af borgerne, at de har en virkelig god eller god fysisk form. Som det fremgår af tabel 5.7 mener knap 20 % af borgerne imidlertid, at deres fysiske form er mindre god eller dårlig.

Kvinderne vurderer generelt deres fysiske form ringere end mændene. Vurderingen af egen fysisk form varierer ikke væsentligt med alderen. Kun blandt de 75-79-årige er andelen med mindre god eller dårlig selvvurderet fysisk form markant større end i de øvrige aldersklasser.

Der er en klar tendens til, at flere borgere med lang uddannelse mener, at de er i virkelig god eller god fysisk form sammenlignet med de, der har en kort uddannelse. Omvendt vurderer flere af de, der har en kort uddannelse, at de har en mindre god eller dårlig fysisk form end de, der har en lang uddannelse. Den samme tendens ses for sammenhængen mellem fysisk form og indkomstniveau.

Hvad mener borgerne i Region Hovedstaden selv om deres fysiske form?

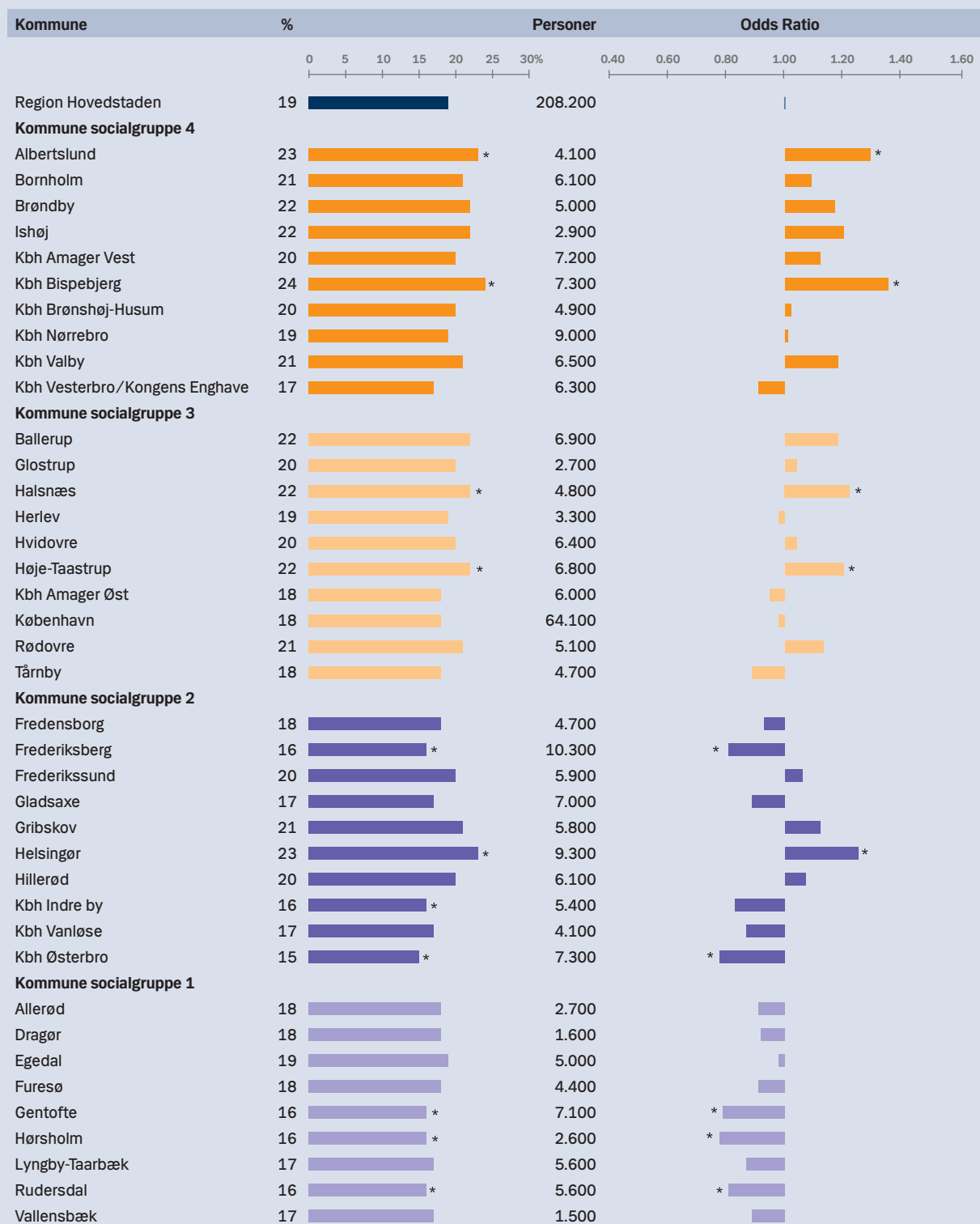
- 6 % mener, at de har en virkelig god fysisk form
- 35 % mener, at de har en god fysisk form
- 40 % mener, at de har en nogenlunde fysisk form
- 14 % mener, at de har en mindre god fysisk form
- 5 % mener, at de har en dårlig fysisk form

Tabel 5.7. Borgernes selvvurderede fysiske form

	Virkelig god eller god fysisk form		Mindre god eller dårlig fysisk form	
	%	Personer	%	Personer
	0 30 60%		0 30 60%	
Region Hovedstaden	41	453.300	19	208.200
Køn				
Mand	45	243.000	18	95.300
Kvinde	38	210.300	20	112.900
Alder				
25-34 år	42	103.700	18	43.500
35-44 år	41	104.100	18	47.500
45-54 år	40	83.500	21	43.300
55-64 år	42	86.700	18	37.000
65-74 år	45	59.300	19	25.600
75-79 år	35	16.100	25	11.300
Uddannelse				
Kort	37	87.500	25	58.300
Mellemlang	40	201.700	19	96.700
Lang	46	135.200	14	42.400
Indkomst				
0-<100.000 kr	40	35.800	20	18.200
100.000-<150.000 kr	37	64.800	26	46.200
150.000-<250.000 kr	39	119.200	20	61.300
250.000-<375.000 kr	42	141.800	16	55.500
375.000-<525.000 kr	46	53.600	15	17.200
525.000- kr	51	24.100	12	5.900

I tabel 5.8 vises den regionale variation i andelen, der mener, de har en mindre god eller dårlig fysisk form. På tværs af kommunerne i Region Hovedstaden ses en social gradient, også når der er taget højde for alderssammensætningen i kommunerne. Begge ekstremer findes inden for Københavns Kommune. I bydelen Bispebjerg mener 24 %, at de er i mindre god eller dårlig fysisk form, mens den tilsvarende andel kun er 15 % i bydelen Østerbro.

Tabel 5.8. Borgere med dårlig eller mindre god selv vurderet kondition i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

5.4 Symptomer

Befolkningens helbredstilstand kan udtrykkes ved forekomsten af gener og symptomer inden for en 14-dages periode. Det skal her bemærkes, at gener og symptomer både kan dække over en forbigående tilstand, enkeltstående sygdomsepisoder og langvarig sygdom.

I denne sundhedsprofil fokuseres på gener og symptomer i bevægeapparatet, træthed, hovedpine samt psykiske symptomer som nedtrykthed, ængstelse og søvnbesvær. En tredjedel af borgerne har inden for en 14-dages periode været meget generet af mindst ét af disse symptomer.

Borgere, der er meget generet af symptomer i bevægeapparatet, er typisk:

- Kvinder
- Ældre
- Borgere med kort uddannelse
- Borgere med lav indkomst

Gener og symptomer i bevægeapparatet

I Region Hovedstaden har 22 % af borgerne inden for en 14-dages periode været meget generet af symptomer i bevægeapparatet, jævnfør tabel 5.9. Kvinder er mere generet end mænd, og andelen, der er meget generet af symptomer i bevægeapparatet, stiger markant med alderen fra 17 % blandt de yngste til 33 % blandt de ældste.

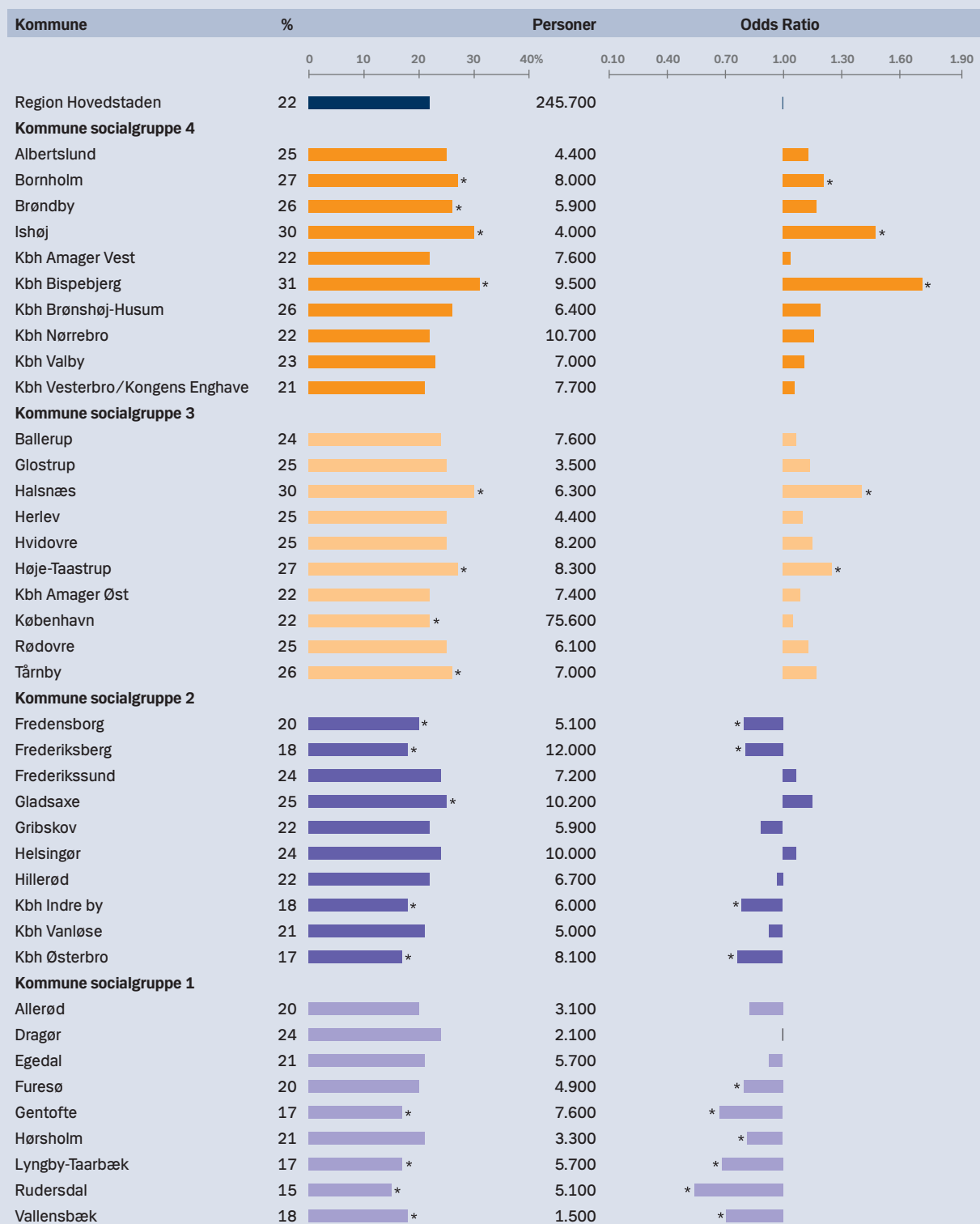
Blandt de, der har en kort uddannelse, er hele 33 % meget generet af symptomer i bevægeapparatet, mens det kun er 14 % blandt de, der har en lang uddannelse. Der er ligeledes en større andel med meget generende symptomer blandt borgere med lav indkomst sammenlignet med borgere med høj indkomst.

Tabel 5.9. Borgere, der er meget generet af symptomer i bevægeapparatet

	%	Personer
	0 10 20 30 40%	
Region Hovedstaden	22	245.700
Køn		
Mand	19	101.900
Kvinde	26	143.800
Alder		
25-34 år	17	41.300
35-44 år	19	48.700
45-54 år	24	51.400
55-64 år	26	54.700
65-74 år	26	34.200
75-79 år	33	15.200
Uddannelse		
Kort	33	78.100
Mellemlang	22	109.300
Lang	14	41.600
Indkomst		
0-<100.000 kr	26	23.200
100.000-<150.000 kr	33	57.500
150.000-<250.000 kr	25	76.900
250.000-<375.000 kr	19	62.700
375.000-<525.000 kr	13	14.900
525.000- kr	11	5.400

I kommunerne i Region Hovedstaden varierer andelen af borgere, der er meget generet af symptomer i bevægeapparatet, fra 15 % i Rudersdal til 31 % i bydelen Bispebjerg i Københavns Kommune. På tværs af de fire kommune socialgrupper ses en social gradient, idet størstedelen af kommunerne i socialgruppe 1 har en lavere andel borgere, som er meget generet af symptomer i bevægeapparatet end regionsgennemsnittet, jævnfør tabel 5.10.

Tabel 5.10. Borgere, der er meget generet af symptomer i bevægeapparatet i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

Borgere, der er meget generet af træthed, er typisk:

- Kvinder
- Borgere med kort uddannelse
- Borgere med lav indkomst

Borgere, der er meget generet af hovedpine, er typisk:

- Kvinder
- Borgere under 55 år
- Borgere med kort uddannelse
- Borgere med lav indkomst

Diffuse gener og symptomer

Træthed og hovedpine kan være symptomer på anden sygdom, men kan også være et udtryk for en mere diffus belastning af kroppen eventuelt som følge af et hårdt arbejdspress.

I Region Hovedstaden er 12 % af borgerne meget generet af træthed og omkring halvt så mange borgere er meget generet af hovedpine, jævnfør tabel 5.11. Både træthed og hovedpine er mest udbredt blandt kvinderne.

Der er en svag tendens til, at de yngste aldersgrupper lider mere af træthed end de ældre. Blandt borgere under 55 år er forekomsten af hovedpine derimod markant større end blandt de ældre borgere.

Blandt de, der har en kort uddannelse, er andelen, der er meget generet af henholdsvis træthed og hovedpine, højere end blandt de, der har en lang uddannelse. Tilsvarende lider borgere med lav indkomst i højere grad af hovedpine end de, der har høj indkomst. Der er således en social gradient.

Tabel 5.11. Borgere, der er meget generet af træthed, samt borgere, der er meget generet af hovedpine

	Træthed		Hovedpine	
	%	Personer	%	Personer
	0 10 20%		0 10 20%	
Region Hovedstaden	12	132.900	6,9	76.300
Køn				
Mand	10	51.900	4,4	23.800
Kvinde	14	81.000	9,4	52.500
Alder				
25-34 år	14	33.600	8,1	19.900
35-44 år	13	33.900	8,9	22.900
45-54 år	13	27.300	8,4	17.800
55-64 år	11	22.200	5,2	10.800
65-74 år	8	10.800	2,7	3.600
75-79 år	11	5.000	2,8	1.300
Uddannelse				
Kort	16	38.600	8,1	19.200
Mellemlang	11	54.800	6,5	32.900
Lang	10	28.700	5,7	17.000
Indkomst				
0-<100.000 kr.	15	13.300	9,6	8.500
100.000-<150.000 kr.	18	31.500	9,3	16.300
150.000-<250.000 kr.	14	41.800	7,5	22.700
250.000-<375.000 kr.	10	32.700	5,8	19.500
375.000-<525.000 kr.	7	7.800	4,7	5.600
525.000- kr.	5	2.400	3,6	1.700

Psykiske gener og symptomer

I Region Hovedstaden er 1/10 af borgerne meget generet af psykiske symptomer som nedtrykthed, ængstelse og søvnbesvær, jævnfør tabel 5.12. Blandt de mest stressede borgere i Region Hovedstaden føler omkring 1/3 sig meget generet af psykiske symptomer. Forekomsten af meget generende symptomer er højere blandt kvinder end blandt mænd, hvorimod der ikke er en klar tendens i relation til alder.

Der er en social gradient i andelen, der er meget generet af psykiske symptomer, idet mere end dobbelt så mange af de, der har en kort uddannelse, er meget generet af psykiske symptomer sammenlignet med de, der har en lang uddannelse. Samme tendens ses i relation til indkomstniveau.

Tabel 5.12. Borgere, der er meget generet af psykiske symptomer

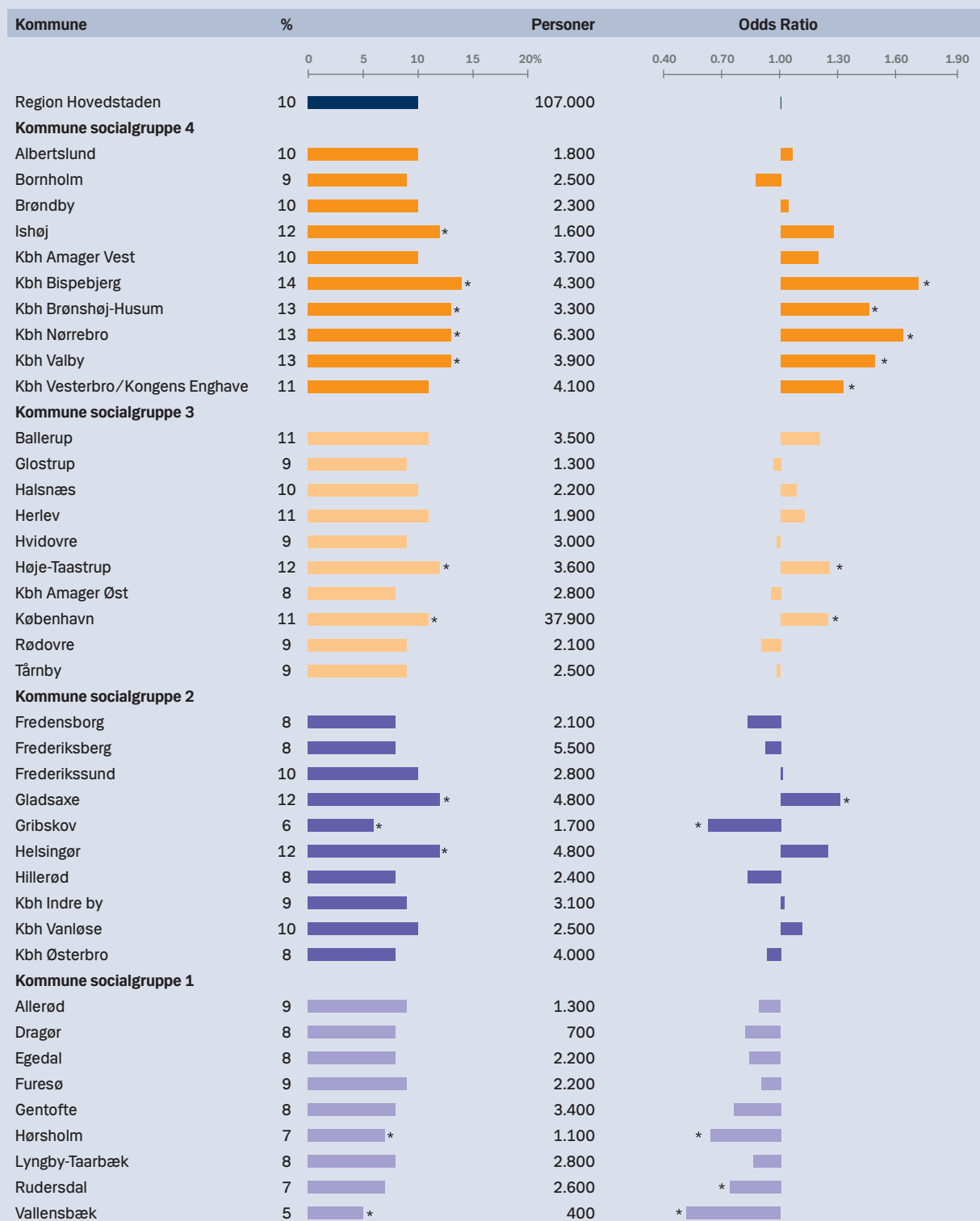
	%	Personer
Region Hovedstaden	10	107.000
Køn		
Mand	8	43.000
Kvinde	11	64.000
Alder		
25-34 år	8	20.100
35-44 år	9	23.500
45-54 år	11	24.000
55-64 år	11	23.100
65-74 år	9	11.500
75-79 år	10	4.700
Uddannelse		
Kort	15	36.700
Mellemlang	9	43.600
Lang	6	18.700
Indkomst		
0-<100.000 kr	13	11.300
100.000-<150.000 kr	17	29.600
150.000-<250.000 kr	11	32.200
250.000-<375.000 kr	7	23.900
375.000-<525.000 kr	5	5.500
525.000- kr	5	2.200

Borgere, der er meget generet af psykiske symptomer, er typisk:

- Kvinder
- Borgere med kort uddannelse
- Borgere med lav indkomst

På tværs af kommunerne i Region Hovedstaden ses en variation i andelen, der er meget generet af psykiske symptomer. I Vallensbæk føler kun 5 % sig meget generet af symptomer, mens den tilsvarende andel er på 14 % i bydelen Bispebjerg i Københavns Kommune. Der er en social gradient på tværs af kommunerne, idet halvdelen af kommunerne i socialgruppe 4 har en højere andel med psykiske symptomer end regionsgennemsnittet, jævnfør tabel 5.13.

Tabel 5.13. Borgere, der er meget generet af psykiske symptomer i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

5.5 Stress

Stress er et begreb, som er meget omtalt i disse år. Stress kan betegnes som kroppens reaktion på en fysisk eller psykisk påvirkning eller belastning (stressor) og kan karakteriseres på flere måder: dels fysiologisk som en energimobilisering i kroppen (flygt/kæmp reaktion) og dels psykologisk som en tilstand af anspændthed og ulyst. En persons evne til at imødekomme stressorer afhænger både af genetiske, adfærdsmæssige og fysiologiske forhold.

Længerevarende stress kan medføre øget risiko for en række sygdomme som hjerte-kar-sygdomme og depression. Stress kan også medføre forværring af eksisterende sygdomme.

Gennem de seneste 10 år er der sket en stigning i andelen af danskere, der angiver, at de føler sig stressede i dagligdagen. Selvom denne stigning givetvis er reel, vil en del af stigningen sandsynligvis også kunne forklares med, at begrebet "stress" gennem samme periode har fået meget mere plads i vores daglige sprogbrug. Eksempelvis er der ikke ualmindeligt, at folk i daglig tale forveksler det at have travlt med at være stresset.

I denne sundhedsprofil er anvendt en valideret stress-skala: Cohens Perceived Stress Scale, som tager udgangspunkt i ti spørgsmål inden for følgende dimensioner af stress: uforudsigelighed, manglende kontrol og høje krav. Skalaen går fra 0 til 40. Jo højere værdi, jo højere grad af oplevet stress.

Borgerne i Region Hovedstaden er inddelt i fem stressniveauer efter værdi på stressskalaen. Inddelingen i stressniveauer er vist i tabel 5.14.

Tabel 5.14. Inddeling af borgerne i stressniveauer

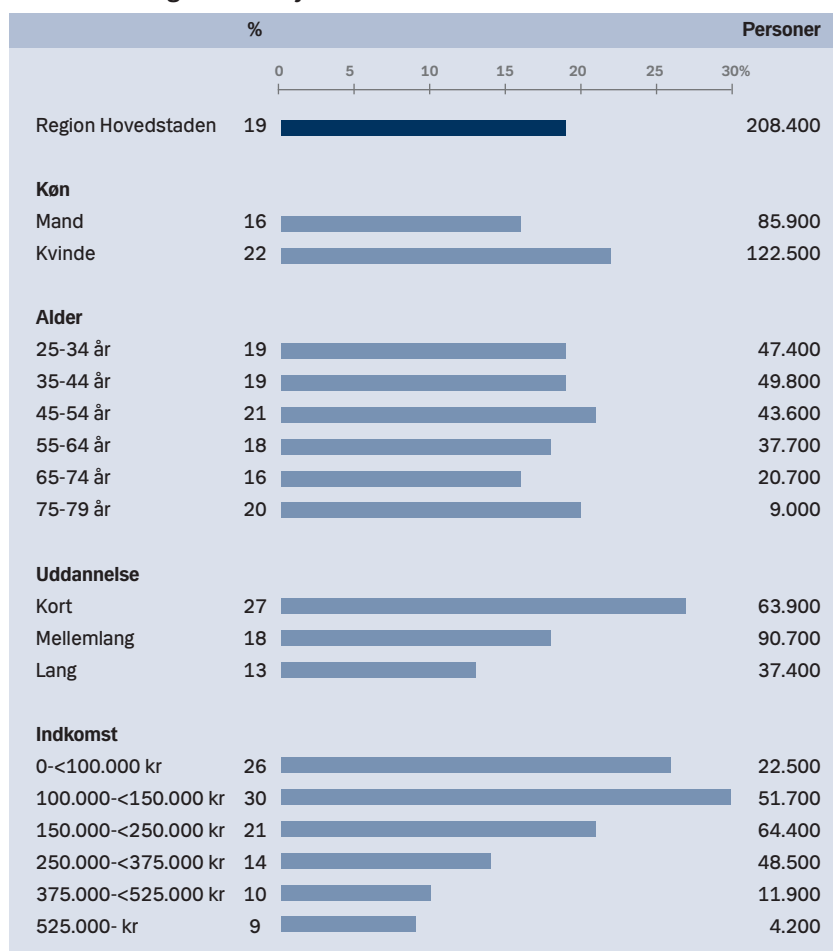
Inddeling af stress-skala i niveauer	%	Personer
0-5	19	206.000
6-9	22	238.100
10-13	23	249.200
14-17	18	197.900
18-40	19	208.400

I det følgende fokuseres på den femtedel af borgerne, der har det højeste stressniveau. Det vil sige de borgere, der har en værdi på 18-40 på stressskalaen.

Som det fremgår af tabel 5.15, er der flere kvinder end mænd, der har et højt stressniveau. Der er ikke nogen klar sammenhæng mellem stressniveau og alder. Blandt de 45-54-årige har 21 % et højt stressniveau, mens det kun er 16 % af de 65-74-årige.

Der er en markant social gradient i andelen, der oplever et højt stressniveau i Region Hovedstaden. Blandt borgere, der har en lang uddannelse, har 13 % et højt stressniveau, mens dette er tilfældet for dobbelt så mange af de, der har en kort uddannelse. Tilsvarende er der tre gange så mange med højt stressniveau blandt borgere med lav indkomst sammenlignet med de borgere, der har høj indkomst.

Tabel 5.15. Borgere med højeste stressniveau

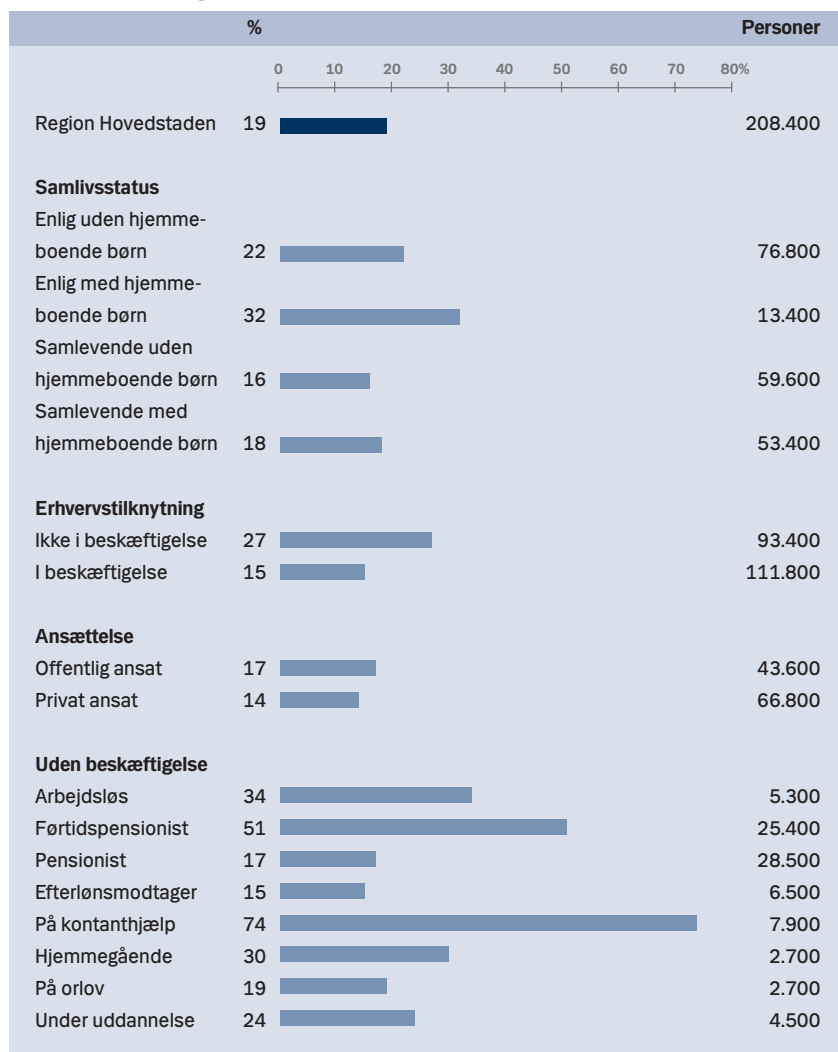


Omkring 1/3 af de enlige med hjemmeboende børn har et højt stressniveau, som det fremgår af tabel 5.16. Størstedelen af disse borgere er kvinder.

En faktor, som har afgørende betydning for oplevelsen af stress, er tilknytning til arbejdsmarkedet. Mens 15 % af de, der er i arbejde, har et højt stressniveau, er det samme tilfældet for hele 27 % af de borgere, der ikke er i beskæftigelse. Men som det fremgår af tabel 5.16, er oplevelsen af stress stærkt knyttet sammen med årsagen til, at borgeren ikke er i arbejde.

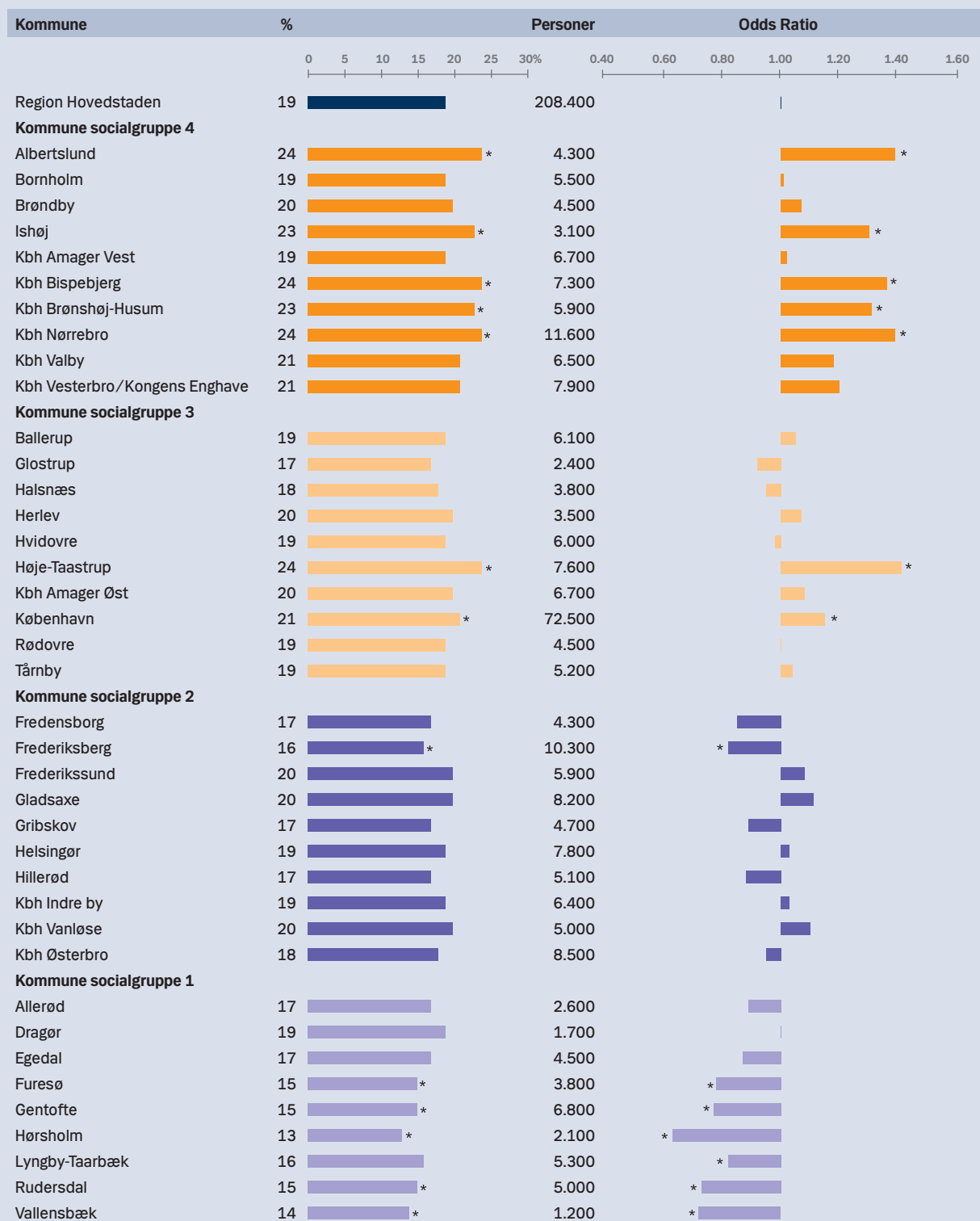
Kun en lille del af de borgere, der har forladt arbejdsmarkedet for at gå på pension eller efterløn, oplever et højt stressniveau. Derimod oplever 3/4 af kontanthjælpsmodtagerne og over halvdelen af førtidspensionisterne et højt stressniveau. Denne forskel skyldes dels, at de fleste pensionister og folk på efterløn har forladt arbejdsmarkedet efter eget valg og oplever ikke samme grad af marginalisering, som det kan være tilfældet for førtidspensionister, der på grund af sygdom er blevet tvunget til at forlade arbejdsmarkedet. Dels er kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister blandt de borgere i regionen, der har det laveste indkomst- og uddannelsesniveau, hvilket er associeret med et højt stressniveau, jævnfør tabel 5.15.

Tabel 5.16. Borgere med højeste stressniveau - samlivsstatus og erhvervstilknytning



Andelen af borgere med højt stressniveau varierer på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden. De fleste kommuner i socialgruppe 4 har en større andel af borgere med et højt stressniveau end regionsgennemsnittet. Omvendt har de fleste kommuner i socialgruppe 1 en lavere andel end regionsgennemsnittet. Der er således en markant social gradient i mellem kommunerne, hvad angår borgernes stressniveau.

Tabel 5.17. Borgere med et højt stressniveau i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.



Kapitel 6

Biologiske mål

6 Biologiske mål

De første tegn på at kroppen er ved at udvikle kronisk sygdom, kan måles ved ændringer i biologiske mål. Disse biologiske mål kaldes også risikofaktorer. I dette kapitel beskrives forekomsten af nogle enkelte vigtige biologiske mål som forhøjet vægt, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol, som fører til kroniske sygdomme.

En uhensigtsmæssig sundhedsadfærd påvirker kroppen i en ugunstig retning. Det er ofte muligt at måle på kroppen om den reagerer i en ugunstig retning, som kan føre til kroniske sygdomme. Disse mål kaldes biologiske mål. I denne sundhedsprofil omtales vægt, blodtryk og kolesterol, som alle er klassiske risikofaktorer for kroniske sygdomme. De biologiske mål er ofte betinget af borgerens livsstil og sundhedsadfærd, som rygning, fysisk aktivitet, kostvaner og alkoholforbrug. I det sidste afsnit fokuseres på sundhedsadfærden blandt borgere med forhøjede biologiske mål.

Normalt vil det være nødvendigt at undersøge den enkelte borger for at få et korrekt billede af de biologiske mål, hvilket er en uforholdsmæssig dyr løsning i udarbejdelse af en sundhedsprofil. I herværende afsnit benyttes data fra spørgeskemaundersøgelser og registre.

6.1 Vægt

Overvægt er igennem de seneste 20 år blevet et tiltagende problem. Flere undersøgelser har vist, at flere og flere danskere er blevet overvægtige og det gennemsnitlige Body Mass Index (BMI) i befolkningen er steget. Dette skyldes, at der er en ubalance med højere energi indtag i kosten end energi forbrug ved fysisk aktivitet. Denne overskydende energi ophober sig som fedtdepoter i kroppen.

Overvægt er en stærk risikofaktor sammen med fysisk inaktivitet til udvikling af mange sygdomme såsom type 2 diabetes, hjertekarsygdomme, kræft og gigt-sygdomme.

Overvægt og fedme defineres på baggrund af en persons BMI. BMI er et tal, som beregnes ud fra forholdet mellem vægt og højde. BMI udregnes ved følgende formel: $\text{Vægt (kg)} / \text{Højde (m}^2\text{)}$.

Oplysningerne om højde og vægt stammer fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?". Da vægt og højde er selvrapporteret må undersøgelsens tal på overvægt betragtes som minimums tal. Det skyldes, at flere undersøgelser har vist, at overvægtige oplyser en lavere vægt eller en højere højde end de faktiske mål.

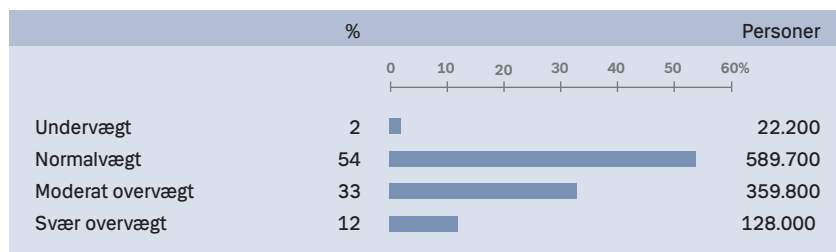
Ud fra BMI foretages en inddeling i fire vægtklasser baseret på WHO's definition.

WHO's definition på vægtklasser:

Undervægt:	BMI < 18,5
Normalvægt:	BMI 18,5 - 24,99
Moderat overvægt:	BMI 25,00 - 29,99
Svær overvægt:	BMI ≥ 30,0

Af tabel 6.1 fremgår det, at 45 % af borgerne i Region Hovedstaden enten er moderat eller svært overvægtige. Der er kun to procent af borgerne, der er undervægtige.

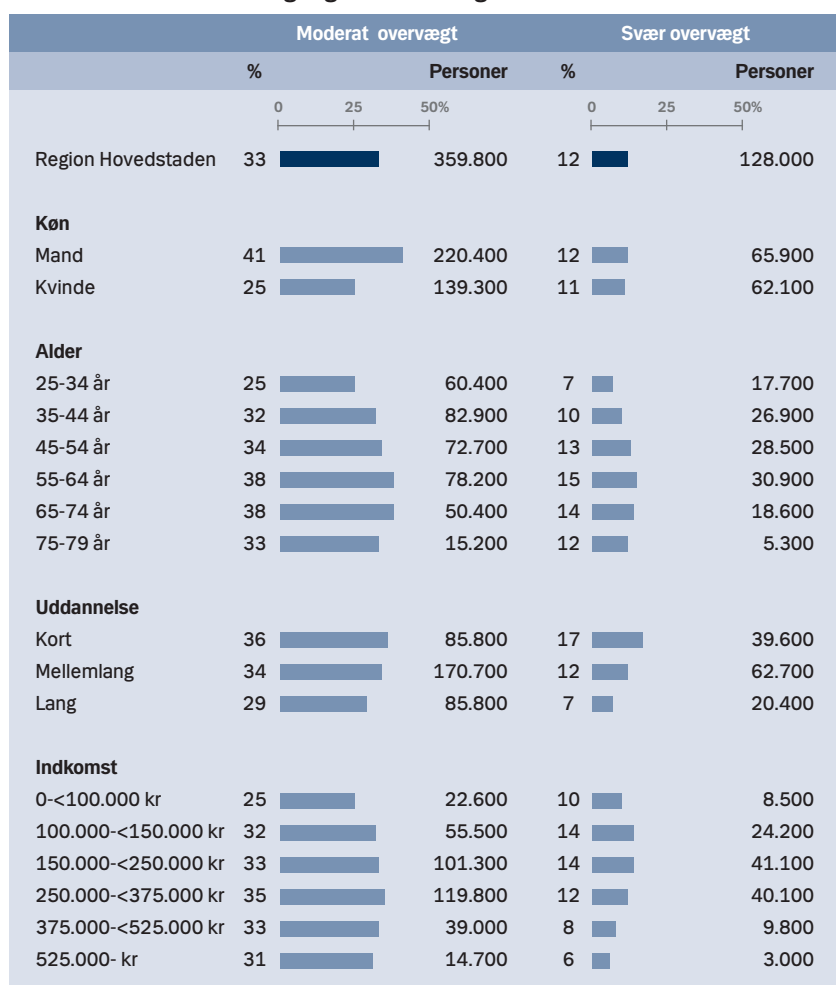
Tabel 6.1. viser vægtfordelingen blandt borgerne



I Region Hovedstaden er 12 % af borgerne svært overvægtige og 33 % er moderat overvægtige.

Af tabel 6.2 fremgår det, at der er en markant kønsforskel i andelen af borgere med moderat overvægt. Moderat overvægt er næsten dobbelt så hyppig blandt mænd som blandt kvinder. Desuden er 2/3 af de moderat overvægtige mænd. Kommunerne bør have særlig fokus på mændene, hvis der implementeres forebyggelsestiltag til de moderat overvægtige. Der er lige mange mænd som kvinder med svær overvægt i Region Hovedstaden.

Tabel 6.2. Moderat overvægt og svær overvægt



For moderat overvægtige gælder:

- Det er hyppigst blandt mænd
- Hyppig i alle aldersgrupper
- Hyppigst blandt borgere med den kort uddannelse
- Ingen forskel i hyppighed blandt indkomstgrupper

For svært overvægtige gælder:

- Det er lige hyppigt blandt mænd og kvinder
- Stiger med alderen
- Hyppigst blandt borgere med kort uddannelse og lav indkomst

Både moderat og svær overvægt stiger med alderen. Forekomsten af begge former for overvægt er hyppigst blandt de 55-74 årige og falder blandt de ældste borgere. Årsagen til dette fald kan skyldes, at de overvægtige borgere enten er døde af følgesygdomme eller at der i denne aldersgruppe er mange kronisk og alvorligt syge borgere med deraf følgende vægttab.

Det skal bemærkes, at hver fjerde borger i aldersgruppen 25-34 år er moderat overvægtig. Der er derfor et forebyggelses potentiale i hele befolkningen.

Særligt for svær overvægt er der en klar social gradient. Svær overvægt er dobbelt så hyppig blandt borgere med den korteste uddannelse og blandt borgere med laveste indkomster.

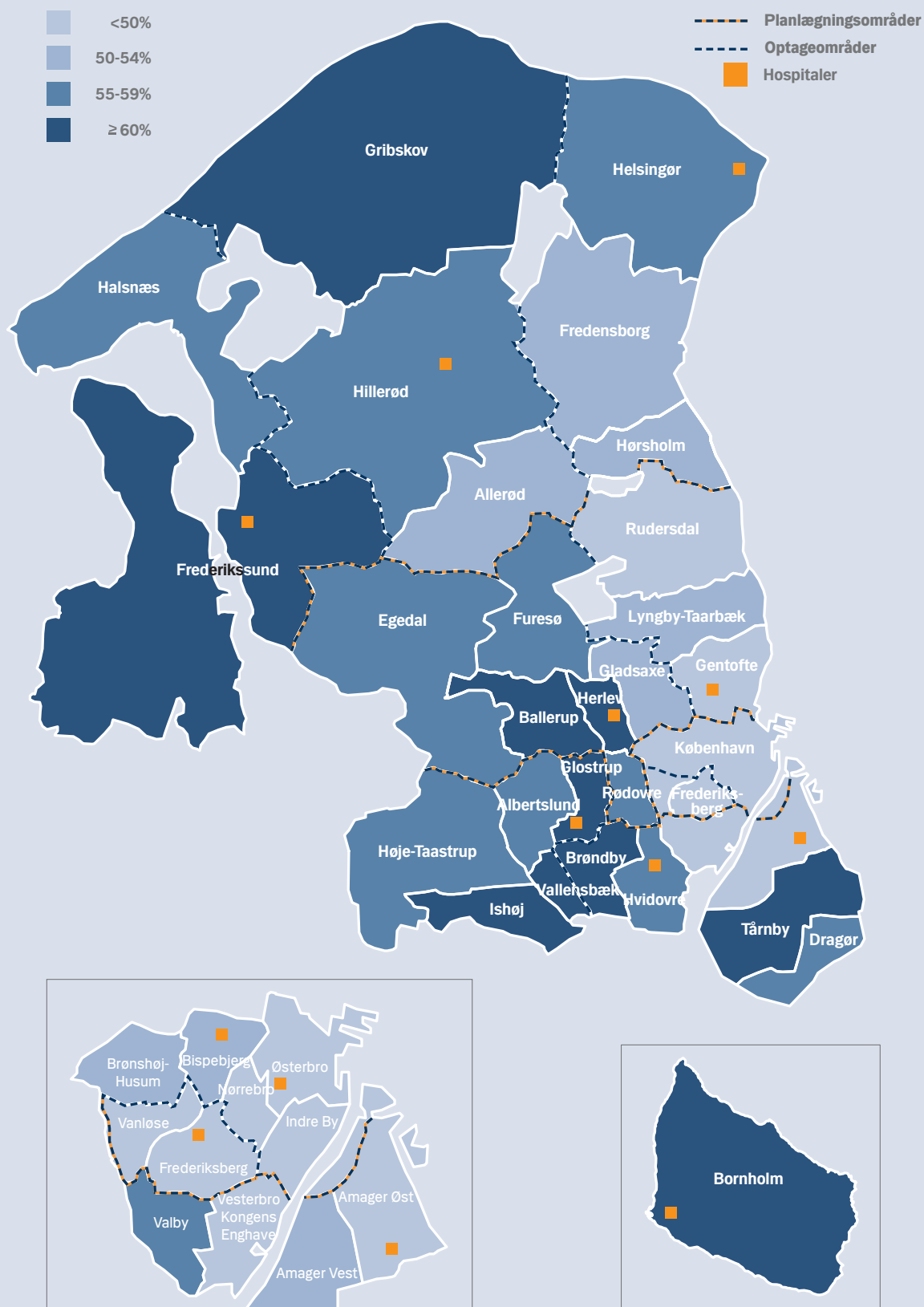
Figur 6.1 og 6.2 viser forekomsten af overvægt defineret som BMI lig med eller større end 25 blandt henholdsvis mænd og kvinder. Det ses, at forekomsten er højest i kommunerne omkring vestegnen og kommunerne i den nordvestlige del af regionen. Forekomsten er lavest i og omkring København og de nordøstlige kommuner.

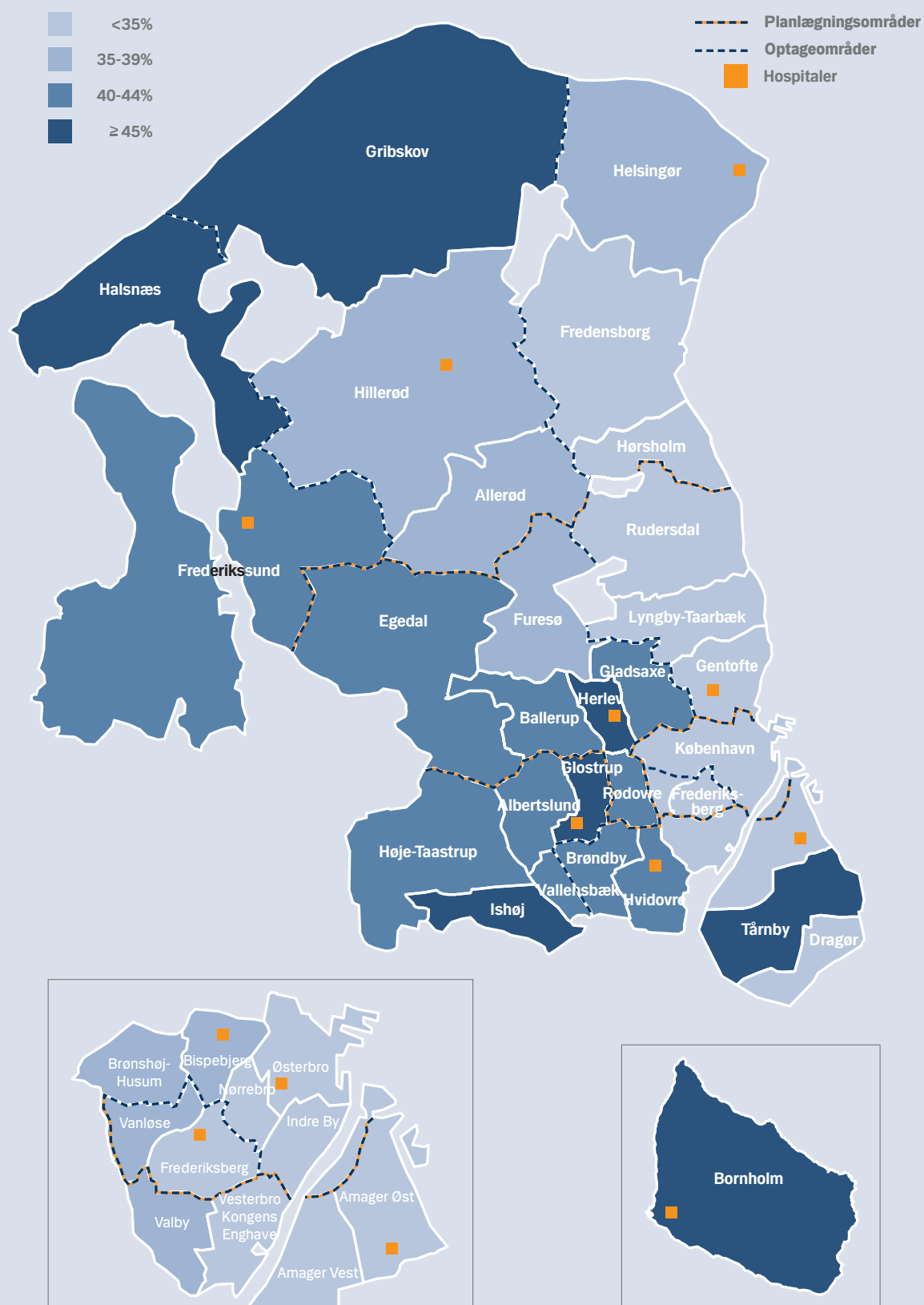
Tabel 6.3 -6.6 viser andelen af henholdsvis mænd og kvinder i kommunerne med moderat og svær overvægt.

Blandt mænd er forekomsten af moderat overvægt lavest i bydelene Nørrebro og Vesterbro, når man ser på de absolutte forekomster. Efter at der er taget højde for aldersfordelingen på tværs af kommunerne er forekomsten lavest i Rudersdal og på Frederiksberg. Vallensbæk kommune har med sine 50 % den højeste andel af mænd med moderat overvægt, også efter aldersjusteringen.

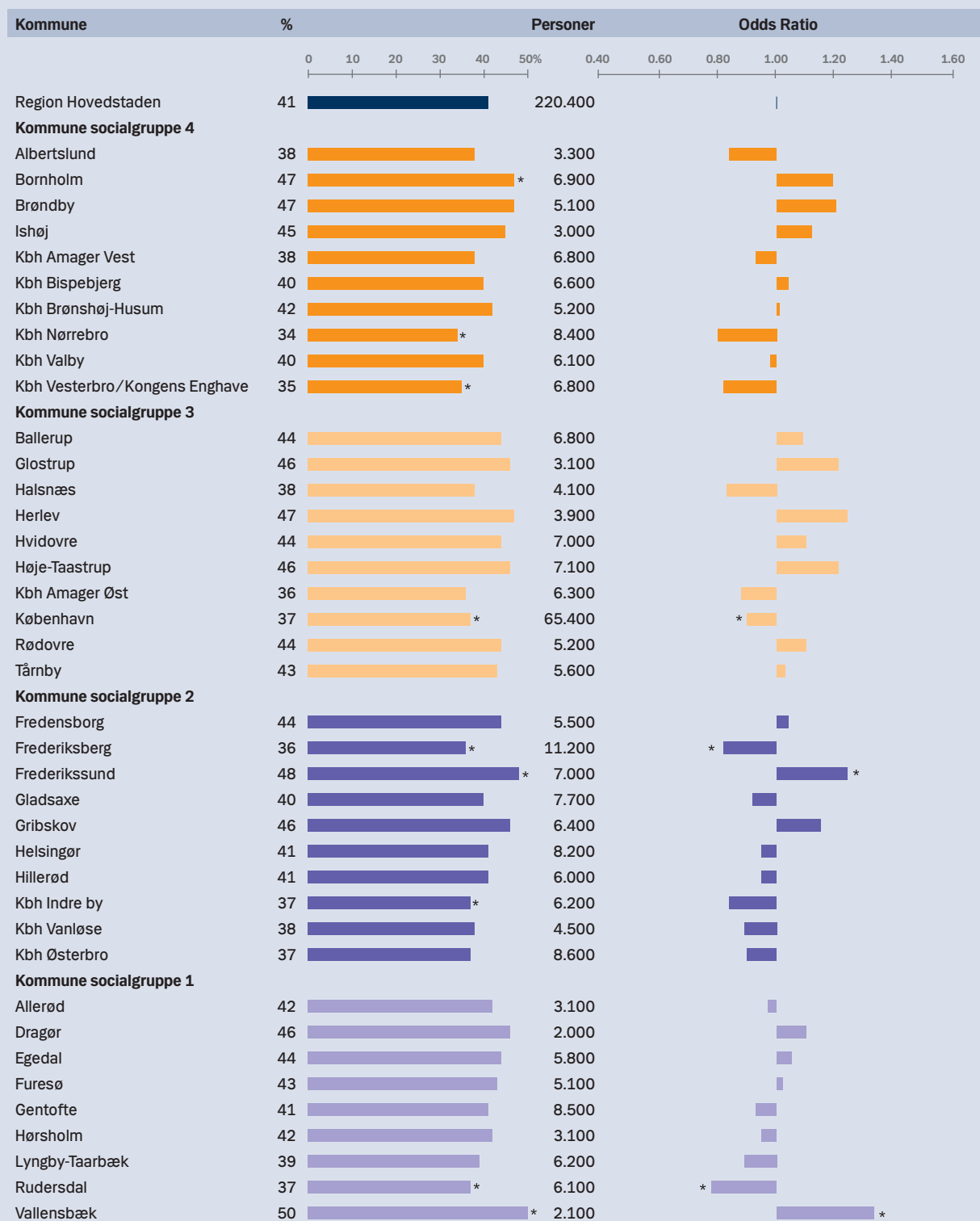
For kvinder er der færrest med moderat overvægt i Gentofte og bydelen Indre By, hvorimod der bor flest moderat overvægtige kvinder i Glostrup.

Der er ingen tydelig social gradient for mænd i forekomsten af hverken moderat eller svær overvægt, men for kvinder er der en tendens til, at forekomsten af moderat og svær overvægt er højere i kommune socialgruppe 3 og 4 og lavere i kommune socialgruppe 1 og 2 sammenlignet med regionsgennemsnittet.

Figur 6.1. Moderat og svær overvægt blandt mænd: BMI ≥ 25 

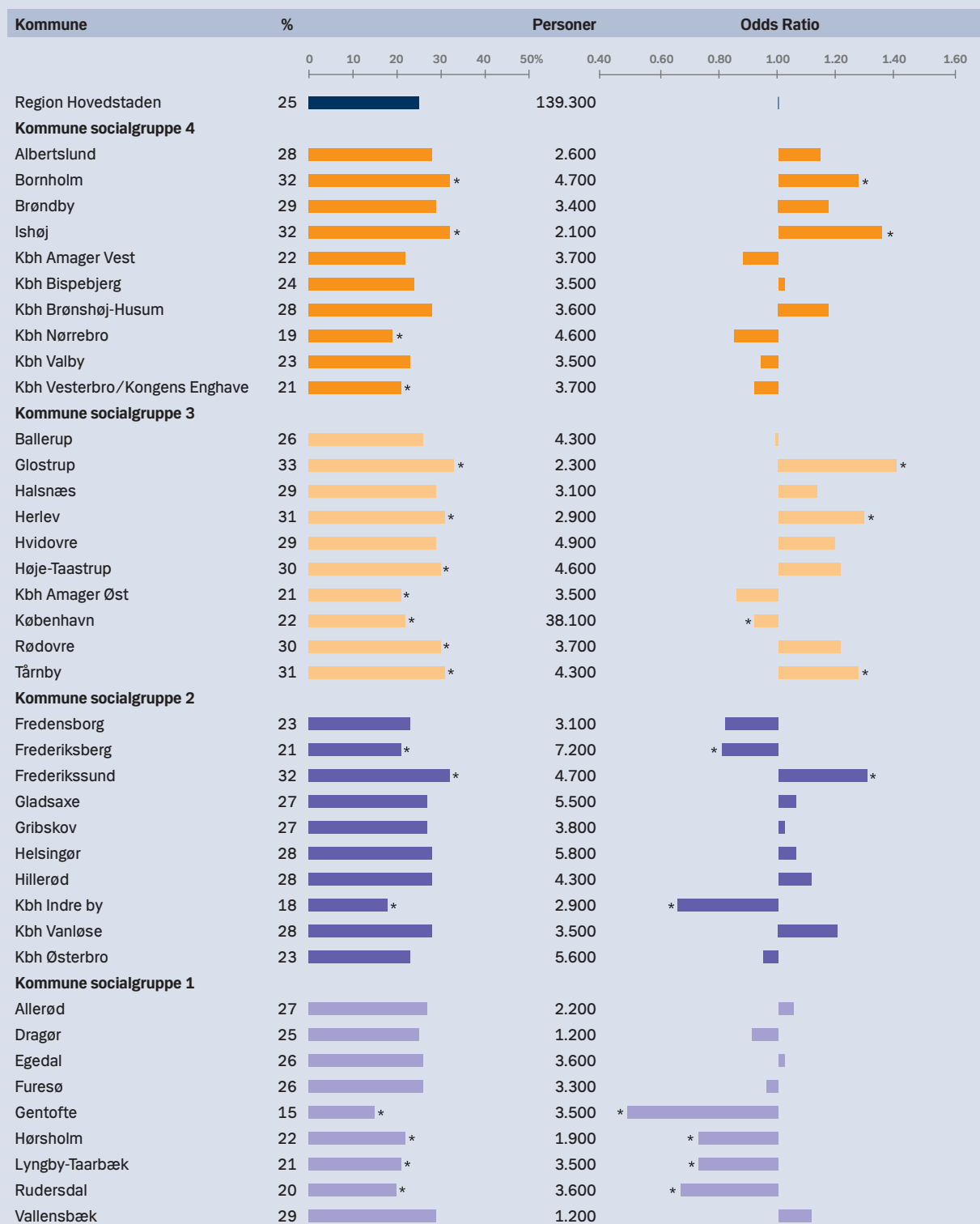
Figur 6.2. Moderat og svær overvægt blandt kvinder: BMI ≥ 25 

Tabel 6.3. Forekomsten af moderat overvægt blandt mænd i kommunerne



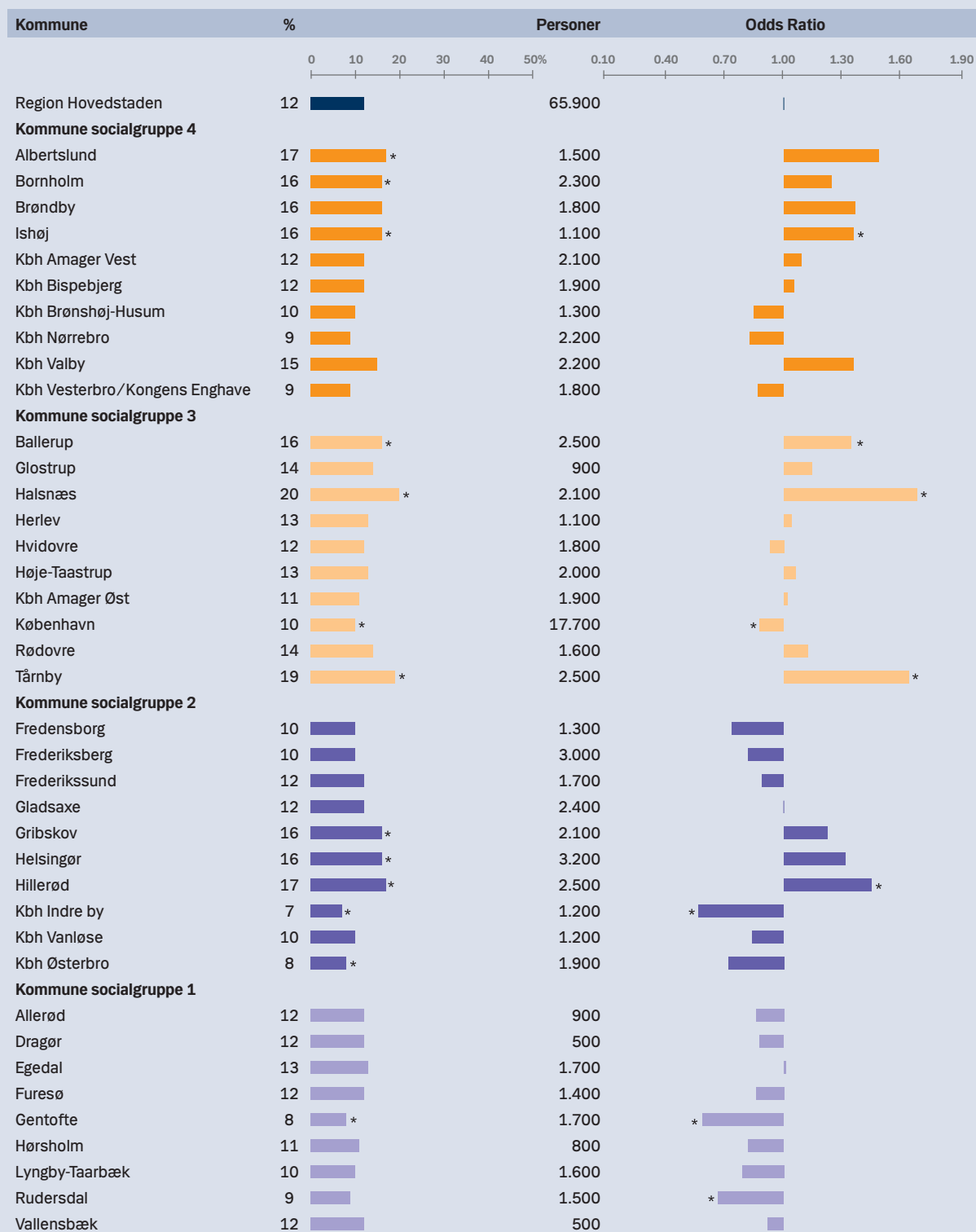
* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Tabel 6.4. Forekomsten af moderat overvægt blandt kvinder i kommunerne



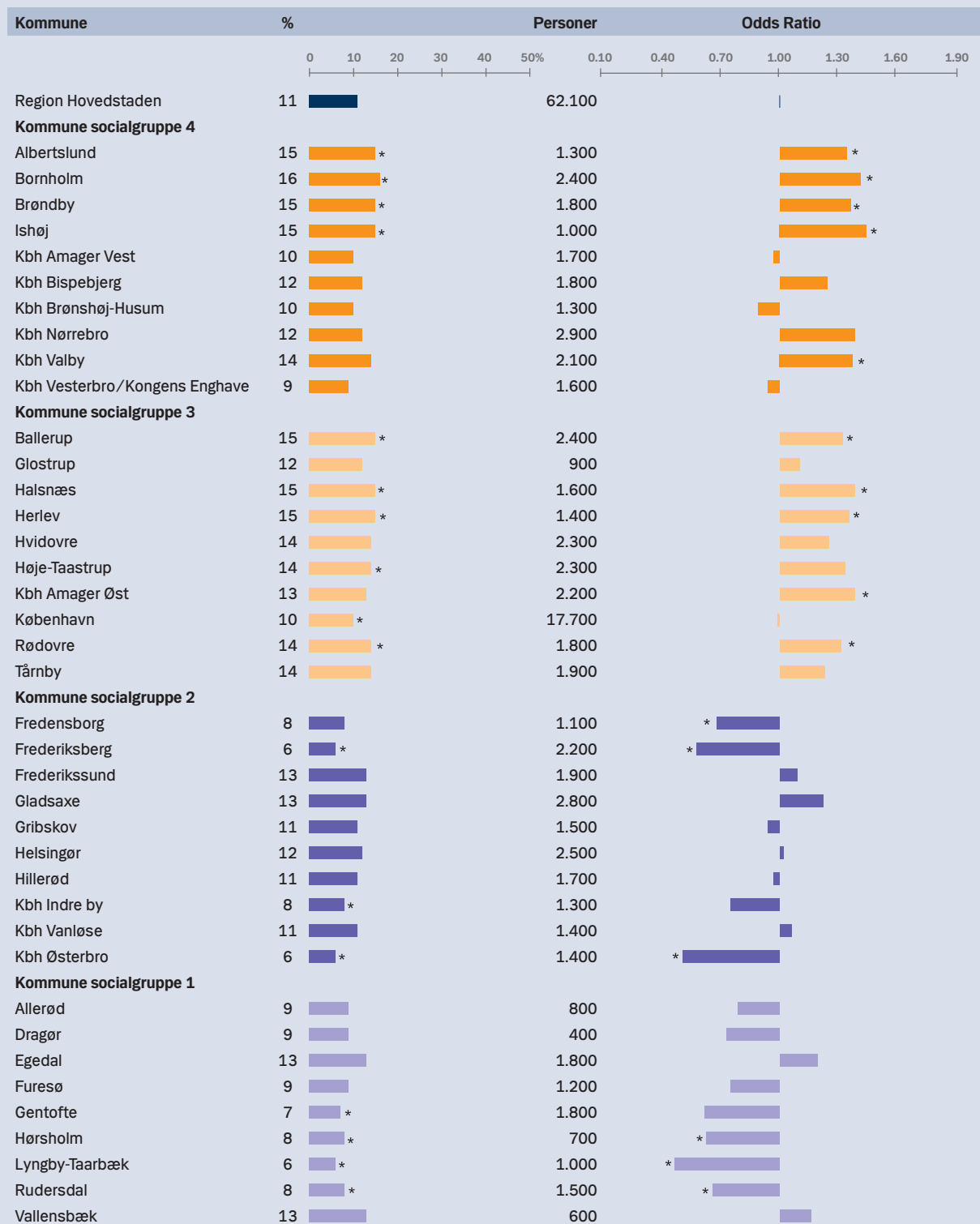
* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

Tabel 6.5. Forekomsten af svær overvægt blandt mænd i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Tabel 6.6. Forekomsten af svær overvægt blandt kvinder i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

Motivation for at ændre adfærd

Ved ændring af borgernes adfærd er det nødvendigt at vurdere, om borgerne er motiveret til at ændre adfærd. Som beskrevet i kapitel 4 kan borgeren befinde sig i forskellige faser i forandringsprocessen.

Tabel 6.7 og 6.8 viser hvordan borgerne vurderer deres egen vægt i forhold til deres BMI for henholdsvis mænd og kvinder. En stor andel af de overvægtige borgere vurderer deres vægt til at være lidt eller alt for høj, hvilket betyder, at disse borgere sandsynligvis er et sted i forandringsprocessen.

Blandt mændene synes 78 % af de moderat overvægtige og 96 % af de svært overvægtige, at deres vægt er lidt eller alt for høj. Blandt kvinderne er det stort set alle moderat og svært overvægtige, der synes vægten er lidt eller alt for høj.

Blandt de borgere, der synes deres vægt er lidt eller alt for høj ønsker 95 % at tabe sig. Disse borgere vil være i overvejelses- eller forberedelsesfasen i forhold til at ændre adfærd. Alder, køn, uddannelses- og indkomstniveau har stort set ingen betydning for borgernes ønske om at tabe sig.

Afslutningsvis skal det bemærkes, at blandt de normalvægtige kvinder vurderer godt 40 %, at deres vægt er for høj. For mænd er denne andel 20 %.

Tabel 6.7. Selvvurderet vægt og BMI blandt mænd

Selvvurderet vægt		For lav		Tilfreds		Lidt for høj		Alt for høj	
BMI	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	
	0 40 80%		0 40 80%		0 40 80%		0 40 80%		
< 18,50	75,5	2.700	20,5	700	3,9	100	0,0		
18,50-24,99	8,9	22.200	71,4	178.100	19,7	49.000	0,1	200	
25,00-29,99	0,4	1.000	21,5	47.400	70,7	156.200	7,4	16.300	
≥ 30,00	0,6	400	3,6	2.300	42,3	27.900	53,5	35.200	

Tabel 6.8. Selvvurderet vægt og BMI blandt kvinder

Selvvurderet vægt		For lav		Tilfreds		Lidt for høj		Alt for høj	
BMI	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	
	0 40 80%		0 40 80%		0 40 80%		0 40 80%		
< 18,50	37,0	6.800	60,4	11.000	2,6	500	0,1	< 50	
18,50-24,99	1,74	5.900	55,7	189.400	41,7	141.600	0,9	3.000	
25,00-29,99	0,1	100	5,7	8.000	69,5	96.700	24,7	34.400	
≥ 30,00	0		1,7	1.000	20,8	12.900	77,6	48.300	

6.2 Forhøjet blodtryk

Højt blodtryk er én af de traditionelle risikofaktorer for hjertekarsygdom og tidlig død. Det høje blodtryk påvirker blodkarrene og fremmer åreforkalkning. Dette kan give anledning til forkalkningssygdomme i hjertet, samt blødning og blodpropper i hjernen (apopleksi). Sammen med rygning er højt blodtryk de to vigtigste risikofaktorer for apopleksi.

I sundhedsprofilen er der anvendt registre til at vurdere, hvem der har forhøjet blodtryk. Forhøjet blodtryk defineres dels ud fra sygehuskontakter relateret til forhøjet blodtryk og dels ud fra behandling med blodtryksnedsættende medicin.

Tabel 6.9. viser, at 1/5 af alle voksne borgere har forhøjet blodtryk. Dette svarer til 223.200 voksne borgere i Region Hovedstaden. Forhøjet blodtryk er hyppigere blandt kvinder end blandt mænd. Det kan være et udtryk for, at der er flere kvinder, der reelt har et for højt blodtryk i forhold til mænd, men det kan også skyldes, at kvinder går hyppigere til lægen og dermed oftere bliver diagnosticeret og behandlet. Forhøjet blodtryk stiger markant fra 45 års alderen. Selv blandt den erhvervsaktive aldersgruppe fra 55 til 64 år har hver tredje borger forhøjet blodtryk.

Der er en klar sammenhæng imellem forhøjet blodtryk og uddannelses- og indkomst niveau. Blandt borgere med kort uddannelse og lav indkomst har næsten dobbelt så mange forhøjet blodtryk sammenlignet med borgere med lang uddannelse og høj indkomst.

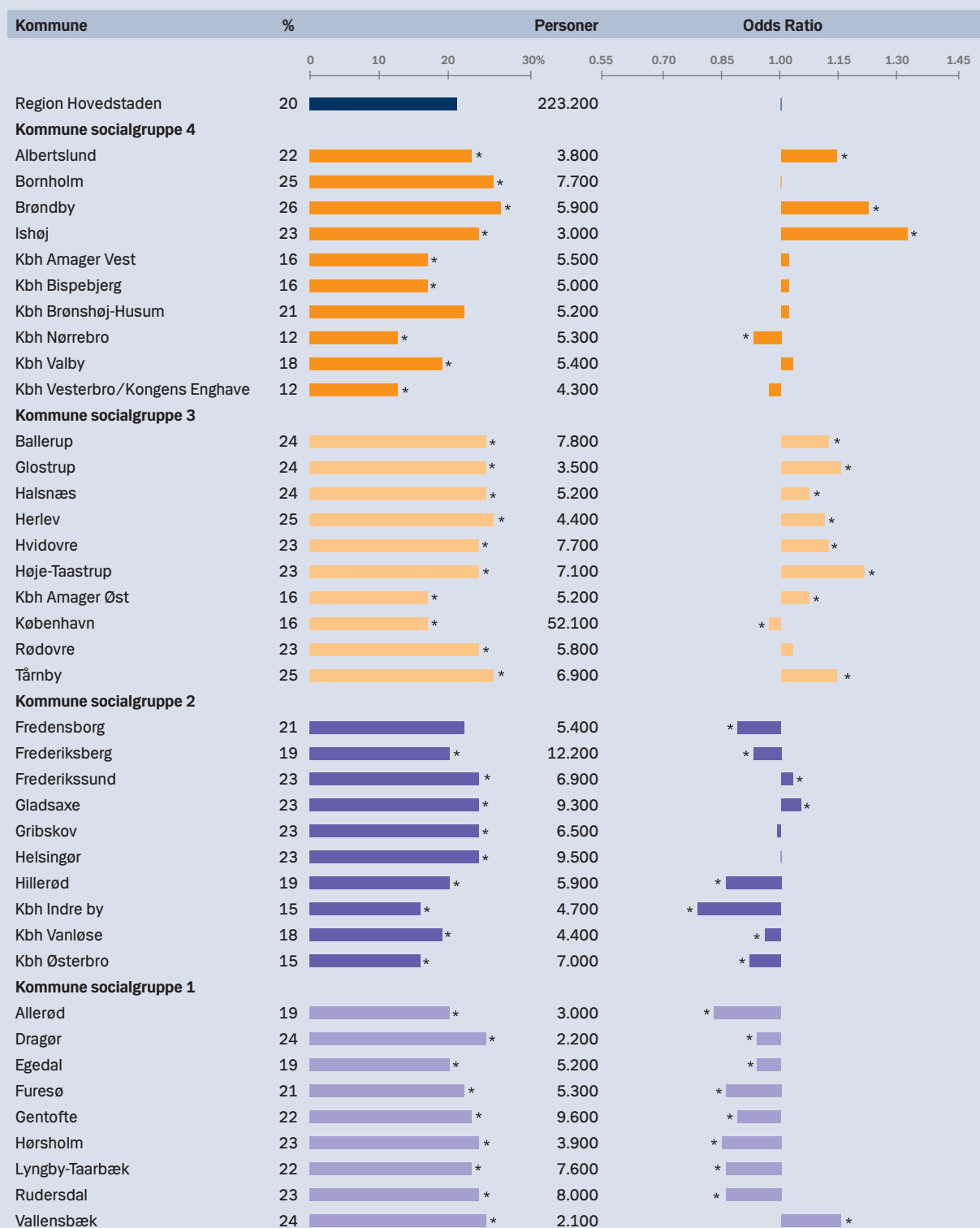
Hver femte borger i Region Hovedstaden har forhøjet blodtryk og er hyppigst blandt:

- Kvinder
- Ældre
- Borgere med kort uddannelse og lav indkomst

Tabel 6.9. Forekomsten hypertension

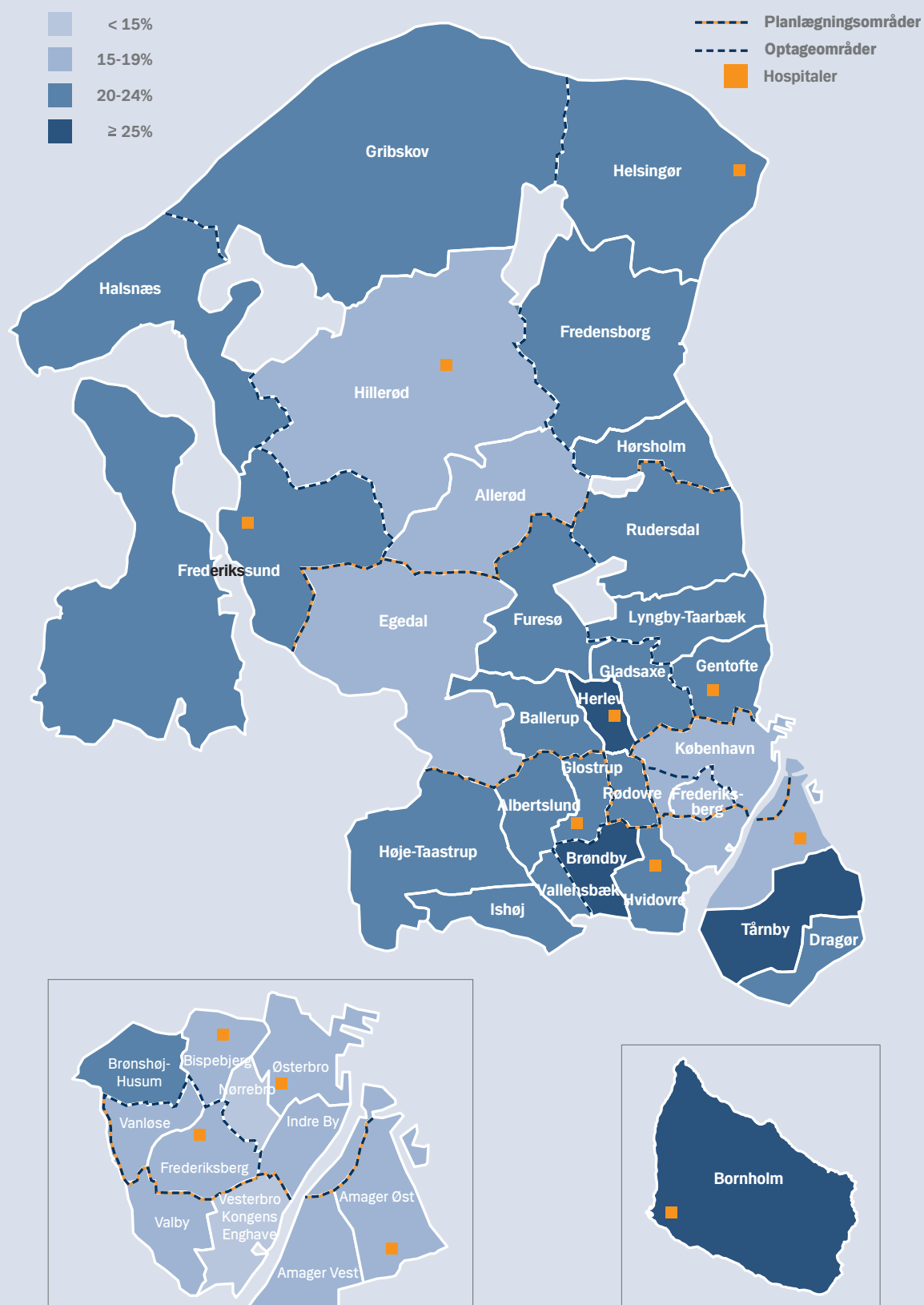
	%	Personer
Region Hovedstaden	20	223.200
Køn		
Mand	17	91.100
Kvinde	23	132.100
Alder		
25-34 år	2	4.800
35-44 år	6	13.700
45-54 år	16	32.900
55-64 år	31	63.800
65-74 år	44	56.000
75-84 år	57	45.600
85- år	62	6.400
Uddannelse		
Kort	28	78.000
Mellemlang	19	102.500
Lang	15	42.600
Indkomst		
0-<100.000 kr	19	17.600
100.000-<150.000 kr	28	54.500
150.000-<250.000 kr	21	67.000
250.000-<375.000 kr	18	57.300
375.000-<525.000 kr	17	18.400
525.000- kr	18	8.400

Tabel 6.10. Forekomsten af forhøjet blodtryk i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

Figur 6.3: Forekomsten af forhøjet blodtryk



Af tabel 6.10 fremgår det, at andelen af borgere med forhøjet blodtryk varierer imellem 12 % og 26 % på tværs af kommunerne. Den laveste forekomst findes i bydelene Nørrebro og Vesterbro/Kongens Enghave. Den højeste forekomst findes i Brøndby.

Bortset fra de københavnske bydele har alle kommuner i kommune socialgruppe 3 og 4 en højere forekomst af forhøjet blodtryk sammenlignet med regionsgennemsnittet. Denne øgede forekomst ses også efter, at der er taget højde for alderssammensætningerne på tværs af kommunerne, jævnfør tabel 6.10. For kommunerne i kommune socialgruppe 1 og 2 er billedet lidt mere broget. Andelen af borgere med forhøjet blodtryk er højere end regionsgennemsnittet for kommuner med mange ældre borgere. Når der tages højde for dette ændres billedet fuldstændig. Det ses, at alle kommuner på nær Vallensbæk kommune i kommune socialgruppe 1 og en stor andel i kommune socialgruppe 2 har en lavere forekomst end regionsgennemsnittet.

6.3 Forhøjet kolesterol

Fedt er en af kroppens byggesten. Fedt kan ikke undværes, men skal indtages i begrænset mængder. Når man taler om fedt i blodet som biologisk mål, tænkes overordnet på kolesterol. Kolesterol kan måles i blodet. Kolesterol er en risikofaktor for hjertekarsygdomme. Kolesterol niveauet i blodet påvirkes af fedtindtaget igennem kosten og fysisk aktivitet. Forhøjet kolesterol ses ofte i forbindelse med kroniske sygdomme som hjertekarsygdomme og diabetes. Talrige studier har vist, at medicinsk behandling af forhøjet kolesterol hos blandt andet hjertesyg og diabetes patienter øger overlevelsen. I normalbefolkningen er det ligeledes vist at jo lavere kolesterol niveauet er, jo bedre er overlevelsen.

I sundhedsprofilen baseres forekomsten af forhøjet kolesterol på forbruget af kolesterolsænkende medicin. Resultaterne i sundhedsprofilen er minimums tal. Det er de dels fordi mange borgere ikke har fået undersøgt deres kolesterol og dels fordi let forhøjet kolesterol i mange tilfælde behandles med ændring af borgerens kost og fysisk aktivitets niveau. Det er derfor svært at vurdere, om de fundne sammenhænge i sundhedsprofilen er reelle eller udtryk for forskellig opsporings- og ordinationspraksis.

- 8 % af befolkningen er i kolesterolsænkende behandling
- Flere kvinder end mænd er i kolesterolsænkende behandling
- Flere ældre end yngre er i kolesterolsænkende behandling
- Flere med kort uddannelse og lav indkomst er i kolesterolsænkende behandling

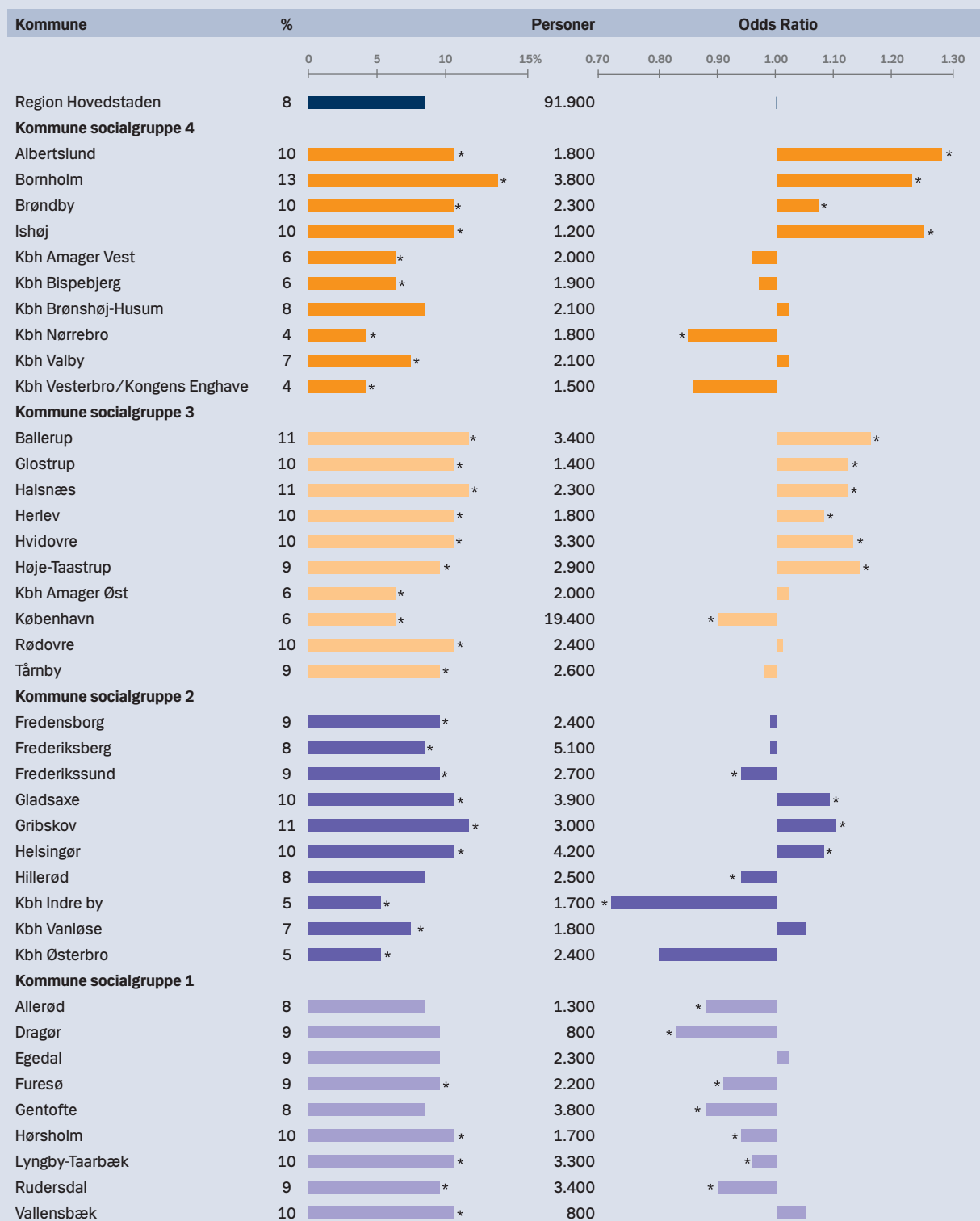
I Region Hovedstaden er 8 % af befolkningen i behandling med medicin, som sænker kolesterol, jævnfør tabel 6.11. Dette svarer til 91.900 borgere. At dette er et minimums tal for hvor mange borgere, der har forhøjet kolesterol understøttes ved at i en befolkningsundersøgelse Helbred 2006, der er udført i en population i vestegns kommunerne, har 50 – 60 % forhøjet kolesterol målt ved en blodprøve. Mange af disse borgere skal ikke i medicinsk behandling, men rådgives omkring sund levevis.

Der er stort set lige mange kvinder som mænd i behandling med kolesterolsænkende medicin. Forhøjet kolesterol stiger med alderen, således er knap ¼ af borgerne på 65 år eller derover i behandling for forhøjet kolesterol. Der er dobbelt så mange borgere med kort uddannelse og lav indkomst, der er i behandling for forhøjet kolesterol sammenlignet med borgere med lang uddannelse og høj indkomst. Det er forventeligt, da det er disse grupper, som har den højeste forekomst af hjertesygdomme og diabetes.

Tabel 6.11. Forhøjet kolesterol blandt borgerne

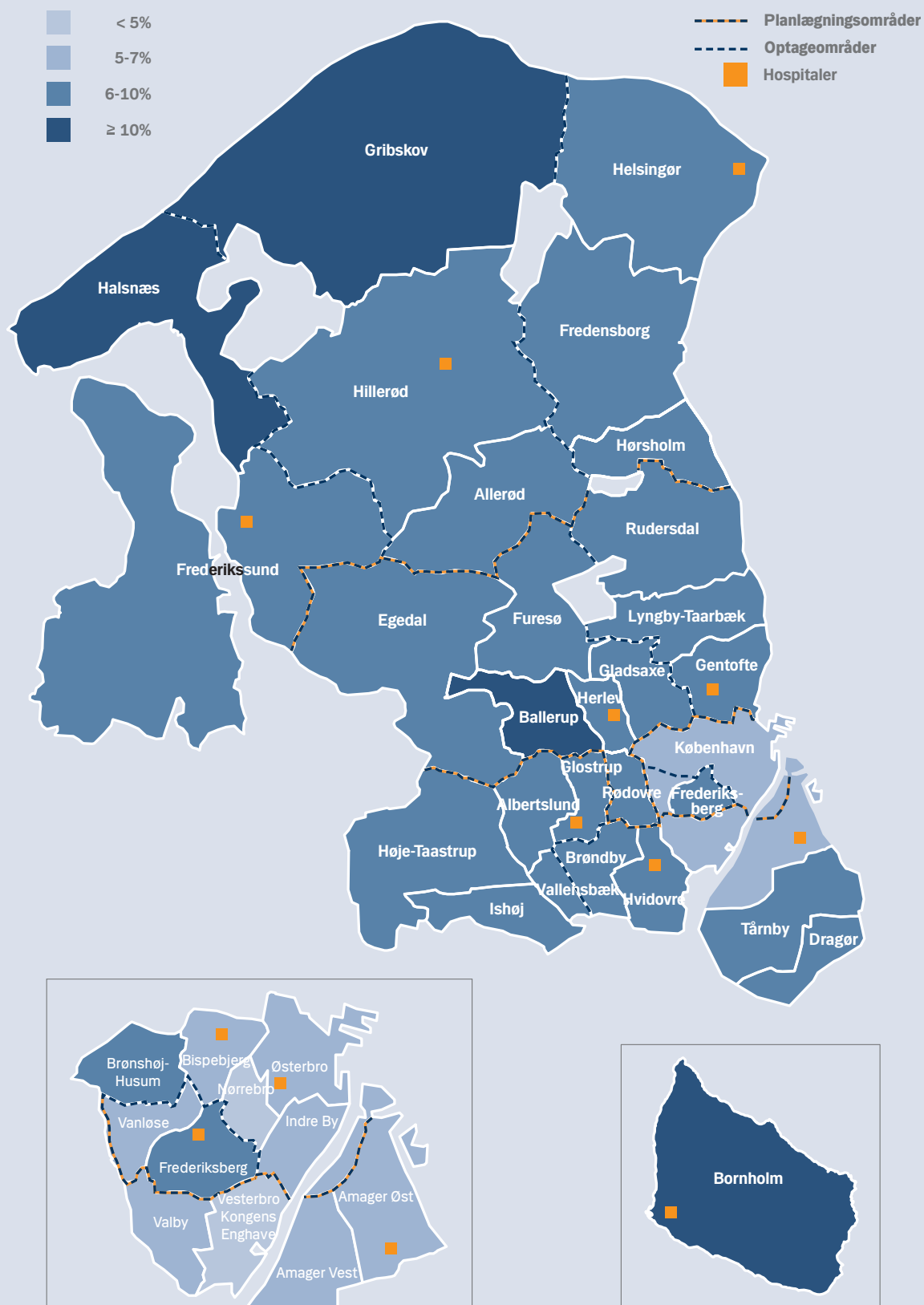
	%	Personer
	0 5 10 15 20 25 30%	
Region Hovedstaden	8	91.900
Køn		
Mand	9	49.200
Kvinde	8	42.700
Alder		
25-34 år	0	500
35-44 år	1	2.900
45-54 år	5	10.700
55-64 år	14	27.700
65-74 år	23	28.800
75-84 år	24	19.500
85- år	18	1.800
Uddannelse		
Kort	12	33.200
Mellemlang	8	42.700
Lang	6	16.000
Indkomst		
0-<100.000 kr	8	8.000
100.000-<150.000 kr	12	23.000
150.000-<250.000 kr	9	28.600
250.000-<375.000 kr	7	22.000
375.000-<525.000 kr	6	6.800
525.000- kr	7	3.400

Tabel 6.12. Forhøjet kolesterol og kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Figur 6.4. Forhøjet kolestrol



Som det ses i tabel 6.12 og figur 6.4 varierer forekomsten af borgere, som er i behandling med forhøjet kolesterol mellem 4 % og 13 % i kommunerne. Andelen af borgere med forhøjet kolesterol er højest på Bornholm, hvor 13 % af borgerne er i behandling. Den laveste forekomst findes i bydelene Nørrebro og Vesterbro/Kongens Enghave, her er kun 4 % i behandling.

Det ses yderligere i tabel 6.12, at stort set alle kommuner bortset fra Københavns og Frederiksberg kommuner har en højere andel af borgere end regionsgennemsnittet, som er i behandling med kolesterolsænkende medicin. Når der tages højde for forskellene i alderssammensætningen på tværs af kommunerne forsvinder dette billede og der ses en social gradient på tværs af kommune socialgrupperne. Næsten alle kommunerne i kommune socialgruppe 1 har en lavere forekomst end regionsgennemsnittet, hvorimod en stor andel af kommunerne i kommune socialgruppe 3 og 4 har en højere forekomst.

Det skal bemærkes, at for Københavns Kommune og en stor del af bydelene er andelen af borgere, der er i kolesterolsænkende behandling under regionsgennemsnittet, dette ses også efter at der er taget højde for aldersforskellene. Man ville have forventet, at flere borgere i Københavns Kommune ville være i behandling, da forekomsten af hjertekarsygdomme og diabetes er signifikant højere i Københavns Kommune sammenlignet med regionsgennemsnittet (se kapitel 7). Denne lavere forekomst kan tilskrives flere faktorer. Der kan for eksempel være forskelle i hvor ofte borgerne kontakter egen læge, forskelle i opsporings- og ordinationspraksis blandt de praktiserende læger eller forskelle på, om patienterne indløser recepterne på den ordinerede medicin.

6.4 Biologiske mål og sundhedsadfærd

Borgere med forhøjede biologiske mål har en øget risiko for at udvikle kroniske sygdomme. Det er afgørende, at disse borgere har en hensigtsmæssig sundhedsadfærd eller at de ændrer deres vaner i en gunstig retning.

Generelt er der lige så mange borgere med forhøjede biologiske mål, som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd som gennemsnittet af befolkningen i Region Hovedstaden, jævnfør tabel 6.13. Blandt borgere med forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol er der endda flere der er fysisk inaktive og som har et risikabelt alkoholforbrug sammenlignet med regionsgennemsnittet.

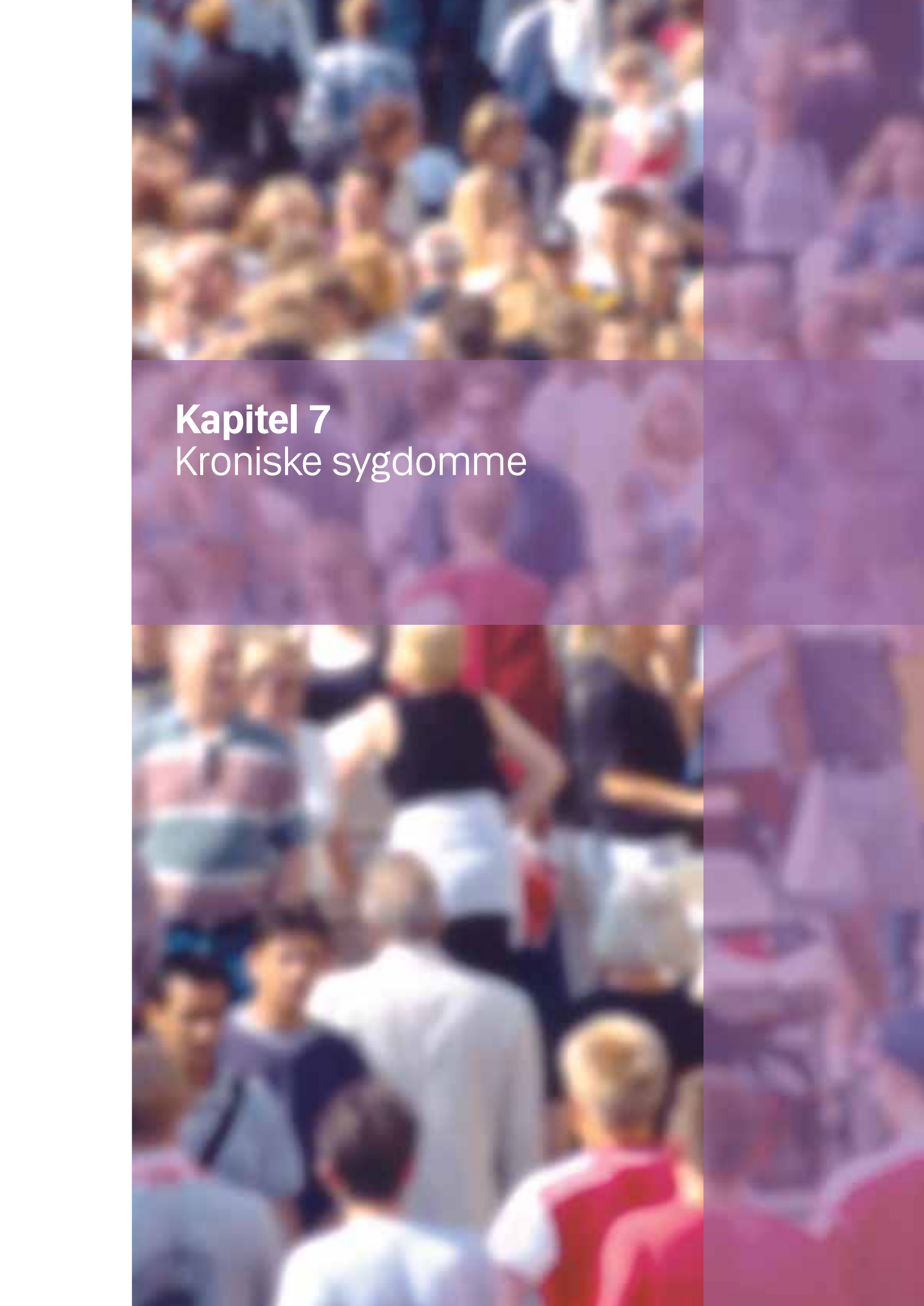
Af tabel 6.13 fremgår det ligeledes, at mange borgere med forhøjede biologiske mål og en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd er motiveret for ændringer af sundhedsadfærden. Blandt de svært overvægtige ønsker $\frac{1}{4}$ at spise sundere og knap 90 % at øge deres fysiske aktivitet, hvilket er højere end regionsgennemsnittet.

Derimod er der færre borgere med forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol med en usund kostvane og som er fysisk inaktive, der ønsker at ændre adfærd sammenlignet med regionsgennemsnittet. Det er dog fortsat 60 til 80 % af borgerne med påvirket blodtryk og kolesterol, der ønsker at ændre adfærd.

Tabel 6.13. Andelen af borgere med påvirkede biologiske mål, der ikke lever op til sundhedsstyrelsens anbefalinger og motivation til at ændre sundhedsadfærd

	Ryger		Ønsker at holde op med at ryge		Fysisk inaktiv		Vil gerne være mere fysisk aktiv
	%	Personer	%		%	Personer	%
	0 45 90%		0 45 90%		0 45 90%		0 45 90%
Region Hovedstaden	24	258.800	71		35	382.100	82
BMI>=30	22	27.500	70		47	59.500	88
25<=BMI<30	22	80.300	75		36	130.200	83
Forhøjet blodtryk	24	48.200	64		44	87.000	79
Forhøjet kolesterol	27	23.600	68		47	40.900	76

	Usund kost		Vil gerne spise mere sundt		Risikabelt alkoholforbrug		Vil gerne nedsætte alkoholforbrug
	%	Personer	%		%	Personer	%
	0 45 90%		0 45 90%		0 45 90%		0 45 90%
Region Hovedstaden	12	127.000	69		33	320.800	28
BMI>=30	15	19.400	76		33	34.300	29
25<=BMI<30	13	45.700	68		35	111.900	28
Forhøjet blodtryk	13	26.100	60		37	63.400	29
Forhøjet kolesterol	14	12.100	59		40	29.700	27

The background image shows a large, dense crowd of people, likely at a public event or festival. The crowd is composed of many young adults, with some individuals looking towards the camera. The image is partially obscured by a semi-transparent purple overlay on the right side. The text is positioned in the upper left quadrant of the image.

Kapitel 7

Kroniske sygdomme

7 Kroniske sygdomme

Ved planlægning af sundhedsfremme og forebyggelsesaktiviteter er det nødvendigt at kende til forekomsten og fordelingen af de kroniske sygdomme.

I dette kapitel beskrives forekomsten af de kroniske sygdomme i Region Hovedstaden, herunder også hvor mange, der lever med mere end én kronisk sygdom, samt hvilket forebyggelsespotentiale, der er blandt de kronisk syge i relation til sundhedsadfærd som rygning, fysisk inaktivitet, alkohol og kost.

I det følgende er fokus lagt på ti hyppigt forekommende kroniske sygdomme. Det drejer sig om hjertesygdomme, apopleksi, diabetes, kroniske lungesygdomme (KOL og astma), kræft, knogleskørhed, gigt, rygsygdomme, allergi og psykiske sygdomme. Dette er alle sygdomme, som indgår i Regeringens Folkesundhedsprogram fra 2002 *"Sund hele livet"*.

Forekomsten af flere af de kroniske sygdomme er stigende i Danmark. Dette skyldes dels et stigende antal ældre i befolkningen og dels forbedrede behandlingsmuligheder inden for store sygdomsgrupper som hjertekarsygdomme, kræft, og diabetes, hvilket betyder, at folk lever længere med deres sygdom. Endelig er der sket en ændring af befolkningens sundhedsadfærd såsom øget fysisk inaktivitet og øget indtag af kalorier og usund kost, som øger risikoen for at udvikle sygdom.

I denne sundhedsprofil er forekomsten af de kroniske sygdomme opgjort på baggrund af oplysninger fra nationale registre. Der er anvendt oplysninger om ambulante sygehuskontakter eller indlæggelser via Landspatientregisteret i perioden 1995-2006. Endvidere er Det Nationale Diabetesregister anvendt. For nogle af sygdommene er indløsning af receptpligtige lægemidler (Lægemiddel-databasen) i perioden 1995-2006 også anvendt til at identificere personer med kronisk sygdom. Ved indløsning af receptpligtig medicin skal borgeren have indløst minimum to recepter i løbet af en 12-måneders periode for at blive defineret som havende en kronisk sygdom. Definitionerne af de kroniske sygdomme er beskrevet i bilag 2.

Forekomsten af de kroniske sygdomme er opgjort for hele Region Hovedstaden og for de enkelte kommuner samt de ti bydele i Københavns Kommune. Endvidere er forekomsten opgjort for de enkelte planlægnings- og optageområder i regionen, se bilag 1.

De kroniske sygdomme forekommer hyppigst blandt de ældre borgere. Som beskrevet i kapitel 2 varierer aldersfordelingen betydeligt mellem kommunerne i Region Hovedstaden, således har kommuner som Hørsholm, Bornholm og Dragør en stor andel af ældre borgere. Disse kommuner vil derfor af den grund have en stor andel af borgere med kronisk sygdom. For at vurdere om variationen i sygdomsforekomsten mellem kommunerne kan forklares af andre faktorer end køn og alder, bliver der i analyserne af forekomsten af de kroniske sygdomme taget højde for forskelle i køns- og alderssammensætningen i kommunerne.

Tabel 7.1. Kroniske sygdomme blandt borgerne i perioden 1995-2006

Sygdom	1995-2006	
	%	antal personer
	0 5 10 15 20%	
Allergi	20	229.900
Psyriske sygdomme	15	170.400
Kroniske lungesygdomme	15	170.300
Osteoporose	6,9	80.800
Rygsgygdomme	6,5	76.600
Hjertesygdomme	6,4	75.300
Gigt	5,2	61.100
Diabetes	4,4	51.800
Kræft	3,9	46.000
Apopleksi	2,5	29.600

Tabel 7.1 viser forekomsten af de kroniske sygdomme i Region Hovedstaden. I perioden 1995-2006 er allergi den hyppigst forekommende sygdom efterfulgt af psykiske sygdomme og kroniske lungesygdomme med henholdsvis 20 og 15 %.

Med undtagelse af hjertesygdomme, apopleksi og diabetes er de kroniske sygdomme hyppigere forekommende blandt kvinder end mænd i Region Hovedstaden. For alle sygdomme på nær allergi er forekomsten af sygdommene hyppigere blandt borgere med kort uddannelse og lavt indkomstniveau.

7.1 Hjertekarsygdomme

Hjertekarsygdomme udgør en af de største økonomiske omkostninger for samfundet. Hjertekarsygdomme er årsag til betydelig funktionsnedsættelse og nedsat livskvalitet. Hjertekarsygdomme omfatter en lang række sygdomme, hvor de hyppigste er iskæmisk hjertesygdom (åreforkalkning i hjertet) og apopleksi (slagtilfælde). Forekomsten af hjertekarsygdomme er faldet igennem de sidste mange år, men alligevel er det én af de hyppigste livstruende kroniske sygdomme herhjemme.

I det følgende beskrives forekomsten af hjertesygdom herunder iskæmisk hjertesygdom og kronisk hjertesvigt samt forekomsten af apopleksi i Region Hovedstaden.

Kroniske sygdomme i Region Hovedstaden:

- 20 % af borgerne har eller har haft allergi
- 2,5 % af borgerne har eller har haft apopleksi
- Kroniske lungesygdomme, osteoporose, gigt, rygsgygdomme, diabetes, hjertesygdomme, kræft, apopleksi og psykiske sygdomme forekommer hyppigere blandt borgere med en kort uddannelse og lav indkomst
- Allergi forekommer hyppigere blandt borgere med en lang uddannelse og høj indkomst

7.1.1 Hjertesygdom

Den hyppigst forekommende hjertesygdom er iskæmisk hjertesygdom, som kan føre til blodprop i hjertet, hjertesvigt, forstyrrelser i hjerterytmen og sygdomme i hjerteklapperne. Af hyppige påvirkelige årsager til hjertesygdomme skal nævnes rygning, fysisk inaktivitet og kostvaner.

I perioden 1995-2006 har 6,4 % svarende til 75.300 personer i den voksne befolkning på 25 år og derover haft hjertesygdom, jævnfør tabel 7.2.

Tabel 7.2. Forekomsten af hjertesygdomme

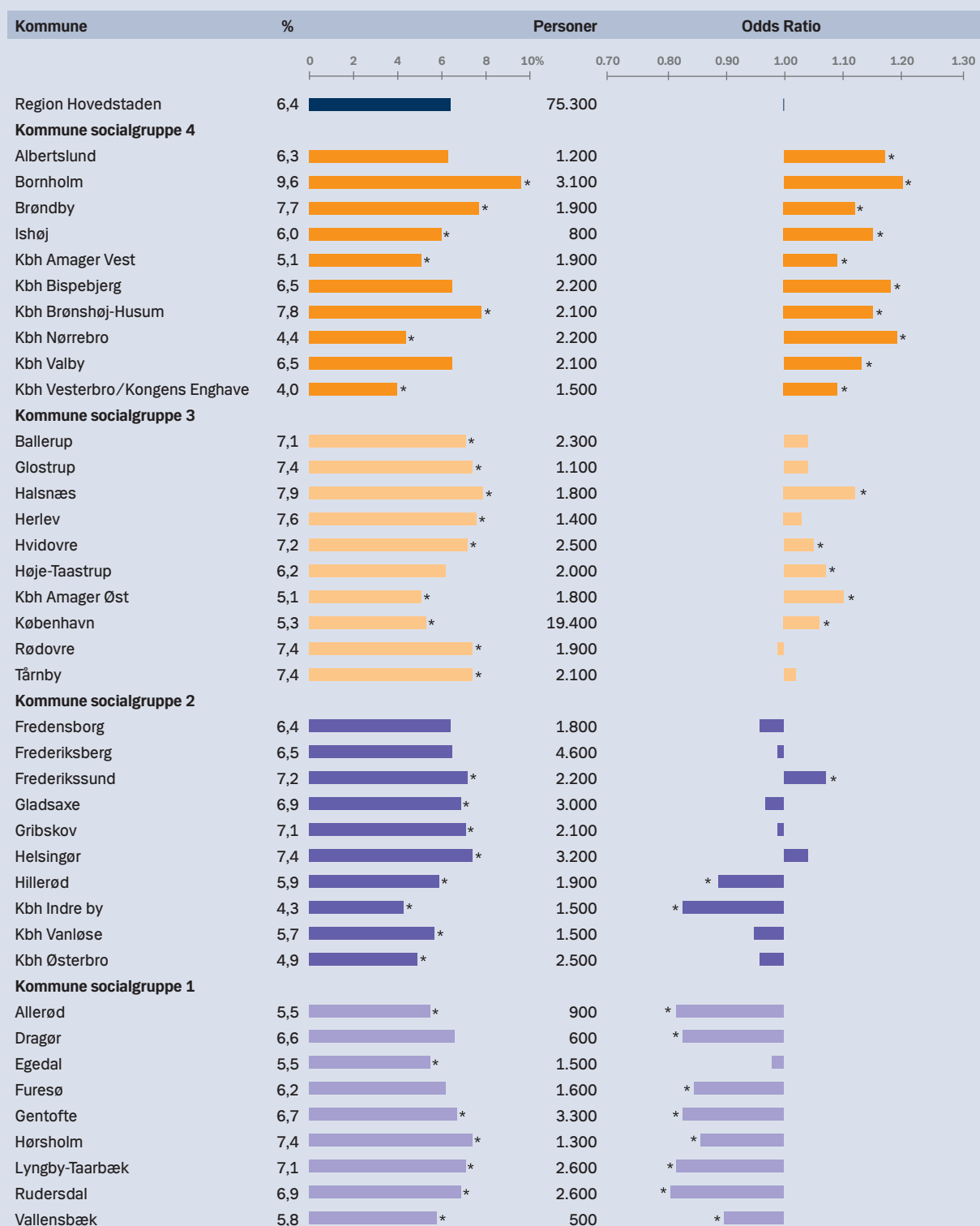
	%	Personer
	0 10 20 30 40%	
Region Hovedstaden	6,4	75.300
Køn		
Mand	7,0	39.700
Kvinde	5,8	35.600
Alder		
25-34 år	0,2	500
35-44 år	0,8	2.000
45-54 år	2,9	6.000
55-64 år	7,1	14.700
65-74 år	14,4	18.900
75-84 år	24,6	20.200
85- år	34,6	12.900
Uddannelse		
Kort	9,3	25.700
Mellemlang	5,2	27.700
Lang	3,5	10.000
Indkomst		
0-<100.000 kr	8,3	9.200
100.000-<150.000 kr	11,6	25.800
150.000-<250.000 kr	6,5	21.800
250.000-<375.000 kr	3,8	12.600
375.000-<525.000 kr	3,5	3.900
525.000- kr	4,2	2.000

Hjertesygdom

- 6,4 % af borgerne har hjertesygdom
- Hjertesygdom er hyppigere blandt mænd end kvinder.
- Hjertesygdom er 2-3 gange hyppigere hos borgere med kort uddannelse og lavt indkomstniveau.

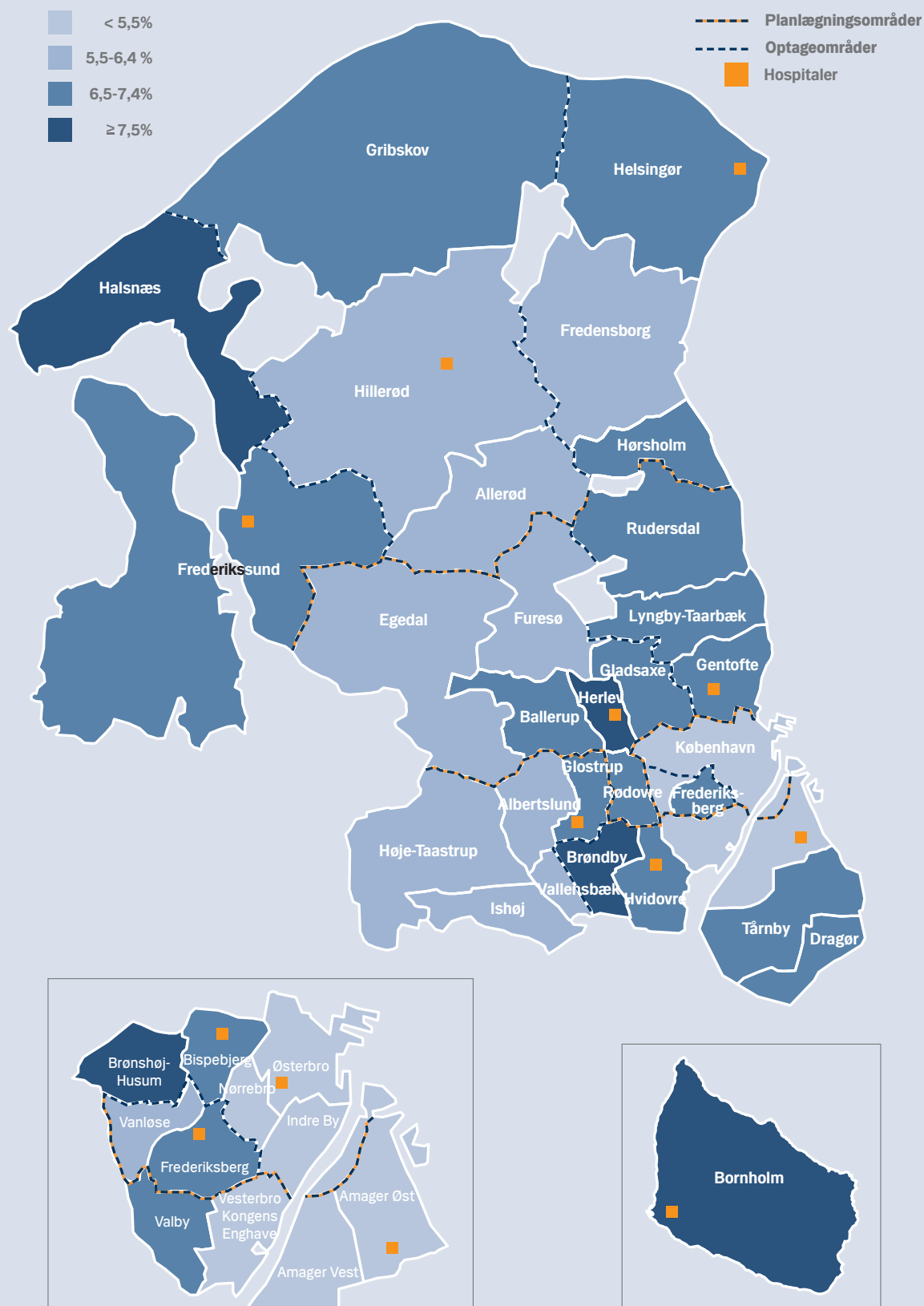
Hjertesygdomme er hyppigere blandt mænd end kvinder, og forekomsten stiger markant med alderen. Kvinderne er ti år ældre end mændene, førend de opnår samme forekomst som mændene. Der ses en tydelig negativ social gradient i forekomsten af hjertesygdomme, idet kort uddannede borgere har en tre gange forøget forekomst af hjertesygdomme sammenlignet med højtuddannede borgere. Borgere, der tjener mindre end 250.000 kr. om året, har en dobbelt så høj forekomst af hjertesygdom end dem, der tjener mere.

Tabel 7.3. Forekomsten af hjertesygdomme i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

Figur 7.1. Forekomsten af hjertesygdomme



Forekomsten af hjertesygdom varierer fra 4,0 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave til 9,6 % på Bornholm. Forekomsten af hjertesygdom er forholdsvis høj i Gentofte, Hørsholm, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal. Det skyldes, at der er en stor andel af ældre borgere i disse kommuner. Til sammenligning er forekomsten relativ lav i kommuner, hvor borgerne er yngre. Når der tages højde for alder, ses en social gradient imellem kommunerne. Forekomsten er højere i kommune socialgruppe 3 og 4 sammenlignet med kommune socialgruppe 1 og 2.

Tabel 7.4. Forekomsten af hjertesygdomme opdelt på planlægnings- og optageområder



Tabel 7.3 afspejler, at andelen af borgere med hjertesygdomme varierer imellem regionens planlægningsområder fra 5,6 % i Byen til 9,6 % på Bornholm. Variationen i forekomsten mellem de enkelte planlægningsområder kan til dels forklares med forskelle i aldersfordelingen mellem planlægningsområderne. Når der tages højde for aldersforskellene mellem planlægningsområderne, er forekomsten af hjertesygdomme højere i planlægningsområderne Syd, Byen og Bornholm sammenlignet med planlægningsområderne Midt og Nord.

7.1.2 Apopleksi

Apopleksi (slagtilfælde) er en fælles betegnelse for blodprop i hjernen og hjerneblødning. Knap 90 % af alle apopleksitilfælde skyldes blodprop i hjernen. Apopleksi er en sygdom, der kan have alvorlige konsekvenser for patienten i form af lammelser, talebesvær og hukommelsessvigt. Patienter med alvorlige konsekvenser efter en apopleksi kan have svært ved at blive boende i eget hjem. Væsentlige årsager til apopleksi er alder, forhøjet blodtryk, rygning, diabetes og alkohol.

Af tabel 7.5 fremgår det, at 29.600 borgere i Region Hovedstaden har haft apopleksi, hvilket svarer til 2,5 % af befolkningen.

Apopleksi

- 2,5 % af borgerne har haft en apopleksi
- Andelen af borgere, der har haft apopleksi er højere blandt borgere med kort uddannelse og lav indkomst

Generelt har lige mange mænd som kvinder haft apopleksi. Dog er apopleksi hyppigere blandt mænd fra 65 år og fremefter. Andelen af borgere, der har haft apopleksi stiger med stigende alder fra 55 år og topper efter 75 år. Ligeledes er der flere borgere med kort uddannelse og lav indkomst, der har haft apopleksi i forhold til borgere med lang uddannelse og høj indkomst.

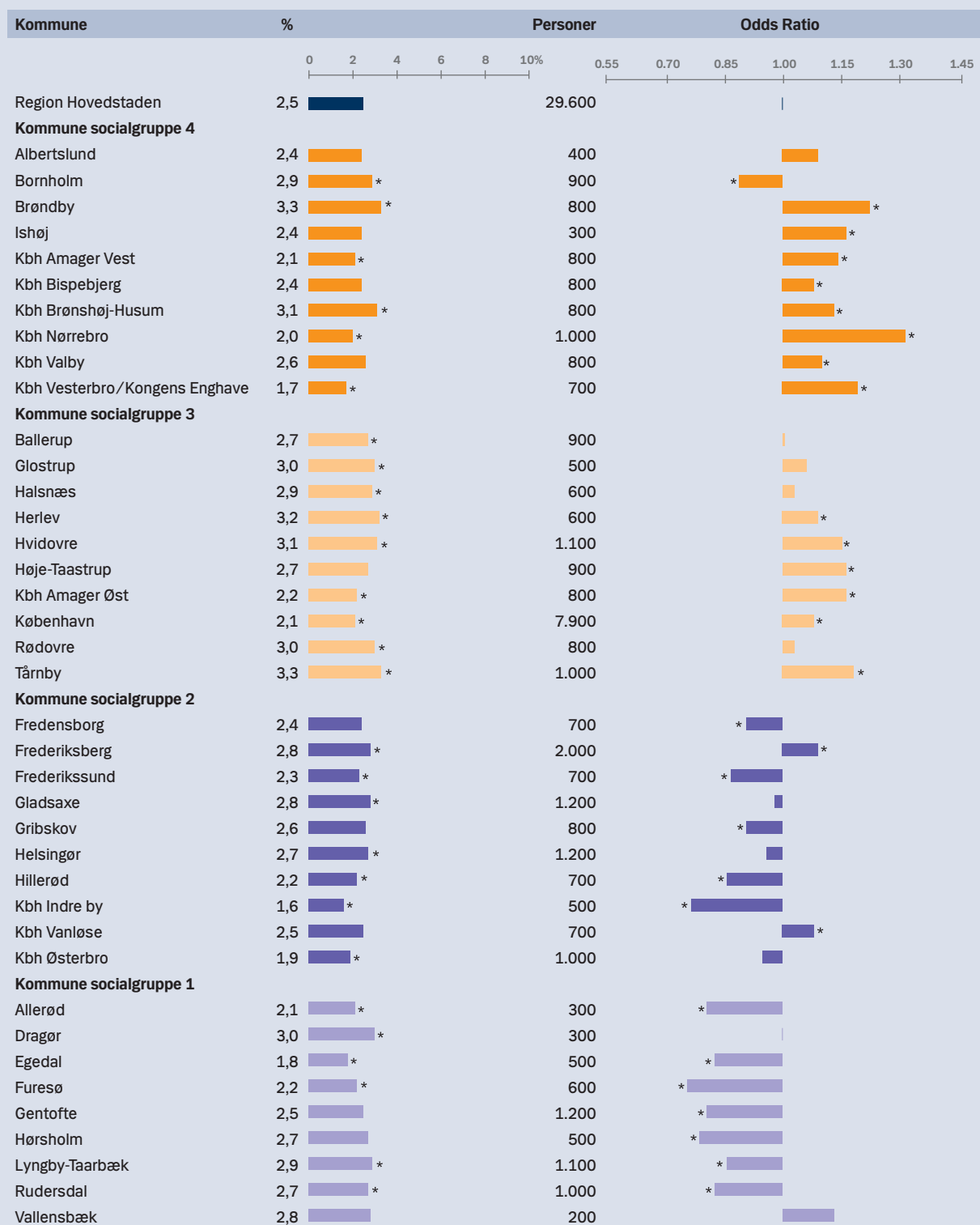
Tabel 7.5. Forekomsten af borgere, der har haft apopleksi

	%	Personer
	0 5 10 15 20%	
Region Hovedstaden	2,5	29.600
Køn		
Mand	2,6	14.700
Kvinde	2,5	15.000
Alder		
25-34 år	0,1	300
35-44 år	0,4	900
45-54 år	1,1	2.200
55-64 år	2,7	5.500
65-74 år	5,5	7.200
75-84 år	10,0	8.200
85- år	13,8	5.100
Uddannelse		
Kort	3,7	10.300
Mellemlang	2,1	10.900
Lang	1,3	3.800
Indkomst		
0-<100.000 kr	3,0	3.300
100.000-<150.000 kr	4,9	10.800
150.000-<250.000 kr	2,6	8.700
250.000-<375.000 kr	1,5	4.800
375.000-<525.000 kr	1,2	1.300
525.000- kr	1,4	700

Forekomsten af borgere, der har haft apopleksi varierer fra 1,6 til 3,3 % på tværs kommunerne. Den laveste andel af borgere, der har haft apopleksi findes i bydelene Indre by og Vesterbro/Kongens Enghave. Omvendt er der flest borgere i Tårnby og Brøndby kommuner, der har haft apopleksi, jævnfør tabel 7.6.

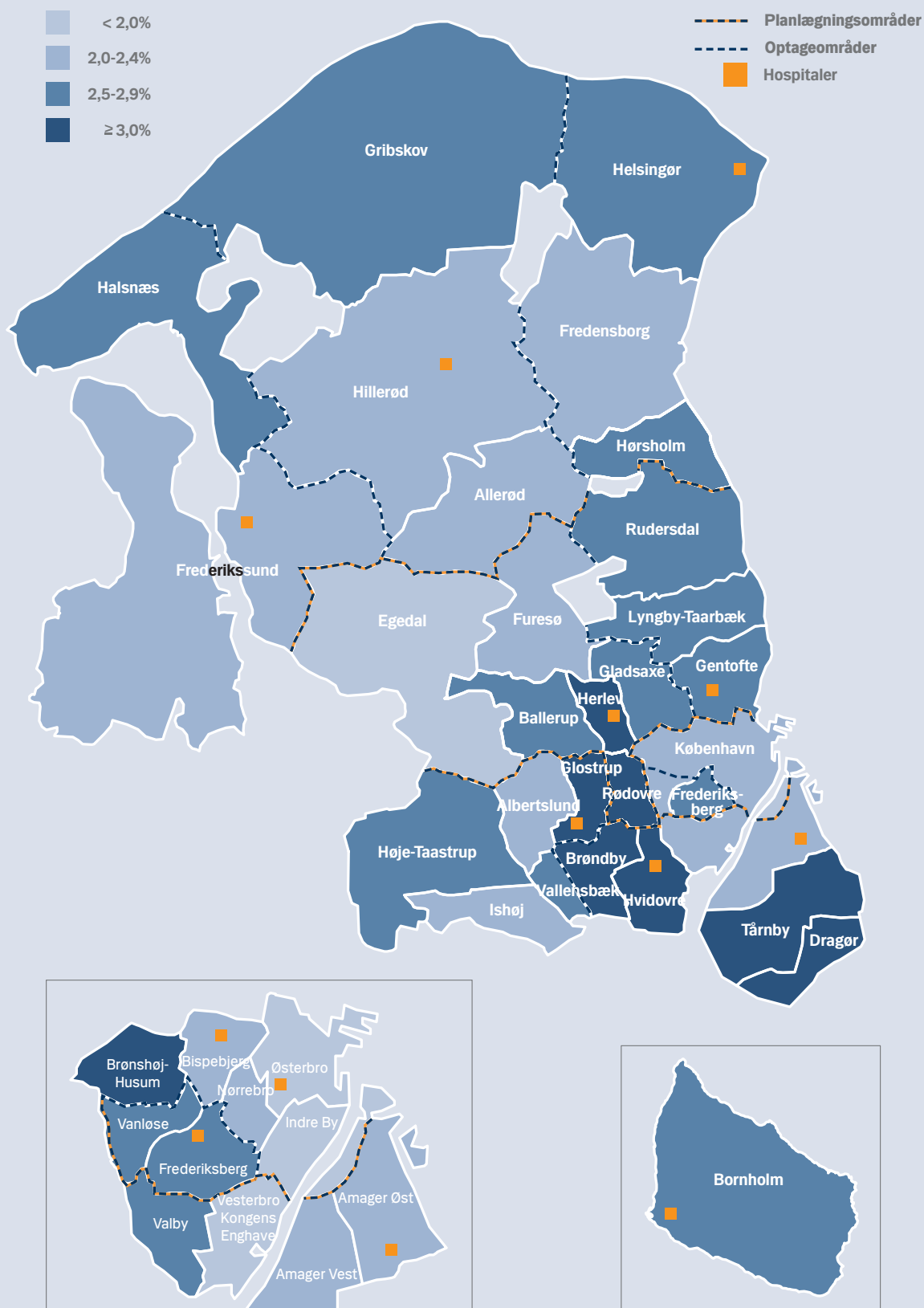
Når der tages højde for alderssammensætningen i kommunerne, har næsten alle kommuner i socialgruppe 3 og 4 på nær Bornholms Regionskommune en signifikant højere andel af borgere, der har haft apopleksi sammenlignet med regionsgennemsnittet. Næsten alle kommuner i socialgruppe 1 har en signifikant lavere andel end regionsgennemsnittet.

Tabel 7.6. Forekomsten af borgere, der har haft apopleksi i kommunerne

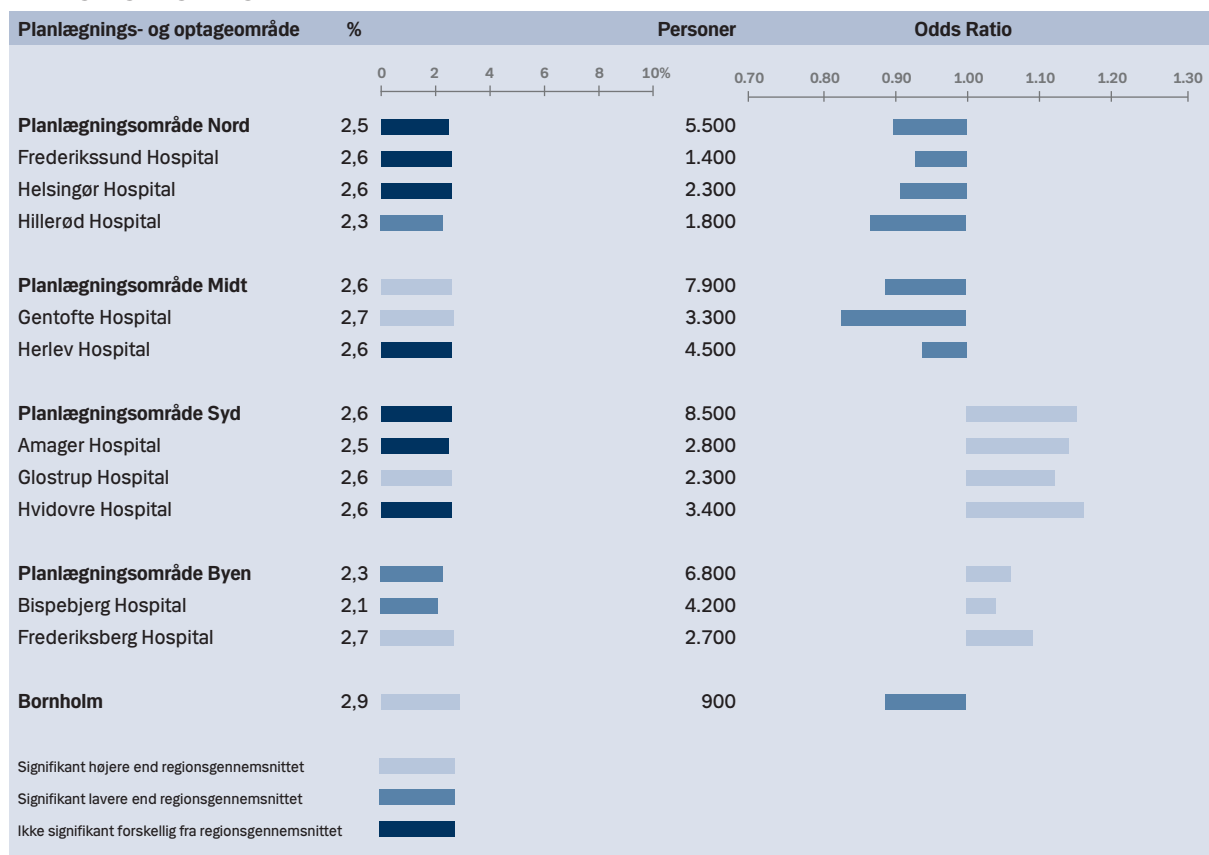


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Figur 7.2. Forekomsten af borgere, der har haft apopleksi



Tabel 7.7. Forekomsten af borgere, der har haft apopleksi opdelt på planlægnings- og optageområder



Forekomsten af borgere, som har haft apopleksi varierer kun fra 2,3 % i planlægningsområde Byen til 2,9 % på Bornholm. Forekomsten er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområde Midt (7.900 personer). Men når der tages højde for alderssammensætningen i de enkelte planlægningsområder, er andelen af borgere, der har haft apopleksi lavere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Midt, Nord og Bornholm. Derimod er der flere borgere, der har haft apopleksi højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Syd og Byen.

7.2 Diabetes

Diabetes er en kronisk sygdom, som ubehandlet kan føre til livstruende eller alvorlige senkomplikationer. Diabetes er en af de vigtigste risikofaktorer for udvikling af hjerte-kar-sygdom, desuden giver diabetes anledning til nedsat syn og blindhed, nervebetændelser og nedsat nyrefunktion og nyresvigt.

Diabetes findes i flere former, hvoraf type 2 diabetes er den hyppigst forekommende. I Danmark udgør 80-85 % af kendte diabetes tilfælde type 2 diabetes.

Forekomsten af diabetes er steget markant over de seneste 25 år. Det skyldes, at andelen af ældre i befolkningen er blevet større, og at dødeligheden er faldet blandt diabetespatienter. Desuden er der sket ændringer i borgernes sundhedsadfærd med øget fysisk inaktivitet og øget energiindtag i kosten, hvilket har ført til øget forekomst af overvægt og fedme – og dermed diabetes.

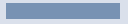
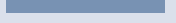
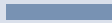
I Region Hovedstaden har 4,4 % af borgerne diabetes, hvilket svarer til 51.800 personer.

I sundhedsprofilen kan der ikke skelnes imellem type 1 og type 2 diabetes.

Diabetes

- 4,4 % af borgerne har diabetes
- Diabetes er hyppigere blandt mænd end blandt kvinder
- Diabetes stiger med alderen
- Diabetes er 1½ gang hyppigere blandt personer med ikke-vestlig herkomst sammenlignet med etniske danskere
- Diabetes er hyppigst blandt borgere med kort uddannelse og lav indkomst

Tabel 7.8. Forekomsten af diabetes

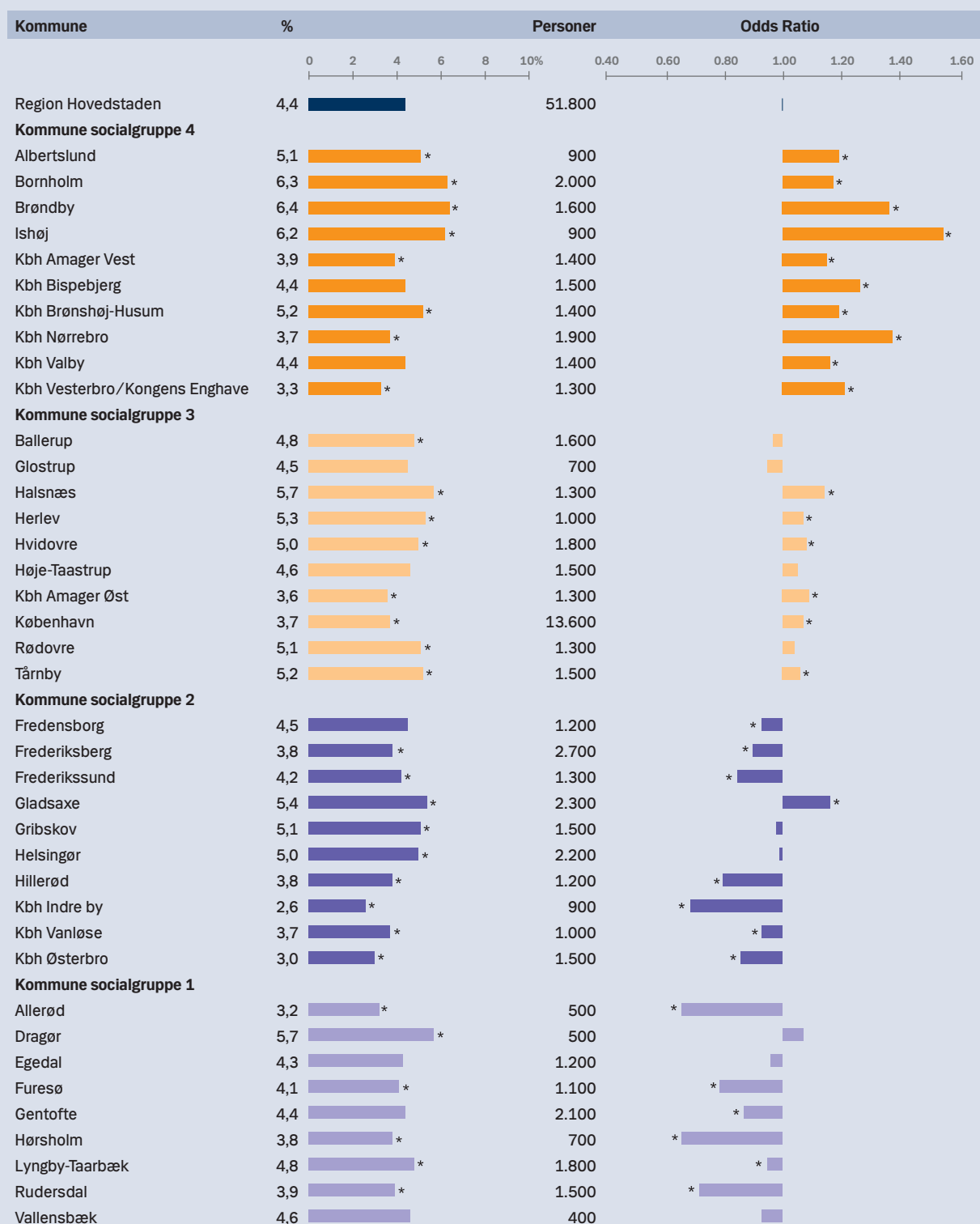
	Andel		Personer
		0 5 10 15 20%	
Region Hovedstaden	4,4		51.800
Køn			
Mand	4,8		27.100
Kvinde	4,0		24.700
Alder			
25-34 år	0,5		1.300
35-44 år	1,3		3.400
45-54 år	3,3		7.000
55-64 år	6,7		14.000
65-74 år	10,3		13.600
75-84 år	11,1		9.100
85- år	9,3		3.500
Uddannelse			
Kort	6,8		18.900
Mellemlang	4,0		21.200
Lang	2,4		7.000
Indkomst			
0-<100.000 kr	5,2		5.800
100.000-<150.000 kr	7,1		15.800
150.000-<250.000 kr	4,6		15.600
250.000-<375.000 kr	3,2		10.500
375.000-<525.000 kr	2,6		2.900
525.000- kr	2,7		1.300
Etnisk baggrund			
Danmark	4,3		44.000
Andre vestlige lande	3,7		1.800
Ikke-vestlige lande	6,5		6.000

Lidt flere mænd end kvinder har diabetes. Forekomsten af diabetes stiger med alderen og er hyppigst i aldersgruppen 65-84 år (tabel 7.8).

Der er en klar sammenhæng imellem uddannelsesniveau, bruttoindkomst og diabetes. Kort uddannede har næsten tre gange så hyppigt diabetes som langt uddannede. Jo lavere bruttoindkomst, des større er andelen, der har diabetes. Forekomsten af diabetes er halvanden gang højere blandt borgere med ikke-vestlig herkomst sammenlignet med etniske danskere. Dette skyldes, at forekomsten er højere blandt borgere fra henholdsvis Pakistan (11,5 %), det tidligere Jugoslavien (7,2 %) og Tyrkiet (6,5 %).

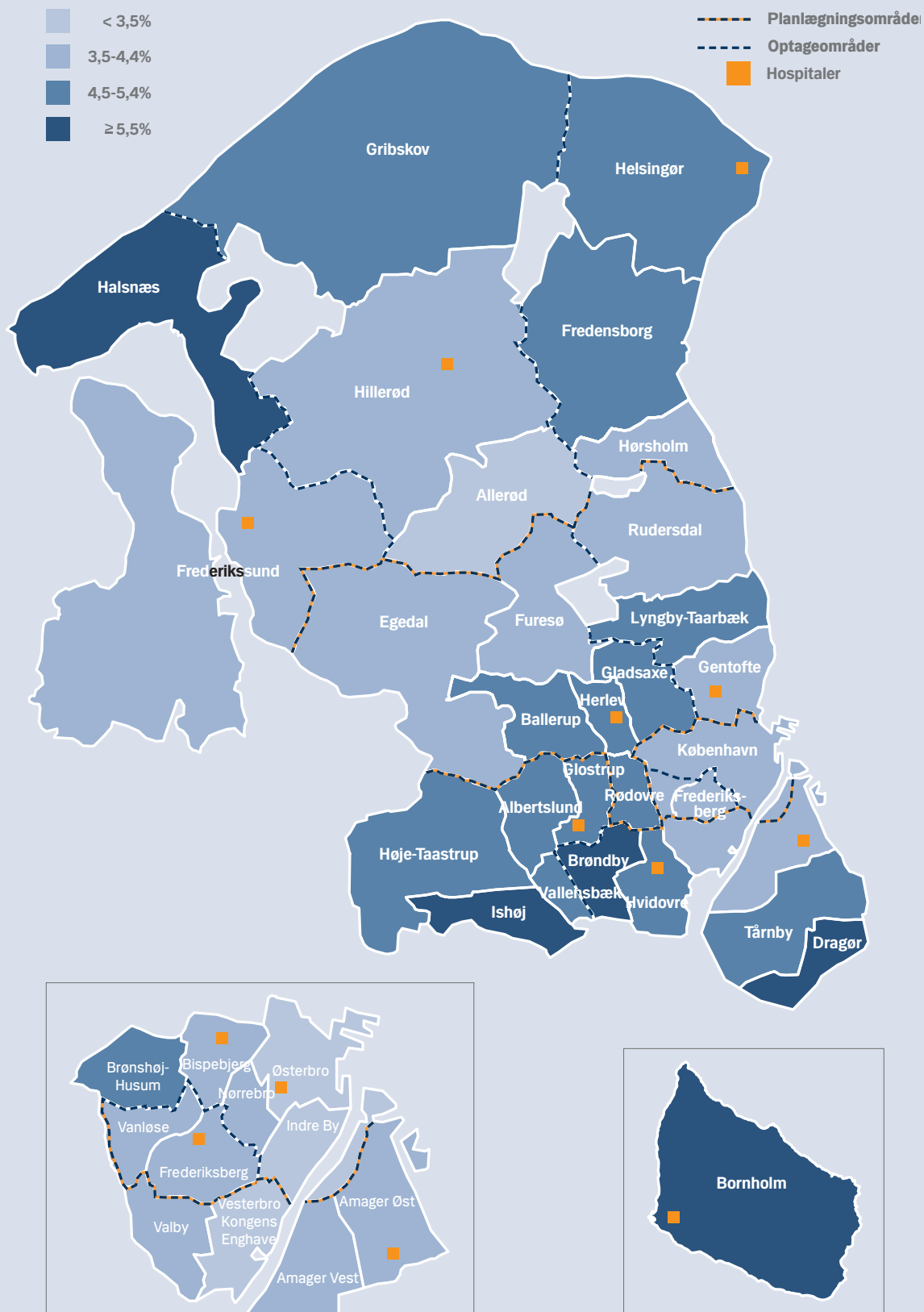
Diabetesforekomsten varierer fra 2,6 til 6,4 % på tværs af kommunerne. Forekomsten er højest i Ishøj, på Bornholm og i Brøndby og lavest i bydelen Indre by, i bydelen Østerbro og i Allerød. Når der tages højde for aldersforskellen i kommunerne ses en tydelig social gradient i forekomsten af diabetes. Kommune socialgruppe 3 og 4 har en højere forekomst af diabetes sammenlignet med regionsgennemsnittet, modsat har kommune socialgruppe 1 og 2 generelt en lavere forekomst end regionsgennemsnittet. Udover at kommunerne i kommune socialgruppe 3 og 4 har mange borgere med kort uddannelse og lavt indkomstniveau, har disse kommuner også en højere andel af borgere fra ikke-vestlige lande, hvilket er med til at forklare forskellene i forekomsten af diabetes på tværs af kommunerne.

Tabel 7.9. Forekomsten af diabetes i kommunerne



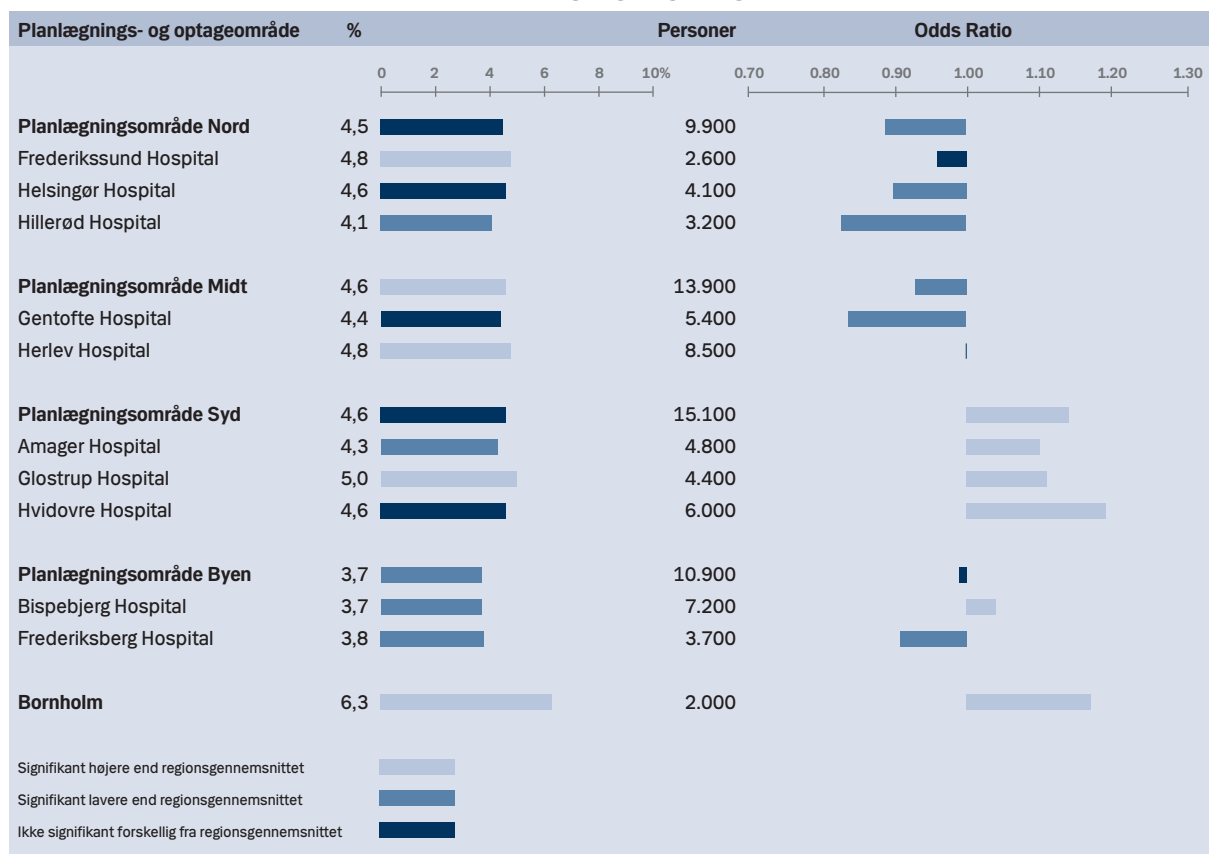
* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

Figur 7.3. Forekomsten af diabetes



Tabel 7.10 viser, at 3,7 % af borgerne i planlægningsområdet Byen har diabetes, mens det er 6,3 % på Bornholm. Efter der er taget højde for aldersfordelingen i planlægningsområderne, ses det, at forekomsten af diabetes er højere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Syd og Bornholm og lavere end regionsgennemsnittet i planlægningsområderne Nord og Midt.

Tabel 7.10. Forekomsten af diabetes opdelt på planlægnings- og optageområder



7.3 Kroniske lungesygdomme

Kroniske lungesygdomme omfatter de to store folkesygdomme kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og astma. Mens årsagerne til astma stadig er uafklarede, skyldes langt hovedparten af KOL tilfældene rygning. KOL kan være en meget invaliderende sygdom med tilbagevendende luftvejsinfektioner og tab af lungefunktion, som medfører øget sygelighed, forringet livskvalitet og nedsat eller tabt erhvervsevne.

I denne sundhedsprofil er forekomsten af kronisk lungesygdom opgjort både på sygehuskontakter relateret til KOL eller astma, og/eller medicinsk behandling for KOL og astma. Baggrunden for at betragte de to sygdomme samlet er, at der anvendes samme medicinske præparater i behandlingen af de to sygdomme.

I Region Hovedstaden har 15 % svarende til 170.300 borgere kroniske lungesygdomme. Hovedparten af borgerne med kronisk lungesygdom bliver behandlet i almen praksis. Ud af de 170.300 borgere, der har kronisk lungesygdom, har 55.800 af borgerne haft sygehuskontakt pga. KOL og 21.900 haft kontakt pga. astma.

I tabel 7.11 ses, at kroniske lungesygdomme er hyppigst forekommende blandt kvinder sammenlignet med mænd. Forekomsten af kroniske lungesygdomme stiger markant med alderen, således har hver fjerde til femte borger over 65 år kronisk lungesygdom. Forekomsten af sygehuskontakter på grund af KOL stiger med alderen, hvorimod forekomsten af sygehuskontakter på grund af astma er konstant i de forskellige aldersgrupper.

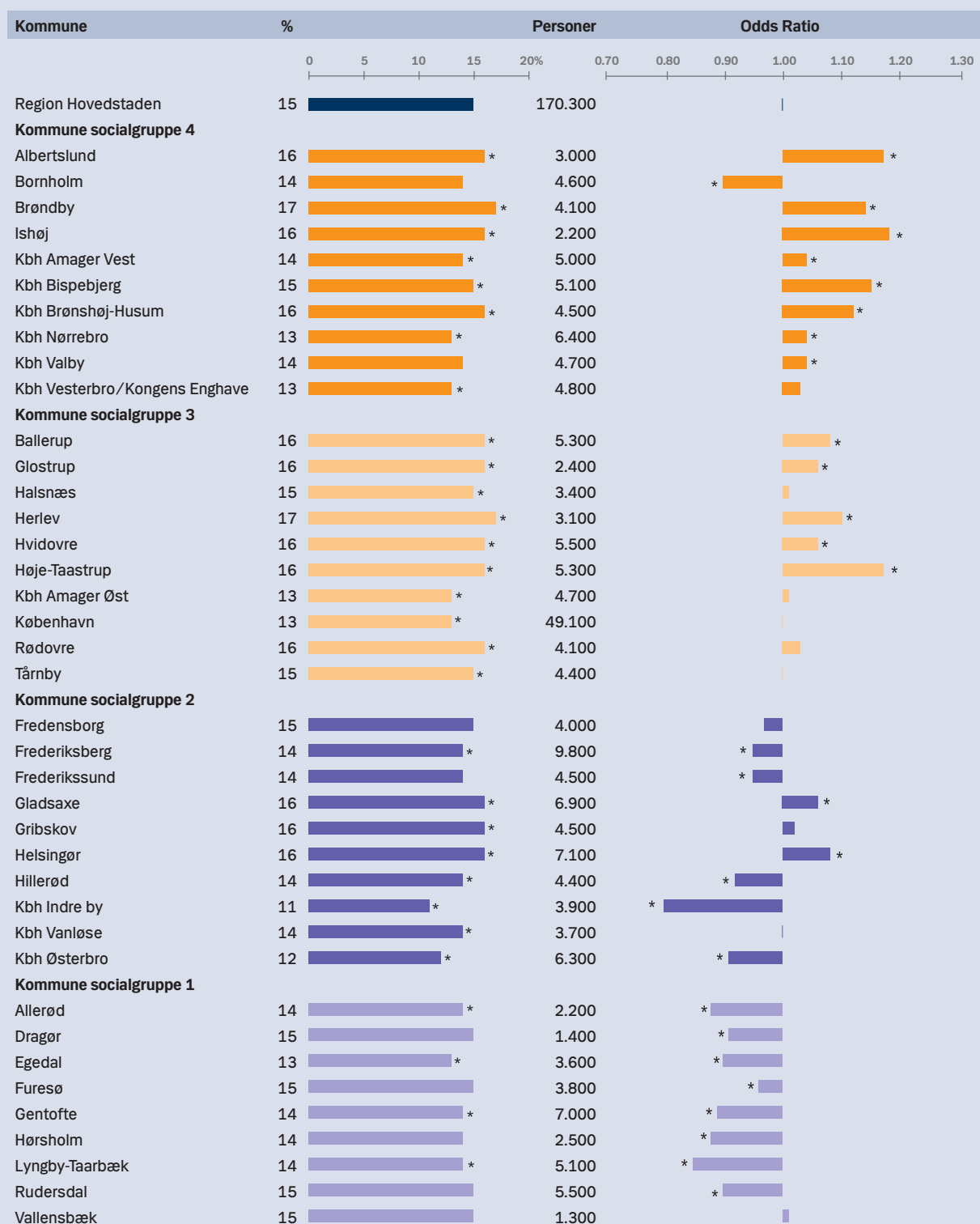
Tabel 7.11 viser, at der er en social gradient i forekomsten af kroniske lungesygdomme. Blandt de kortest uddannede borgere har 18 % kroniske lungesygdomme, modsat har kun 12 % af de længst uddannede kronisk lungesygdom. Lignende sammenhæng findes for indkomst. Den sociale gradient er mere markant, når der udelukkende ses på forekomsten af sygehuskontakter relateret til KOL, hvor KOL er tre gange så hyppig blandt borgere med korteste uddannelser sammenlignet med borgere med længste uddannelser.

Tabel 7.11. Forekomsten af kroniske lungesygdomme

	%	Personer
	0 10 20 30%	
Region Hovedstaden	15	170.300
Køn		
Mand	12	66.100
Kvinde	17	104.200
Alder		
25-34 år	9	21.900
35-44 år	12	32.100
45-54 år	15	30.900
55-64 år	14	30.000
65-74 år	19	25.000
75-84 år	25	20.400
85- år	27	9.900
Uddannelse		
Kort	18	51.200
Mellemlang	14	71.600
Lang	12	35.800
Indkomst		
0-<100.000 kr	14	15.500
100.000-<150.000 kr	19	42.200
150.000-<250.000 kr	15	49.900
250.000-<375.000 kr	13	42.800
375.000-<525.000 kr	12	13.700
525.000- kr	13	6.000

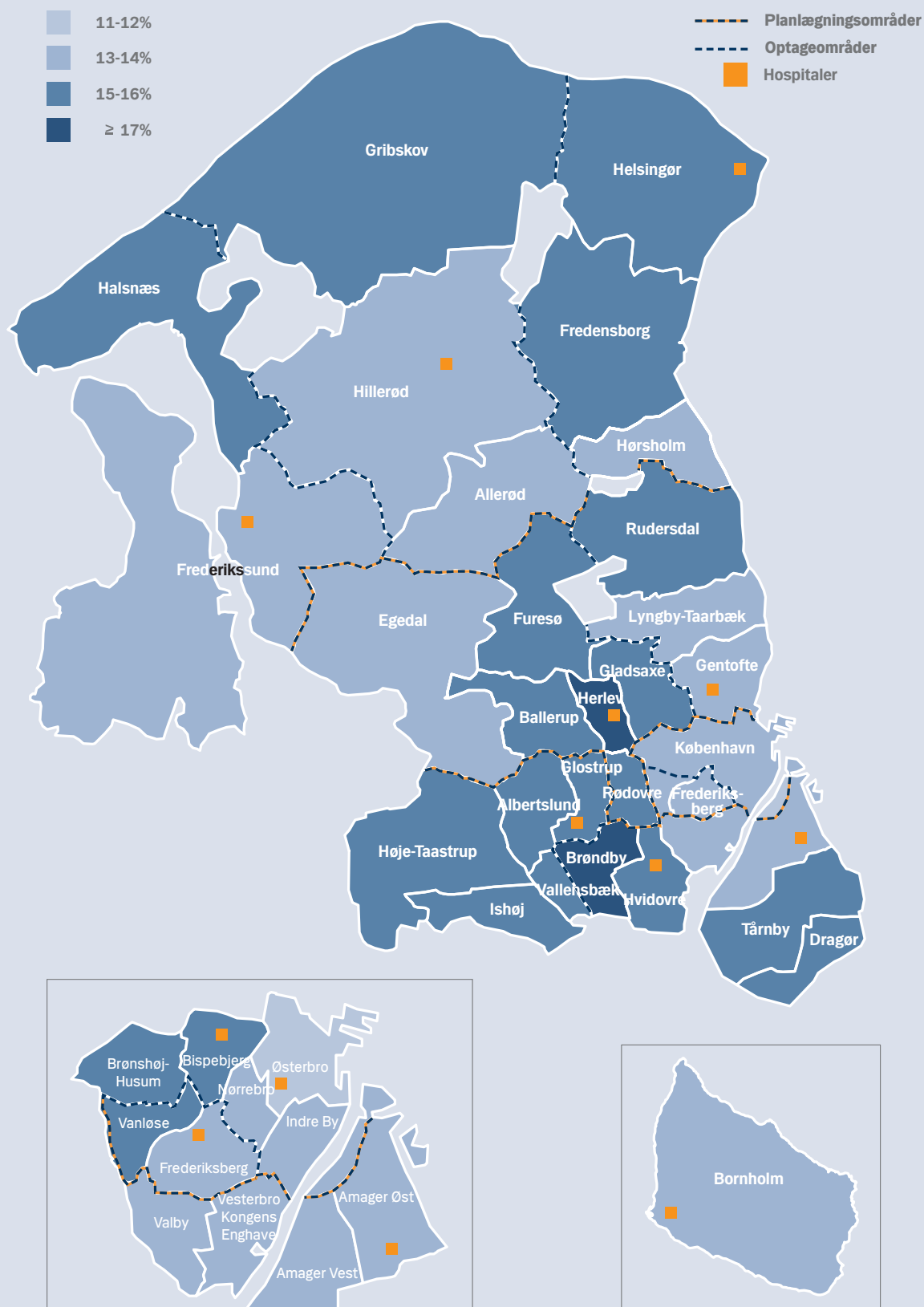
Forekomsten af kroniske lungesygdomme varierer fra 11 % i bydelen Indre by til 17 % i Herlev og Brøndby. Tabel 7.12 viser ligeledes, at forekomsten er højere i kommunerne, der tilhører kommune socialgruppe 3 og 4, sammenlignet med de kommuner, som tilhører kommune socialgruppe 1 og 2. Denne tendens bliver mere markant, når der tages højde for aldersfordelingen på tværs af kommunerne.

Tabel 7.12. Forekomsten af kroniske lungesygdomme i kommunerne

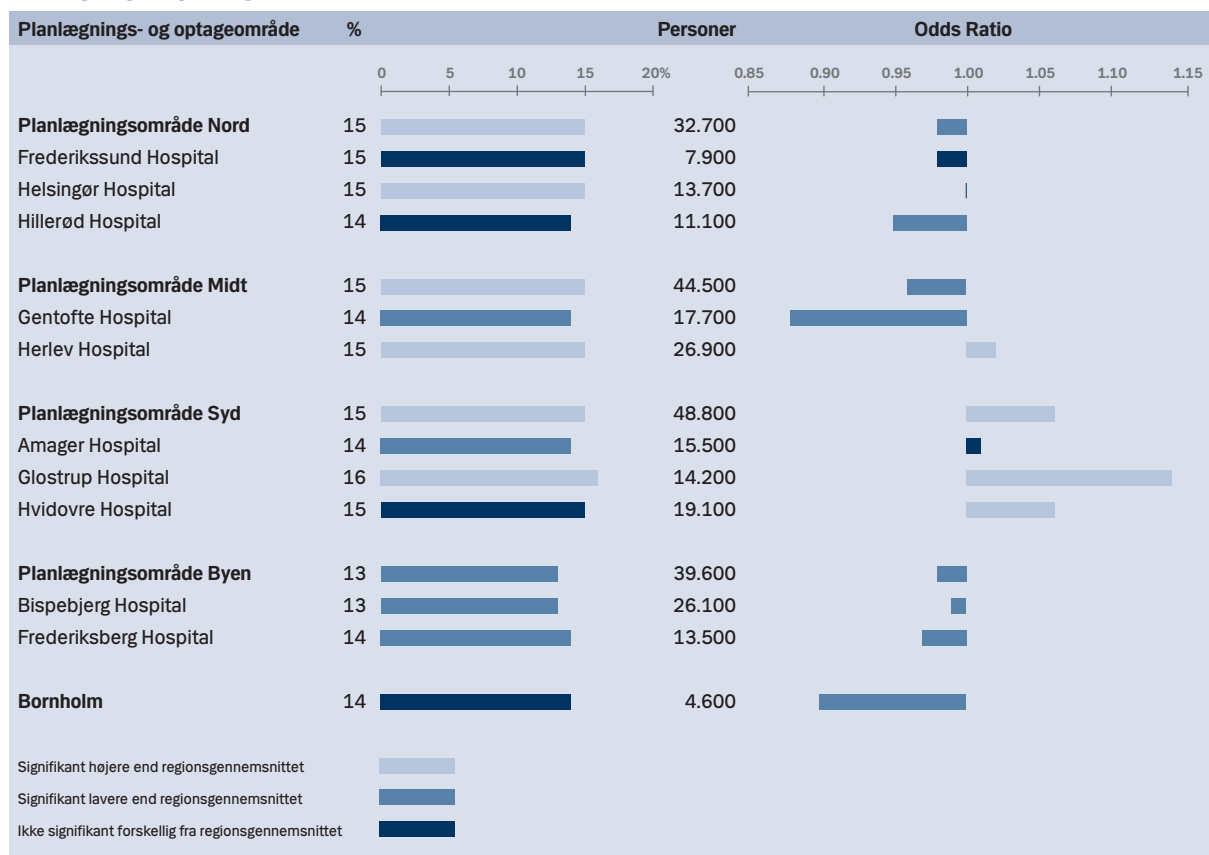


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Figur 7.4 Forekomsten af kroniske lungesygdomme



Tabel 7.13. Forekomsten af kroniske lungesygdomme opdelt på planlægnings- og optageområder



Forekomsten af kroniske lungesygdomme varierer ikke betydeligt imellem de enkelte planlægningsområder. Planlægningsområderne Nord, Midt og Syd har den højeste andel af borgere med kroniske lungesygdomme på 15 %. Når der tages højde for alderssammensætningen mellem planlægningsområderne, er forekomsten lavere end regionsgennemsnittet for planlægningsområderne Nord, Midt, Byen og Bornholm.

7.4 Kræft

Kræft er en betegnelse for en gruppe sygdomme, som manifesterer sig forskellige steder i kroppen. De er alle kendetegnet ved uhæmmet cellevækst. Det er sjældent en enkelt risikofaktor, der er årsagen til kræftsygdomme, men flere faktorer, der i samspil forårsager udviklingen af kræft. Af hyppige årsager til mange af sygdommene kan nævnes alder, rygning, manglende fysisk aktivitet, usund ensidig kost, alkohol og overvægt. Det skønnes, at rygning er årsag til omkring 5.000 nye kræfttilfælde om året.

I denne sundhedsprofil vises en samlet opgørelse af alle former for kræft. De hyppigste former for hudkræft er undtaget, da disse former for kræft er relativt ufarlig. Modermærkekræft er medtaget.

Tabel 7.14. Forekomsten af kræft

	%	Personer
	0 5 10 15 20%	
Region Hovedstaden	3,9	46.000
Køn		
Mand	3,0	17.000
Kvinde	4,8	29.000
Alder		
25-34 år	0,5	1.300
35-44 år	1,1	2.800
45-54 år	2,4	5.000
55-64 år	5,2	10.700
65-74 år	8,8	11.600
75-84 år	12,1	10.000
85- år	12,2	4.600
Uddannelse		
Kort	4,9	13.500
Mellemlang	3,6	19.000
Lang	3,2	9.300
Indkomst		
0-<100.000 kr	3,5	3.900
100.000-<150.000 kr	5,3	11.800
150.000-<250.000 kr	4,1	13.800
250.000-<375.000 kr	3,3	10.800
375.000-<525.000 kr	3,4	3.800
525.000- kr	3,8	1.800

Tabel 7.14 viser, at 46.000 borgere i Region Hovedstaden har eller har haft kræft svarende til 3,9 %. De kræftformer, som overvejende skyldes rygning (kræft i mundhule, svælg og åndedrætsorganer), forekommer ikke særlig hyppigt i en nulevende befolkning, da disse kræftformer har en betydelig dødelighed – således lever meget få patienter fem år efter at have fået påvist en lungekræft. I Region Hovedstaden lever 0,3 % (4.100 personer) af befolkningen med en rygerelateret kræftdiagnose.

I det følgende benævnes det at borgerne har kræft. Dette dækker både over de borgere, der har kræft på nuværende tidspunkt, men også over de borgere, som har haft kræft og har overlevet deres sygdom.

Kræft er hyppigere blandt kvinder end mænd. En stor del af denne højere forekomst blandt kvinderne kan tilskrives, at 13.400 kvinder har brystkræft. Kræftforekomsten stiger markant med stigende alder. Blandt de ældre borgere, der er 65 år eller derover, har 7-10 % kræft. Blandt kvinderne stiger forekomsten af kræft markant fra 45-års alderen. Blandt de 45-54-årige og 55-64-årige kvinder har henholdsvis 3,3 % og 6,8 % kræft, de tilsvarende tal for mænd er 1,5 % og 3,5 %.

Blandt de borgere, der har den korteste uddannelse og de laveste indkomster, er forekomsten af kræft højere sammenlignet med de borgere, som har en lang uddannelse eller en høj indkomst. Andelen af borgere med kræft i den laveste indkomstgruppe er mindre end i den næsthøjeste gruppe, hvilket må tilskrives, at der er mange unge studerende i den laveste indkomstgruppe.

I tabel 7.15 ses det, at andelen af borgere med kræft varierer imellem kommunerne fra 2,3 til 5,2 %. Den laveste forekomst findes i bydelene Vesterbro/Kongens Enghave og Nørrebro, modsat er forekomsten størst i Rudersdal og Hørsholm.

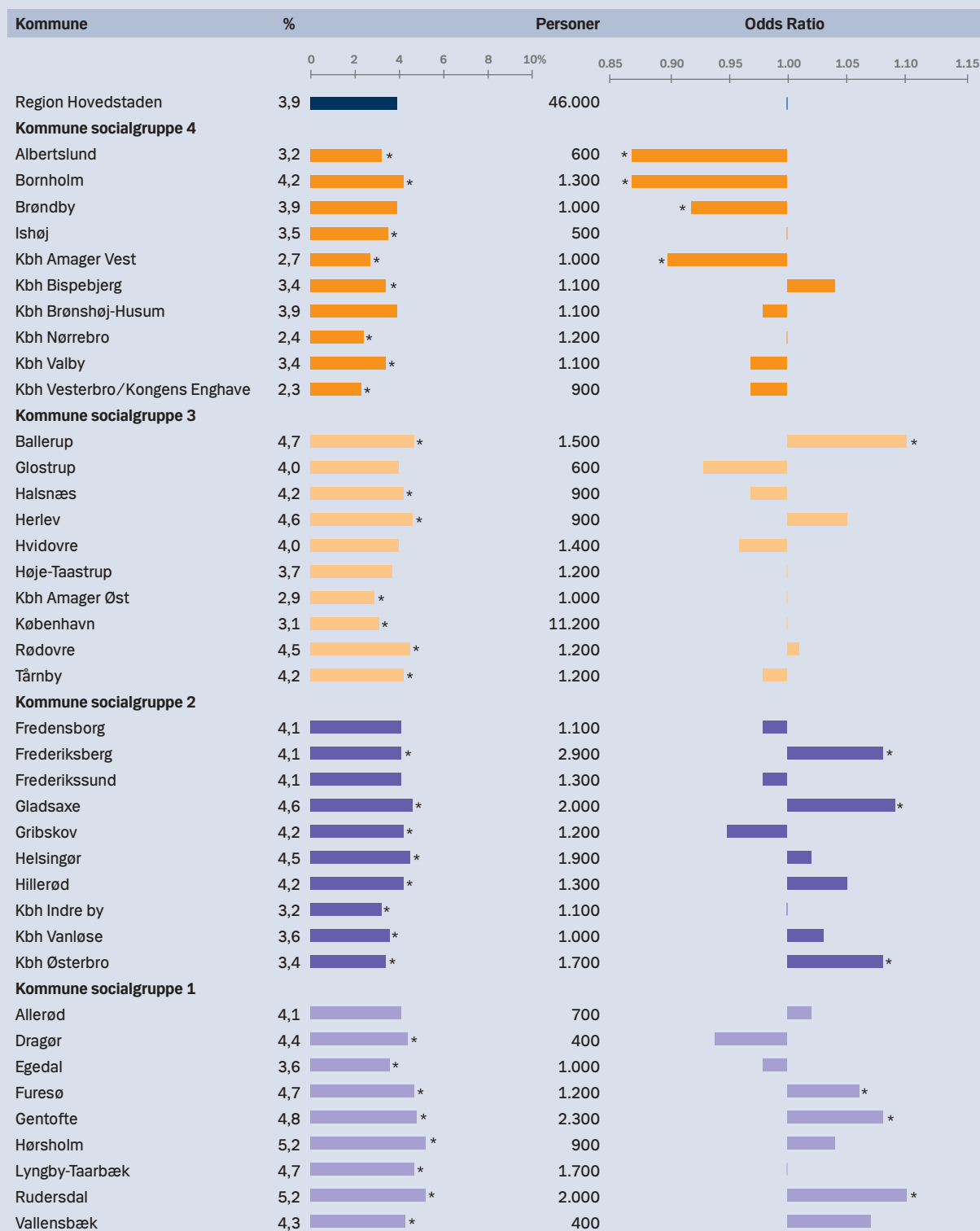
Kræft forekommer hyppigere i de socialt velstillede kommuner. Dette skyldes blandt andet, at der er flere ældre borgere i disse kommuner. Når der tages højde for alderssammensætningen på tværs af kommunerne, udlignes en stor del af denne forskel. Der er dog fortsat en lille tendens til, at kommunerne i kommune socialgruppe 1 og 2 har en højere forekomst af kræft sammenlignet med regionsgennemsnittet, hvorimod flere kommuner i kommune socialgruppe 4 har en lavere forekomst end regionsgennemsnittet.

Denne øgede forekomst af kræft i kommune socialgruppe 1 og 2 kan forklares ved, at disse kommuner har en højere forekomst af brystkræft, prostatakkræft og ende- og tyktarmskræft sammenlignet med kommunerne i de laveste kommune socialgrupper, men kan også skyldes, at borgere i kommune socialgruppe 1 og 2 har en bedre overlevelse af deres sygdom. For de rygerelaterede kræftformer ses en modsat social gradient. Efter justering for alder er disse kræftformer hyppigst i bydelene Bispebjerg, Nørrebro, Amager Øst og Vesterbro/Kongens Enghave.

Kræft

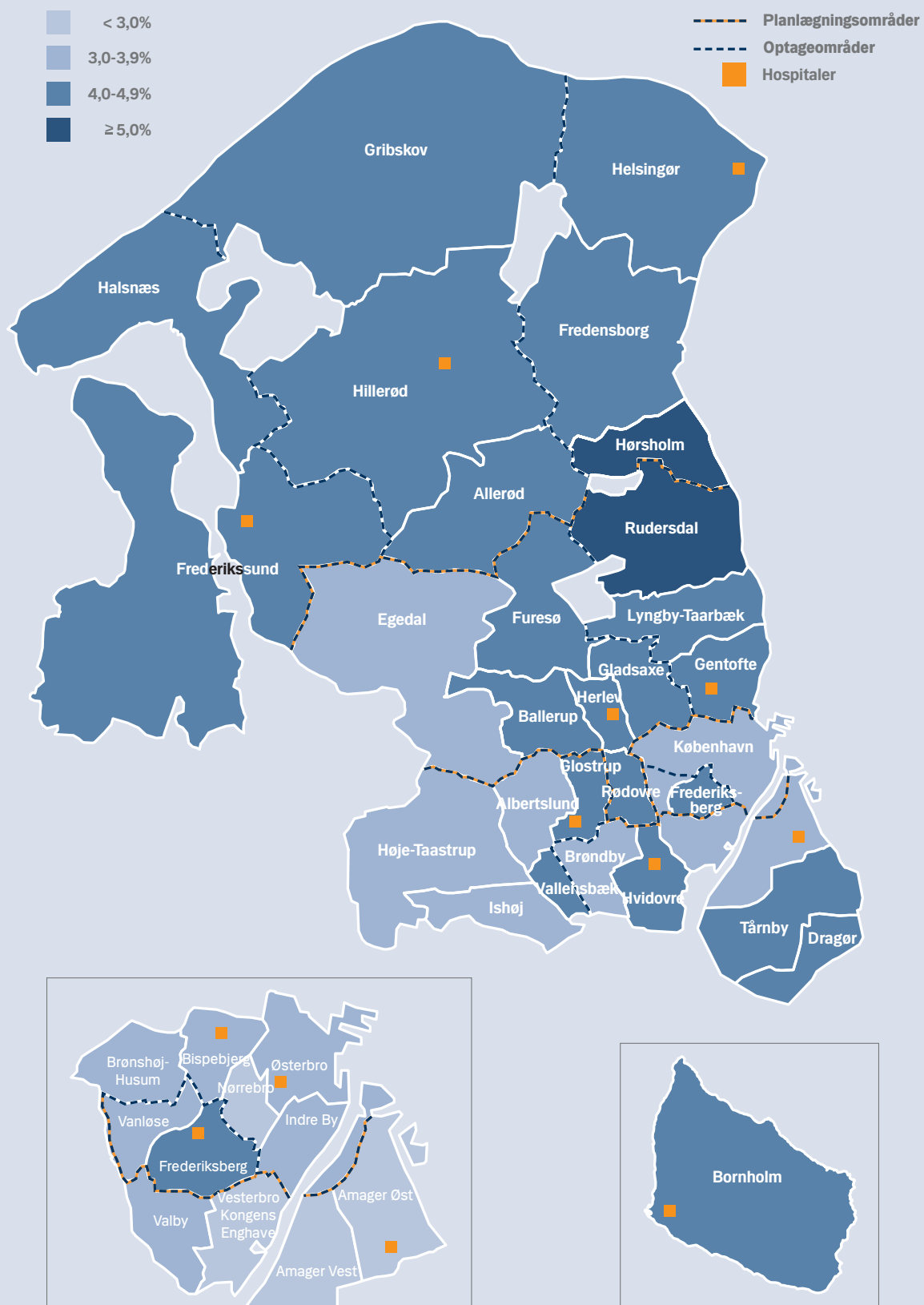
- 46.000 voksne over 25 år har en kræftdiagnose
- Kræft er hyppigere blandt kvinder, hvilket skyldes at 13.400 kvinder har brystkræft
- Kræftforekomsten stiger med alderen
- Kræftforekomsten stiger i en tidligere alder hos kvinder end mænd

Tabel 7.15. Forekomsten af kræft i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

Figur 7.5. Forekomsten af kræft



Tabel 7.16. Forekomsten af kræft opdelt på planlægnings- og optageområder



Som det fremgår af tabel 7.16, er forekomsten af kræft lavest i planlægningsområde Syd og Byen (3,4 %) og højest i planlægningsområde Midt (4,6 %).

7.5 Muskel-skeletsygdomme

Muskel-skeletsygdomme er en samlet betegnelse for forskellige sygdomme i muskler, sener, knogler og led. Kendetegnet ved dem alle er, at de giver smerter og nedsat funktionsniveau. Muskel-skeletsygdomme kan være både akutte, kortvarige tilstande, men kan også være livsvarige kroniske tilstande.

Årsagerne til muskel-skeletsygdomme er blandt mange fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssige belastninger. Muskel-skeletsygdomme er den hyppigste form for langvarig sygdom og den sygdomsgruppe, der forårsager flest tabte gode leveår.

I nærværende sundhedsprofil beskrives forekomsten af osteoporose, gigt- og rygsygdomme. Resultaterne for gigt- og rygsygdomme vil formentlig være konservative. Det skyldes, at disse sygdomme ofte diagnosticeres og behandles i almen praksis og derfor ikke registreres i de centrale registre. Samtidig er det vanskeligt at vurdere sygdomsforekomsten ud fra anvendelsen af receptpligtig medicin. Det skyldes blandt andet, at behandlingen ofte er smertestillende medicin, som anvendes inden for mange andre sygdomsenheder, og som samtidig vil være håndkøbsmedicin og derfor ikke findes i lægemiddeldatabasen.

7.5.1 Osteoporose (Knogleskørhed)

Ved osteoporose er knoglemassen nedsat, og knoglestrukturen forringet, hvorfor der er stor risiko for knoglebrud. Osteoporose bliver ofte diagnosticeret ved en generel udredning eller ved opståen af brud. Mange patienter vil ikke have en reel osteoporosediagnose i de centrale registre, men et brud der er relateret til osteoporose.

Osteoporose omfatter i denne sundhedsprofil alle sygehuskontakter med diagnosen osteoporose, sygehuskontakter for brud relateret til osteoporose hos personer, som er 45 år eller derover, samt medicinsk behandling for osteoporose, se bilag 2.

Som det fremgår af tabel 7.17, har 80.800 borgere osteoporose, hvilket svarer til 6,9 % af befolkningen. Kun 10.700 borgere har haft sygehuskontakter med diagnosen osteoporose, hvorimod 64.500 borgere har haft et osteoporoserelateret brud, og 19.800 borgere har indløst mindst to recepter inden for et år på medicin mod osteoporose.

Osteoporose er hyppigst blandt kvinder. Sygehuskontakt på grund af osteoporose er syv gange hyppigere blandt kvinder sammenlignet med mænd, hvorimod osteoporoserelaterede brud kun er dobbelt så hyppig blandt kvinderne sammenlignet med mændene. For begge køn stiger forekomsten af osteoporose med alderen fra 55 år.

Af tabel 7.17 fremgår det, at jo kortere uddannelse og jo lavere indkomst, jo højere er forekomsten af osteoporose.

Muskel-skeletsygdomme

Blandt borgerne i Region Hovedstaden har:

- 6,9 % osteoporose
- 6,5 % rygsygdomme
- 5,2 % gigtsygdomme

Tabel 7.17. Forekomsten af osteoporose

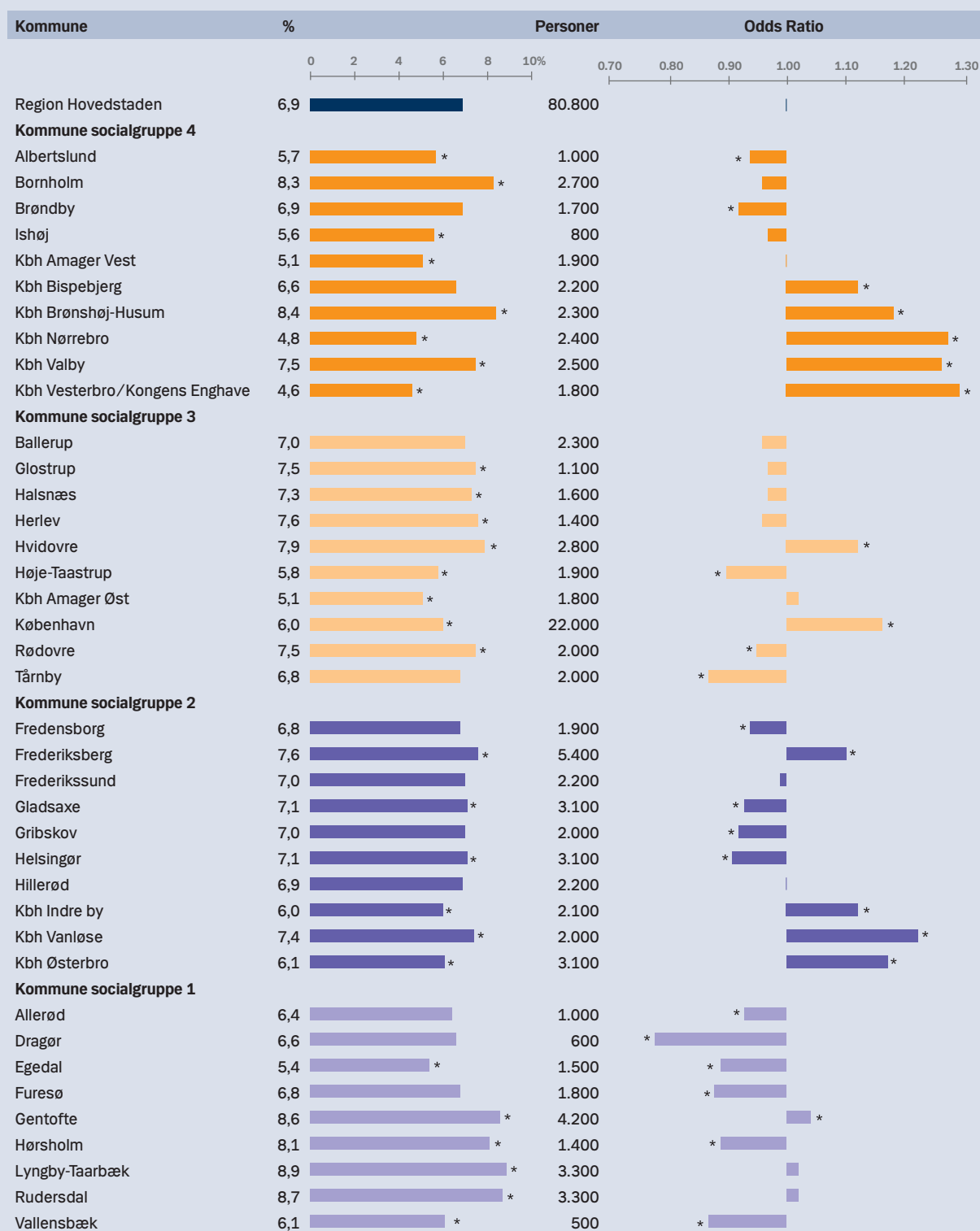
	%	Personer
	0 10 20 30 40%	
Region Hovedstaden	6,9	80.800
Køn		
Mand	4,0	22.400
Kvinde	9,6	58.300
Alder		
25-34 år	0,1	200
35-44 år	0,1	300
45-54 år	3,2	6.900
55-64 år	10,6	22.100
65-74 år	14,8	19.500
75-84 år	22,7	18.700
85- år	35,1	13.100
Uddannelse		
Kort	9,6	26.600
Mellemlang	5,5	29.400
Lang	4,5	13.100
Indkomst		
0-<100.000 kr	6,1	6.900
100.000-<150.000 kr	12,0	26.500
150.000-<250.000 kr	7,1	23.800
250.000-<375.000 kr	4,8	15.900
375.000-<525.000 kr	4,6	5.100
525.000- kr	5,3	2.500

Forekomsten af osteoporose varierer fra 4,6 til 8,9 % på tværs af kommunerne, se tabel 7.18. Den laveste forekomst findes i bydelene Vesterbro/Kongens Eng-have og Nørrebro. Den højeste forekomst findes i Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Gentofte.

Når der er taget højde for alderssammensætningen i de enkelte kommuner, ses en social gradient i forekomsten af osteoporose. De fleste af de kommuner, som har en signifikant højere forekomst af osteoporose end regionsgennemsnittet, findes i kommune socialgruppe 4, hvorimod de kommuner med en signifikant lavere forekomst hovedsagligt er kommuner fra kommune socialgruppe 1.

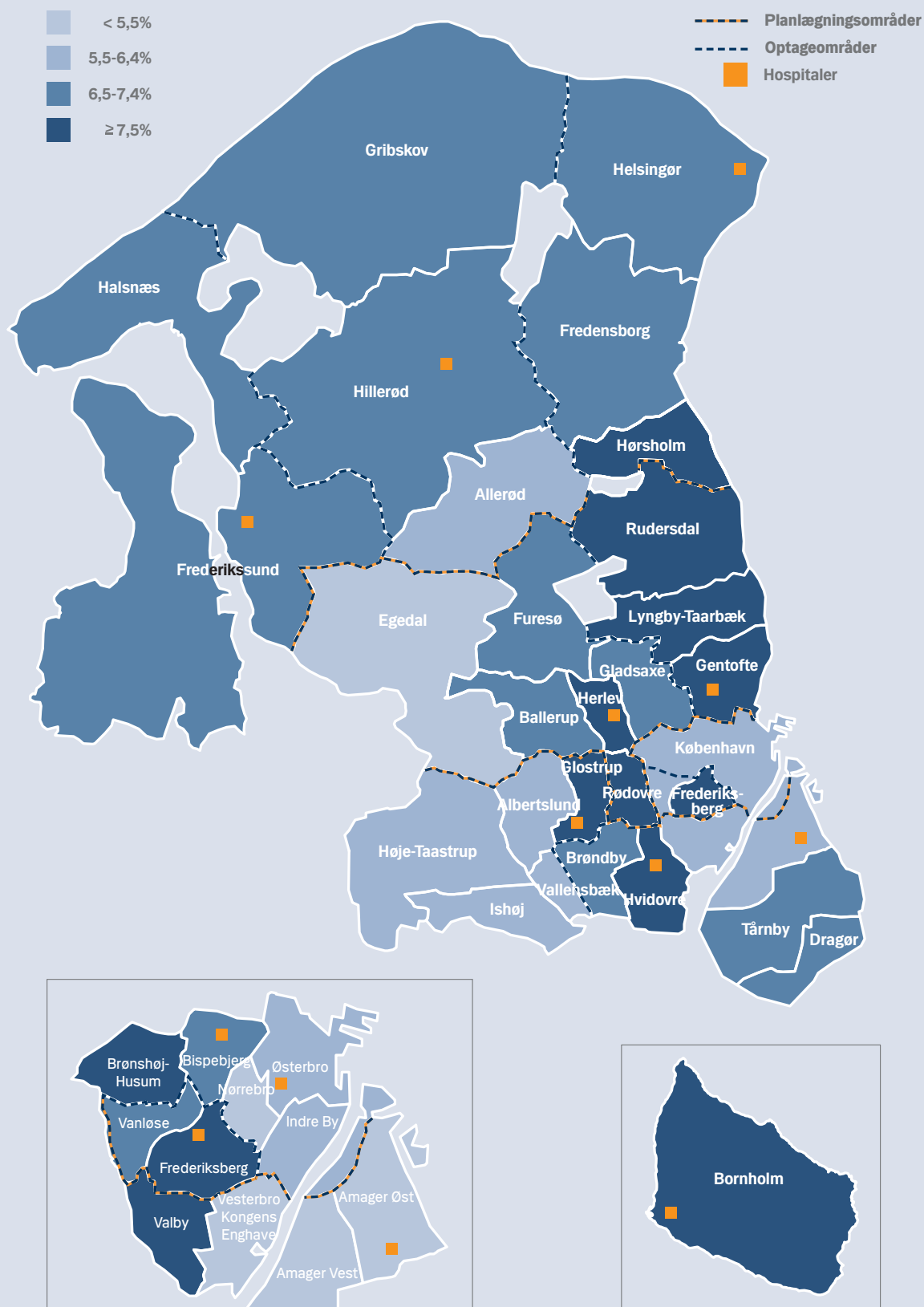
Bortset fra bydelene Amager Vest og Amager Øst har alle de Københavnske bydele og Frederiksberg Kommune en højere forekomst af osteoporose.

Tabel 7.18. Forekomsten af osteoporose i kommunerne



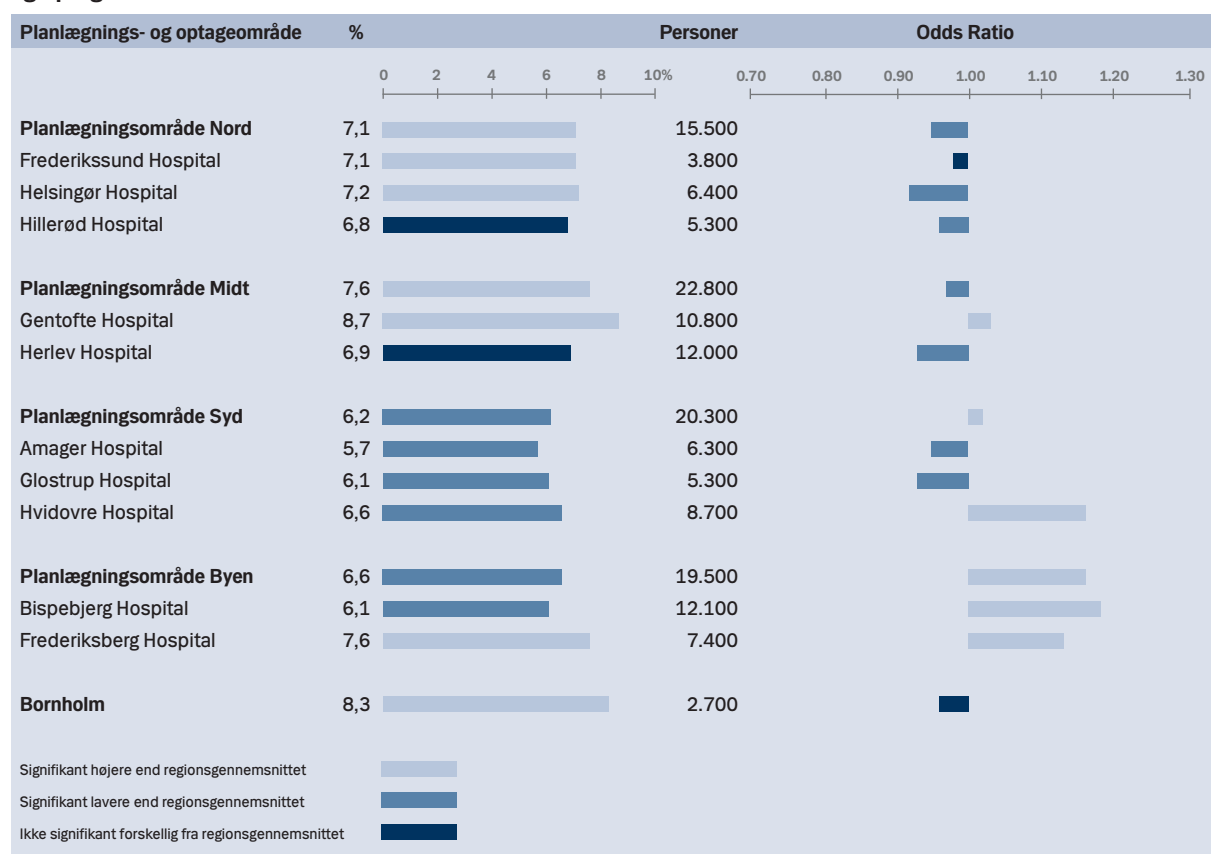
* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

Figur 7.6. Forekomsten af osteoporose



Tabel 7.19 viser forekomsten af osteoporose fordelt på planlægnings- og optageområder i regionen. Det ses, at osteoporose er hyppigst på Bornholm og mindst hyppig i planlægningsområde Syd. Variationen i forekomsterne mellem de enkelte planlægningsområder skyldes forskelle i alderssammensætningen. Dog ses det, at når der er taget højde for alderssammensætningen på tværs af planlægningsområderne, har planlægningsområderne Syd og Byen en højere forekomst end regions gennemsnittet.

Tabel 7.19. Forekomsten af osteoporose opdelt på planlægnings- og optageområder



7.5.2 Gigt

Gigtsygdomme kan være forårsaget af slid eller inflammation (betændelsestilstand) i ledene. Gigtsygdomme er ofte smertefulde og medfører nedsat livskvalitet og eventuel udstødning fra arbejdsmarkedet. Årsagerne til gigtsygdommene er ikke klart belyst, men nogle af årsagerne er rygning, nedsat fysisk aktivitet og overvægt.

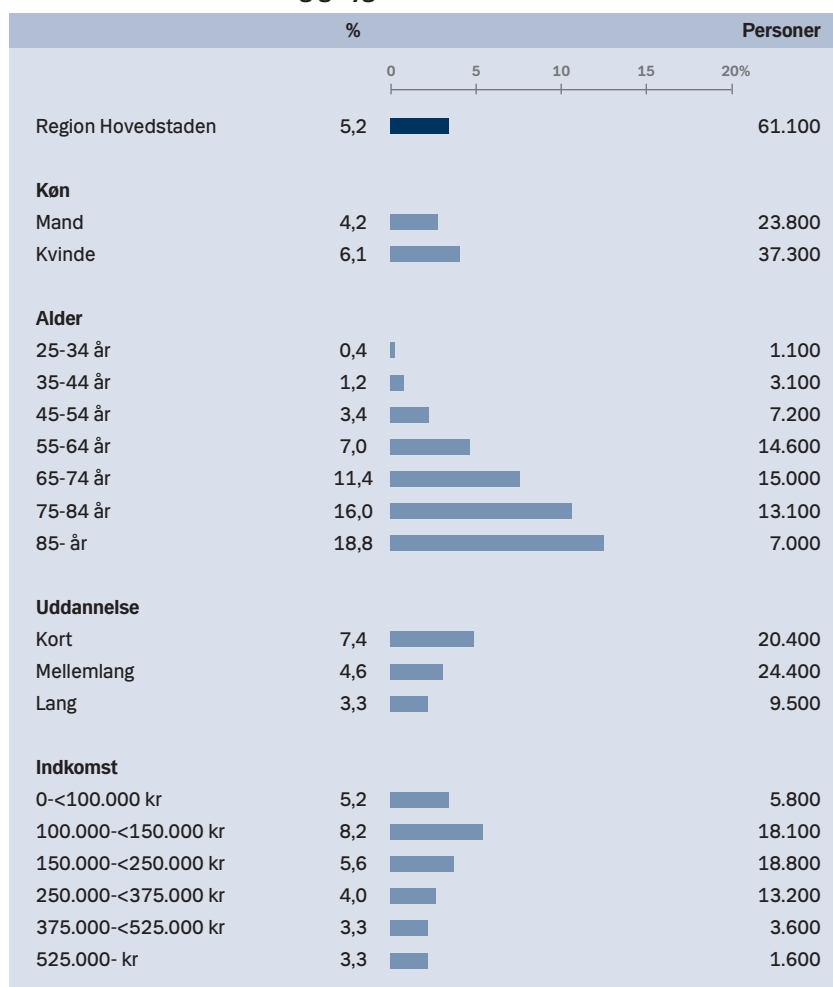
I Region Hovedstaden har 61.100 borgere gigt, svarende til 5,2 % af befolkningen. Flere kvinder end mænd har gigt (tabel 7.20). Denne forskel ses primært i de ældre aldersgrupper fra 65 år og fremefter. Forekomsten stiger markant med alderen. Mere end 10 % af befolkningen over 65 år har gigt.

Der ses en negativ gradient i forekomsten af gigtsygdomme. Gigt er dobbelt så hyppig blandt borgere med kort uddannelse og lav indtægt i forhold til borgere med lang uddannelse henholdsvis høj indtægt.

Gigt

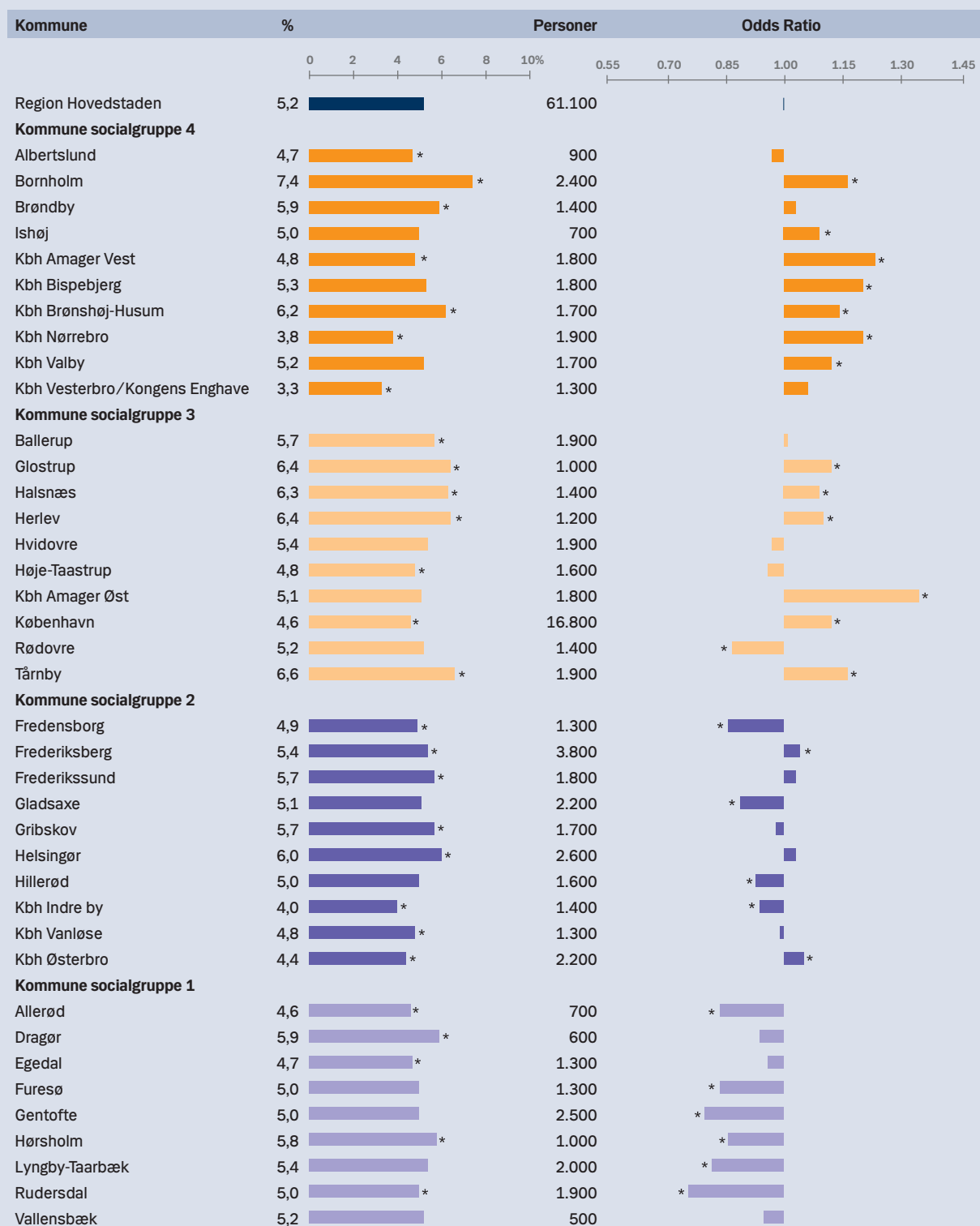
- 61.100 borgere har gigt
- Gigt er hyppigst blandt kvinderne
- Forekomsten af gigt stiger med alderen – der sker en markant stigning fra 55-års alderen.
- Gigt er hyppigst blandt borgere med kort uddannelse og lavt indkomstniveau

Tabel 7.20. Forekomsten af gigtsygdomme



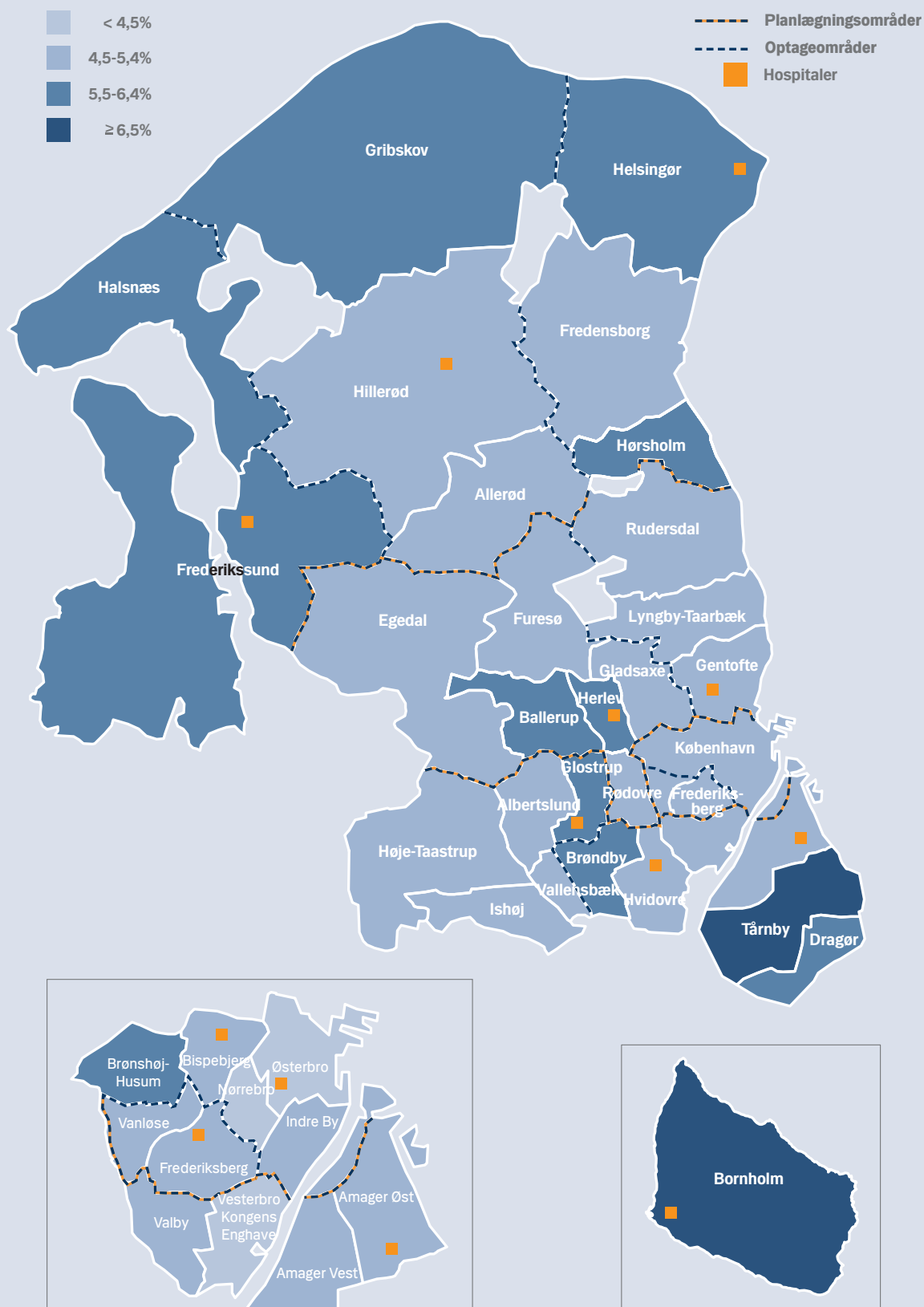
I Region Hovedstaden varierer forekomsten af gigtsygdomme fra 3,3 til 7,4 %. Andelen af borgere med gigtsygdomme er højest på Bornholm og i Tårnby og lavest i bydelene Vesterbro/Kongens Enghave og Nørrebro (tabel 7.21). Når der er taget højde for alderssammensætningen, ses en markant social gradient imellem kommunerne. En stor del af kommunerne i kommune socialgruppe 3 og 4 har en højere forekomst af gigtsygdomme end regionsgennemsnittet, modsat har en stor andel af kommunerne i kommune socialgruppe 1 en lavere forekomst end regionsgennemsnittet.

Tabel 7.21. Forekomsten af gigtsygdomme i kommunerne



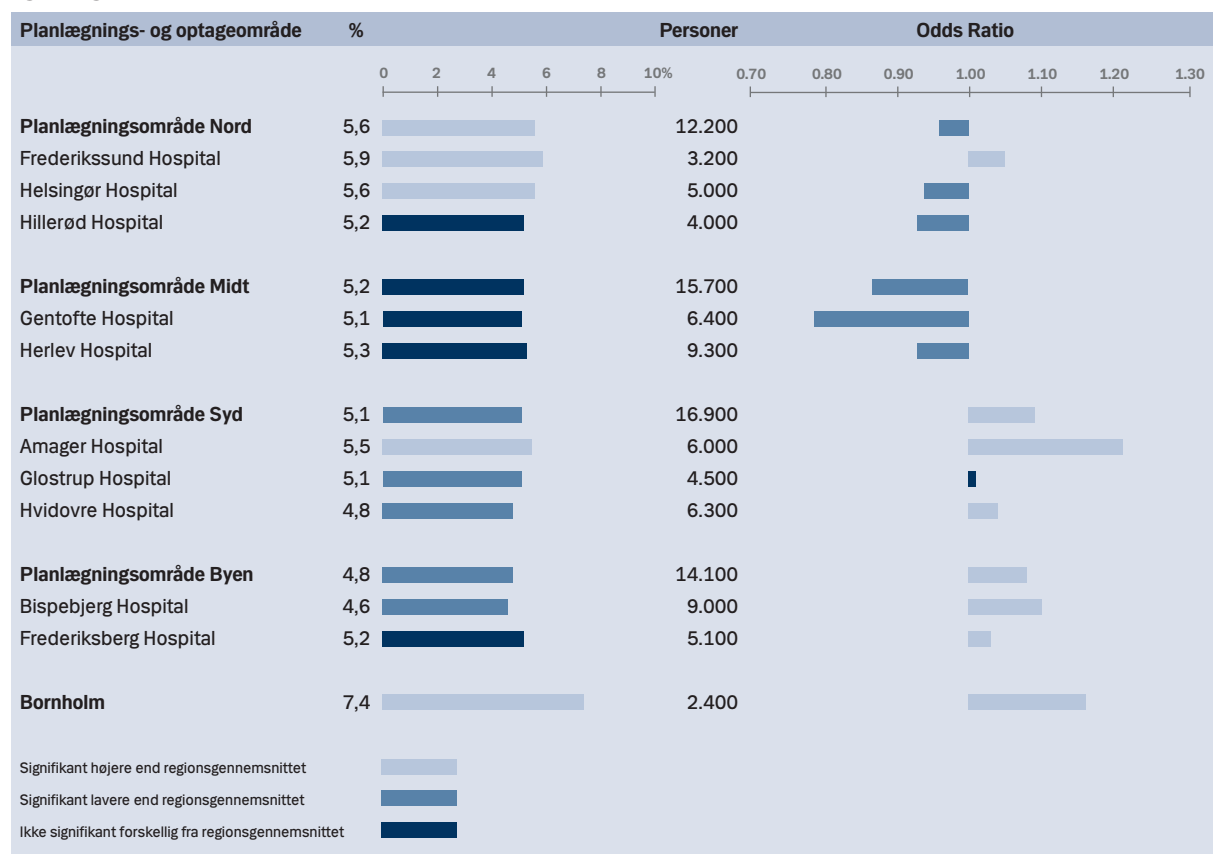
* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Figur 7.7. Forekomsten af gigtsygdomme



Den højeste forekomst af gigt ses for planlægningsområde Bornholm. Den laveste forekomst ses for planlægningsområde Byen. Forskellene i forekomsten imellem planlægnings- og optageområderne skyldes blandt andet forskellene i aldersfordelingen på tværs af planlægnings- og optageområderne. Efter der er taget højde for denne, er forekomsten af gigt højere end regionsgennemsnittet for planlægningsområderne Syd, Byen og Bornholm og lavere end regionsgennemsnittet for planlægningsområderne Nord og Midt.

Tabel 7.22. Forekomsten af gigtsygdomme opdelt på planlægnings- og optageområder



7.5.3 Rygsygdomme

Det ses i tabel 7.23, at 6,5 % af borgerne har en rygsygdom. Dette svarer til 76.600 borgere. I alt 70 % af disse borgere er i den erhvervsdygtige alder.

Forekomsten er lidt hyppigere blandt kvinder end blandt mænd, hvilket primært skyldes en øget forekomst i de ældre aldersgrupper. Forekomsten stiger markant blandt de 45-54-årige og forbliver stort set uændret omkring 8-9 % i de ældre aldersgrupper. Dog er der 11,5 % blandt de ældste borgere fra 85 år og derover, der har en rygsygdom.

Rygsygdomme forekommer dobbelt så hyppig blandt borgere med kort uddannelse sammenlignet med borgere lang uddannelse. En lignende tendens ses for indkomstniveau.

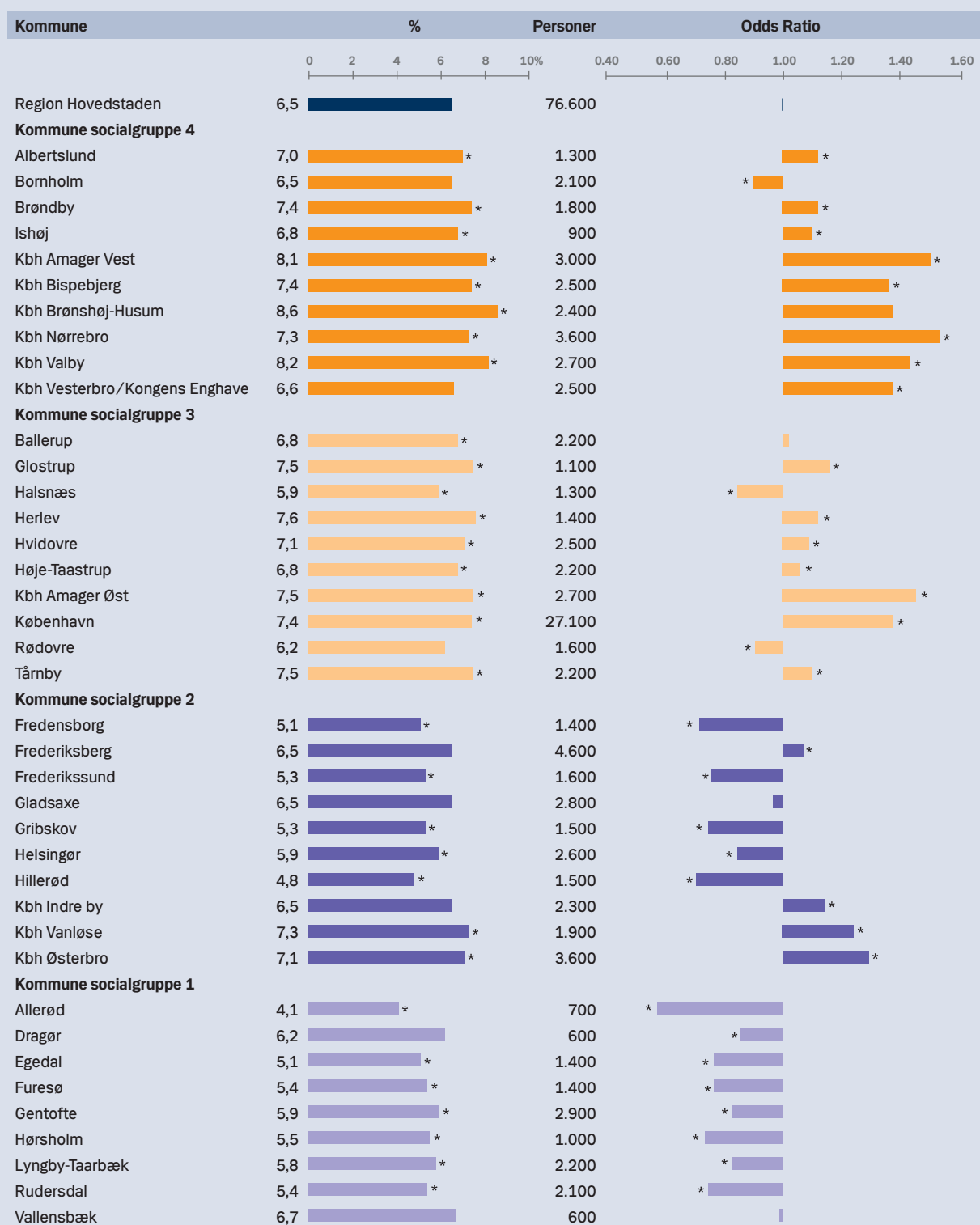
Tabel 7.23. Forekomsten af rygsygdomme

	%	Personer
	0 5 10 15 20%	
Region Hovedstaden	6,5	76.600
Køn		
Mand	6,0	34.000
Kvinde	7,0	42.500
Alder		
25-34 år	2,6	6.400
35-44 år	5,3	13.500
45-54 år	7,7	16.200
55-64 år	8,3	17.200
65-74 år	8,4	11.000
75-84 år	9,8	8.000
85- år	11,5	4.300
Uddannelse		
Kort	8,8	24.300
Mellemlang	6,1	32.300
Lang	4,9	14.300
Indkomst		
0-<100.000 kr	5,7	6.300
100.000-<150.000 kr	8,6	18.900
150.000-<250.000 kr	7,2	24.200
250.000-<375.000 kr	5,8	19.300
375.000-<525.000 kr	4,8	5.400
525.000- kr	5,1	2.400

Andelen af borgere med rygsygdomme varierer fra 4,1 til 8,6 %, jævnfør tabel 7.24. Forekomsten er lavest i Allerød og Hillerød og højest i bydelene Brønshøj/Husum og Valby. Godt 1/3 af Region Hovedstadens rygpatienter bor i Københavns Kommune.

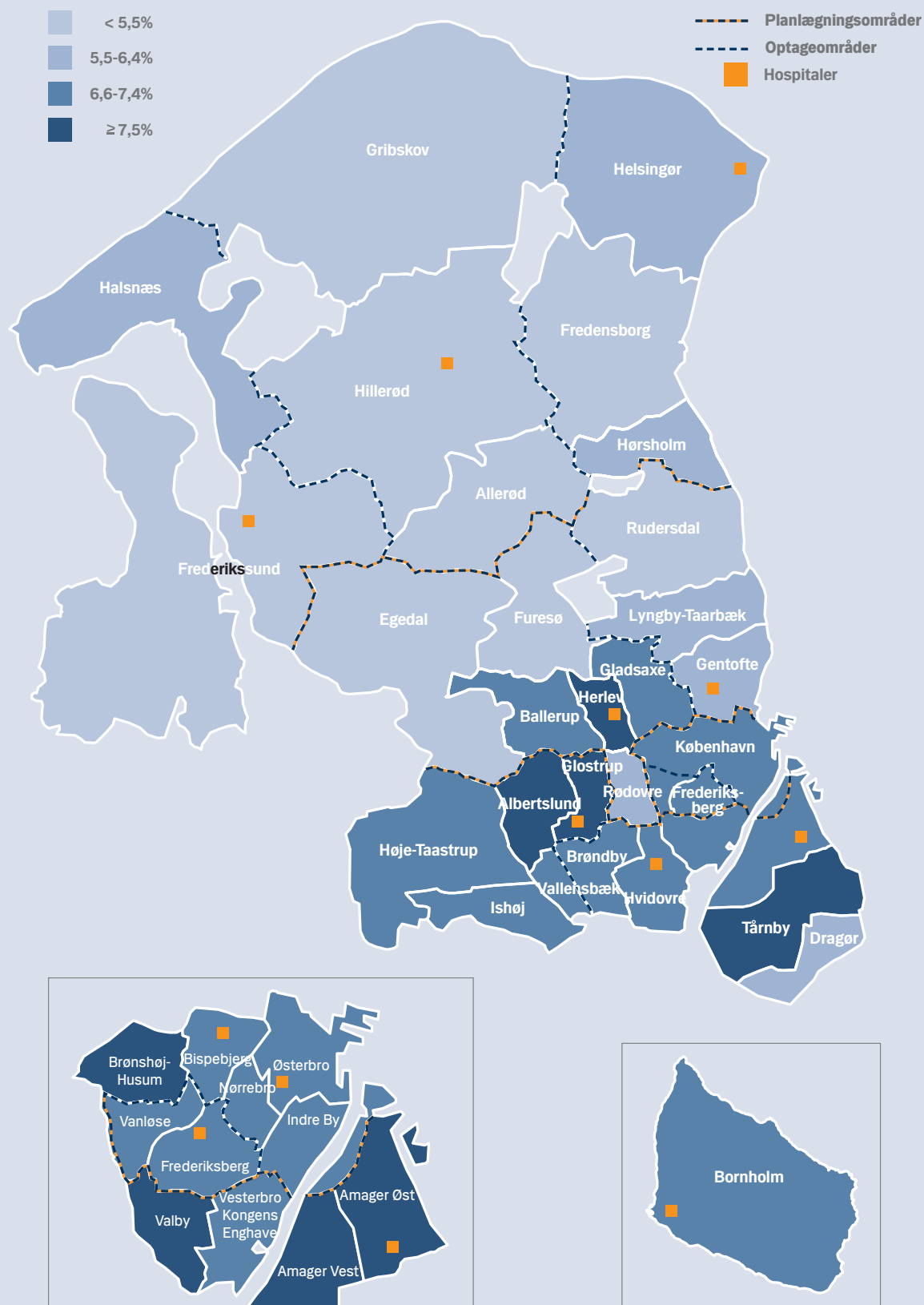
Der er en tydelig social gradient i forekomsten af rygsygdomme. Denne gradient ses både før og efter, at der er taget højde for kommunernes alderssammensætning. Alle kommuner i kommune socialgruppe 4 på nær Bornholms Regionskommune har en højere andel af borgere med rygsygdomme sammenlignet med regionsgennemsnittet. Alle kommuner i kommune socialgruppe 1 bortset fra Vallensbæk har en lavere andel af borgere med rygsygdomme end regionsgennemsnittet.

Tabel 7.24. Forekomsten af rygsygdomme i kommunerne

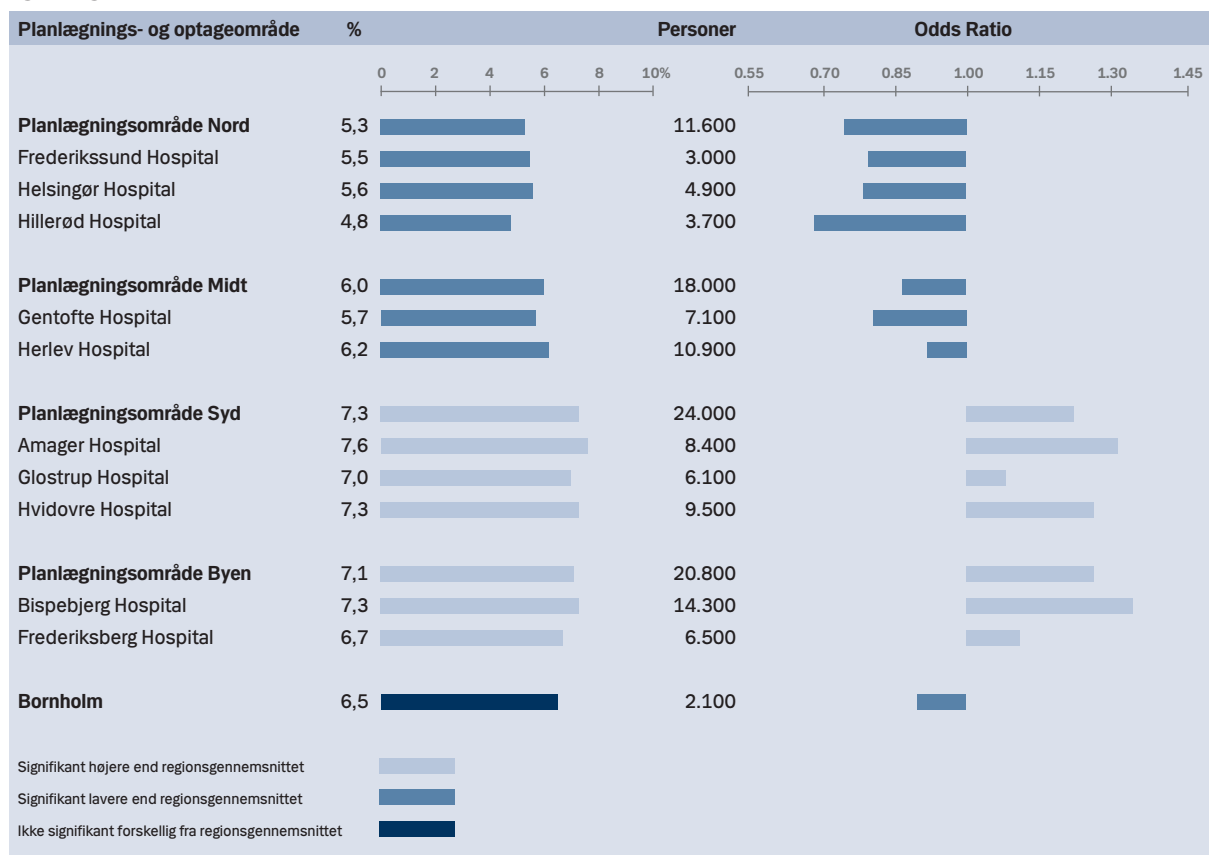


* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

Figur 7.8. Forekomsten af ryg sygdomme



Tabel 7.25. Forekomsten af rygsygdomme opdelt på planlægnings- og optageområder



I tabel 7.25 ses, at forekomsten af rygsygdomme varierer fra 5,3 % i planlægningsområde Nord til 7,3 % i planlægningsområde Syd. Der ses en tydelig gradient i forekomsten af rygsygdomme. Således har alle hospitaler i planlægningsområde Nord og Midt en lavere forekomst end regionsgennemsnittet og alle hospitaler i planlægningsområderne Syd og Byen en højere forekomst sammenlignet med regionsgennemsnittet.

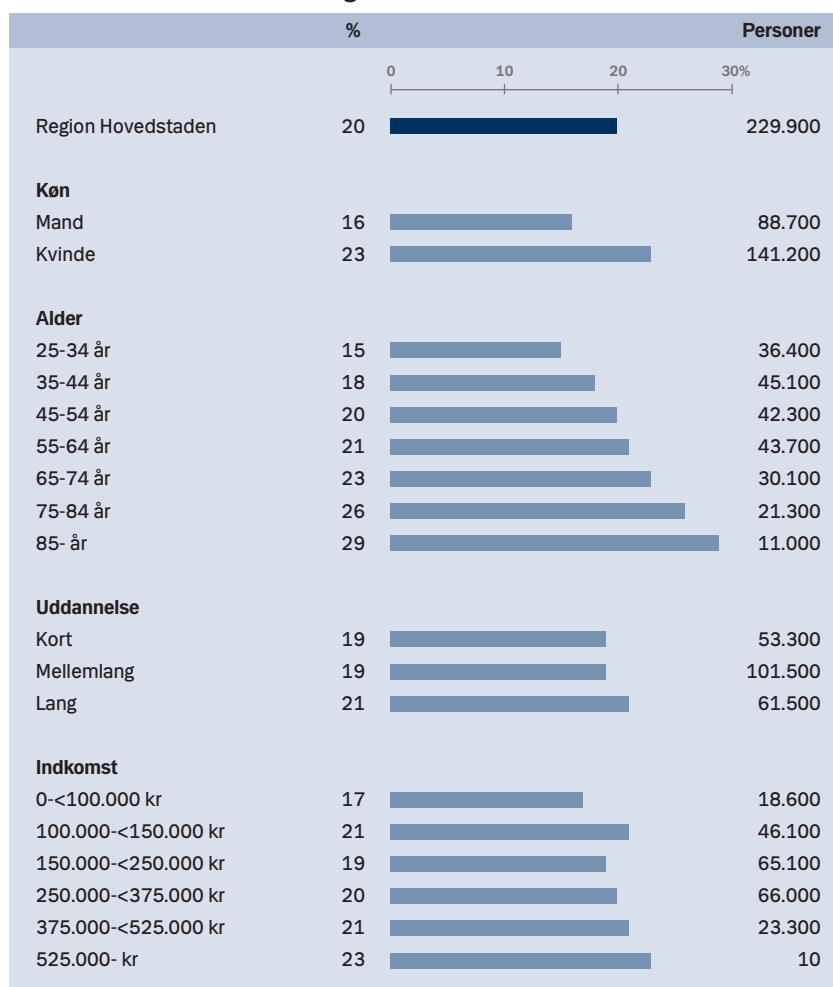
7.6 Allergi

Allergi er et stigende problem i den danske befolkning. Forekomsten af allergi er fordoblet fra 1994 til 2005. I alt 21,0 % af den danske befolkning angav i 2005 at have allergi. Allergi er forbundet med forringet livskvalitet og periodevis fravær fra arbejde. Årsagerne til allergi er fortsat uafklaret, men både arvelige faktorer samt miljø- og livsstilsfaktorer har en betydning for udvikling af allergi.

Forekomsten af allergi er dels baseret på sygehuskontakter og dels på indløsning af recepter på allergimedisin mindst to gange i løbet af 12 måneder.

- Allergi er den hyppigst forekommende sygdom i Region Hovedstaden
- 20 % af den voksne befolkning har allergi
- Allergi er mest udbredt blandt kvinder

Tabel 7.26. Forekomsten af allergi

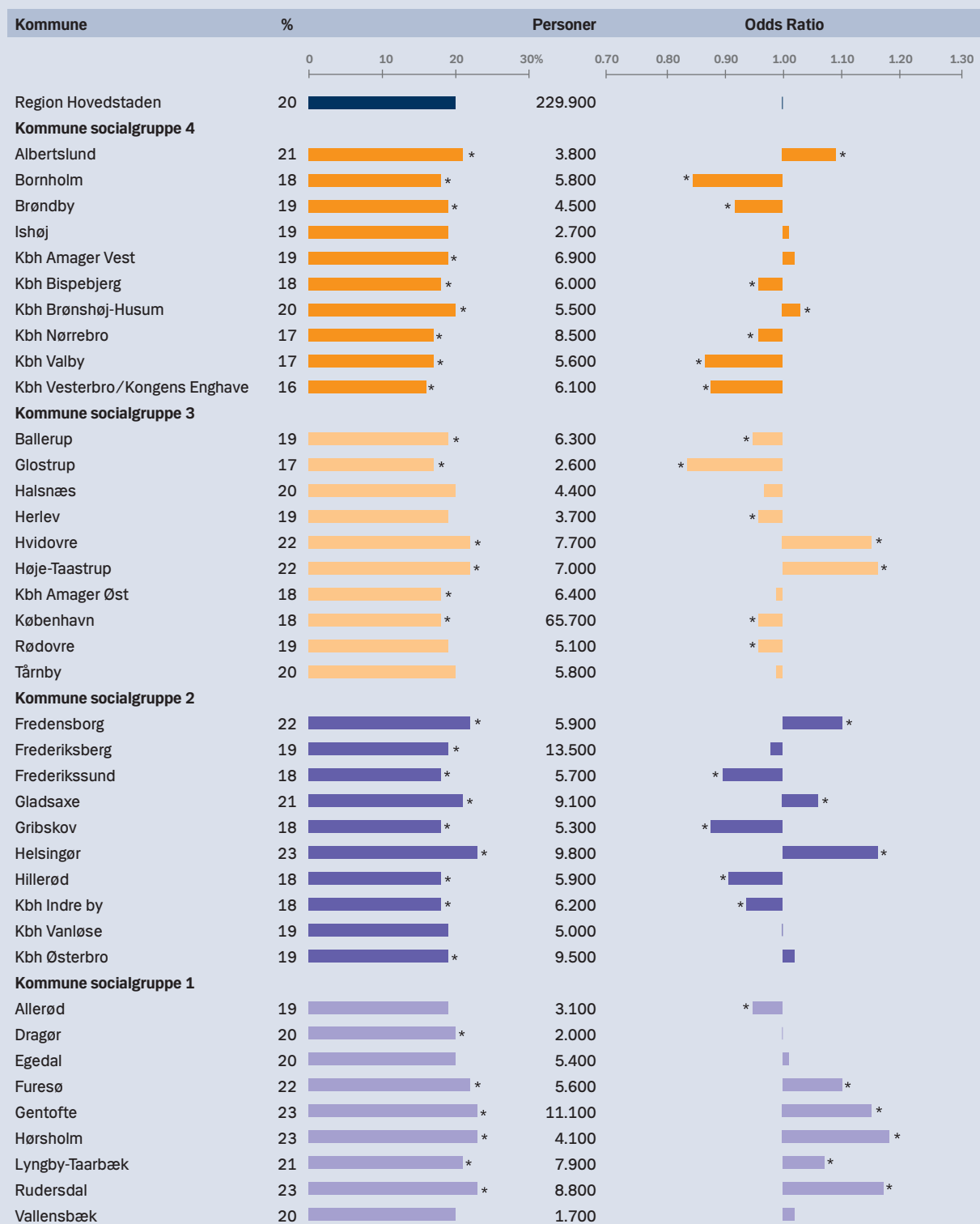


I alt har 20 % af den voksne befolkning på 25 år og derover allergi. Dette svarer til 229.900 borgere. Kun 0,5 % af allergitilfældene har haft en sygehuskontakt i perioden 1995-2006. Allergi er derfor en sygdom, som behandles i almen praksis.

Af tabel 7.26 fremgår det, at allergi er hyppigere blandt kvinder end mænd. Andelen af borgere, der har allergi, stiger med stigende alder. Dog er allergi også meget udbredt i de yngre aldersgrupper, idet 15-18 % af borgerne i alderen 25-44 år har allergi.

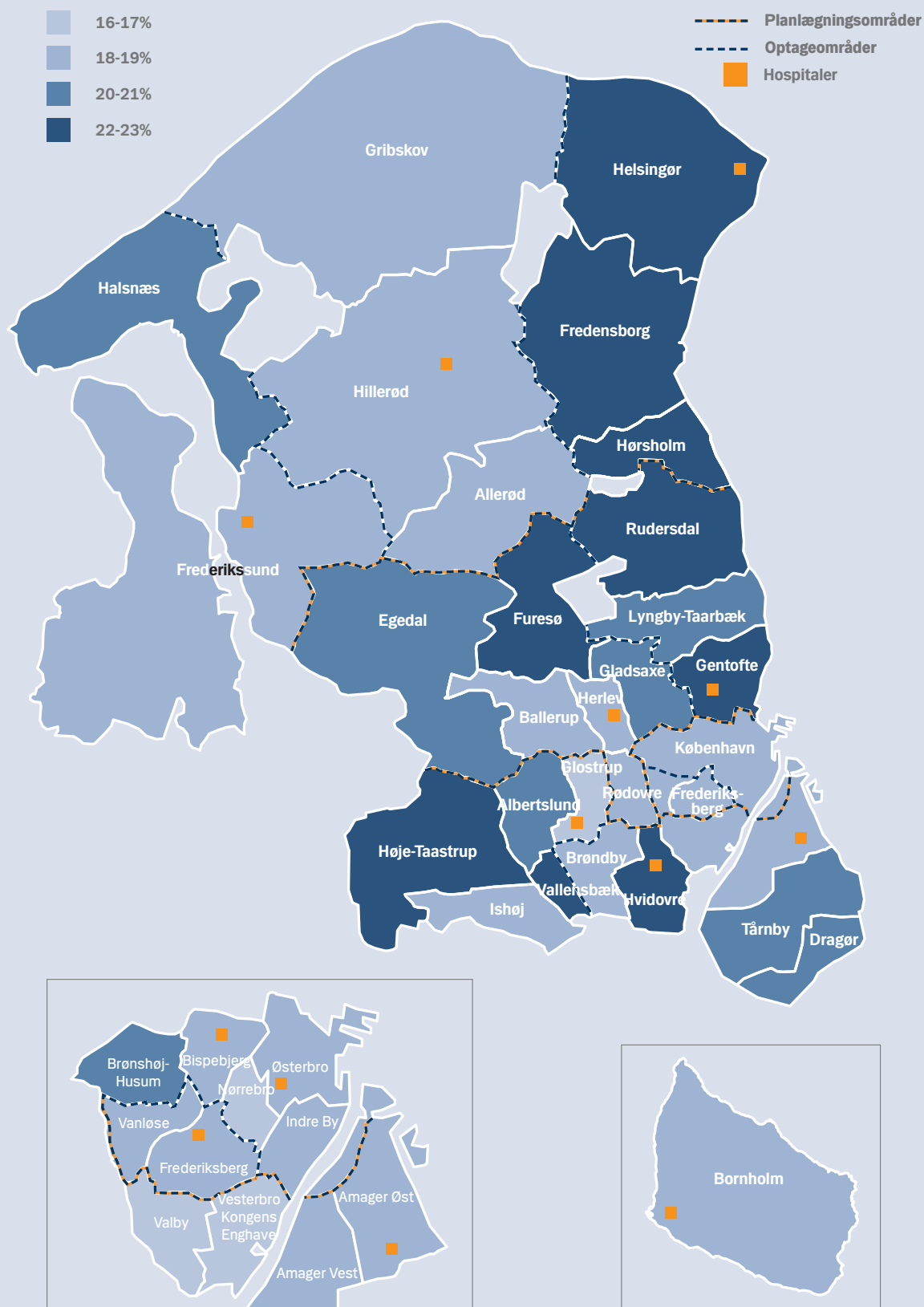
Der er en svag tendens til, at allergi er hyppigere blandt borgere med en lang uddannelse og en høj indkomst sammenlignet med borgere med kort uddannelse henholdsvis lav indkomst.

Tabel 7.27. Forekomsten af allergi i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

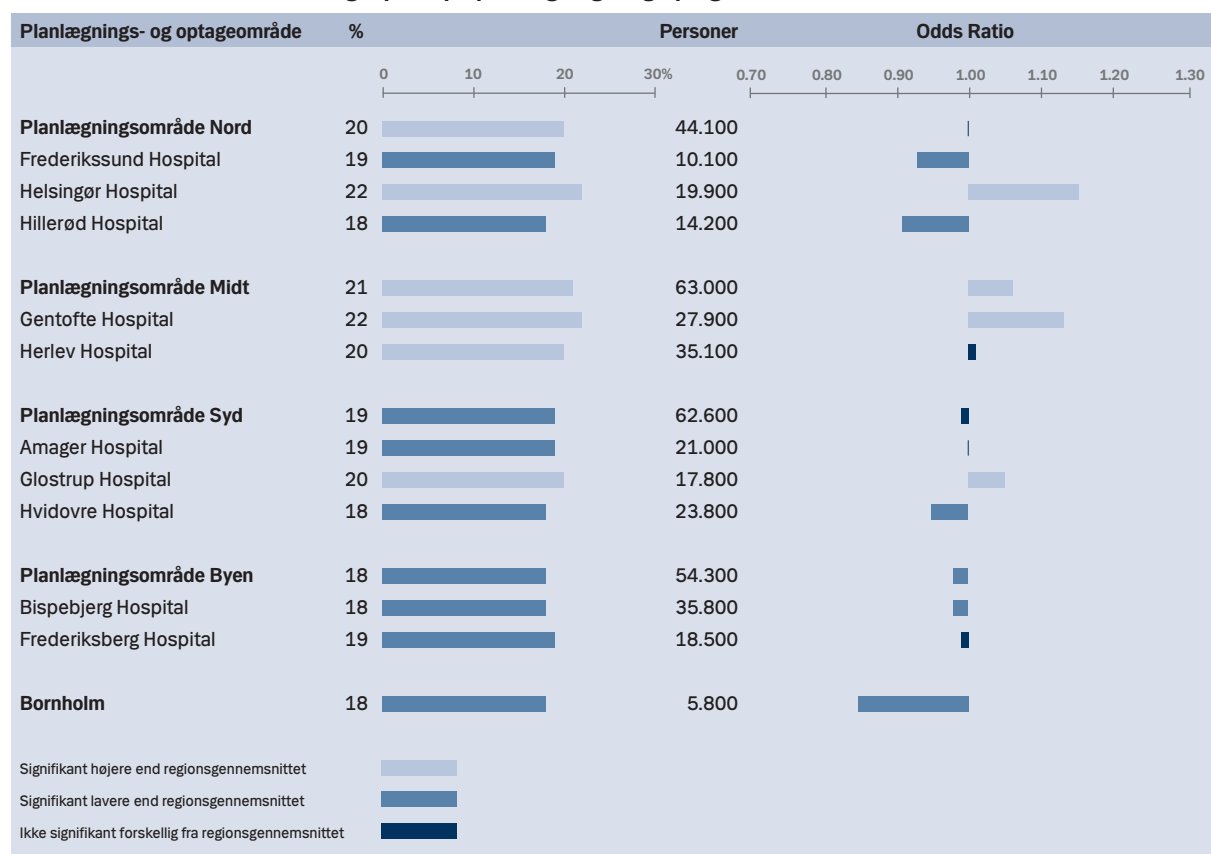
Figur 7.9. Forekomsten af allergi



Forekomsten af allergi varierer fra 16 til 23 % på tværs af kommunerne. Forekomsten er lavest i bydelene Vesterbro/Kongens Enghave, Valby og Nørrebro og højest i Hørsholm, Helsingør, Gentofte og Rudersdal kommuner.

Generelt er allergi hyppigere forekommende i kommuner, der tilhører kommune socialgruppe 1, sammenlignet med regionsgennemsnittet, hvorimod der er færre, som har allergi, i de kommuner, der tilhører kommune socialgruppe 4. Denne tendens ses også efter, at der er taget højde for aldersforskellen imellem kommunerne.

Tabel 7.28. Forekomsten af allergi opdelt på planlægnings- og optageområder



Forekomsten af allergi varierer fra 18 til 21 % imellem planlægningsområderne. Allergi er hyppigst i planlægningsområde Midt og sjældnest i planlægningsområde Bornholm.

7.7 Psykiske sygdomme

Psykiske sygdomme er en sammensat gruppe, der blandt andet omfatter sygdomme i skizofrenispektret, stemningssygdomme (affektive sygdomme) som depression, angstrelaterede sygdomme og personlighedsforstyrrelser. Psykiske sygdomme er hyppige. De ses ofte i de yngre aldersgrupper og er forbundet med en overdødelighed.

Psykiske sygdomme diagnosticeres og behandles både af de praktiserende læger og speciallæger – privatpraktiserende læger som sygehuslæger. Specielt stemningssygdomme som depression opdages og behandles i almen praksis, hvori mod de sværere stemningssygdomme og psykoser næsten udelukkende diagnosticeres og behandles af speciallæger.

Psykiske sygdomme

- 3,8 % af befolkningen tager antipsykotisk medicin
- 13 % af befolkningen tager antidepressiv medicin
- Hyppigst blandt:
 - Kvinder
 - Kort uddannede
 - Lave indkomst-grupper
- Forekommer i alle aldersgrupper

I sundhedsprofilen defineres de psykiske sygdomme på baggrund af medicinsk behandling med antipsykotisk medicin og medicinsk behandling med antidepressiv medicin. Indikationerne for nogle af medicingrupperne er ikke entydige, derfor er brug af for eksempel angstdæmpende medicin, sovemedicin og antiepileptisk medicin ikke inkluderet i denne profil.

I alt har 15 % af borgerne indløst recepter for psykiske sygdomme.

Tabel 7.29 viser, at tre gange så mange borgere er i antidepressiv behandling sammenlignet med andelen af borgere, der er i behandling med antipsykotisk medicin.

Overordnet er andelen af borgere, der er i behandling med medicin mod psykiske sygdomme, hyppigere blandt kvinder end mænd. Dog er der flere mænd end kvinder blandt de 25-44-årige, som er i behandling med antipsykotisk medicin. Andelen, der er i behandling, stiger med stigende alder, dog er der mange yngre borgere, der er i behandling med antipsykotisk og antidepressiv medicin.

Blandt borgere med lav indkomst er andelen, der er i behandling med antipsykotisk medicin, ni gange højere end den tilsvarende andel blandt borgere med høj indkomst. Samme tendens, men knap så udtalt, ses i relation til uddannelsesniveau. Dette kan være et udtryk for, at diagnosen ofte stilles i en tidlig alder, og derfor opnår mange af disse personer ikke at få en uddannelse og ender ofte på en overførelsesindkomst.

Tabel 7.29. Brug af antipsykotisk og antidepressiv medicin

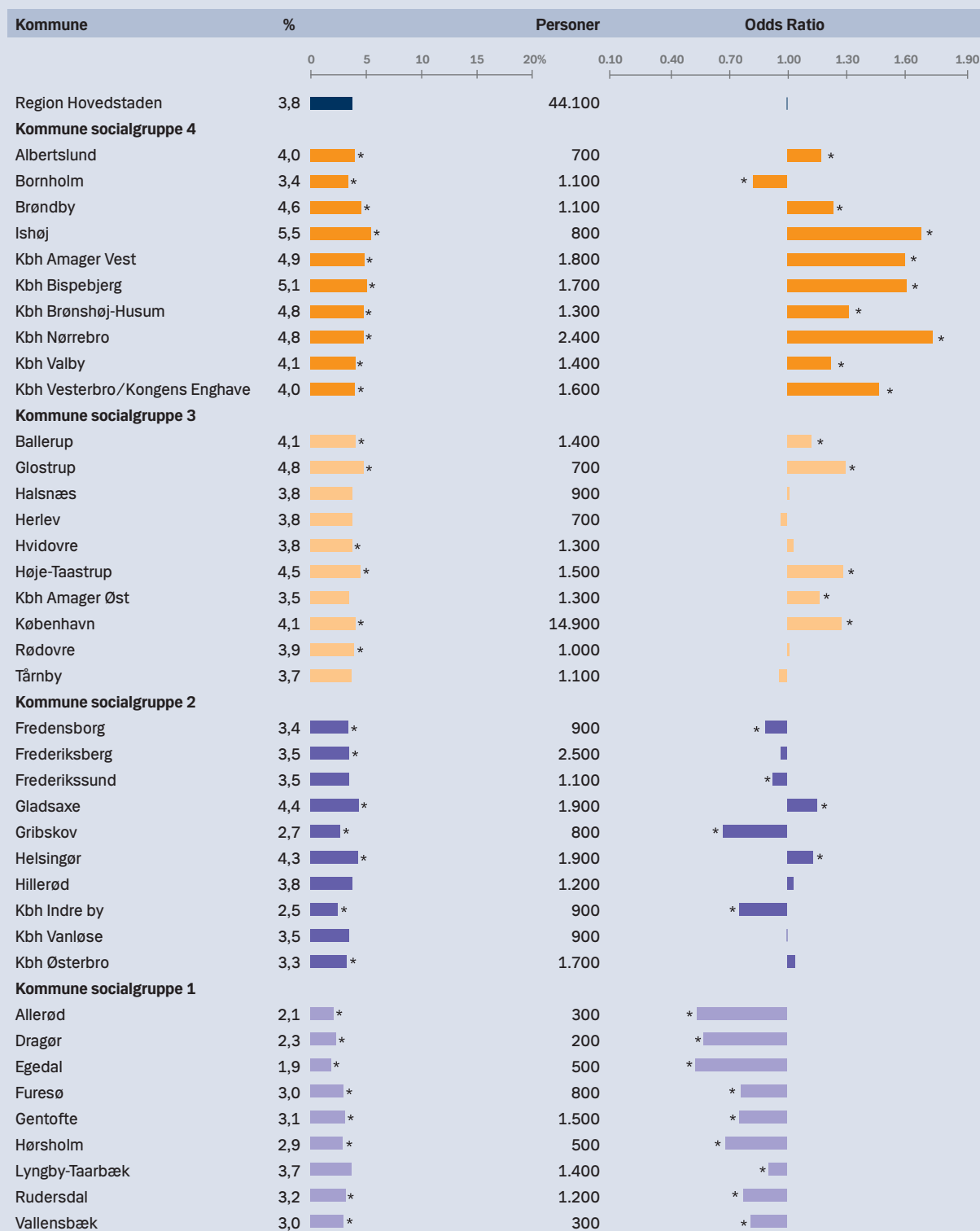
	Antipsykotisk medicin		Antidepressiv medicin	
	%	Personer	%	Personer
	0 15 30%		0 15 30%	
Region Hovedstaden	3,8	44.100	13	154.200
Køn				
Mand	3,2	18.000	10	54.700
Kvinde	4,3	26.100	16	99.400
Alder				
25-34 år	1,7	4.200	8	19.100
35-44 år	2,7	6.900	11	27.000
45-54 år	4,0	8.400	14	29.200
55-64 år	4,4	9.100	15	31.400
65-74 år	4,9	6.400	16	20.700
75-84 år	6,6	5.400	20	16.600
85- år	10,0	3.700	27	10.200
Uddannelse				
Kort	6,4	17.800	17	46.800
Mellemlang	3,0	15.700	12	63.900
Lang	2,0	5.900	11	31.500
Indkomst				
0-<100.000 kr	4,8	5.300	13	15.100
100.000-<150.000 kr	9,0	19.900	19	43.100
150.000-<250.000 kr	3,4	11.500	14	47.000
250.000-<375.000 kr	1,7	5.500	11	34.700
375.000-<525.000 kr	1,1	1.300	9	9.900
525.000- kr	1,1	500	9	4.100

Andelen af personer i kommunerne, der har købt antipsykotisk medicin varierer fra 1,9 til 5,5 % – højest i Ishøj og lavest i Egedal, jævnfør tabel 7.30. Andelen af borgere, som har købt antidepressiv medicin, varierer fra 10 til 15 % – højest i Herlev, bydelen Brønshøj-Husum og Bornholm kommuner og lavest i Egedal og Allerød, jævnfør tabel 7.31.

I tabel 7.30 og 7.31 ses en meget tydelig social gradient i forekomsten af psykiske sygdomme – både for psykoser og for depressioner. Når der tages højde for alderssammensætningen imellem kommunerne, har stort set alle kommuner i kommune socialgruppe 4 en højere forekomst af psykiske sygdomme end regionsgennemsnittet, og samtlige kommuner i kommune socialgruppe 1 har en lavere forekomst end regionsgennemsnittet.

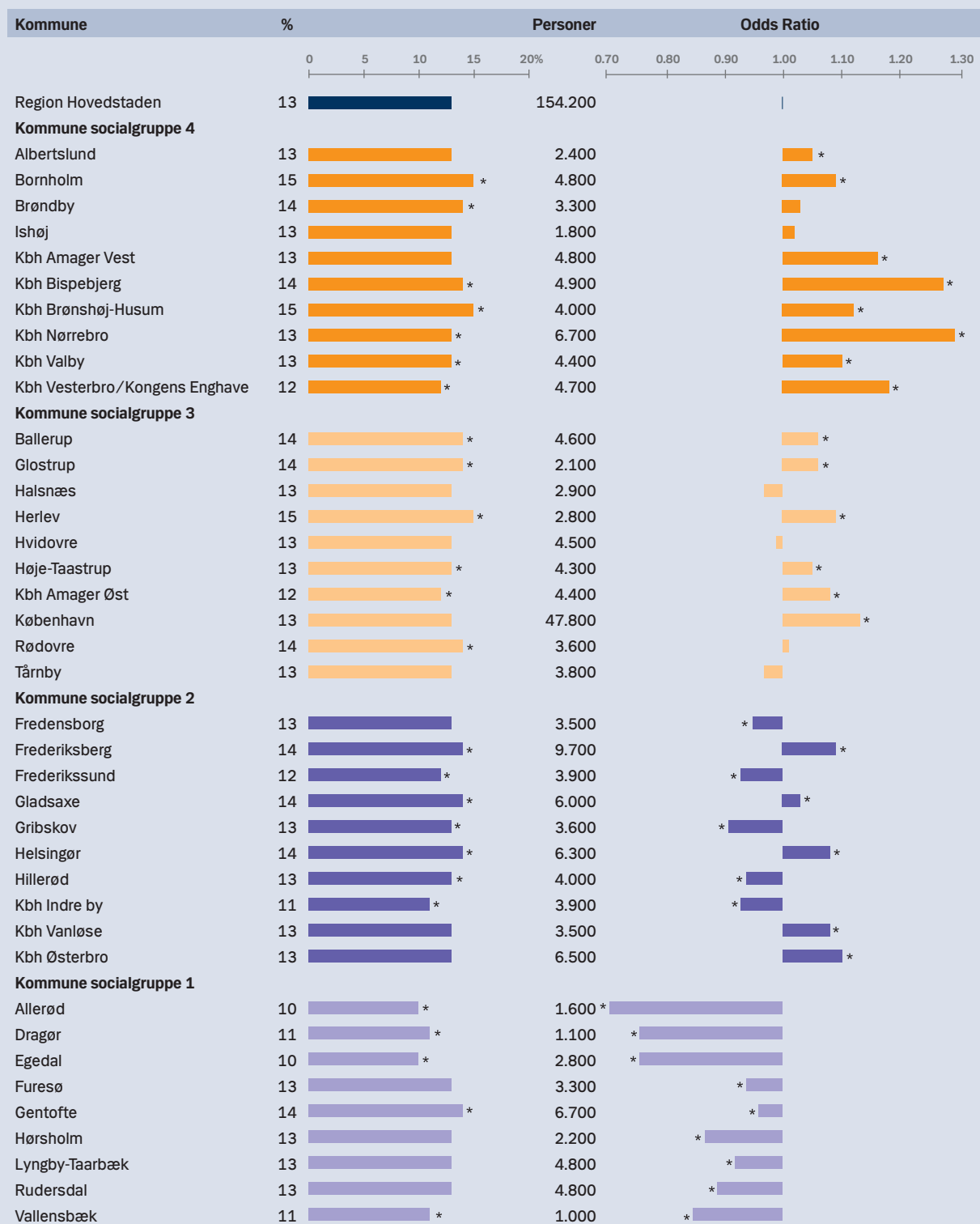
Det ses af tabel 7.32 og 7.33, at forekomsten af psykisk sygdom varierer imellem planlægningsområderne. Forekomsten er markant højere i planlægningsområde Syd og Byen efter justering for aldersfordelingen.

Tabel 7.30. Brug af antipsykotisk medicin i kommunerne



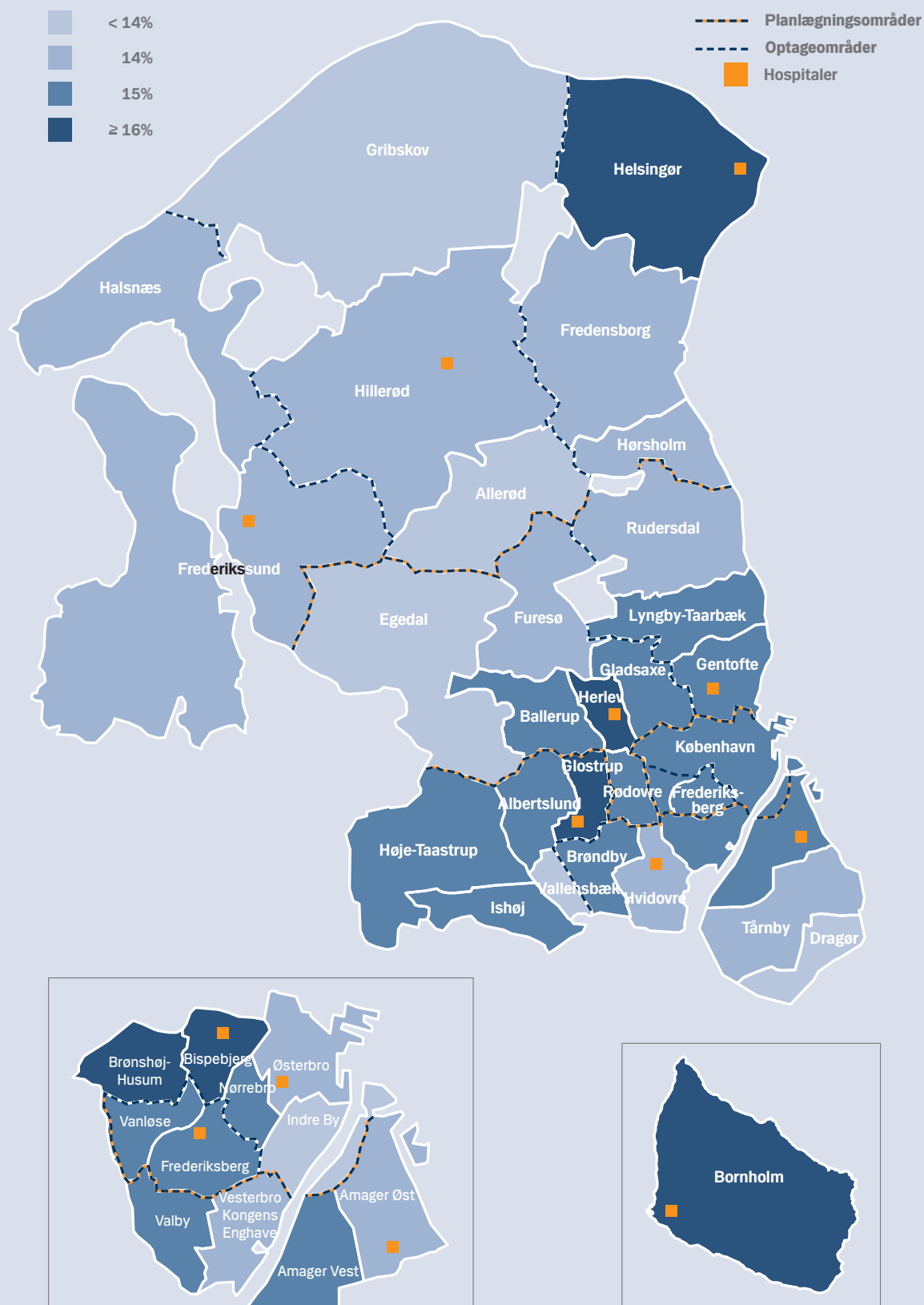
* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

Tabel 7.31. Brug af antidepressiv medicin i kommunerne

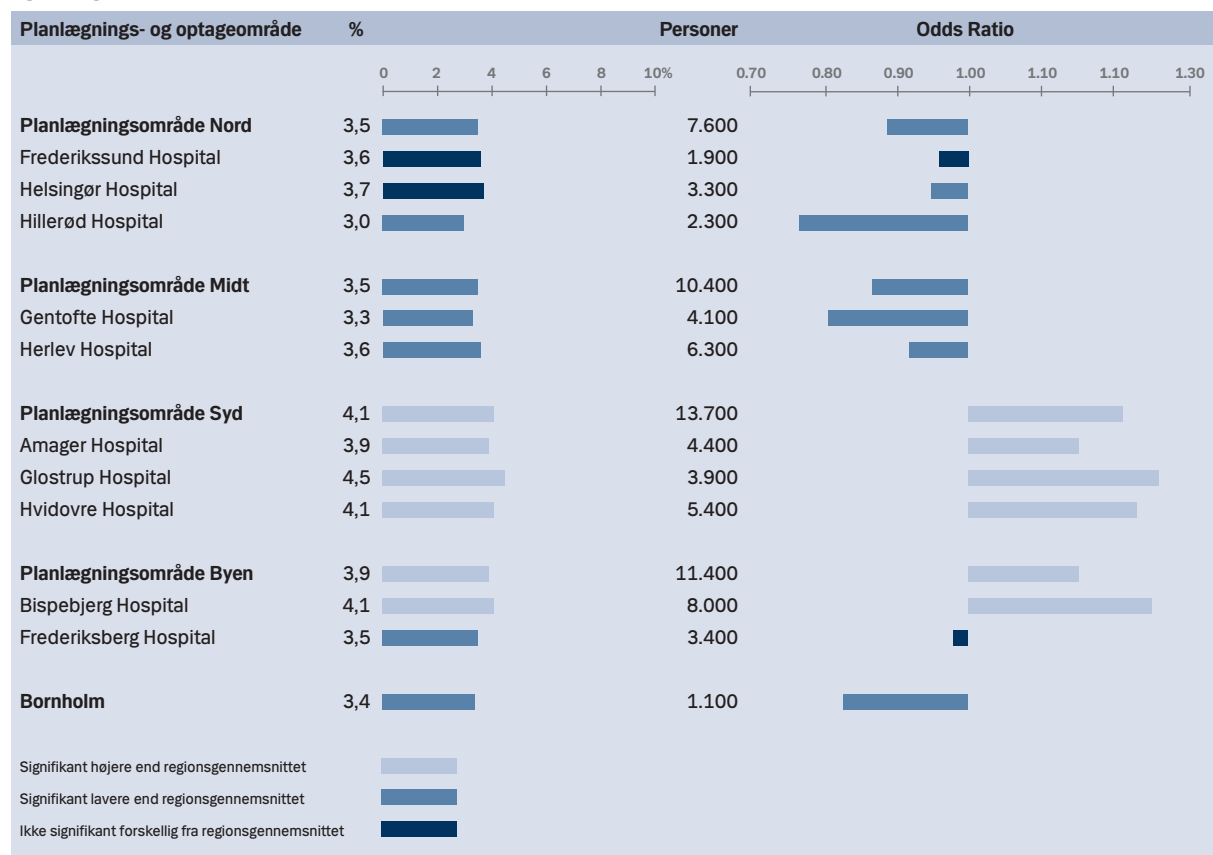


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

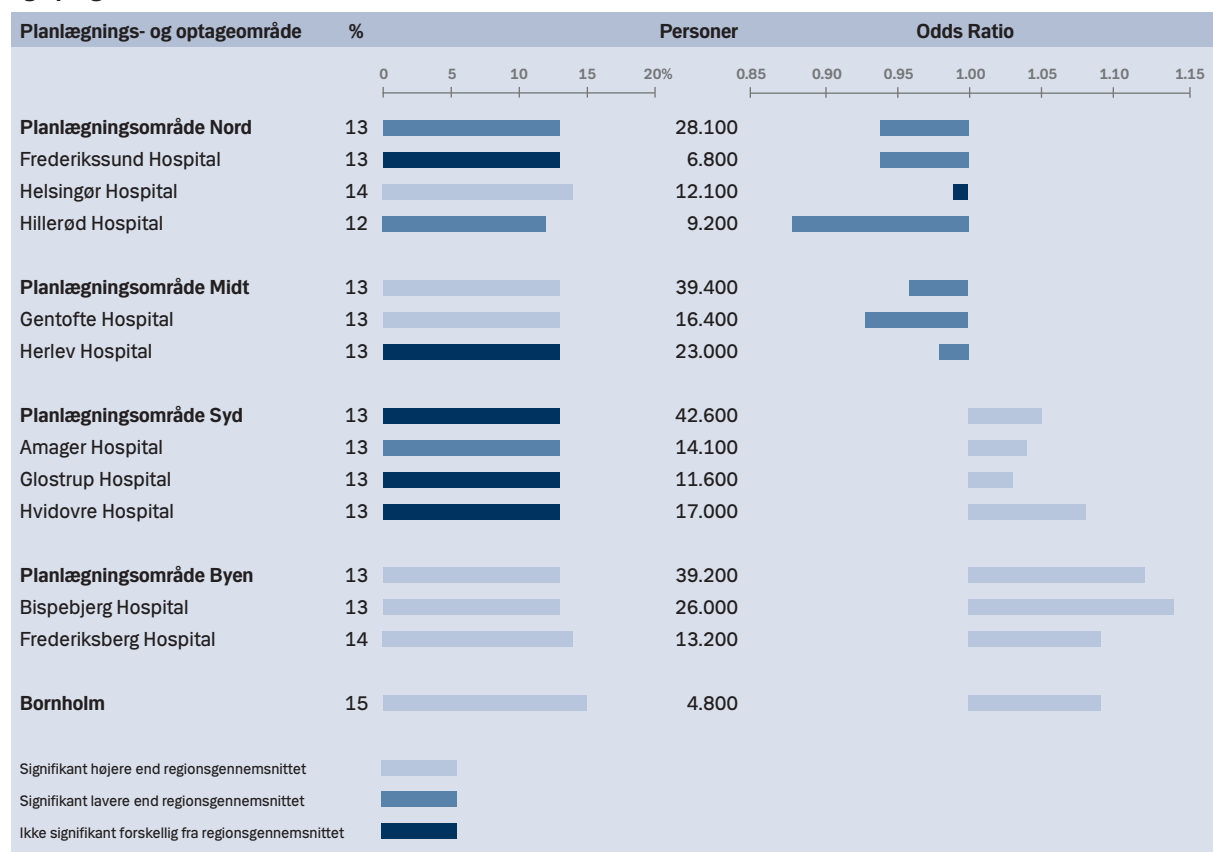
Figur 7.10. Forekomsten af psykiske sygdomme



Tabel 7.32. Brug af antipsykotisk medicin opdelt på planlægnings- og optageområder



Tabel 7.33. Brug af antidepressiv medicin opdelt på planlægnings- og optageområder



- 51 % af borgerne har ingen kroniske sygdomme
- 27 % af borgerne har en kronisk sygdom
- 13 % af borgerne har to kroniske sygdomme
- 8 % af borgerne har tre eller flere kroniske sygdomme

Forekomsten af flere kroniske sygdomme er hyppigere blandt:

- Kvinder
- Borgere ældre end 65 år
- Kort uddannede borgere
- Borgere med lav indkomst

7.8 Flere kroniske sygdomme

I takt med, at den akutte behandling samt den efterfølgende kontrol og behandling af de kroniske sygdomme i løbet af de sidste 10-20 år er blevet forbedret, er andelen af befolkningen, der lever med en eller flere kroniske sygdomme, blevet større. I dette afsnit gennemgås, hvor mange borgere, der har en eller flere af de tidligere nævnte kroniske sygdomme.

Knap halvdelen af borgerne har mindst en af de kroniske sygdomme, og hver 10. borger har to kroniske sygdomme. Kvinder har dobbelt så hyppig forekomst af tre eller flere kroniske sygdomme end mænd. Andelen af borgere med to, tre eller flere kroniske sygdomme stiger med stigende alder, se tabel 7.34.

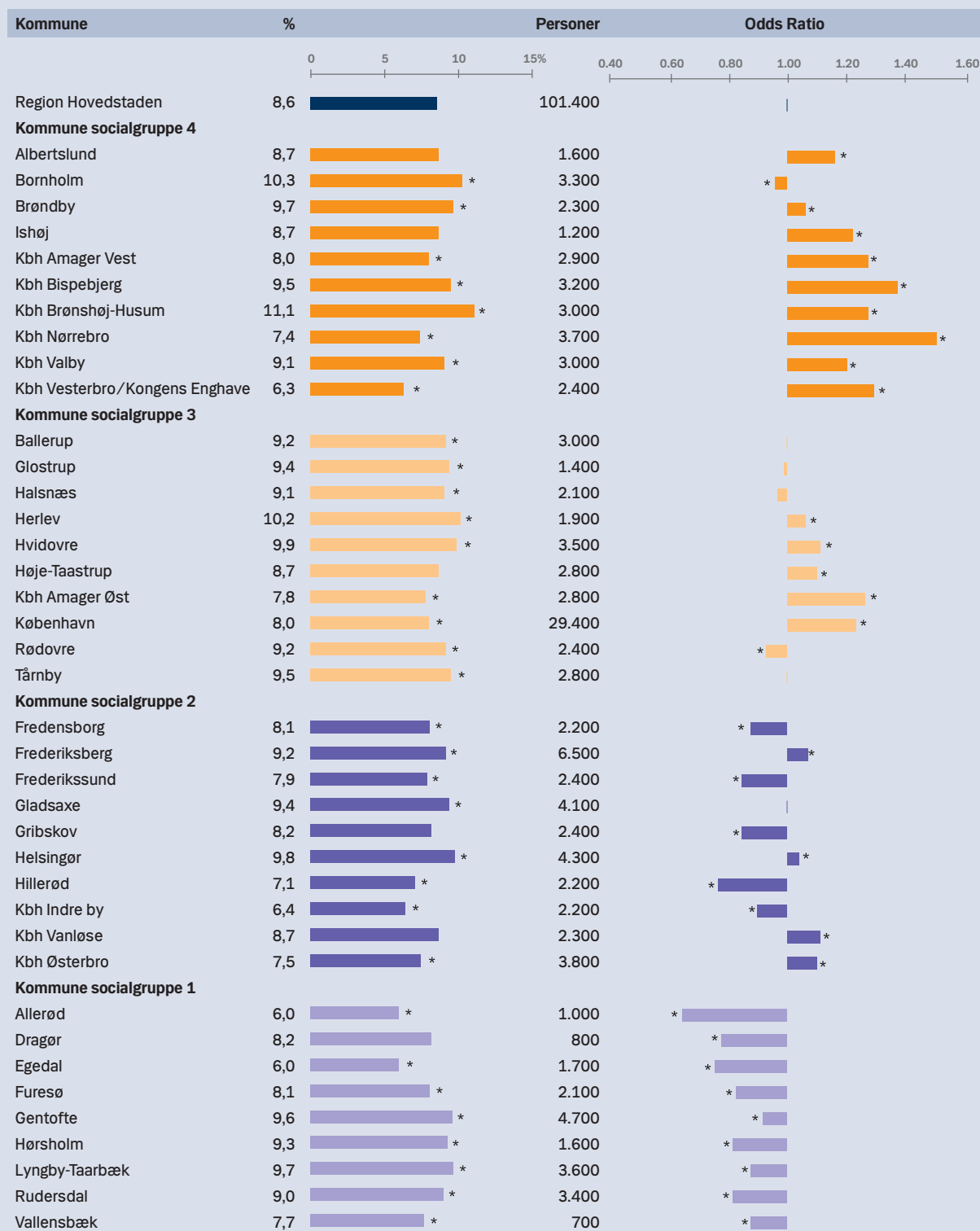
Det fremgår af tabel 7.34, at der er en udtalt social gradient blandt de borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. Borgere med en kort uddannelse og lav indkomst har mere end dobbelt så høj forekomst af tre eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med borgere med en lang uddannelse og høj indkomst.

Tabel 7.34. Forekomsten af flere kroniske sygdomme

	Antal sygdomme				Personer
	Ingen	En	To	Tre+	
	%	%	%	%	
	0 40 80%	0 40 80%	0 40 80%	0 40 80%	
Region Hovedstaden	51	27	13	8	1.173.400
Køn					
Mand	57	26	11	6	563.600
Kvinde	45	29	15	11	609.900
Alder					
25-34 år	71	22	6	1	246.500
35-44 år	62	27	9	2	256.900
45-54 år	52	30	13	5	211.200
55-64 år	42	31	16	10	207.800
65-74 år	32	31	20	17	131.700
75-84 år	21	27	23	28	82.300
85- år	13	23	24	39	37.400
Uddannelse					
Kort	42	29	16	13	276.700
Mellemlang	53	28	12	7	529.300
Lang	56	28	11	5	290.200
Indkomst					
0-<100.000 kr	55	24	12	10	111.900
100.000-<150.000 kr	40	27	16	16	221.400
150.000-<250.000 kr	49	28	14	9	336.300
250.000-<375.000 kr	54	29	12	5	330.900
375.000-<525.000 kr	56	28	11	4	112.200
525.000- kr	54	29	12	5	47.400

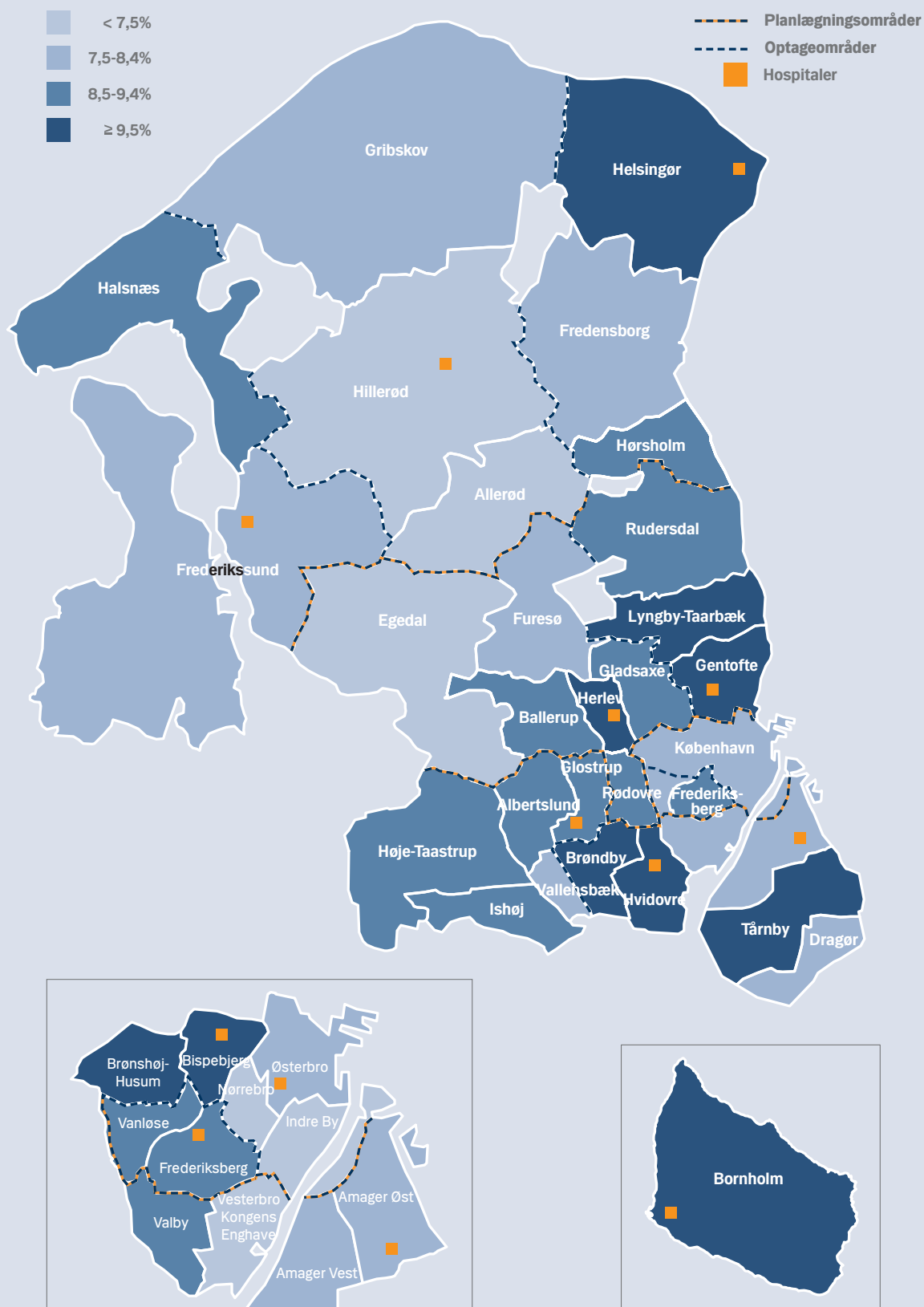
Andelen af borgere med to kroniske sygdomme svinger fra 10 til 15 % mellem kommunerne. I tabel 7.35 ses, at forekomsten af tre eller flere kroniske sygdomme svinger fra 6 til 11 % mellem kommunerne. Andelen af borgere med tre eller flere kroniske sygdomme er markant højere i kommune socialgruppe 4, når der er taget højde for aldersfordelingen, og er lavere for alle kommunerne i kommune socialgruppe 1.

Tabel 7.35. Andelen af borgere, der har tre eller flere kroniske sygdomme i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Figur 7.11. Andelen af borgere, der har tre eller flere kroniske sygdomme i kommunerne



7.9 Helbredsbelastning og kronisk sygdom

At leve med en kronisk sygdom har en række konsekvenser for det enkelte menneske. For mange vil livskvaliteten være nedsat. Der kan være flere årsager til nedsat livskvalitet, som i mange tilfælde vil være afhængig af det enkelte menneskes baggrund og ressourcer. Nogle årsager til nedsat livskvalitet kan være smerter, bivirkninger af behandling, manglende mobilitet, social udstødning eller udstødning fra arbejdsmarkedet.

Borgere med kroniske sygdomme:

- Har dårligt selv vurderet helbred
- Har et højt stress-niveau
- Er hyppigere på overførselsindkomst

I dette afsnit vurderes belastningen af de kroniske sygdomme ved beskrivelse af det selv vurderede helbred, andelen af personer på overførselsindkomst, kontakt til det nære sociale netværk og stress inden for de enkelte kroniske sygdomme.

Inden for alle de kroniske sygdomme er der markant flere borgere med et dårligt selv vurderet helbred, højt stress niveau og høj andel, som modtager overførselsindkomst sammenlignet med regionsgennemsnittet, se tabel 7.36.

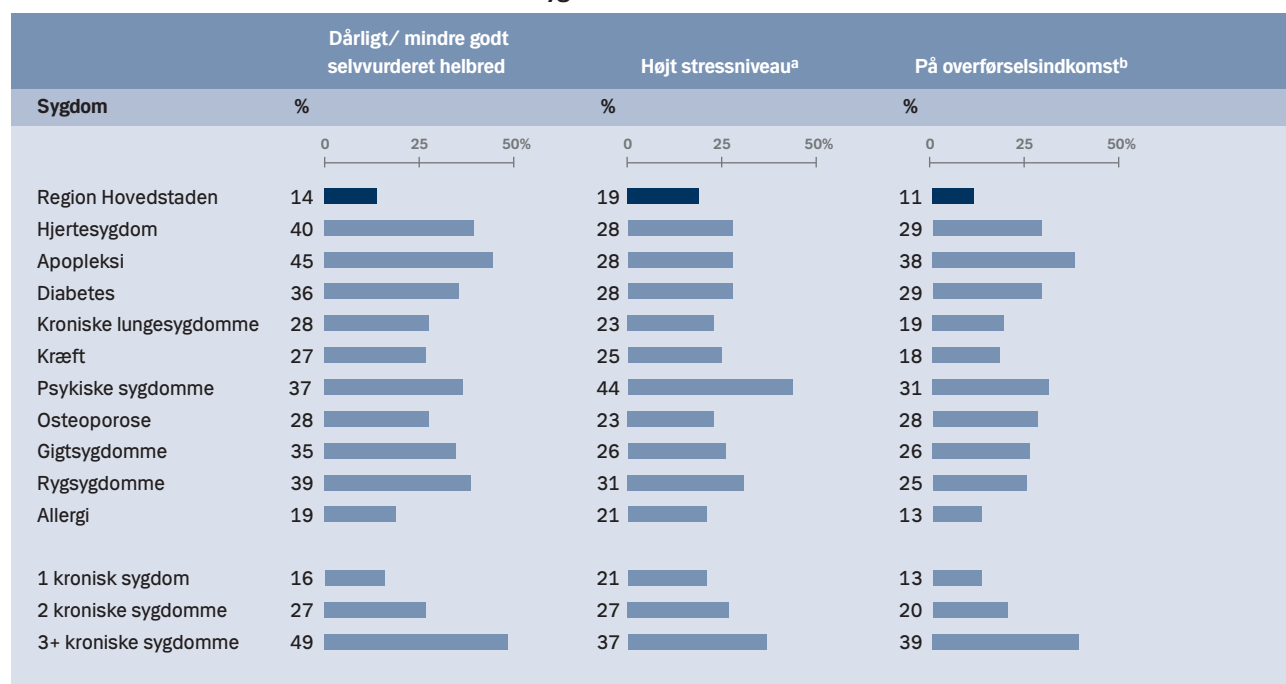
Allergi belaster ikke i særlig høj grad borgernes helbred, hvorimod borgere med apopleksi er meget belastet i form af dårligt selv vurderet helbred, og en stor andel er på overførselsindkomst.

Borgere med psykiske sygdomme og rygsygdomme er de patientgrupper, der har det højeste stressniveau. Det kan dels skyldes selve sygdommen, dels det faktum, at en stor andel er på kontanthjælp og førtidspension. Henholdsvis 25 og 31 % af borgerne med psykiske sygdomme og rygsygdomme er på overførselsindkomst. Endvidere er en forholdsvis stor andel af borgere med apopleksi, hjertesygdom og diabetes på overførselsindkomst. Disse patienter er ældre end de psykisk syge og rygpatienterne og er derfor i højere grad på efterløn.

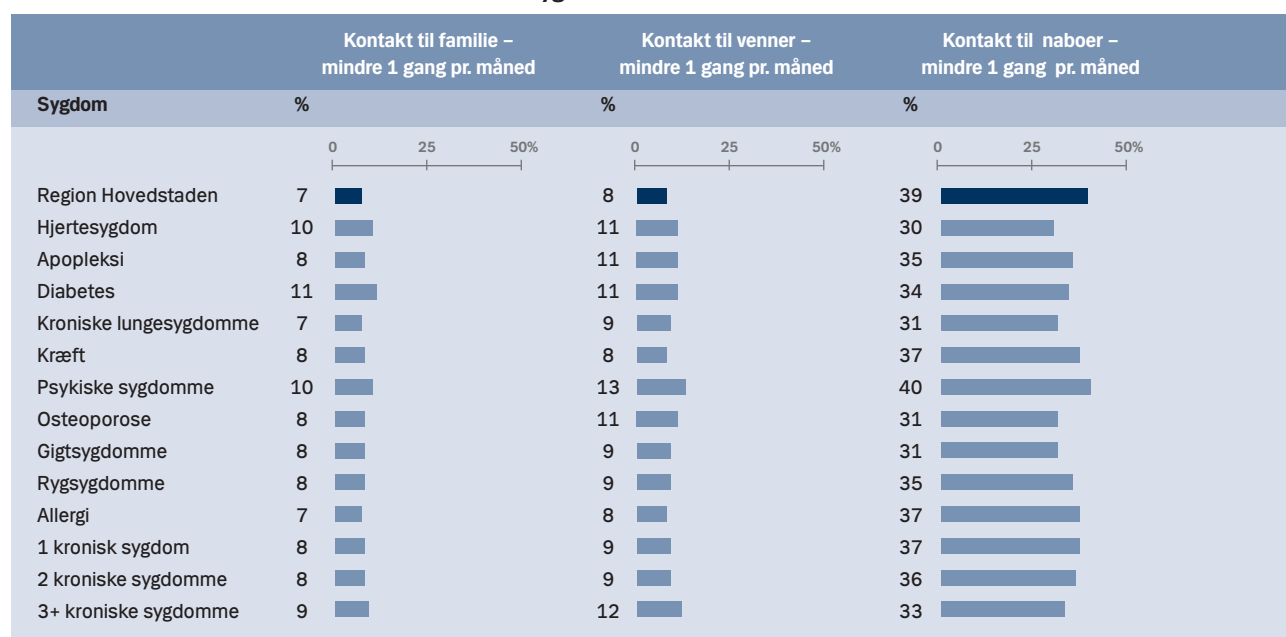
Generelt har borgerne i regionen et godt socialt netværk. Således har 97 % kontakt til familie, venner, naboer eller kollegaer mindst én gang om ugen. Bortset fra de psykisk syge, har de kronisk syge borgere mere kontakt til naboerne end borgerne generelt i Region Hovedstaden. Modsat har patienter med hjertesygdom, diabetes, apopleksi og psykiske sygdomme mindre kontakt til familie og venner sammenlignet med borgerne generelt, jævnfør tabel 7.37.

Af tabel 7.36 og 7.37 fremgår det, at det at leve med flere kroniske sygdomme øger belastningen for den enkelte borger. Andelen med et dårligt selv vurderet helbred, højt stressniveau eller som er på overførselsindkomst stiger med stigende antal kroniske sygdomme. Halvdelen af borgerne med tre eller flere kroniske sygdomme har et dårligt eller mindre godt selv vurderet helbred, hvilket svarer til 34.000 borgere i regionen.

Tabel 7.36. Helbreds faktorer i relation til kroniske sygdomme

^aStressniveau: Øvre kvintil af Cohen's Perceived Stress Scale^bInkluderer kun borgere i alderen 25-64 år

Tabel 7.37 Helbreds faktorer i relation til kroniske sygdomme



Det skal bemærkes, at inddelingen i specifikke sygdomsgrupper i tabel 7.36 ikke udelukker, at nogle af patienterne inden for hver sygdomsgruppe kan have flere kroniske sygdomme. Eksempelvis vil en betydelig del af patienterne med hjertesygdom også have diabetes og apopleksi. I samtlige sygdomsgrupper indgår derfor patienter, som lider af mere end én kronisk sygdom. Det er forklaringen på, at andelen med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred i tabel 7.36 er lavere for patienter med én kronisk sygdom, end den er inden for samtlige specifikke sygdomsgrupper

Sammenlignet med regionens borgere:

- Har flere kronisk syge borgere en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd
- Er færre kronisk syge borgere motiverede for at ændre sundhedsadfærd

7.10 Kroniske sygdomme og sundhedsadfærd

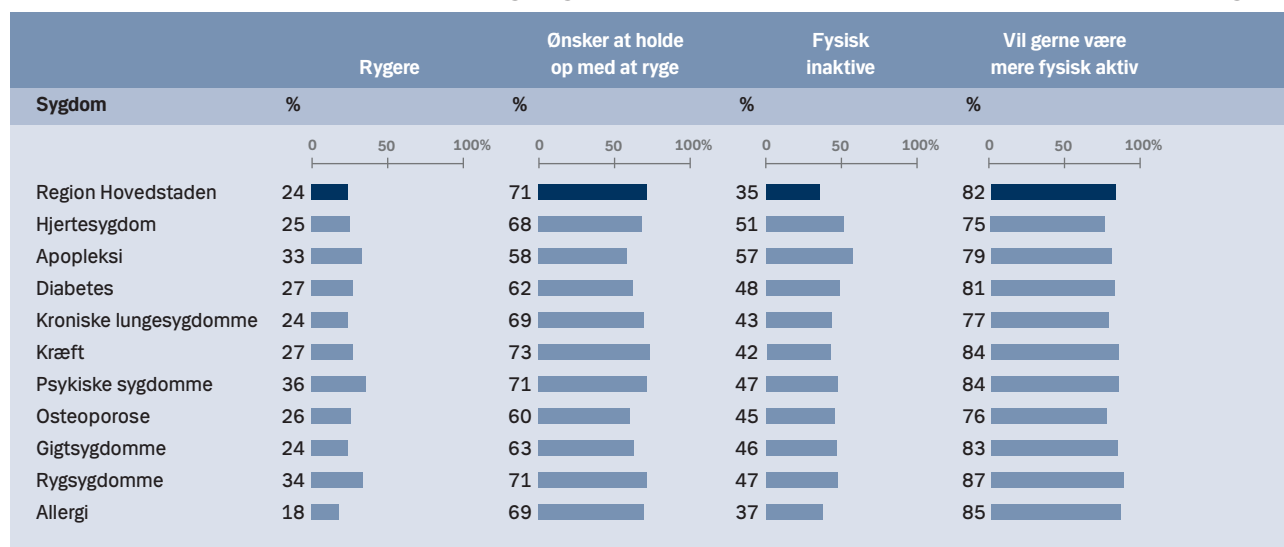
Som led i behandlingen af mange af de kroniske sygdomme er en hensigtsmæssig sundhedsadfærd afgørende for prognosen. I dette afsnit vurderes sundhedsadfærden samt motivationen for at ændre adfærd hos borgere med kroniske sygdomme. Der er fokuseret på rygning, fysisk inaktivitet, usund kost og et risikabelt alkoholforbrug.

Tabel 7.38, 7.39 og 7.40 viser, at der er et stort forebyggelsespotential for de kroniske patienter. Mange af de kliniske vejledninger indeholder anbefalinger om, at patienterne skal motiveres og have hjælp til at ændre sundhedsadfærd. Paradoksalt nok er der flere borgere med kronisk sygdom, bortset fra borgere med allergi, som har en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd end regionens generelle befolkning, men færre, der ønsker at ændre adfærd. Specielt er der mange, som er fysisk inaktive. Det skyldes formentlig, at disse borgere er begrænset af deres sygdom, og at de er ældre end gennemsnittet.

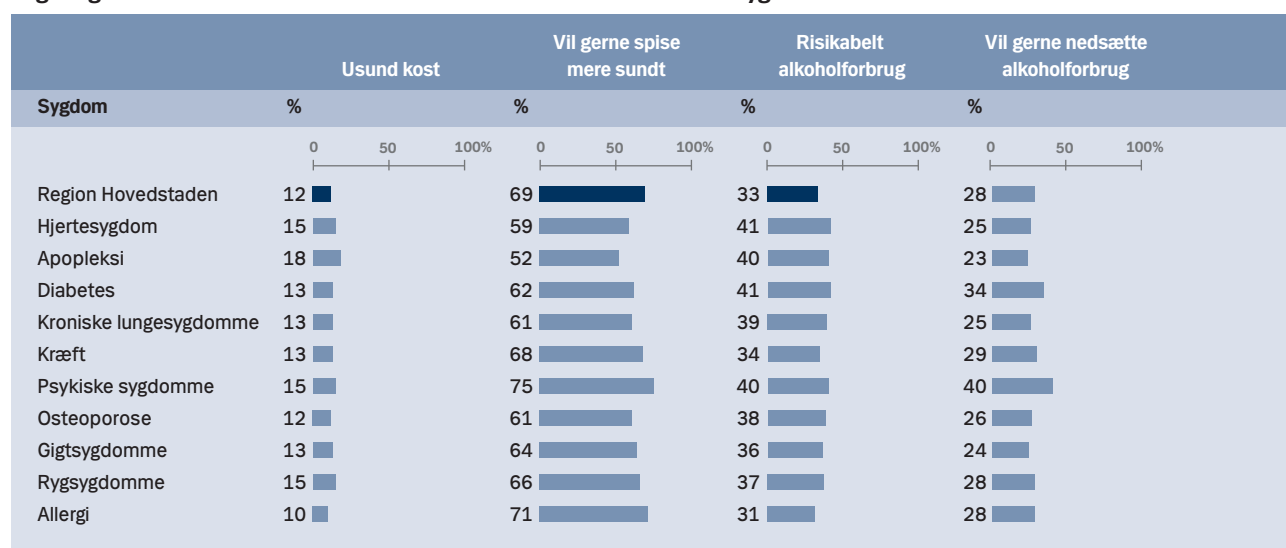
Blandt de psykiatriske patienter er andelen, der ønsker at ændre adfærd inden for alle fire sundhedsvaner, større end regionsgennemsnittet, hvorimod andelen er lavere for alle fire sundhedsvaner blandt patienter med hjertesygdomme, apopleksi og kroniske lungesygdomme.

Bagest i sundhedsprofilen findes kommunespecifikke tabeller, der beskriver andelen af borgere med kroniske sygdomme, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet

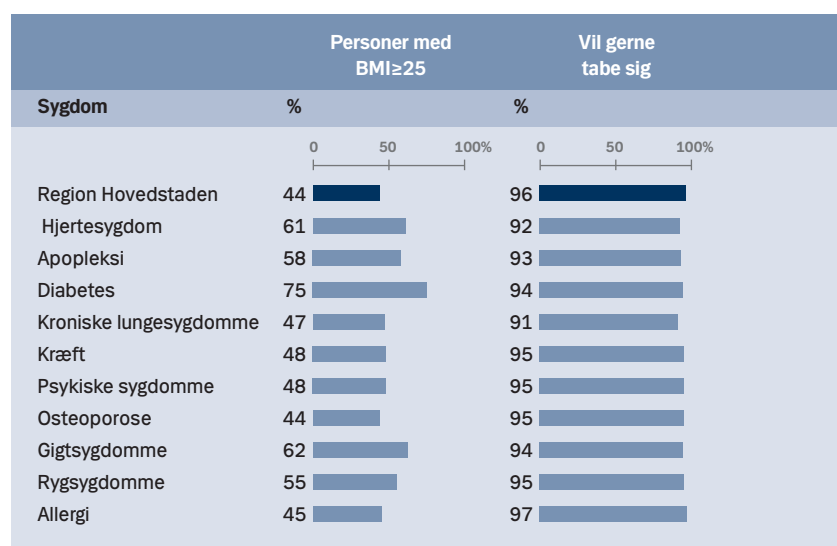
Tabel 7.38. Andelen af borgere, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger og motivation til at ændre sundhedsadfærd blandt de kroniske syge

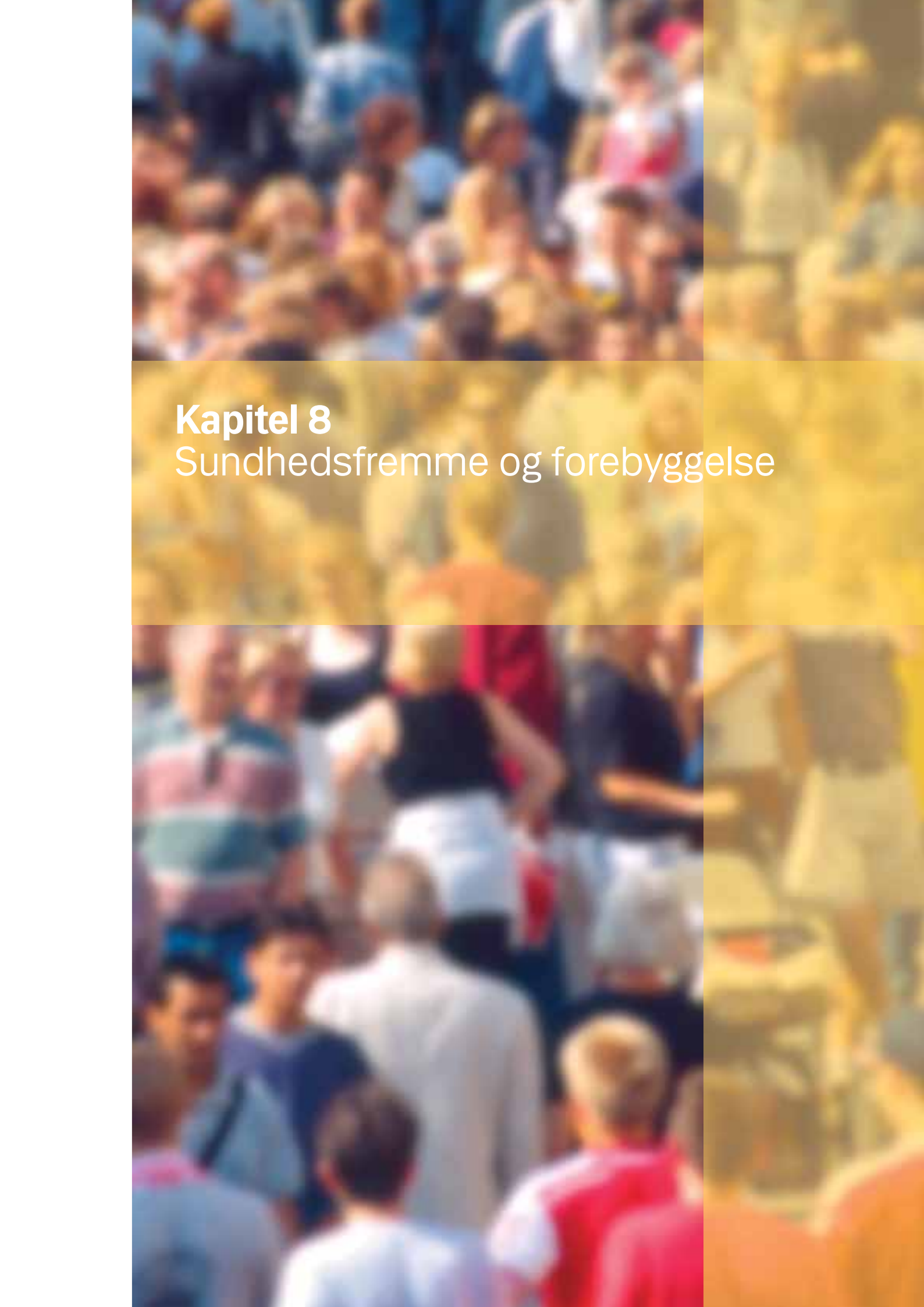


Tabel 7.39. Andelen af borgere, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger og motivation til at ændre sundhedsadfærd blandt de kroniske syge



Tabel 7.40. Andelen af borgere, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger og motivation til at ændre sundhedsadfærd blandt de kroniske syge





Kapitel 8

Sundhedsfremme og forebyggelse

8 Sundhedsfremme og forebyggelse

Her gennemgås kort de forskellige former for forebyggelsesstrategier, forebyggelsespotentialet blandt borgerne i Region Hovedstaden, samt hvilke forebyggelsesindsatser, der kan iværksættes.

Med sundhedsloven fra 1. januar 2007 fremgår det af § 3, at regioner og kommuner er ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme.

Fordelingen af opgaverne mellem regioner og kommuner er beskrevet i §119 stk. 1, 2 og 3. Kommunerne skal varetage opgaver i forhold til at skabe rammer for sund levevis samt etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Regionerne skal tilbyde patientrettet forebyggelse i blandt andet sygehusvæsenet og praksissektoren. Det betyder, at varetagelsen af den patientrettet forebyggelse er delt mellem kommuner og region.

8.1 Forebyggelsesstrategier

Forebyggelsesstrategier har til hensigt at ændre borgerens adfærd, så borgeren vælger en hensigtsmæssig sundhedsadfærd. Inden for sundhedsfremme og forebyggelse deles indsatserne traditionelt op i tre former for strategier:

- Ved **højrisikostategien**, også kaldet den individorienterede strategi, modtager borgere/patienter, som er i risiko, individuel vejledning og hjælp til forbedring af deres sundhedsadfærd. Dette er en dyr løsning, hvilket blandt andet vil fremgå af det følgende.
- Den **strukturelle strategi** kaldet miljøstrategi skaber sunde rammer gennem tilbud og forbud. Det bliver således nemmere for borgeren at træffe de rigtige valg, der fører til en hensigtsmæssig sundhedsadfærd. De strukturelle tiltag kan forekomme inden for forskellige politiske niveauer, nationalt, regionalt og kommunalt. Fordelene ved de strukturelle tiltag er, at de kan være billige, at de rammer bredt i befolkningen og dermed potentielt er med til at mindske uligheden i sundhed.
- **Informationsstrategi** også kaldet massestrategi informerer borgeren via kampagner om den rette sundhedsadfærd. Det er en enkel og forholdsvis billig indsats. Den kan typisk ikke stå alene, men har vist sig at være effektiv sammen med andre strategier som for eksempel rygestop.

Alle former for strategier anvendes både i den borgerrettede og patientrettede sundhedsfremme og forebyggelse.

8.2 Individorienteret forebyggelse

I dette afsnit gennemgås det individorienterede forebyggelsespotentialer i region og kommuner. Først beskrives hvor mange, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, derefter undersøges henholdsvis, hvor mange borgere, overvægtige borgere og kroniske patienter med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, der bliver rådgivet til at ændre adfærd.

8.2.1 Hvor mange borgere lever op til anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen?

Tabel 8.1 viser andelen af borgerne, som lever op til alle Sundhedsstyrelsens anbefalinger om ikke at ryge, drikke under genstandsgrænserne, være fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen og spise en sund kost. Kun 15 % lever op til alle fire anbefalinger, hvilket svarer til 167.600 borgere. Det betyder, at mere end 1 million voksne borgere i alderen 25-79 år skal ændre adfærd inden for mindst én af de fire sundhedsvaner (rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost).

Kvinder, unge og midaldrende borgere lever hyppigere op til alle anbefalingerne end mænd og ældre borgere. Andelen af borgere, der lever op til anbefalingerne, stiger med stigende uddannelses- og indkomstniveau. Dobbelt så mange borgere med lang uddannelse og høj indkomst lever op til anbefalingerne sammenlignet med borgere med kort uddannelse og lav indkomst. Jo flere kroniske sygdomme, jo færre borgere lever op til anbefalingerne.

Tabel 8.1. Borgere, som lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet

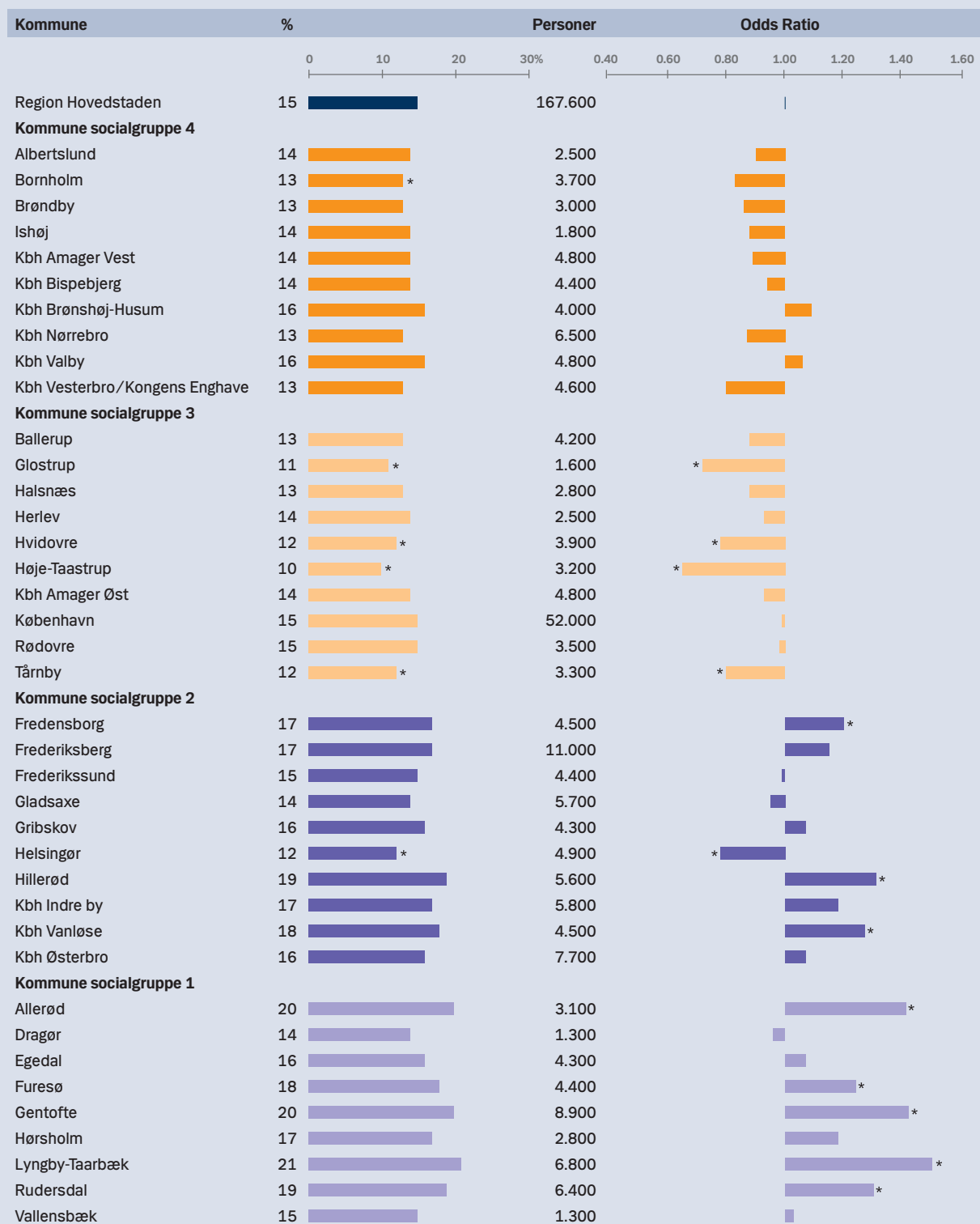
Lever op til sundhedsstyrelsens anbefalinger			
	%		Personer
		0 20 10 30%	
Region Hovedstaden	15		167.600
Køn			
Mand	11		59.200
Kvinde	19		108.300
Alder			
25-34 år	16		38.400
35-44 år	16		41.900
45-54 år	16		33.800
55-64 år	16		32.400
65-74 år	12		16.200
75-79 år	10		4.800
Uddannelse			
Kort	10		21.400
Mellemlang	14		70.400
Lang	22		67.100
Indkomst			
0-<100.000 kr	15		12.700
100.000-<150.000 kr	11		18.300
150.000-<250.000 kr	13		40.700
250.000-<375.000 kr	16		54.600
375.000-<525.000 kr	21		25.400
525.000- kr	23		11.000
Antallet af kroniske sygdomme			
Ingen kronisk sygdom	16		94.000
1 kronisk sygdom	15		45.600
2 kroniske sygdomme	14		18.600
3+kroniske sygdomme	11		7.000

- 15 % af borgerne lever op til alle Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende rygning, fysisk aktivitet, alkohol og kost.
- Borgere, der hyppigst overholder anbefalingerne, er:
 - Kvinder
 - Borgere med lang uddannelse
 - Borgere med høj indkomst

Af tabel 8.2 fremgår det, at andelen af borgere, som lever op til alle Sundhedsstyrelsens anbefalinger, varierer mellem 10 og 21 % på tværs af regionens kommuner. Færrest borgere i Høje-Taastrup og Glostrup og flest borgere i Lyngby-Taarbæk, Gentofte og Allerød lever op til anbefalingerne.

Selv efter at der er taget højde for alderssammensætningen i kommunerne, ses en social gradient på tværs af kommunerne i andelen, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Sammenlignet med regionsgennemsnittet er der færre borgere i kommune socialgruppe 3 og 4 og flere borgere i gruppe 1 og 2, som lever op til alle anbefalingerne.

Tabel 8.2. Borgere, som lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet og kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

8.2.2 De praktiserende lægers rolle indenfor sundhedsfremme og forebyggelse

Mange af de kroniske sygdomme kan forebygges ved at borgerne ændrer sundhedsadfærd. Gunstige sundhedsvaner er en vigtig del i behandlingen af kroniske sygdomme som hjertesygdomme, diabetes, KOL og kræft. Ca. 50-60 % af alle hospitalsindlæggelser kan forebygges ved ændring af borgernes og patienternes sundhedsadfærd.

I Region Hovedstaden har 79 % af borgerne været hos deres praktiserende læge inden for det seneste år. Det giver de praktiserende læger god mulighed for at tale ændring af sundhedsadfærd med patienterne. Rådgivningen kan både være som led i en primær forebyggelse hos en endnu rask borger og som led i behandlingen af en kronisk syg patient.

Nedenfor beskrives, hvor mange borgere og patienter med kroniske sygdomme, der af deres praktiserende læger er blevet rådet til at ændre sundhedsadfærd i løbet af det seneste år.

Analyserne er foretaget blandt henholdsvis alle borgere, borgere med svær overvægt og borgere med kronisk sygdom, som alle har været hos egen læge inden for det seneste år, og som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd.

Borgerrettet forebyggelse blandt borgere med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd

Tabel 8.3 viser andelen af borgere med en given usund adfærd, der er blevet rådgivet til at ændre adfærd af deres praktiserende læge. Overordnet ses, at under halvdelen af borgerne med en given usund adfærd har fået rådgivning inden for et år.

Blandt borgerne med uhensigtsmæssige sundhedsvaner har 38 % modtaget råd om rygeophør, 23 % råd om motion, 15 % kostråd, og kun 9 % er blevet rådet til at ændre alkoholadfærd.

Bortset fra rådgivning om ændring af kostvaner, får mænd hyppigere rådgivning om ændring af adfærd sammenlignet med kvinder. Midaldrende borgere fra 45-64 år får hyppigere rådgivning sammenlignet med de yngre og ældre borgere. Borgere med en kort uddannelse får hyppigere rådgivning end borgere med en mellemlang og lang uddannelse. Dette er særlig udtalt for alkoholrådgivning.

Sammenlignet med Region Midtjylland modtager flere borgere i Region Hovedstaden rådgivning om ændring af sundhedsvaner. I Region Midtjylland er andelen, der har fået rådgivning følgende: 21 % rygeophør, 9 % ændring af alkoholvaner, 2 % ændring af motionsvaner og 6 % kostråd.

Andelen af borgere med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd:

- 24 % ryger
- 33 % har et risikabelt alkoholforbrug
- 12 % spiser usundt
- 35 % er fysisk inaktive

Andelen af borgere med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, der har modtaget råd om ændring af adfærd af egen læge:

- 38 % er blevet rådet til rygeophør
- 23 % har fået råd om motion
- 15 % har fået kostråd
- 9 % har fået råd om alkoholadfærd

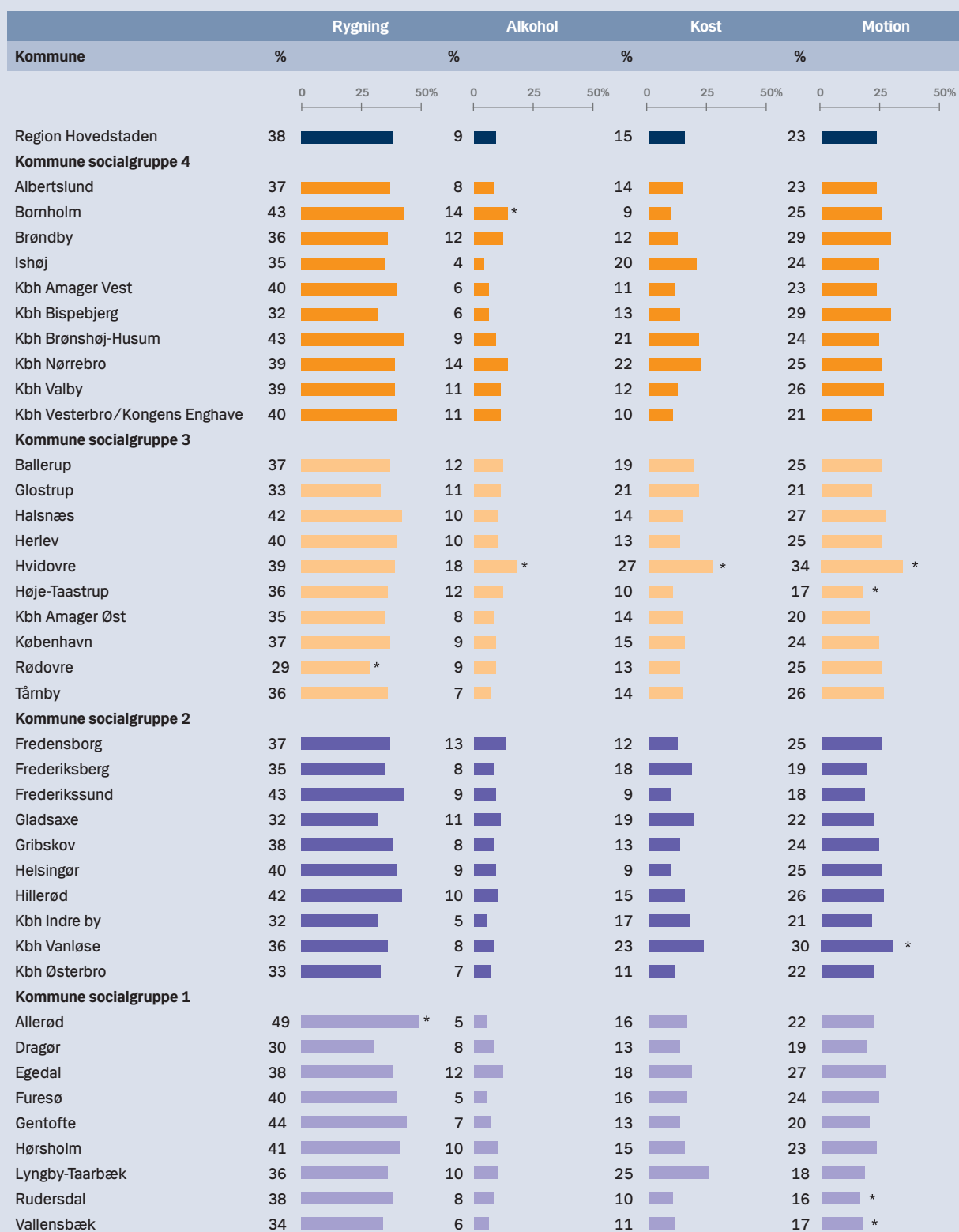
Tabel 8.3. Rådgivning fra de praktiserende læger i forhold til ændring af ryge-, alkohol-, kost- og motionsadfærd



I tabel 8.4 er rådgivningspraksis blandt de praktiserende læger opgjort på kommuneniveau. Rådgivningspraksis varierer betydeligt imellem kommunerne. Sammenlignet med regions gennemsnittet er rådgivningen kun signifikant forskellig i få kommuner, efter der er taget højde for alderssammensætningen.

Rådgivning om rygeophør varierer imellem 29-49 %, ændring af alkoholvaner 4-18 %, kostråd 9-27 %, og ændring af motionsvaner varierer fra 17-34 % på tværs af kommunerne.

Tabel 8.4. Rådgivning fra de praktiserende læger i forhold til ændring af ryge- og alkoholvaner i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Rådgivning af svært overvægtige borgere

Overvægt og svær overvægt er en velkendt risikofaktor for udvikling af mange sygdomme som for eksempel diabetes, hjerte-kar-sygdomme, kræft og gigt. Overvægt skyldes mange faktorer, hvoraf en uhensigtsmæssig energibalance med øget energiindtag og fysisk inaktivitet er væsentlige faktorer. Af andre vigtige faktorer skal nævnes genetiske, psykiske og sociale faktorer.

Risikoen for udvikling af kroniske sygdomme stiger markant blandt de personer, der har et BMI over 30. De praktiserende læger bør derfor have specielt fokus på disse borgere med henblik på at ændre deres adfærd. I det følgende beskrives, hvor mange borgere med et BMI på 30 og derover, der har modtaget rådgivning om at tabe sig eller ændre kost- og/eller motionsvaner.

Dobbelt så mange blandt de svært overvægtige har fået råd om at ændre kost- og motionsvaner sammenlignet med regionens borgere med uhensigtsmæssige kost- og motionsvaner, jævnfør tabel 8.3 og 8.5.

De praktiserende læger rådgiver hyppigere mænd end kvinder til at tabe sig og dyrke motion. Andelen af borgere, der får rådgivning, stiger med stigende alder. Dette er særlig markant for borgere, der rådgives til vægttab. Blandt de 45-64-årige har 56-61 % fået rådgivning.

Rådgivning af svært overvægtige borgere er hyppigere blandt de, der har en kort uddannelse og lav indkomst, sammenlignet med borgere med lang uddannelse og høj indkomst.

Andelen af borgere med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og svær overvægt, der har modtaget råd om ændring af vaner af egen læge:

- 53 % er blevet rådet til at tabe sig
- 41 % er blevet rådet til at ændre motionsvaner
- 36 % er blevet rådet til at ændre kostvaner

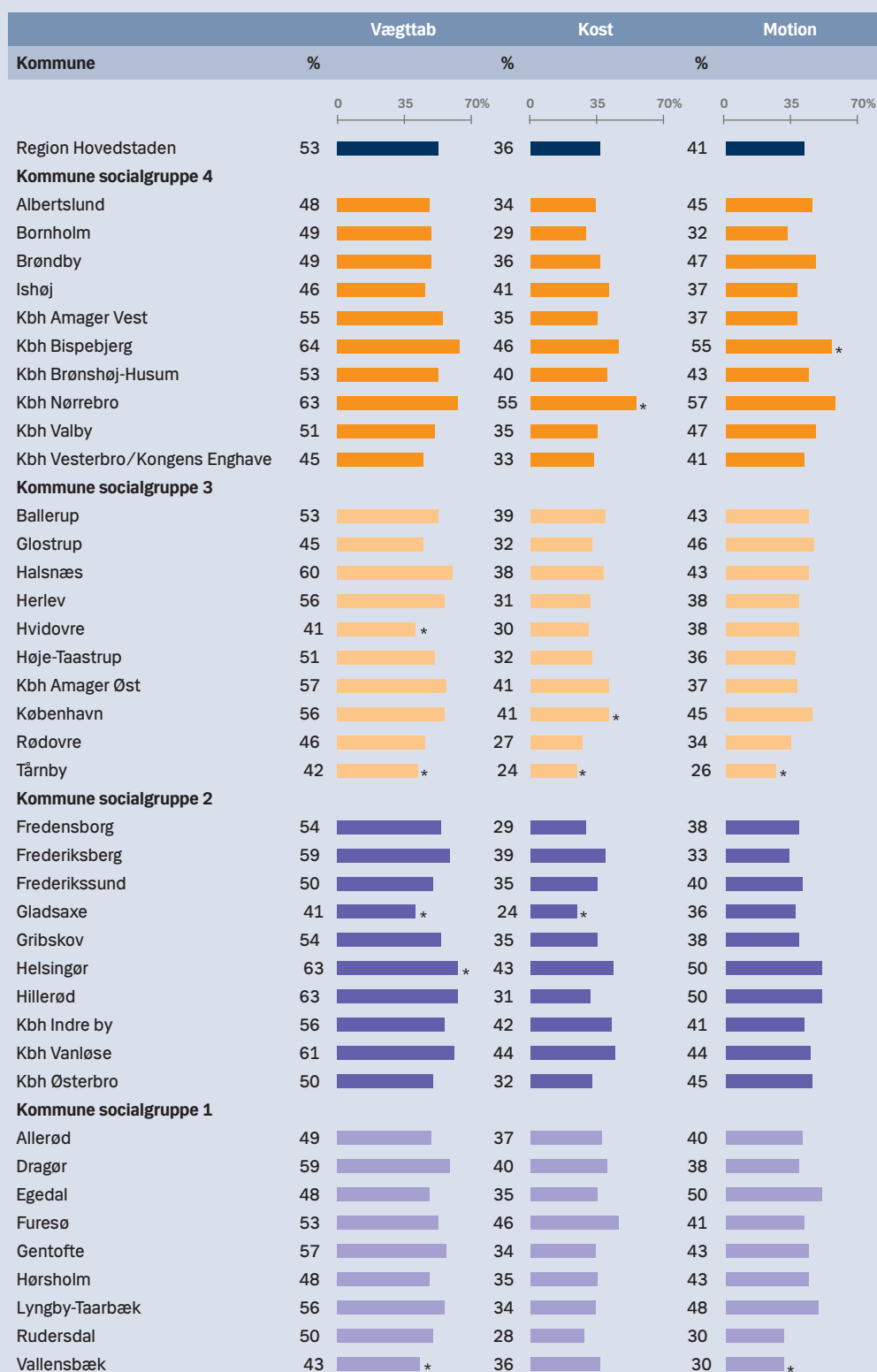
Tabel 8.5. Rådgivning fra de praktiserende læger i forhold til vægttab, motions- og kostvaner blandt svært overvægtige borgere

	Vægttab		Kost		Motion	
	%		%		%	
	0	30	60%	0	30	60%
Region Hovedstaden	53		36		41	
Køn						
Mand	56		37		45	
Kvinde	49		35		38	
Alder						
25-34 år	43		34		38	
35-44 år	49		35		42	
45-54 år	56		37		45	
55-64 år	61					
65-74 år	49		31		32	
75-79 år	53		34		39	
Uddannelse						
Kort	54		40		45	
Mellemlang	53		34		40	
Lang	47		30		37	
Indkomst						
0-<100.000 kr.	54		37		42	
100.000-<150.000 kr.	55		39		46	
150.000-<250.000 kr.	54		38		42	
250.000-<375.000 kr.	50		32		39	
375.000-<525.000 kr.	49		30		37	
525.000- kr.	48		30		40	

Tabel 8.6 viser forskellene i rådgivningspraksis imellem Region Hovedstadens kommuner.

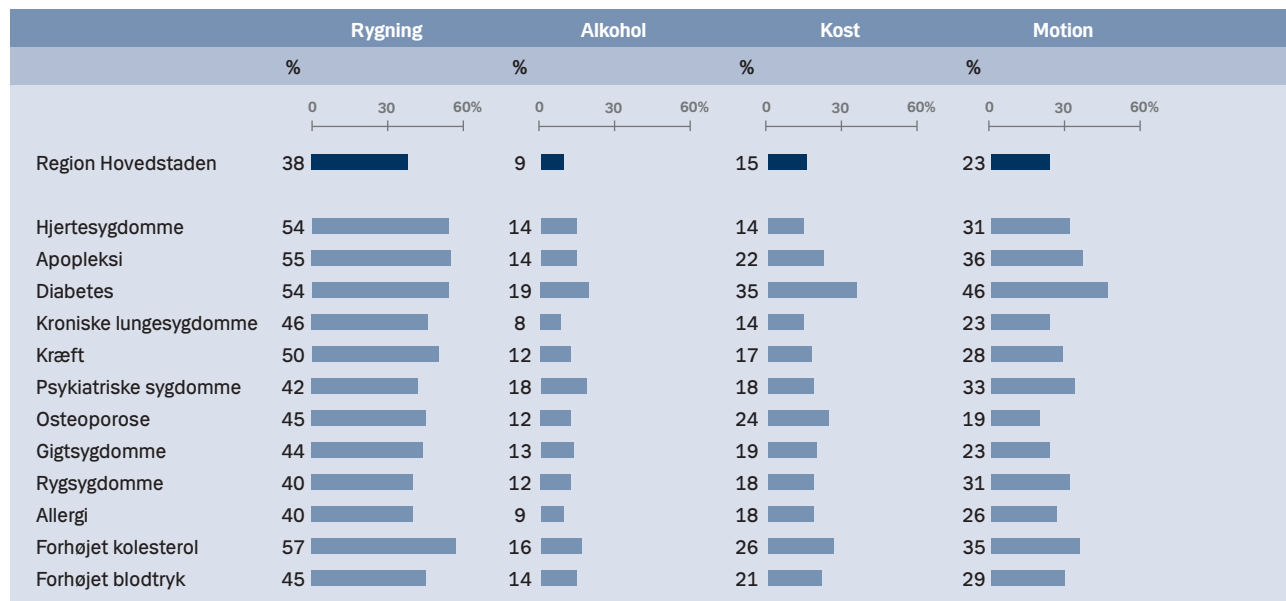
Der ses en betydelig variation imellem kommunerne inden for alle tre rådgivningsområder: vægttab, kost og motion. Rådgivning om vægttab varierer fra 41-64 % imellem kommunerne. Variationen for kost og motionsrådgivning er henholdsvis 24-55 % og 26-57 %. Variationen er bortset fra enkelte kommuner ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet. Der ses ingen social gradient i rådgivningen på tværs af kommune socialgrupper.

Tabel 8.6. Rådgivning fra de praktiserende læger i forhold til vægttab, motions- og kostvaner blandt svært overvægtige i kommunerne



* Signifikant forskellig fra regions gennemsnittet.

Tabel 8.7. Rådgivning fra de praktiserende læger i forhold til rygning, alkohol, kost- og motionsvaner blandt alle borgere og borgere med kroniske sygdomme og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd



Rådgivning af patienter med kronisk sygdom

I mange af de kliniske vejledninger for de kroniske sygdomme er rådgivning om og hjælp til ændring af sundhedsadfærd beskrevet som et vigtigt element i forebyggelsen og rehabilitering af de kroniske patienter. En hensigtsmæssig sundhedsadfærd kan have en direkte effekt på kontrollen af nogle af sygdommene såsom hjertesygdomme, diabetes, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol. Samtidig vil en hensigtsmæssig sundhedsadfærd påvirke patientens velvære og dermed forbedre livskvaliteten for den kroniske patient.

Tabel 8.7 viser, hvor mange af patienterne med en given kronisk sygdom, der af deres egen læge er rådet til at ændre adfærd inden for det sidste år. Til sammenligning er angivet, hvor mange, der blandt alle regionens borgere, er blevet rådet til adfærdsændring.

Generelt bliver patienter med en kronisk sygdom rådgivet hyppigere sammenlignet med alle borgerne i regionen. Men der er fortsat et stort rådgivningspotentiale i almen praksis. For eksempel er kun halvdelen af de kroniske patienter, der ryger, rådet til rygeophør inden for det sidste år.

Særligt inden for alkohol-, kost- og motionsadfærd er der en udtalt diskrepans imellem, hvor mange, der bliver rådgivet til ændring af sundhedsadfærd, i forhold til hvor mange, der ønsker at ændre adfærd. Blandt de kroniske patienter ønsker 23-34 % at nedsætte alkoholforbruget, og 8-18 % er blevet rådgivet om ændring af alkoholadfærd. 61-75 % ønsker at ændre kostvaner, og 13-35 % er rådgivet om ændret kostvaner. 75-87 % ønsker at ændre motionsvaner, og 19-35 % har fået rådgivning om motionsvaner, se tabel 7.37, 7.38 og 8.7. Der er derfor et særligt behov for, at de praktiserende læger øger deres opmærksomhed på rådgivning inden for disse områder.

Af tabel 8.7 fremgår det, at rådgivning om rygeophør foregår hyppigst blandt de kroniske patienter. Rådgivning om alkohol- og kostændringer foregår sjældnest. Rådgivning om rygeophør er hyppigst blandt patienter med livstruende sygdomme såsom hjerte-kar-sygdomme, KOL, diabetes og kræft. Inden for de andre sundhedsvaner er der ikke et tilsvarende mønster.

Andelen af borgere med kronisk sygdom og en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, der har modtaget råd om ændring af sundhedsadfærd af egen læge:

- 40-57 % er rådet til rygeophør
- 19-47 % har fået råd om motion
- 13-52 % har fået kostråd
- 8-18 % har fået råd om alkohol

Tabel 8.8. Rådgivning fra de praktiserende læger i forhold til vægttab, kost- og motionsvaner blandt borgere med kroniske sygdomme og overvægt

Sygdom	Vægttab	Kost	Motion
	%	%	%
	0 30 60%	0 30 60%	0 30 60%
Region Hovedstaden	27	19	25
Hjertesygdomme	38	23	31
Apopleksi	36	24	36
Diabetes	56	39	46
Kroniske lungesygdomme	26	21	24
Kræft	32	22	29
Psykiske sygdomme	34	25	33
Osteoporose	28	20	22
Gigtsygdomme	34	25	27
Rygtsygdomme	31	23	29
Allergi	30	20	27
Forhøjet kolesterol	43	31	37
Forhøjet blodtryk	38	27	31

Tabel 8.8 viser andelen af overvægtige borgere (BMI ≥ 25) inden for hver af de kroniske sygdomme, der hos egen læge er blevet rådet til vægttab, ændring af kost- eller motionsadfærd i løbet af det sidste år. Generelt er borgere med en kronisk sygdom blevet rådet hyppigere til vægttab, kost- eller motionsændring sammenlignet med alle borgerne i regionen.

Patienter med diabetes er hyppigere blevet rådet til at ændre vægt, kost- eller motionsvaner sammenlignet med andre patientgrupper. Dernæst er det borgere med forhøjet kolesterol, der hyppigst er rådet til adfærdsændring. Blandt borgere med forhøjet kolesterol vil der være en hel del borgere, som har diabetes og hjerte-kar-sygdomme.

Blandt borgerne med de andre kroniske sygdomme er der generelt flest, der bliver rådet til vægttab og færrest, der bliver rådet til kostændringer. Dog kan der være borgere, der har fået rådgivning omkring vægttab, som også er blevet rådgivet om kost og motion, men ikke har angivet dette i spørgeskemaet.

8.3 Populationsorienteret forebyggelse

Borgernes holdninger til strukturel forebyggelse

Strukturel forebyggelse er tiltag, der gør det nemmere for borgerne at træffe de sunde valg. Et eksempel på strukturel forebyggelse kan være lovgivning, et andet eksempel kan være anlæggelse af cykelstier eller indførelse af frugtordning på arbejdspladserne. Strukturel forebyggelse som lovgivning vedrørende regulering af adfærd er et vigtigt element i den sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

I det følgende fokuseres på borgernes holdning til enkelte strukturelle tiltag som forbud mod rygning og indtagelse af alkohol i det offentlige rum, samt forbud mod salg af alkohol, slik og fastfood. For hvert af områderne beskrives holdningerne inden for forskellige arenaer som for eksempel skoler, ungdomsuddannelser, arbejdspladser, og sportshaller/idrætsfaciliteter.

Kronisk sygdom og rådgivning fra egen læge:

- Andelen af patienter, der bliver rådgivet til ændring af sundhedsadfærd, varierer mellem de kroniske sygdomme
- Rådgivning om rygestop er hyppigst blandt de kronisk syge
- Rådgivning om ændring af alkoholadfærd er sjældnest blandt de kronisk syge
- Rådgivning om ændring til diabetes patienter er hyppigst
- Rådgivning om ændring forekommer sjældnest blandt allergikere

Rygepolitik

I dette afsnit er der primært illustreret data fra de kommuner, der fik udsendt spørgeskemaet "Hvordan har du det?" i september 2007, hvilket var efter rygelovens indførelse. Mange af analyserne er sammenlignet med de fem kommuner, der fik udsendt spørgeskemaet i 2006. Dette er gjort med henblik på at vurdere, om rygeloven har haft en effekt på rygepolitikken på arbejdspladserne, og om holdningen til en restriktiv rygepolitik har ændret sig i befolkningen.

Tabel 8.9 viser, hvordan den nye rygelov er blevet forvaltet på arbejdspladserne før og efter indførelsen af den nuværende rygelov.

Det ses tydeligt, at rygeloven på nuværende tidspunkt har haft en effekt på arbejdspladserne. I Region Hovedstaden er det kun tilladt at ryge overalt på 4 % af de arbejdspladser, hvor borgerne er ansat. Før rygelovens indførelse var det tilladt på godt hver tiende arbejdsplads.

Nu er det enten helt forbudt eller kun tilladt at ryge udendørs på 69 % af borgernes arbejdspladser mod 41 % før rygelovens indførelse.

Tabel 8.9. Rygepolitik på arbejdspladserne i Region Hovedstaden før og efter indførelse af den nuværende rygelov

	Tilladt overalt	Enkelte ryge-områder	Særlige rum/udendørs	Kun udendørs	Helt forbudt
	%	%	%	%	%
Kommuner, der har fået udsendt spørgeskema i september 2007	4	9	18	52	17
Kommuner, der har fået udsendt spørgeskema i 2006	11	22	26	30	11

Holdninger til forbud mod rygning, alkohol og salg af usund kost

- Stor tilslutning til rygeforbud og forbud mod salg af usund kost i skoler og børneinstitutioner
- Stor tilslutning til alkoholforbud på arbejdspladser
- Social gradient imellem kommune socialgrupper
 - Størst tilslutning til rygeforbud og forbud mod salg af usund kost på børneområdet i kommuner fra kommune socialgruppe 1
 - Størst tilslutning til alkoholforbud på børneområdet i kommuner fra kommune socialgruppe 4

Flere kvinder end mænd i Region Hovedstaden arbejder på en arbejdsplads med en restriktiv rygepolitik. Blandt kvinderne arbejder 76 % på arbejdspladser, hvor det kun er tilladt at ryge udendørs eller helt forbudt at ryge, hvorimod det kun gælder for 64 % af mændene, jævnfør tabel 8.10. Det kan hænge sammen med, at typen af erhverv fordeler sig forskelligt mellem kvinder og mænd. Desuden er flere mænd end kvinder ansat i den private sektor og rygepolitikken er mere restriktiv blandt de offentlige arbejdspladser sammenlignet med de private arbejdspladser, som det fremgår af tabel 8.10.

Borgere med en lang uddannelse arbejder hyppigere på arbejdspladser med en meget restriktiv rygepolitik sammenlignet med borgere med en kort uddannelse. Blandt borgerne med henholdsvis en lang og en kort uddannelse arbejder henholdsvis 76 % og 61 % på arbejdspladser, hvor det enten er forbudt eller kun tilladt at ryge udenfor. Før rygelovens indførelse var den tilsvarende andel 51 % for borgere med en lang uddannelse og 32 % for borgere med en kort uddannelse. Det betyder, at den sociale ulighed i relation til rygepolitik på arbejdspladserne er mindsket siden rygelovens indførelse.

Tabel 8.10. Rygepolitik på arbejdspladserne i Region Hovedstaden september og oktober 2007.

	Tilladt overalt	Enkelte rygeområder	Særlige rum/ udendørs	Kun udendørs	Helt forbudt
	%	%	%	%	%
	0 30 60%	0 30 60%	0 30 60%	0 30 60%	0 30 60%
Region Hovedstaden	4	9	18	52	17
Køn					
Mand	6	11	19	49	15
Kvinde	2	7	16	55	21
Alder					
25-34 år	3	8	16	56	17
35-44 år	4	10	18	51	18
45-54 år	3	11	18	51	17
55-64 år	4	10	18	49	19
65-74 år	10	10	19	41	20
75-79 år	10	11	12	45	22
Uddannelse					
Kort	8	13	18	48	13
Mellemlang	4	10	18	53	15
Lang	1	7	16	53	23
Indkomst					
0-<100.000 kr	4	8	16	53	19
100.000-<150.000 kr	5	11	15	53	17
150.000-<250.000 kr	6	10	15	52	17
250.000-<375.000 kr	3	10	19	52	17
375.000-<525.000 kr	2	8	21	51	18
525.000- kr	2	7	18	49	23
Ansættelses forhold					
Offentlig ansat	0,5	5	12	59	23
Privat ansat	6	12	21	48	14

Tabel 8.11 afspejler borgernes holdning til rygepolitik i forskellige offentlige arenaer. Undersøgelsen viser, at der er stor opbakning til en restriktiv rygepolitik i Danmark. Generelt mener den overvejende del af borgerne i Region Hovedstaden, at rygning skal være begrænset til enkelte områder eller helt forbudt inden for næsten alle arenaer. Tilsvarende mener kun 7 %, at det skal være tilladt at ryge overalt på restauranter.

Mere end 70 % af befolkningen mener, at rygning skal være helt forbudt i børneinstitutioner, folkeskolen, fritids- og ungdomsinstitutioner, ungdomsuddannelser samt i idrætsskubber og sportshaller.

Borgerne er blevet mere restriktive i deres holdninger, når det gælder forbud på restauranter, caféer og værtshuse. Før rygelovens indtræden mente 32 % af borgerne, at det skulle være helt forbudt at ryge på restauranter, i dag er det 41 % af befolkningen, der går ind for totalt rygeforbud på restauranter. Tilsvarende mente 22 % af borgerne, at det skulle være helt forbudt at ryge på caféer/værtshuse, nu er det 27 % af borgerne.

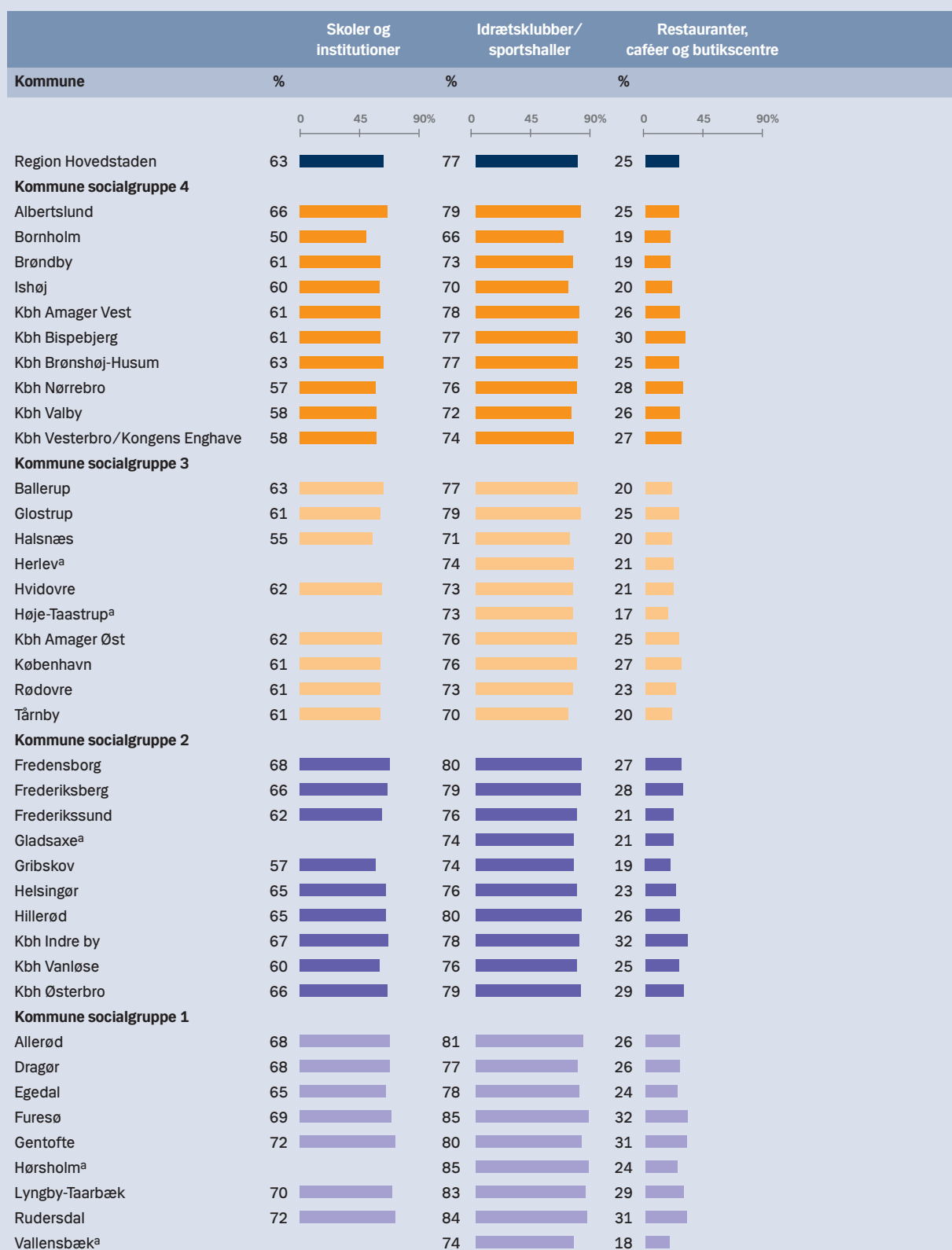
Tabel 8.11. Borgernes holdninger til rygepolitik forskellige steder.

Arena	Tilladt overalt	Begrænset til enkelte områder	Helt forbudt
	%	%	%
	0 45 90%	0 45 90%	0 45 90%
I børnehaver / vuggestuer	0,3	11	88
I folkeskoler	0,5	18	82
I fritids- og ungdomsklubber	0,5	21	78
På ungdomsuddannelser (gymnasier m.m.)	0,5	35	65
På arbejdspladser	2	61	37
På sygehuse	0,6	38	61
På offentlige kontorer	0,9	41	59
I idrætsskubber / sportshaller	0,8	23	77
På værtshuse og caféer	16	58	26
I restauranter	7	54	40
I butikcentre	3	35	63

Af tabel 8.12 fremgår det, at der er en betydelig variation i holdningen til rygeforbud imellem kommunerne. For eksempel varierer holdning til totalt rygeforbud i daginstitutioner og skoler mellem 50-72 %, i idrætsskubber og sportshaller mellem 66-85 %, samt mellem 17-32 % i værtshuse/cafeer og restauranter.

Der er en markant social gradient i holdningen til rygeforbud i de arenaer, hvor børn og unge færdes. Der er større opbakning til totalt rygeforbud i skoler og institutioner blandt kommunerne i kommune socialgruppe 1 og 2 og mindre opbakning blandt kommune socialgruppe 3 og 4. Denne gradient findes ikke inden for de andre arenaer.

Tabel 8.12 Borgernes holdninger til totalt rygeforbud i kommunerne



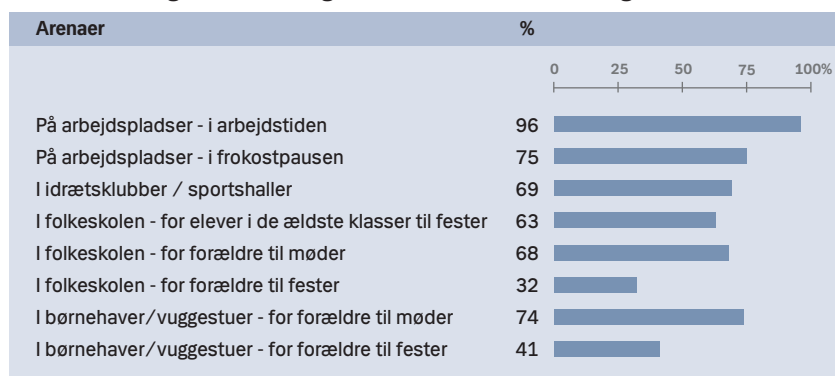
^a Herlev, Høje-Taastrup, Gladsaxe, Hørsholm og Vallensbæk er ikke opgjort for skole og institutioner, da der ikke er spurgt ind til de samme arenaer.

Alkoholpolitik

I sundhedsprofilen er der spurgt til, om borgerne mener, at det skal være tilladt at drikke alkohol på diverse steder.

Tabel 8.13 viser, at der er generel opbakning til, at alkohol skal være forbudt på arbejdspladser også i frokostpausen. Ca. 70 % af borgerne mener, at der ikke skal drikkes alkohol til møder i børneinstitutioner og i idrættsklubber. Derimod er der en mere lempelig holdning overfor alkohol til fester i folkeskoler og daginstitutioner. Dette gælder både for forældre og elever i de ældste klasser.

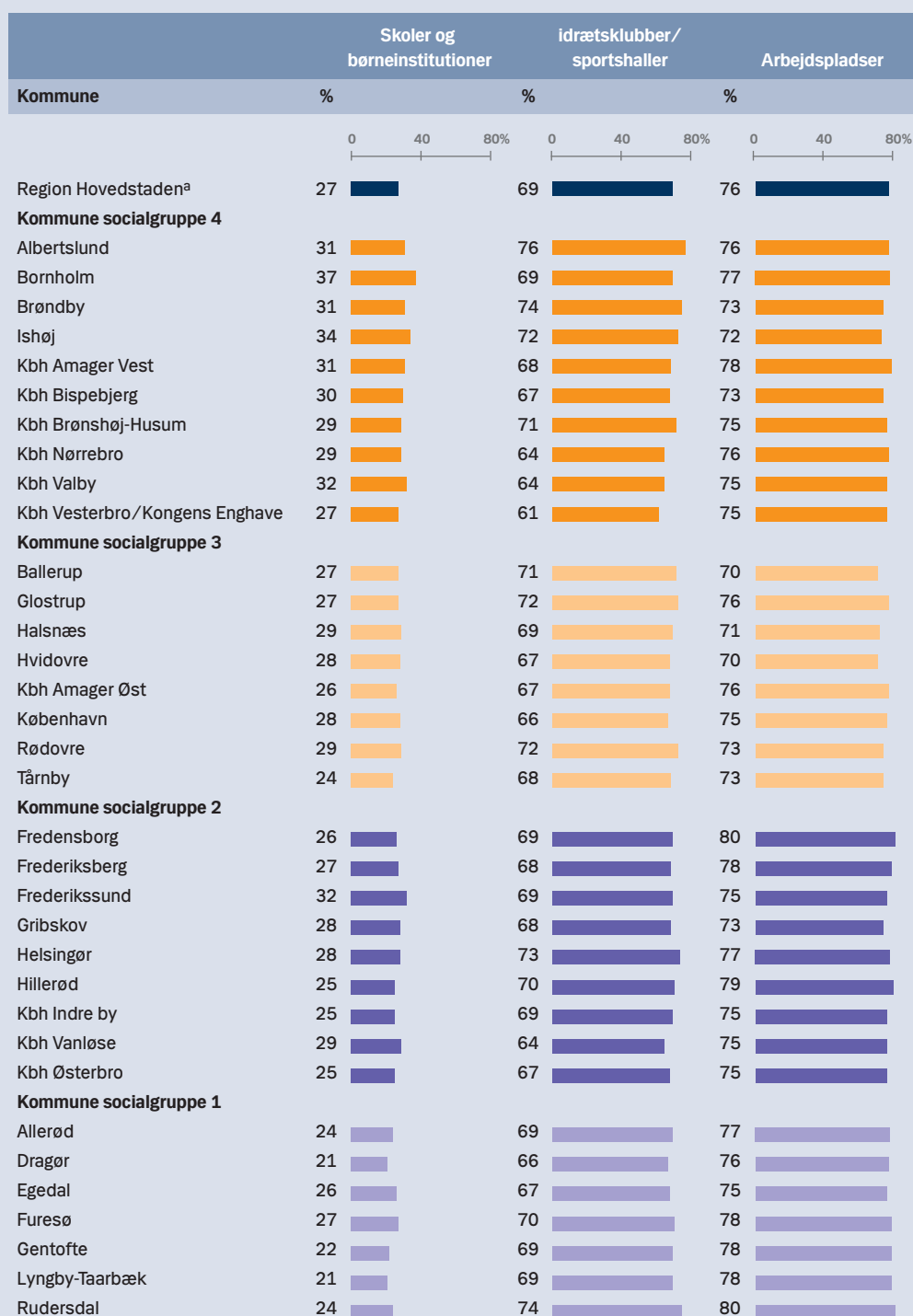
Tabel 8.13. Borgernes holdninger til alkoholforbud forskellige steder^a.



^a her eksisterer ikke data fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk.

Tabel 8.14 afspejler borgernes holdning til totalt alkoholforbud i kommunerne. Der ses en stor variation imellem kommunerne. Alkoholforbud på arbejdspladserne varierer imellem 70-80 %, i idrættsklubber og sportshaller er variationen 61-76 %, og i skolerne varierer holdningen til forbud imellem 21-37 %. Der ses en social gradient i holdningen til alkoholforbud på skoler og i børneinstitutioner. Således mener 29-37 % af borgerne i kommune socialgruppe 4, at alkohol skal være forbudt på skolerne, mens den samme andel for kommunerne i kommune socialgruppe 1 kun er på 21-26 %.

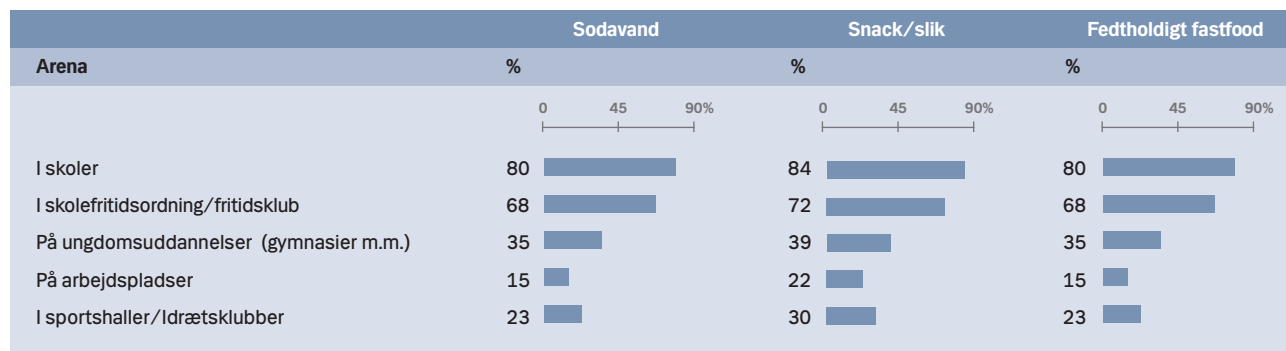
Tabel 8.14. Borgernes holdninger til alkoholforbud og kommunerne

^a her eksisterer ikke data fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk.

Kostpolitik

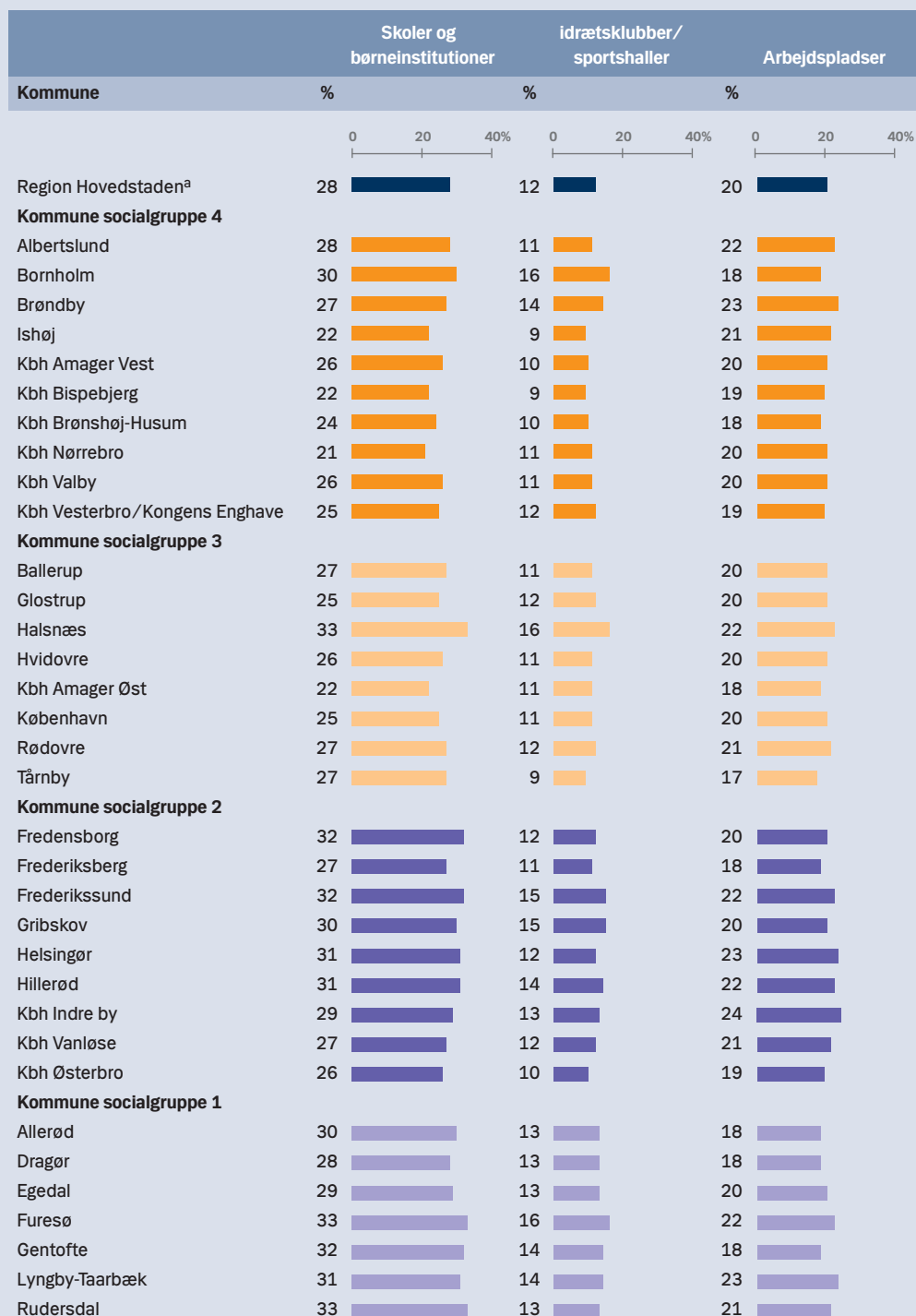
Tabel 8.15 afspejler andelen af borgere, der går ind for forbud af henholdsvis sodavand, snack/slik eller fedtholdig fastfood i forskellige arenaer. Igen er der et stort flertal for forbud af salg af usunde fødevarer på børneområdet. Andelen, der synes, at salg af disse fødevarer skal være forbudt, falder markant på tværs af arenaerne: ungdomsuddannelser, sportshaller og arbejdspladser.

Tabel 8.15. Borgernes holdninger til forbud mod salg af sodavand, snack/slik og fedtholdigt fastfood på forskellige steder^a.



^a Her eksisterer ikke data fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk.

Tabel 8.16. Borgernes holdninger til forbud mod salg af usund kost i kommunerne.

^a her eksisterer ikke data fra Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk.

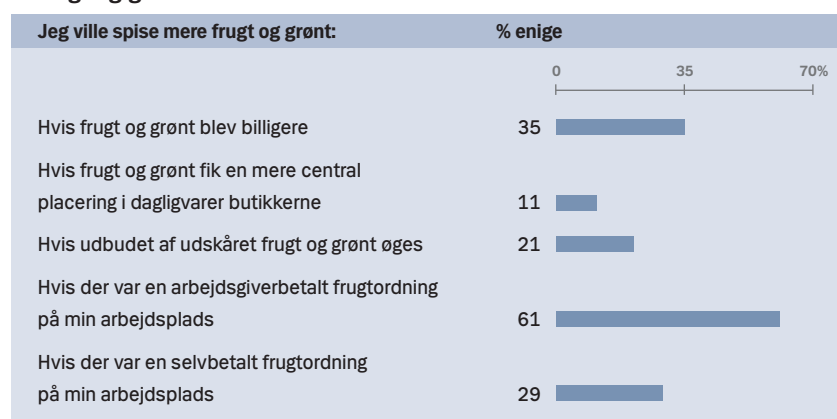
Af tabel 8.16 fremgår det, at der igen på børne- og ungeområdet en tendens til en social gradient i holdningen til forbud af salg af usunde fødevarer. Andelen af borgere, der går ind for forbud af salg af usunde fødevarer i kommune socialgrupperne, er 28-33 % i socialgruppe 1; 26-32 % i socialgruppe 2; 22-33 % i socialgruppe 3 og 21-30 % i socialgruppe 4.

Ovenfor er der udelukkende fokuseret på manglende tilgængelighed i form af forbud.

Tilgængelighed er i ligeså høj grad muligheden for at kunne tage i mod et tilbud. I sundhedsprofilen er der spurgt til, hvilke tiltag der evt. kan påvirke borgerne til at spise mere frugt og grønt.

Tabel 8.17 viser, hvilke tiltag der eventuelt vil støtte borgeren i at spise mere frugt og grønt. En stor del af befolkningen mener, at de vil spise mere frugt og grønt, hvis der er en frugtordning på deres arbejdsplads, eller hvis frugt og grønt bliver billigere. Derimod betyder placeringen af frugt og grønt i butikkerne mindre.

Tabel 8.17. Borgernes holdning til hvilke strategier, der vil fremme indtag af frugt og grønt



8.4 Principper for sundhedsfremme og forebyggelse i kommuner og Region

I dette afsnit beskrives principperne for sundhedsfremme og forebyggelse i kommuner og region, og der gives idéer til nogle af de tiltag, der kan iværksættes.

Forebyggelsesaktiviteter kan rubriceres inden for tre strategier: Informationsstrategi (kampagner), højriskostrategi (individerorienteret indsats) og strukturel strategi. Den forebyggende indsats i Danmark har i mange år været præget af de to førstnævnte strategier i form af oplysningskampagner med stærk fokus på individets ansvar.

Både informationsstrategien i form af ekstensive lokale og nationale oplysningskampagner og højriskostrategien i form af individerorienteret multifaktoriel intervention har været afprøvet siden midten af 70'erne i form af en lang række stort anlagte forsøg i befolkningen. Forsøgene er opsummeret i systematiske litteraturgennemgange^{1,2}, som viser, at effekten overfor sundhedsadfærd er beskednen og forbigående og næppe nedsætter forekomsten af kroniske sygdomme og tidlig død. Årsagsnettet for udvikling af kronisk sygdom (kapitel 1) giver en god forklaring på dette. Ifølge figuren kan sundhedsadfærd ikke betragtes isoleret. U hensigtsmæssig sundhedsadfærd medfører kroniske sygdomme, men det fremgår også, at uhensigtsmæssig adfærd påvirkes af sociale forhold og levevilkår. Det kan således ikke forventes, at borgeren ændrer sundhedsadfærd i en positiv retning, hvis strukturen i samfundet ikke faciliterer en hensigtsmæssig sundhedsadfærd eller måske direkte modarbejder en sådan adfærd.

Denne viden har ført til et paradigmeskift inden for sundhedsfremme og forebyggelsen både i Europa og Nordamerika. Hovedtanken i dette paradigmeskift er, at den primære indsats skal være en strukturel strategi. Ved at ændre rammerne for borgerne i lokalsamfundet (levevilkårene) vil det medføre en hensigtsmæssig ændring af sundhedsadfærden hos størsteparten af befolkningen uden direkte at konfrontere den enkelte med deres adfærd. Ændringerne hos den enkelte borger behøver ikke være store, hvis de blot sker hos hovedparten af befolkningen. Dette betyder, at den enkelte borger måske ikke selv vil mærke ret meget til ændringen, men den vil få stor betydning for folkesundheden, idet de mange små ændringer tilsammen vil få konsekvenser i en positiv retning for udvikling af kronisk sygdom. Dette kaldes "forebyggelsesparadokset" og blev beskrevet af Geoffrey Rose i 1981³.

Individerorienteret forebyggelse overfor den generelle befolkning kan ikke anbefales som primær forebyggelsesaktivitet fordi:

- 85 % af borgerne ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om hensigtsmæssig sundhedsadfærd, hvilket kommunerne næppe har kapacitet til at håndtere
- Den sociale ulighed i sundhed vil øges
- Et systematisk Cochrane review konkluderer, at sådanne tiltag har beskednen og kortvarig effekt og næppe påvirker udvikling af kronisk sygdom.
- Metoden vil ikke hindre, at der kommer nye borgere med livsstilsproblemer

I det forebyggende arbejde i Danmark er dette paradigmeskift endnu ikke sket. Hovedfokus er fortsat på direkte ændring af den enkelte borgers sundhedsadfærd. Det viser sig blandt andet ved, at flere kommuner tilbyder kost- og motionsrådgivning og rygestoprådgivning til deres borgere i regi af kommunernes sundhedscentre og sundhedsbusser. I dag står det klart, at denne metode ikke er vejen frem for en rationel forebyggelse. Dels vil den være med til at øge ulighed i sundhed, da det oftest er de veluddannede og ressourcestærke borgere, der tager imod de individuelle tilbud; dels vil det være svært for kommunerne at finde kapacitet til denne rådgivning, da det er ca. 85 % af borgerne i kommunerne, der har brug for den (jævnfør tabel 8.1); og endelig sikrer metoden ikke, at nye generationer vokser op med den samme uhensigtsmæssige sundhedsadfærd.

Indtil videre bør individorienteret forebyggelse som hovedregel forbeholdes de kronisk syge patienter (se under 'Den kroniske patient') samt rygere (se under 'Rygning').

Dette paradigmeskifte, hvor det primære udgangspunkt inden for sundhedsfremme og primær forebyggelse bliver strukturelle strategier, er i overensstemmelse med sundhedsloven og strukturreformen, idet én af kommunernes nøglekompetencer netop er strukturændringer. De to øvrige forebyggelsesstrategier skal passes ind efter den strukturelle strategi, idet oplysningskampagner skal være med til at informere borgerne om rationalet for strategierne, mens den individorienterede forebyggelsesstrategi kan benyttes i det omfang, det findes nødvendigt.

Det anbefales, at der opsættes samlede programmer inden for de indsatsområder, en kommune vælger. Sådanne programmer skal tydeliggøre, hvilken type strategi, der implementeres, og hvilke forvaltninger i en kommune, som skal involveres i aktiviteten. Nøgleordene for alle programmer skal være, at de er permanente, og at de påvirker så mange borgere som muligt. Princippet om, at flere forvaltninger i kommune og region skal tænke sundhed ind i planlægningen er knæsat af EU, som i 2006 adapterede konceptet: "Health in All Policies"⁴.

I det følgende opstilles idéer til forebyggelsesstrategier opdelt på rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost. Afsnittene omfatter blandt andet, hvilke tiltag der bør implementeres på henholdsvis nationalt og regionalt/kommunalt plan. Selv om kommuner og region ikke deltager i national lovgivning, er det valgt også at medtage anbefalinger på nationalt niveau for at understrege nødvendigheden af en samlet indsats fra stat til kommune. Der afsluttes med afsnit om individorienteret forebyggelse, social ulighed, etik og evaluering.

8.4.1 Rygning

En effektiv indsats på tobaksområdet opnås ved at iværksætte strukturelle tiltag til begrænsning af rygning og derefter fokusere på individuelle indsatser.

Fremme røgfrie miljøer

Med indførelsen af den nye rygelov er Danmark godt på vej til at skabe et røgfrit miljø for flertallet af borgerne. Studier fra udlandet viser, at forekomsten af blodpropper i hjertet inden for det første år efter indførelsen af en restriktiv rygelov er faldet mellem 10 og 20 %. Foreløbige resultater tyder desuden på, at rygeloven især hjælper de socialt dårligst stillede. Hvis rygeloven i Danmark blot giver et fald på 10 % i forekomsten af patienter med blodprop i hjertet, vil det betyde ca. 1.000 færre blodpropper om året i Danmark. Effekten af rygeloven skyldes blandt andet, at færre udsættes for passiv rygning, og at flere holder op med at ryge eller reducerer deres tobaksforbrug.

Sundhedsfremme og primær forebyggelse skal:

- Tage udgangspunkt i samfundsmæssige strukturændringer, som fremmer en lidt sundere adfærd hos flertallet
- Bygge på samlede programmer
- Integreres i alle relevante forvaltninger i en kommune

Der er imidlertid gode muligheder for opstramninger inden for rygeloven – både nationalt og lokalt, og som det ses af tabel 8.11, er der opbakning i befolkningen til en stram rygepolitik.

Nationalt:

- Totalt forbud mod at ryge indendørs på alle caféer, restauranter og værtshuse
- Hæv afgifter på tobaksvarer
- Øremærk de nye afgifter til fx aflønning af rygestopinstruktører i kommunerne

Regionalt eller lokalt:

- Indfør totalt forbud af rygning på folkeskoler og ungdomsuddannelser – også for lærerne
- Indfør rygeforbud på enmandskontorer
- Hjælp de private arbejdspladser med at få implementeret en strammere rygepolitik, således at den er sammenlignelig med de offentlige arbejdspladser, jævnfør tabel 8.10
- Aftal med detailhandlen, at der ikke sker en eksponering af tobaksvarer for de handlende
- Håndhæv rygeloven

Fremme rygestop

Rygelovens indførelse og implementering har skabt rammer for, at den individorienterede indsats vil få en større effekt, idet omgivelser nu understøtter borgeren i at påbegynde og holde fast i et rygestop.

I Region Hovedstadens kommuner ønsker 3/4 af rygerne at holde op med at ryge. Det er derfor vigtigt, at der etableres tilbud til rygerne.

Borgerne kan blive røgfrie ved forskellige metoder enten ved egen hjælp, ved kort rådgivning med eller uden nikotinprodukter eller ved intensive rygestopkurser. Succesraten for røgfrihed stiger med intensiteten af rygeafvænningsmetoden. Dog skal det bemærkes, at virkningen på befolkningsniveau er størst ved en sundhedsfaglig rådgivning + nikotinprodukter sammenlignet med rygeafvænningskurser. Det skyldes, at der er flere borgere, der tager i mod denne form for rygeafvænnings end rygestopkurser.

Da det kun er 38 % af rygerne i Region Hovedstaden, der har modtaget rådgivning af egen læge i løbet af det sidste år, og 75 % af rygerne ønsker at holde op med at ryge, er det vigtigt, at indsatsen i almen praksis intensiveres.

Individorienterede indsatser, der fremmer rygestop hos borgerne:

- Kampagner med opfordring til at kvitte tobakken – skal dog ikke stå alene
- Løbende rådgivning via egen læge og andet sundhedsfagligt personale
- Tilbud om rygestopkurser til kommunens ansatte og kommunens borgere

Ved planlægning af rygestopkurser er det vigtigt at vide, at blandt de borgere, der ønsker rygeophør, angiver halvdelen ganske vist, at de ønsker hjælp til det, men når tilbuddet kommer, er det igen kun ca. halvdelen, der møder op på et rygestopkursus. Det betyder, at de fleste kommuner kan nøjes med ansættelse af 1-2 rygestopinstruktører til at varetage denne funktion.

Forebyggelse af rygestart

Da denne sundhedsprofil udelukkende handler om voksne, berøres dette emne kun kortfattet. Der henvises til "Ti skridt til god tobaksforebyggelse – den gode kommunale model"⁵ og "Hvordan forebygges børns og unges rygestart"⁶. Jo tid-

De tre elementer i tobaksforebyggelsen er⁵:

- Fremme røgfrie miljøer
- Fremme rygestop
- Forebyggelse af rygestart

ligere man starter med at ryge – jo sværere er det at holde op igen. Derfor er en opstramning af rygeloven på skolerne, så lærere ikke må ryge på skolen, et vigtigt tiltag, idet elever på skoler, hvor lærere ikke ryger, starter senere med at ryge end elever på skoler, hvor lærere ryger.

Udover at skabe røgfri miljøer er det vigtigt, at kommunerne sikrer, at:

- Kravet om sundhedsundervisning i folkeskolen overholdes
- Skolen taler om rygning med forældrene, således at der diskuteres holdninger, fastsættelse af rammer og regler for børnene

8.4.2 Alkohol

Sygdomme relateret til alkohol er steget gennem de sidste 40 år i takt med det øgede alkoholforbrug. Alligevel har alkoholområdet ikke haft samme prioritet i det forebyggende arbejde som rygning, hvorfor evidensen for, hvad der virker, ikke er særlig stor. I kapitel 4.2 ses det, at 33 % af borgerne i Region Hovedstaden har et risikabelt alkoholforbrug, hvilket er højere end forekomsten af rygning.

Skab alkoholfrie omgivelser

Alkoholforbruget er tydeligt påvirket af den relative pris på alkohol. Restriktiv adgang til alkohol benyttes i Norge og Sverige, som også har et lavere forbrug per indbygger end Danmark.

Borgerne er som tidligere beskrevet generelt positive overfor alkoholforbud i det offentlige rum. I lighed med rygning bør det også være den vej kommunerne skal arbejde med alkoholforbruget.

Nationalt niveau

- Hæve afgiften på alkohol
- Hæve aldersgrænsen for salg af alkohol fra 16 til 18 år

Regionalt/kommunalt niveau

- Udarbejdelse af en politik vedrørende alkoholindtagelse i det offentlige rum
- Forbud mod indtagelse af alkohol på arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner – også i frokostpausen
- Forbud mod salg og indtagelse af alkohol på sportspladser og idrætsfaciliteter
- Udarbejdelse af en politik vedrørende tildeling af alkoholbevillinger. Fx begrænsninger i antallet af bevillinger, hvor børn og unge færdes
- Politik vedrørende alkoholfrie miljøer på folkeskolerne til festerne – også når forældrene er til stede
- Politik vedrørende alkoholfrie miljøer ved aftenarrangementer i vuggestuer og børnehaver

Fremme nedsættelse af storforbrug

Viden om effekten af individuel rådgivning om nedsættelse af alkoholforbruget hos borgere med risikabelt alkoholforbrug er sparsom. Imidlertid er 2/3 borgere med risikabelt alkoholforbrug meget motiveret til at nedsætte forbruget, men kun 11 % af borgerne med et risikabelt alkoholforbrug er inden for det sidste år, af egen læge, blevet rådet til at ændre vaner, jævnfør tabel 8.3.

Udsættelse af alkoholdebut

Da denne sundhedsprofil handler om voksne, berøres dette emne kun kort. Sund by netværket har udgivet "15 skridt til forebyggelse af alkoholproblemer – den gode kommunale model"⁷, hvor nedenstående råd stammer fra.

For at udsætte alkoholdebut blandt børn og unge, skal:

- Kravet om sundhedsundervisning i folkeskolen overholdes
- Skolen taler om alkohol med forældrene, således at der diskuteres holdninger, fastsættelse af rammer og regler for børnene. Dette gøres i mange kommuner som led i SSP-samarbejdet

8.4.3 Fysisk aktivitet

En stor del af borgerens fysiske aktivitet har ligget i de daglige gøremål på arbejdet, transport til og fra arbejde samt i hjemmet. Mange af disse små aktiviteter, som tilsammen har udgjort en betragtelig andel af energiforbruget, er blevet taget ud af hverdagen på grund af en lang række energisparende tiltag i samfundet. Selv om borgerne i dag angiver et højere niveau af organiseret fysisk aktivitet i fritiden end tidligere, er det samlede resultat et lavere energiforbrug, hvilket har været med til at øge forekomsten af overvægt, og kroniske sygdomme.

Massekampagner har ikke haft den tilsigtede effekt og bortset fra særligt udvalgte patientgrupper, er der ikke noget som tyder på, at en individorienteret indsats over for fysisk inaktive personer har en længerevarende effekt. Da det lave samlede fysiske aktivitetsniveau primært skyldes strukturændringer i samfundet, må en naturlig konsekvens derfor være at genindføre en række af disse daglige aktiviteter gennem strukturelle ændringer. En række undersøgelser – både fra udlandet og herhjemme – tyder på, at ændringer i de fysiske omgivelser fører til, at borgerne bevæger sig mere, men der er brug for undersøgelser, som beskriver den sundhedsmæssige effekt over længere tid⁸.

Skab rammer, som motiverer til fysisk aktivitet

De strukturelle ændringer skal omhandle politikker, som vil bevirke, at så mange borgere som muligt blot bevæger sig lidt mere hver dag. Der er talrige områder såsom arbejdspladser, transport og faciliteter (skoler, institutioner, parker osv.) at tage fat på, og det anbefales, at der udarbejdes en plan for indsatsen. De overordnede principper er, at indsatsen skal berøre så mange borgere som muligt, og at den skal være permanent.

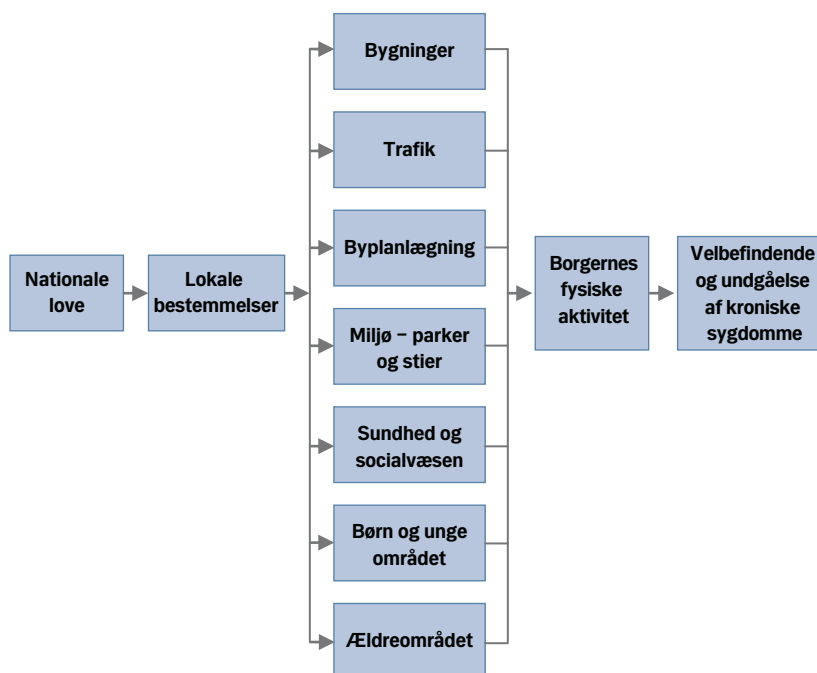
Nationalt niveau

- En overordnet trafikplanlægning med udbygning af den kollektive trafik har potentialet til at få flere til at bevæge sig i dagligdagen.

Regionalt/kommunalt niveau

Der er en lang række muligheder i regioner og kommuner for strukturelle ændringer, som har potentialet til at øge den fysiske aktivitet i hverdagen. Øgning af fysisk aktivitet skal tænkes ind i alle forvaltninger i en kommune. Figur 8.1 viser, hvordan der kan ske en indirekte påvirkning af borgernes fysiske aktivitet via en lang række forvaltninger.

Figur 8.1. Organisering af forebyggelsesindsatser inden for fysisk aktivitet



Mulighederne er talrige. Hvilke indsatser, der har den største effekt, er uvist, derfor er en monitorering af effekten er vigtig.

- Bilfri zoner i de store byer
- Prioritering af cyklister i de større byer, for eksempel med "grønne lyskurvebølger", cykelstier, gode bycykler, muligheder for cykelparkering.
- I dagsinstitutioner kan fysisk aktivitet reguleres ved en række bestemmelser, som minimerer stillesiddende aktiviteter – bl.a. ved at børnene skal være ude på legeområdet i et vist tidsrum hver dag
- I skoler kan det være en politik, at alle skoleelever skal ud i skolegården i frikvartererne. Der kan også vælges flere idrætstimer
- Udbyg legefaciliteter i daginstitutioner og skoler, så det er attraktivt at røre sig
- En politik vedrørende børns skolevej kan øge andelen af børn, som går eller cykler til og fra skole
 - bedre stisystemer mellem boligkvarterer og skoler
 - forbud mod/begrænsning af bilkørsel omkring skolen om morgenen..
- Gode legefaciliteter i parker
- På arbejdspladser kan der iværksættes strukturelle ændringer, så bevægelse i hverdagen fremmes. Det kan fx være indførelse af 'walk-and-talk-møder', sikre at medarbejderne kan tage trappen, sikre at der er printerrum og ikke printer på kontoret, stående mødefaciliteter.
- Forbedring af den kollektive trafik og restriktioner over for biler vil øge antallet af borgere, der tager med offentlig transport, hvilket – alt andet lige – vil betyde lidt mere bevægelse for de mange i hverdagen (se under nationalt niveau).
- En nærmere analyse af et geografisk områdes "moveability", som beskriver mulighederne for gang og cykling i lokalområdet (fx borgernes bevægelse mellem hjem, indkøb og institutioner), kan være med til en mere rationel planlægning af stisystemer til både gang og cykling.
- Ved nyopførelser af bygninger skal indtænkes øgede muligheder for bevægelse. Et klassisk eksempel er, at det første man bør møde i en bygning med mere end en etage, er en indbydende trappe. Elevatoren anbringes et tilgængeligt, men sekundært sted i bygningen.

8.4.4 Kost

Maden er de senere år blevet meget lettere tilgængelig, relativt billigere og portionerne er blevet større. Det moderne menneskes problem er således at begrænse fødeindtagelsen og vælge den rigtige sammensætning. De fødevarerprodukter, som findes på markedet, er som sådan ikke sundhedsskadelige – det er mængden og fordelingen af den mad, borgeren indtager, som afgør, om hun eller han spiser sundt. Den rigelige tilgængelighed af fødevarer har været med til at øge forekomsten af overvægt.

Kostkampagner har været en del af borgerens hverdag i mange år i form af kostpyramider og de otte kostråd. Selv om oplysningerne undertiden synes modstridende, er de otte kostråd fortsat bestående. Det er svært at konkretisere, hvad kostkampagner har ført til, men kampagnen "6 om dagen" og fiskekampagnen "2 om ugen" synes at have haft en effekt i form af øget indtagelse af frugt og grønt og kortvarig øget salg af fisk.

Danskernes kost er generelt for fed og for sød og indeholder for lidt frugt, grønt, fisk og fibre. Kostændringer har været forsøgt fremmet gennem talrige individorienterede interventionsforsøg både blandt patienter og raske borgere. De mange multifaktorielle individorienterede indsatser overfor sundhedsadfærd har stort set alle haft et element af kostintervention i sig. Bortset fra specielt udvalgte patientgrupper, har effekten været lille og forbigående, og der er ikke dokumenteret effekt på lang sigt på forekomst af kronisk sygdom eller død.

Skab rammer, som motiverer til sundere kost

Da det høje og uhensigtsmæssige kostindtag skyldes strukturændringer i samfundet, må en naturlig konsekvens derfor være at ændre på en række af disse strukturer med henblik på at få kostindtagelsen på rette spor igen. Der er ikke mange undersøgelser, som viser præcis, hvilke initiativer, der skal foretages. Men det har blandt andet vist sig, at hvis man mindsker tilgængeligheden af sodavand og slik i skolerne, kan man knække fedmekurven hos børn og unge.

De strukturelle ændringer skal omhandle politikker, som vil bevirke, at så mange borgere som muligt spiser lidt mindre og lidt sundere hver dag. Der er talrige områder at tage fat på, og det anbefales, at der udarbejdes en plan for indsatsen. De overordnede principper er – som ved andre livsstilsinterventioner – at indsatserne skal berøre så mange borgere som muligt, og at de skal være permanente. Et nøgleord her er tilgængelighed. Hvis sunde madvarer er mere tilgængelige end usunde, så vil flere vælge det sunde.

Nationalt

- Differentieret moms. Benyttes i blandt andet Sverige. Der foreligger en enkelt undersøgelse, som tyder på en effekt.
- Lovgivning vedrørende størrelsen af sodavand, slikposer etc.
- Forbud mod slikreklamer i den sendetid og sendeflade, som henvender sig til børn
- Øgede afgifter på meget sukkerholdige fødevarer som sodavand og en række morgenmadsprodukter
- Saltrestriktion i industrielt fremstillede fødevarer og bedre mærkning vedrørende saltindhold.

Regionalt/kommunalt

- Politikker for sund mad i børneinstitutioner og skoler. Politikkerne skal tilgodesee, at kostbuddet følger de otte kostråd
- Kostpolitikker på regionale/kommunale arbejdspladser herunder også på hospitaler og institutioner
- Ingen salg af sodavand og slik på skoler, ungdomsuddannelser og arbejdspladser
- Let adgang til koldt postevand på skoler, arbejdspladser, hospitaler osv.

- Begrænset tilgængelighed af sodavand, slik og fastfood, og udbud af sunde alternativer i idrætshaller
- Indgå lokale aftaler med supermarkederne om ændring i placering af varer, størrelsen på de uhensigtsmæssige varer (sodavandsflasker, chipsposer etc.), mere fokus på frugt og grønt. Fx er der udviklet koncept for bakker med grønsager og frugt skåret i mundrette stykker. Bør gøres tilgængelige både i frugt-afdelingen og ved kassekøen.
- Den generelle tilgængelighed af frugt og grønt bør øges – ikke blot i supermarkeder, men i kiosker og i idræts- og sportshaller.

8.4.5 Den individorienterede forebyggelse

De undersøgelser, der foreligger over individbaseret indsats i befolkningen, viser samstemmende, at det kan lade sig gøre at flytte borgerens livsstil, men at borgeren hurtig vender tilbage til den livsstil, som findes i deres omgivelser. Nyere undersøgelser som p.t. gennemføres i Danmark skal vise, om en mere systematisk langvarig individorienteret indsats over fem år eventuelt vil have en effekt⁹.

Det er vist, at den individorienterede forebyggelsesindsats har effekt på borgere med kronisk sygdom på kort sigt, men der findes ingen langtidsstudier af effekten. Der ligger således en stor opgave for kommuner og region. Det viser sig for det første ved, at mange borgere med kroniske sygdomme fortsat ryger, er fysisk inaktive og spiser en usund kost, jævnfør tabel 7.38 og 7.39. For det andet ønsker en stor andel af borgerne med kronisk sygdom at ændre adfærd, se tabel 7.38 og 7.39, og for det tredje er der et øget behov for, at de praktiserende læger taler sundhedsadfærd med deres kroniske patienter, jævnfør tabel 8.7 og 8.8. Imidlertid vil de strukturelle tiltag, som beskrives i dette kapitel, have effekt på borgere med kroniske sygdomme, da de også vil finde det lettere at ændre livsstil i den rigtige retning, hvis samfundet indbyder til det.

Det kan forventes, at den individorienterede forebyggelse vil få større gennemslagskraft, når de strukturelle forhold – der indirekte opmuntre til en mere sund livsstil – er på plads. Dog er der endnu ingen direkte dokumentation for dette, hvorfor det forebyggende arbejde i kommunerne skal være med til at bibringe denne dokumentation.

Praktiserende læger, sundhedscentre eller sundhedsbusser?

Almen praksis er i teorien et godt udgangspunkt for den individorienterede forebyggelse, da den praktiserende læge ser 80 % af sine patienter mindst én gang om året. Danske modeller for forebyggelse via almen praksis som primær forebyggelse¹⁰ og i rehabiliteringsøjemed tyder på, at almen praksis er en egnet arena. De etablerede sundhedscentre er i gang med de første evalueringer. Der foreligger ingen undersøgelser over, hvorvidt almen praksis med tilknyttet personale vil virke bedre eller dårligere end sundhedscentre. Alt i alt peger viden i retning af, at den individorienterede forebyggelsesstrategi skal foregå i faste langvarige forløb. Sundhedsbusser passer ikke ind i denne struktur og kan ikke anbefales.

8.4.6 Den sociale ulighed i forebyggelsen

Forebyggelse, der udelukkende baseres på massekampagner og individorienteret indsats, medfører som regel øget ulighed i sundhed. Grunden er, at det er de ressourcestærke, som oftest tager imod kampagner og individuelle tilbud, og som har mulighed for at gennemføre de relevante adfærdsændringer. Der er ingen viden om, hvorvidt specielle individrettede forebyggelsesaktiviteter i socialt udsatte grupper kan reducere den sociale ulighed. Derimod er det vist, at en strukturel strategi som rygeforbud i det offentlige rum, virker særlig godt på de socialt dårligst stillede. Ligeledes vil en prispolitik på tobak og alkohol være med til at udligne den sociale ulighed.

8.4.7 Ethiske overvejelser

Borgeren skal have ret til at leve sit eget liv. Hele tankegangen med den strukturelle indsats skal derfor være præget af, at der fortsat skal være mulighed for fri udfoldelse, blot det ikke skader andre. Derfor er forbud mod rygning i det offentlige rum fortsat inden for de etiske rammer, da passiv rygning har en dokumenteret skadelig effekt. Da der skal være plads til, at borgeren fører det liv, han/hun ønsker, skal den strukturelle strategi balanceres, så det ikke præges af forbud og personlig overvågning, men af strukturer, som gør, at hovedparten af befolkningen vælger den hensigtsmæssige adfærd. Borgerne ønsker kun meget sjældent bevidst at leve usundt. Sundhedsprofilen viser da også, at flertallet ønsker at leve sundt, og at flertallet gerne ser strukturelle tiltag iværksat. Strukturen skal derfor være med til at understøtte de sunde valg, men kun i en sådan grad, at de borgere, der ønsker det, fortsat kan leve det liv de helst vil – uden gene for andre.

8.4.8 Evaluering

Som det fremgår af dette kapitel, er der en del viden om, hvilke forebyggelsesaktiviteter der virker, men der er også en del områder, hvor region og kommuner, i samarbejde med forskningsinstitutioner, skal være med til at skabe viden. Derfor er det vigtigt, at der opsættes modeller for evaluering af indsatsen. Dette foregår dels ved det fortsatte sundhedsprofilarbejde og dels ved at etablere en løbende registrering over de forebyggelsestiltag de enkelte kommuner iværksætter. Disse tiltag kan efterfølgende sammenholdes med ændringer i sundhedsadfærd og helbred ved den efterfølgende sundhedsprofil.

Litteratur

1. Att förebygga sjukdom i härta och kärl genom befolkningsinriktade program – en systematisk litteraturoversikt. SBU-Rapport nr. 134, 1997.
2. Ebrahim S, Beswick A, Burke M, Davey Smith G, Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease (Review), The Cochrane library 2007.
3. Rose G: Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *Br. Med J (Clin Res Ed)* 282:1847-1851, 1981.
4. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in All Policies, Prospects and potentials, Ministry of Social Affairs and Health, Finland. 2006.
5. Kronborg T, Tværmose P, Falk J. Ti skridt til god tobaksforebyggelse – den gode kommunale model. Anbefalinger, strategier og redskaber til kommunernes tobaksforebyggende indsats. Sund By Netværket 2006.
6. Dalum P, Jensen P.D. Hvordan forebygges børns og unges rygestart? – Årsager til rygestart og effekten af rygeforebyggelse. Kræftens Bekæmpelse 2007.
7. Thaarup A, Hvidt-Pedersen B, Jørgensen M.H., Riegels M, Baagland R. 15 skridt til god forebyggelse af alkoholproblemer – den gode kommunale model. Sund By Netværket 2008.
8. Guidance on the promotion and creation of physical environments that support increased levels of physical activity. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2008.
9. Nyt om Forebyggelse: Inter99 – femårsundersøgelsen. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed – Oktober/November 2007/13.
10. Rasmussen SR, Kilmark J, Hvenegaard A, Thomsen JL, Engberg M, Lauritzen T, Søgaard J. Forebyggende helbredsundersøgelser og helbreds-samtaler i almen praksis. En sundhedsøkonomisk analyse af ”Sundhedsprojekt Ebeltoft”. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006. Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2006;6(6).



Kommunetabeller

- Motivation for at ændre adfærd
- Borgere med kronisk sygdom, som ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger



Albertslund

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Albertslund

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	28	2.500			75	1.900	73	1.800	58	1.100
Kvinder	25	2.200			79	1.800	77	1.700	47	800
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	41	3.300	29	1.000	32	1.000	33	1.100		
Kvinder	22	1.500	21	300	24	400	23	300		
Usund kost										
Mænd	15	1.300	16	200	69	900				
Kvinder	7	600	31	200	76	500				
Fysisk inaktiv										
Mænd	41	3.600	64	2.300	80	2.900				
Kvinder	36	3.200	62	2.000	86	2.800				
Overvægtig										
Mænd	55	4.900	83	4.000	96	3.900				
Kvinder	43	3.900	95	3.700	95	3.500				

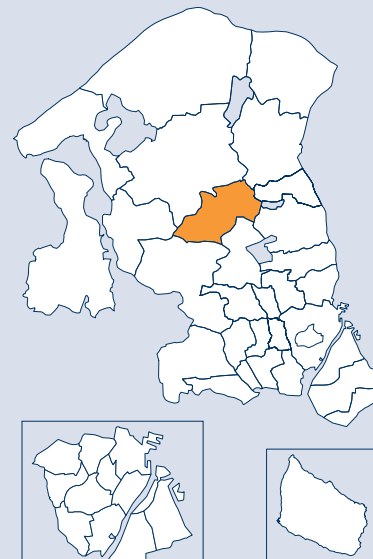
^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Albertslund

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Albertslund	27	4.700	38	6.800	11	1.900	33	4.800
Hjertesygdom	29	300	50	500	13	100	32	200
Apopleksi	38	100	16	0	12	0	25	100
Diabetes	15	100	49	400	14	100	44	200
Kroniske lungesygdomme	22	100	24	100	24	100	23	100
Kræft	32	900	40	1.100	13	400	37	800
Psykiske sygdomme	32	600	47	800	13	200	47	700
Osteoporose	43	300	52	400	14	100	37	300
Gigtsygdomme	24	200	57	400	17	100	35	200
Ryggsygdomme	28	300	45	500	18	200	35	300
Allergi	21	800	38	1.400	10	400	34	1.000

Allerød



Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Allerød

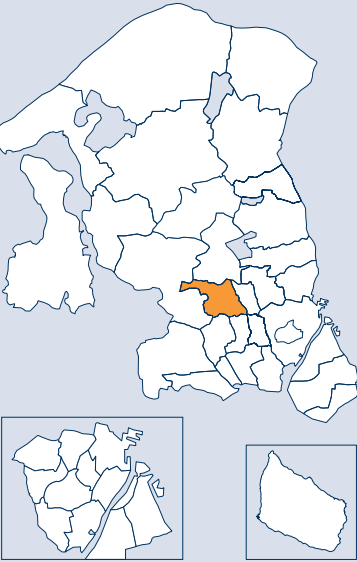
	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	17	1.300			72	900	87	1.100	43	400
Kvinder	15	1.200			70	800	72	800	54	400
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	37	2.600	25	600	25	600	18	500		
Kvinder	20	1.400	30	400	30	400	21	300		
Usund kost										
Mænd	12	900	14	100	73	700				
Kvinder	6	500	7	0	83	400				
Fysisk inaktiv										
Mænd	32	2.400	48	1.200	71	1.700				
Kvinder	32	2.500	52	1.300	87	2.200				
Overvægtig										
Mænd	54	4.000	84	3.400	93	3.100				
Kvinder	37	2.900	98	2.900	96	2.700				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Allerød

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Allerød	16	2.500	32	5.000	9	1.400	28	4.000
Hjertesygdom	12	100	51	300	15	100	33	100
Apopleksi	34	100	22	0	20	0	57	100
Diabetes	11	100	42	200	3	0	42	200
Kroniske lungesygdomme	6	0	29	100	8	0	20	100
Kræft	17	300	33	500	12	200	28	400
Psykiske sygdomme	35	400	46	600	16	200	22	200
Osteoporose	26	200	32	200	7	0	34	200
Gigtsygdomme	9	100	42	400	7	100	14	100
Rygsygdomme	34	200	29	200	7	100	24	100
Allergi	10	300	36	1.000	8	200	23	600



Ballerup

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Ballerup

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	24	3.600			74	2.700	80	2.900	55	1.500
Kvinder	23	3.800			77	2.900	82	3.100	65	1.900
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	37	5.300	18	900	17	900	17	900		
Kvinder	19	2.500	31	800	38	1.000	30	800		
Usund kost										
Mænd	21	3.200	21	700	68	2.100				
Kvinder	10	1.600	20	300	77	1.200				
Fysisk inaktiv										
Mænd	32	4.800	60	2.900	79	3.800				
Kvinder	42	6.800	58	3.900	88	5.900				
Overvægtig										
Mænd	61	9.200	87	8.000	94	7.600				
Kvinder	41	6.700	92	6.100	98	6.000				

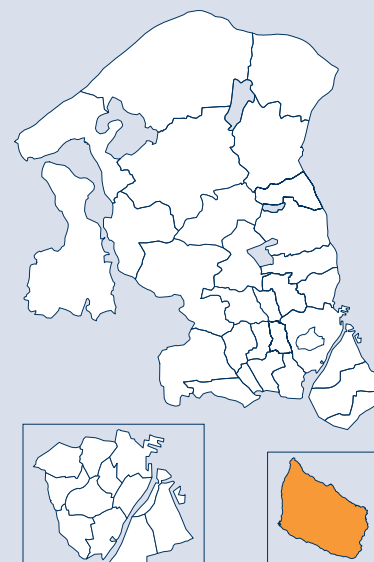
^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Ballerup

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Ballerup	24	7.400	37	11.600	15	4.800	28	7.900
Hjertesygdom	27	500	51	900	20	300	37	600
Apopleksi	49	200	63	300	19	100	23	100
Diabetes	35	500	44	600	14	200	43	500
Kroniske lungesygdomme	14	200	57	600	12	100	39	300
Kræft	30	1.500	45	2.300	18	900	26	1.000
Psykiske sygdomme	39	1.600	50	2.100	18	800	31	1.000
Osteoporose	26	300	49	600	11	100	27	400
Gigtsygdomme	19	400	42	800	12	200	14	200
Rygssygdomme	38	800	55	1.100	12	300	39	800
Allergi	17	1.100	37	2.500	13	900	24	1.300

Bornholm



Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder på Bornholm

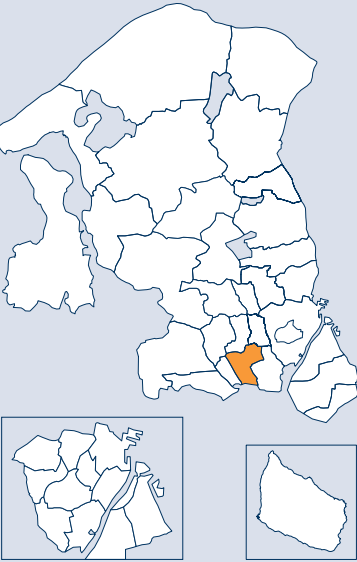
	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selv vurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	31	4.500			60	2.700	72	3.200	40	1.100
Kvinder	23	3.400			69	2.400	74	2.600	52	1.200
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	37	5.100	27	1.400	27	1.400	29	1.500		
Kvinder	19	2.400	31	700	23	600	16	400		
Usund kost										
Mænd	24	3.500	11	400	62	2.100				
Kvinder	10	1.400	18	300	74	1.000				
Fysisk inaktiv										
Mænd	34	5.000	56	2.800	71	3.500				
Kvinder	35	5.200	52	2.700	81	4.200				
Overvægtig										
Mænd	63	9.200	82	7.500	92	6.900				
Kvinder	48	7.100	95	6.700	95	6.400				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger på Bornholm

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Bornholm	27	7.900	35	10.200	17	4.900	29	7.500
Hjertesygdom	17	300	47	800	18	400	23	300
Apopleksi	40	200	62	400	10	100	10	100
Diabetes	21	400	44	800	14	200	33	500
Kroniske lungesygdomme	25	200	37	300	10	100	28	200
Kræft	28	1.100	41	1.600	9	400	32	1.100
Psykiske sygdomme	44	1.800	42	1.700	24	1.000	33	1.200
Osteoporose	30	600	43	900	12	300	35	600
Gigt sygdomme	16	300	43	900	8	200	28	500
Ryg sygdomme	31	700	41	900	30	600	24	500
Allergi	21	1.200	36	2.200	14	800	28	1.500



Brøndby

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Brøndby

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	29	3.200			77	2.400	80	2.500	55	1.300
Kvinder	27	3.200			73	2.400	78	2.500	49	1.100
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	38	3.500	21	700	28	1.000	37	1.300		
Kvinder	22	2.000	17	300	19	400	19	400		
Usund kost										
Mænd	21	2.300	16	400	61	1.400				
Kvinder	12	1.400	33	500	76	1.100				
Fysisk inaktiv										
Mænd	40	4.400	60	2.700	76	3.400				
Kvinder	41	4.900	59	2.900	83	4.000				
Overvægtig										
Mænd	63	6.900	82	5.700	93	5.300				
Kvinder	44	5.200	93	4.800	96	4.600				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol
^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Brøndby

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Brøndby	28	6.400	41	9.300	16	3.700	30	5.500
Hjertesygdom	19	300	61	800	12	200	39	500
Apopleksi	22	100	73	400	36	200	42	200
Diabetes	27	400	37	500	10	100	37	400
Kroniske lungesygdomme	21	200	55	500	16	100	28	200
Kræft	28	1.000	50	1.800	13	500	31	800
Psykiske sygdomme	36	1.000	50	1.400	17	500	54	1.200
Osteoporose	35	400	61	700	19	200	34	400
Gigtsygdomme	31	300	49	500	24	300	32	300
Rygsygdomme	39	600	43	600	11	200	30	300
Allergi	20	900	45	2.100	14	700	23	1.000

Dragør



Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Dragør

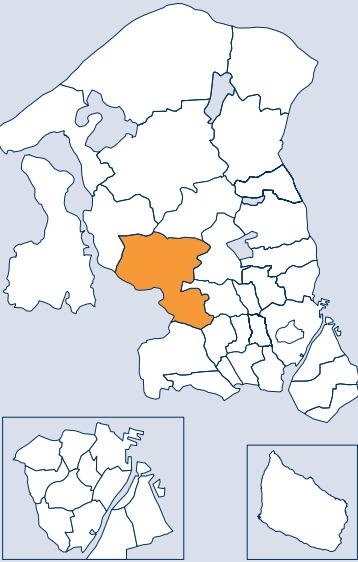
	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	20	900			67	600	82	700	54	300
Kvinder	22	1.000			86	900	83	800	63	500
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	44	1.800	28	500	27	500	23	400		
Kvinder	24	1.000	27	300	29	300	22	200		
Usund kost										
Mænd	18	800	15	100	63	500				
Kvinder	7	300	14	0	79	300				
Fysisk inaktiv										
Mænd	34	1.400	53	800	81	1.200				
Kvinder	40	1.800	54	1.000	87	1.600				
Overvægtig										
Mænd	58	2.500	85	2.100	96	2.000				
Kvinder	34	1.600	96	1.500	96	1.500				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Dragør

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Dragør	21	1.900	37	3.300	12	1.100	33	2.800
Hjertesygdom	19	100	42	200	20	100	51	200
Apopleksi	17	0	60	100	20	0	60	100
Diabetes	29	200	42	200	21	100	38	200
Kroniske lungesygdomme	9	0	44	200	16	100	41	100
Kræft	23	300	43	500	17	200	32	400
Psykiske sygdomme	31	300	46	400	20	200	37	300
Osteoporose	28	100	40	200	16	100	32	100
Gigtsygdomme	24	100	45	200	19	100	45	200
Rygsygdomme	26	200	62	400	18	100	21	100
Allergi	19	300	39	700	14	300	30	500



Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Egedal

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	17	2.200			79	1.700	77	1.700	51	900
Kvinder	19	2.600			74	1.900	82	2.100	59	1.100
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	37	4.600	26	1.200	29	1.400	26	1.200		
Kvinder	17	2.100	26	500	27	600	20	400		
Usund kost										
Mænd	17	2.200	12	300	52	1.200				
Kvinder	8	1.000	14	100	83	800				
Fysisk inaktiv										
Mænd	31	4.100	57	2.300	86	3.500				
Kvinder	38	5.200	58	3.000	85	4.400				
Overvægtig										
Mænd	57	7.500	85	6.400	95	6.100				
Kvinder	40	5.400	98	5.300	97	5.100				

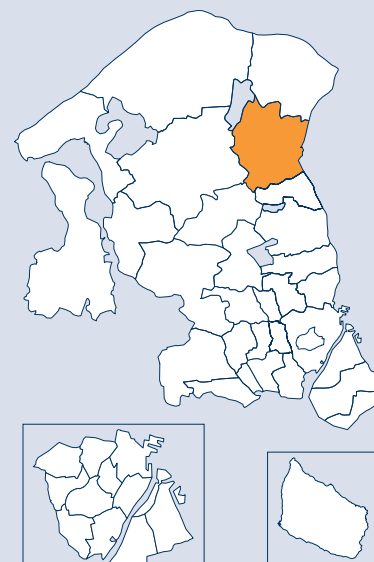
^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Egedal

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Egedal	18	4.800	34	9.200	12	3.200	27	6.700
Hjertesygdom	24	300	39	400	16	200	33	300
Apopleksi	15	100	67	300	12	100	25	100
Diabetes	14	100	31	300	18	200	39	300
Kroniske lungesygdomme	12	100	20	200	9	100	40	400
Kræft	20	700	42	1.500	8	300	33	1.000
Psykiske sygdomme	25	700	46	1.200	8	200	38	800
Osteoporose	9	100	40	400	6	100	35	400
Gigtsygdomme	24	300	35	400	12	200	33	300
Ryggsygdomme	41	500	30	300	16	200	20	200
Allergi	14	800	37	2.200	10	600	26	1.400

Fredensborg



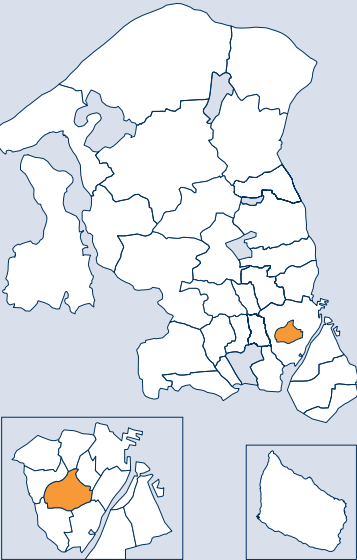
Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Fredensborg

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	22	2.700			66	1.800	82	2.300	44	800
Kvinder	21	2.800			70	2.000	78	2.200	49	1.000
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	38	4.400	31	1.300	26	1.100	21	900		
Kvinder	26	3.100	19	600	32	1.000	22	700		
Usund kost										
Mænd	14	1.700	12	200	62	1.100				
Kvinder	5	600	27	200	69	400				
Fysisk inaktiv										
Mænd	38	4.700	57	2.700	77	3.600				
Kvinder	34	4.600	48	2.200	82	3.800				
Overvægtig										
Mænd	54	6.700	87	5.800	93	5.400				
Kvinder	31	4.200	97	4.100	96	3.900				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Fredensborg

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Fredensborg	21	5.600	36	9.400	9	2.400	32	7.500
Hjertesygdom	24	300	61	700	4	0	45	500
Apopleksi	23	100	64	300	13	100	35	200
Diabetes	22	200	47	300	3	0	40	200
Kroniske lungesygdomme	12	100	33	300	2	0	44	300
Kræft	22	800	41	1.500	14	500	34	1.100
Psykiske sygdomme	32	800	49	1.300	18	500	35	700
Osteoporose	23	200	50	500	16	100	44	500
Gigtsygdomme	21	200	44	400	13	100	46	300
Rygsygdomme	26	200	36	300			37	300
Allergi	14	800	36	2.200	10	600	30	1.500



Frederiksberg

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Frederiksberg

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	22	6.700			70	4.700	72	4.900	57	2.700
Kvinder	18	6.000			77	4.600	74	4.500	42	1.900
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	44	13.200	33	4.300	28	3.700	25	3.200		
Kvinder	27	8.200	29	2.400	27	2.200	24	2.000		
Usund kost										
Mænd	15	4.500	11	500	70	3.200				
Kvinder	6	2.100	17	400	82	1.700				
Fysisk inaktiv										
Mænd	33	10.400	56	5.800	81	8.400				
Kvinder	34	11.400	48	5.500	83	9.500				
Overvægtig										
Mænd	46	14.200	82	11.600	97	11.300				
Kvinder	28	9.400	98	9.200	99	9.100				

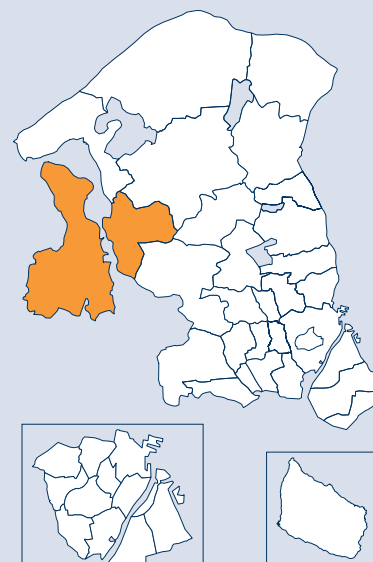
^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Frederiksberg

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Frederiksberg	20	12.800	34	21.800	10	6.600	35	21.400
Hjertesygdom	15	400	47	1.300	12	300	39	900
Apopleksi	28	300	60	700	6	100	44	400
Diabetes	38	900	52	1.200	13	300	36	800
Kroniske lungesygdomme	22	400	51	800	8	100	32	400
Kræft	18	1.300	45	3.300	12	900	43	2.800
Psykiske sygdomme	33	2.500	44	3.400	10	800	47	3.000
Osteoporose	26	800	56	1.600	8	200	38	1.300
Gigtsygdomme	22	500	56	1.300	8	200	42	900
Rygssygdomme	27	800	46	1.500	11	400	35	1.000
Allergi	13	1.600	32	3.900	7	800	38	4.200

Frederikssund



Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Frederikssund

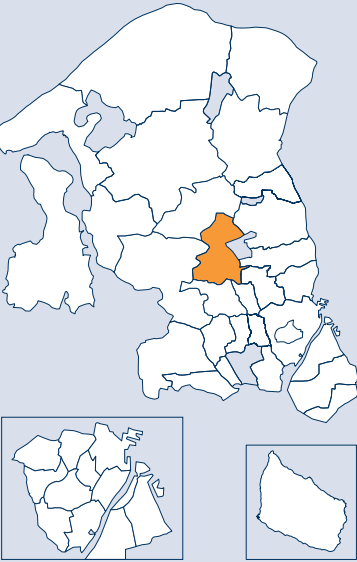
	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selv vurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	27	3.900			74	2.900	80	3.100	59	1.700
Kvinder	24	3.600			72	2.600	76	2.800	46	1.200
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	39	5.400	26	1.400	29	1.600	22	1.200		
Kvinder	21	2.600	22	600	28	700	23	600		
Usund kost										
Mænd	15	2.200	17	400	58	1.300				
Kvinder	4	600	13	100	79	500				
Fysisk inaktiv										
Mænd	33	4.800	56	2.700	79	3.800				
Kvinder	39	5.800	54	3.100	86	5.000				
Overvægtig										
Mænd	59	8.700	82	7.100	92	6.500				
Kvinder	44	6.600	96	6.400	98	6.200				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Frederikssund

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Frederikssund	25	7.500	36	10.600	9	2.800	30	8.000
Hjertesygdom	20	400	41	800	13	200	37	700
Apopleksi	24	100	59	400	5	0	31	200
Diabetes	32	400	31	400	12	100	54	500
Kroniske lungesygdomme	39	400	42	400	11	100	46	300
Kræft	18	700	38	1.500	8	300	36	1.200
Psykiske sygdomme	32	1.100	38	1.200	8	300	28	700
Osteoporose	32	500	40	600	12	200	44	700
Gigt sygdomme	21	400	42	800	17	300	34	600
Ryg sygdomme	32	500	43	600	13	200	24	300
Allergi	18	900	45	2.300	7	300	25	1.100



Furesø

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Furesø

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	19	2.300			75	1.700	79	1.800	55	900
Kvinder	15	1.900			73	1.400	80	1.500	48	700
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	40	4.400	28	1.200	29	1.300	23	1.000		
Kvinder	23	2.500	30	800	27	700	28	700		
Usund kost										
Mænd	12	1.400	22	300	65	900				
Kvinder	4	500	17	100	69	400				
Fysisk inaktiv										
Mænd	35	4.100	58	2.400	79	3.200				
Kvinder	38	4.800	52	2.500	82	4.000				
Overvægtig										
Mænd	55	6.400	86	5.500	88	4.900				
Kvinder	35	4.500	96	4.300	96	4.200				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Furesø

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Furesø	17	4.200	36	8.900	8	1.900	31	6.900
Hjertesygdom	17	200	61	800	5	100	39	500
Apopleksi	34	100	51	200	20	100	38	100
Diabetes	12	100	48	400	5	0	37	300
Kroniske lungesygdomme	15	200	35	400	8	100	37	400
Kræft	15	500	48	1.700	7	300	32	1.000
Psykiske sygdomme	30	900	38	1.100	19	600	39	1.000
Osteoporose	20	200	45	400	17	100	33	300
Gigtsygdomme	27	200	43	400	10	100	22	200
Ryggsygdomme	17	300	49	800	10	200	36	500
Allergi	12	700	35	1.900	8	400	36	1.800

Gentofte



Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Gentofte

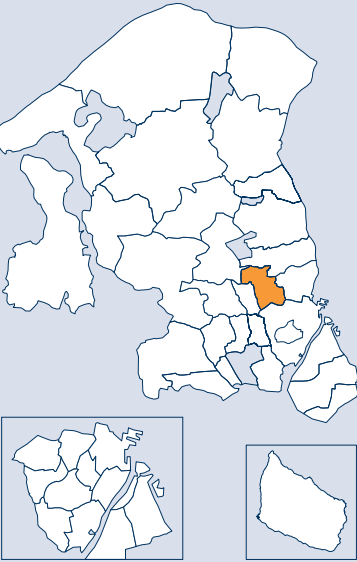
	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	17	3.500			67	2.300	63	2.200	38	900
Kvinder	16	3.800			81	3.100	80	3.100	43	1.300
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	44	8.900	28	2.500	28	2.500	25	2.200		
Kvinder	24	5.100	30	1.600	32	1.600	26	1.300		
Usund kost										
Mænd	9	1.900	24	500	58	1.100				
Kvinder	5	1.100	14	200	75	800				
Fysisk inaktiv										
Mænd	30	6.300	52	3.300	74	4.700				
Kvinder	33	7.700	45	3.500	84	6.500				
Overvægtig										
Mænd	49	10.200	88	9.000	95	8.600				
Kvinder	22	5.300	99	5.200	99	5.200				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Gentofte

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Gentofte	16	7.300	32	14.000	7	3.100	34	14.100
Hjertesygdom	27	400	66	1.000	2	0	39	500
Apopleksi	39	200	63	300			32	100
Diabetes	18	300	42	700	14	200	49	800
Kroniske lungesygdomme	27	500	47	900	9	200	39	700
Kræft	25	1.500	37	2.100	7	400	47	2.600
Psykiske sygdomme	25	1.100	42	1.900	9	400	35	1.500
Osteoporose	25	600	42	1.000	11	200	39	1.000
Gigt sygdomme	9	100	39	500	4	0	44	600
Ryg sygdomme	33	700	35	800	6	100	43	1.000
Allergi	14	1.400	33	3.400	3	300	28	2.600



Gladsaxe

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Gladsaxe

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	26	5.100			74	3.800	80	4.100	49	1.900
Kvinder	23	4.800			76	3.600	75	3.600	52	1.900
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	37	6.500	23	1.500	21	1.400	23	1.500		
Kvinder	23	4.100	21	900	27	1.100	25	1.000		
Usund kost										
Mænd	21	4.000	15	600	56	2.200				
Kvinder	8	1.700	15	300	79	1.400				
Fysisk inaktiv										
Mænd	32	6.200	52	3.200	73	4.500				
Kvinder	37	7.500	52	3.900	84	6.300				
Overvægtig										
Mænd	52	10.200	81	8.200	92	7.600				
Kvinder	40	8.300	94	7.800	96	7.500				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol
^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Gladsaxe

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Gladsaxe	25	9.900	34	13.700	14	5.700	30	10.700
Hjertesygdom	33	900	44	1.200	12	300	40	900
Apopleksi	33	400	56	700	27	300	47	400
Diabetes	28	500	38	700	14	300	37	700
Kroniske lungesygdomme	24	300	35	400	21	200	38	400
Kræft	30	1.800	42	2.500	14	800	29	1.400
Psykiske sygdomme	36	1.900	51	2.600	14	700	39	1.500
Osteoporose	25	400	42	700	8	100	40	600
Gigtsygdomme	33	700	39	800	9	200	34	600
Ryggsygdomme	31	800	53	1.400	15	400	35	700
Allergi	19	1.700	36	3.200	9	800	26	2.100

Glostrup



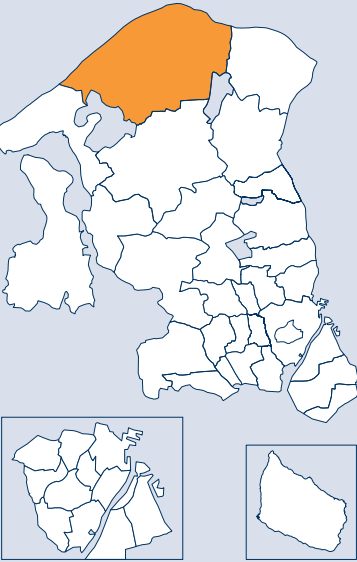
Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Glostrup

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selv vurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	26	1.800			75	1.300	72	1.300	55	700
Kvinder	26	1.900			70	1.300	80	1.500	48	600
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	37	2.300	23	500	27	600	27	600		
Kvinder	19	1.200	22	300	23	300	27	300		
Usund kost										
Mænd	21	1.400	12	200	70	1.000				
Kvinder	9	600	19	100	76	500				
Fysisk inaktiv										
Mænd	36	2.400	59	1.400	78	1.900				
Kvinder	39	2.800	51	1.400	80	2.300				
Overvægtig										
Mænd	60	4.000	81	3.200	94	3.100				
Kvinder	45	3.200	96	3.100	100	3.100				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Glostrup

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Glostrup	26	3.600	38	5.200	15	2.100	28	3.500
Hjertesygdom	22	200	40	300	23	200	49	300
Apopleksi	30	100	66	100	6	0	53	100
Diabetes	29	200	57	300	13	100	45	200
Kroniske lungesygdomme	23	100	32	200	6	0	39	100
Kræft	25	500	46	900	16	300	31	500
Psykiske sygdomme	40	600	51	800	23	400	34	400
Osteoporose	23	100	46	300	18	100	35	200
Gigtsygdomme	24	200	53	300	10	100	40	200
Rygsygdomme	31	300	40	300	20	200	37	300
Allergi	17	400	39	900	10	200	23	500



Gribskov

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Gribskov

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	30	4.100			65	2.700	71	2.900	56	1.500
Kvinder	25	3.500			76	2.700	84	2.900	53	1.400
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	46	5.900	22	1.300	27	1.600	24	1.400		
Kvinder	29	3.700	32	1.200	37	1.300	29	1.100		
Usund kost										
Mænd	20	2.800	21	600	63	1.800				
Kvinder	7	900			67	600				
Fysisk inaktiv										
Mænd	35	4.800	53	2.600	74	3.600				
Kvinder	39	5.400	58	3.200	87	4.700				
Overvægtig										
Mænd	62	8.500	82	7.000	93	6.500				
Kvinder	38	5.300	93	4.900	98	4.800				

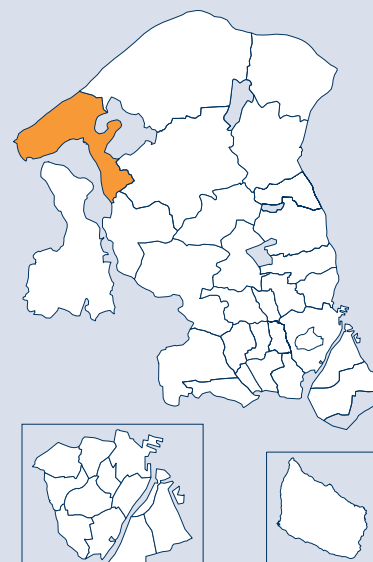
^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Gribskov

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Gribskov	28	7.600	37	10.200	13	3.700	38	9.500
Hjertesygdom	25	500	37	700	4	100	41	700
Apopleksi	28	200	63	300	16	100	44	200
Diabetes	20	300	41	600	11	200	43	600
Kroniske lungesygdomme	35	400	34	300	5	100	36	300
Kræft	33	1.400	40	1.700	13	600	42	1.600
Psykiske sygdomme	43	1.200	42	1.200	18	500	56	1.300
Osteoporose	26	300	45	600	11	100	36	500
Gigtsygdomme	24	400	43	700	13	200	49	700
Rygssygdomme	47	700	30	400	16	200	33	400
Allergi	28	1.600	38	2.000	14	800	37	1.900

Halsnæs



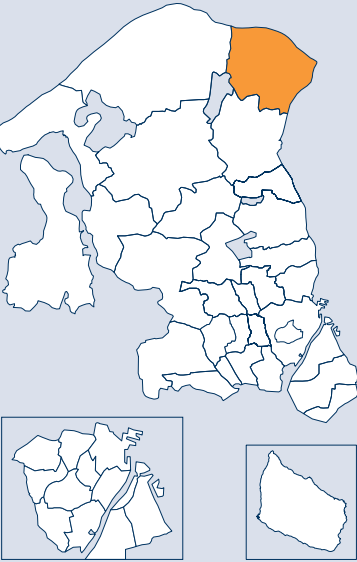
Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Halsnæs

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	29	3.100			71	2.200	78	2.400	48	1.100
Kvinder	26	2.800			69	1.900	76	2.100	52	1.000
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	43	4.300	27	1.200	23	1.000	28	1.200		
Kvinder	21	1.900	22	400	28	500	27	500		
Usund kost										
Mænd	21	2.200	19	400	62	1.400				
Kvinder	8	900	21	200	83	700				
Fysisk inaktiv										
Mænd	32	3.400	59	2.000	75	2.600				
Kvinder	38	4.000	64	2.600	82	3.300				
Overvægtig										
Mænd	58	6.200	85	5.200	95	5.000				
Kvinder	44	4.700	96	4.500	97	4.400				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Halsnæs

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Halsnæs	28	5.900	35	7.500	15	3.100	32	6.200
Hjertesygdom	29	400	51	600	11	100	31	400
Apopleksi	69	300	44	200	28	100	25	100
Diabetes	36	400	43	500	11	100	36	300
Kroniske lungesygdomme	17	100	35	300	11	100	26	200
Kræft	32	1.000	41	1.200	19	600	32	800
Psykiske sygdomme	46	1.000	54	1.200	20	400	40	700
Osteoporose	30	400	41	500	13	200	40	500
Gigtsygdomme	22	300	46	600	16	200	30	400
Rygsygdomme	34	300	46	500	13	100	28	200
Allergi	25	1.000	39	1.700	13	600	31	1.100



Helsingør

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Helsingør

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	25	4.900			76	3.700	74	3.600	38	1.400
Kvinder	23	4.900			70	3.500	73	3.600	41	1.400
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	46	8.200	31	2.600	26	2.200	25	2.100		
Kvinder	26	4.700	30	1.400	26	1.200	32	1.500		
Usund kost										
Mænd	16	3.200	17	500	57	1.800				
Kvinder	7	1.400	32	400	49	700				
Fysisk inaktiv										
Mænd	41	8.100	48	3.800	84	6.800				
Kvinder	40	8.300	59	4.900	89	7.400				
Overvægtig										
Mænd	58	11.400	82	9.400	95	9.000				
Kvinder	39	8.300	96	8.000	99	7.900				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Helsingør

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Helsingør	24	9.800	40	16.400	11	4.500	36	13.000
Hjertesygdom	20	400	62	1.300	13	300	35	600
Apopleksi	7	100	45	300	8	100	31	100
Diabetes	17	400	61	1.200	11	200	47	800
Kroniske lungesygdomme	9	100	59	1.000	11	200	47	700
Kræft	26	1.400	44	2.400	11	600	34	1.500
Psykiske sygdomme	40	2.300	52	3.100	12	700	45	2.000
Osteoporose	21	400	39	800	16	300	44	800
Gigtsygdomme	23	500	61	1.300	17	400	29	600
Rygsygdomme	27	700	48	1.200	16	400	49	1.000
Allergi	21	2.000	41	3.900	6	600	36	2.900

Herlev



Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Herlev

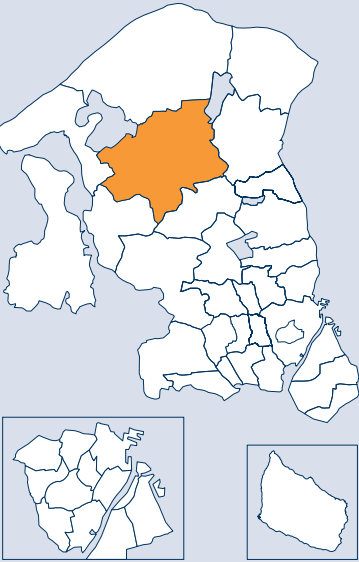
	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	23	1.900			71	1.400	74	1.400	55	800
Kvinder	25	2.300			77	1.800	78	1.800	62	1.100
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	33	2.400	20	500	19	500	21	500		
Kvinder	19	1.500	16	200	20	300	17	200		
Usund kost										
Mænd	20	1.700	21	300	61	1.000				
Kvinder	10	900	7	100	80	800				
Fysisk inaktiv										
Mænd	30	2.500	54	1.300	78	1.900				
Kvinder	38	3.500	51	1.800	76	2.600				
Overvægtig										
Mænd	60	5.000	83	4.200	96	4.000				
Kvinder	46	4.200	96	4.100	98	4.000				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Herlev

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Herlev	24	4.200	34	6.000	15	2.600	26	3.900
Hjertesygdom	31	300	53	500	16	100	38	300
Apopleksi	22	100	51	200	14	0	36	100
Diabetes	31	300	65	700	10	100	28	200
Kroniske lungesygdomme	33	200	74	500	15	100	33	200
Kræft	25	700	48	1.200	15	400	29	600
Psykiske sygdomme	30	700	52	1.100	19	400	29	500
Osteoporose	26	200	40	400	18	200	23	200
Gigt sygdomme	17	200	42	400	14	100	34	300
Ryg sygdomme	28	400	41	500	22	300	29	300
Allergi	20	800	39	1.400	12	400	21	600



Hillerød

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Hillerød

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligryger										
Mænd	22	3.300			69	2.200	78	2.500	51	1.100
Kvinder	20	3.100			84	2.600	77	2.400	50	1.300
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	34	4.500	37	1.700	34	1.500	34	1.600		
Kvinder	20	2.700	26	700	33	900	28	800		
Usund kost										
Mænd	15	2.200	9	200	71	1.500				
Kvinder	5	800	22	200	74	600				
Fysisk inaktiv										
Mænd	37	5.400	49	2.600	84	4.500				
Kvinder	35	5.500	49	2.700	83	4.500				
Overvægtig										
Mænd	58	8.500	84	7.100	94	6.700				
Kvinder	39	6.100	96	5.800	96	5.600				

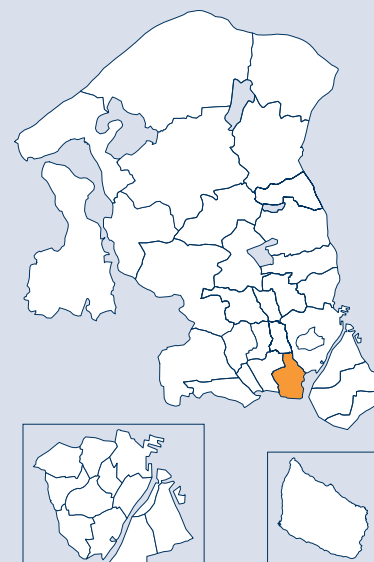
^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Hillerød

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Hillerød	21	6.300	36	10.900	10	3.000	27	7.300
Hjertesygdom	25	300	44	500	20	200	46	400
Apopleksi	33	100	44	100	20	100	77	100
Diabetes	30	400	36	400	4	100	23	200
Kroniske lungesygdomme	25	200	52	500	11	100	30	200
Kræft	25	900	35	1.300	9	300	25	800
Psykiske sygdomme	33	1.200	35	1.200	12	400	36	1.000
Osteoporose	29	300	38	400	2	0	30	400
Gigtsygdomme	21	200	43	500	5	100	33	300
Ryggsygdomme	42	600	49	600	10	100	34	400
Allergi	19	1.000	33	1.900	11	600	29	1.500

Hvidovre



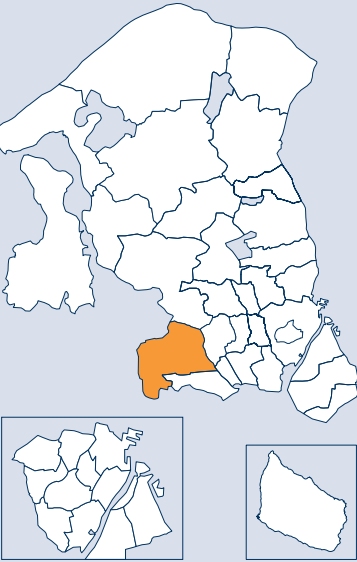
Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Hvidovre

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	31	4.800			74	3.600	78	3.800	48	1.700
Kvinder	26	4.400			75	3.300	69	3.000	46	1.500
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	40	5.800	26	1.500	27	1.600	27	1.600		
Kvinder	23	3.300	28	900	28	900	24	800		
Usund kost										
Mænd	20	3.100	12	400	68	2.100				
Kvinder	8	1.300	22	300	73	1.000				
Fysisk inaktiv										
Mænd	40	6.300	65	4.100	81	5.100				
Kvinder	35	5.700	57	3.200	78	4.500				
Overvægtig										
Mænd	56	8.800	86	7.600	91	6.900				
Kvinder	43	7.200	95	6.800	97	6.600				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Hvidovre

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Hvidovre	28	9.200	37	12.100	14	4.400	31	9.100
Hjertesygdom	35	700	50	1.000	9	200	36	600
Apopleksi	31	300	66	600	22	200	41	300
Diabetes	20	300	66	1.000	10	200	28	400
Kroniske lungesygdomme	32	400	48	600	19	200	31	400
Kræft	34	1.400	43	1.700	14	600	36	1.300
Psykiske sygdomme	37	1.600	55	2.300	10	400	35	1.200
Osteoporose	31	500	37	600	15	200	39	600
Gigtsygdomme	21	300	48	700	8	100	44	500
Rygsygdomme	28	800	52	1.500	11	300	36	800
Allergi	21	1.500	42	3.000	14	1.000	29	1.700



Høje-Taastrup

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Høje-Taastrup

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	31	4.800			78	3.800	85	4.100	59	2.200
Kvinder	26	4.100			79	3.200	87	3.600	54	1.800
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	35	4.700	22	1.000	30	1.400	33	1.500		
Kvinder	19	2.400	41	1.000	30	700	30	700		
Usund kost										
Mænd	23	3.500	21	700	72	2.500				
Kvinder	13	2.000	20	400	80	1.600				
Fysisk inaktiv										
Mænd	41	6.400	52	3.300	77	4.900				
Kvinder	42	6.500	53	3.400	83	5.400				
Overvægtig										
Mænd	59	9.100	83	7.500	89	6.700				
Kvinder	44	6.900	91	6.200	99	6.100				

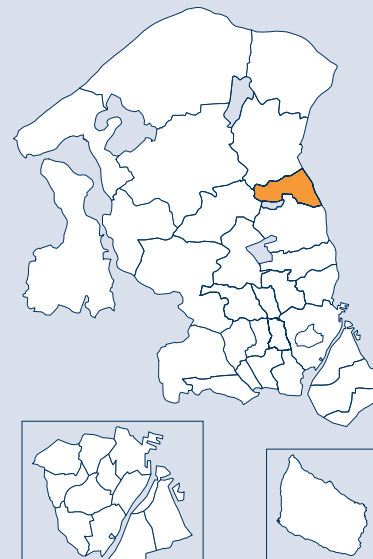
^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Høje-Taastrup

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Høje-Taastrup	29	8.900	42	12.900	18	5.500	27	7.100
Hjertesygdom	26	400	43	600	17	200	46	500
Apopleksi	17	100	53	300	6	0	45	200
Diabetes	20	300	48	600	16	200	32	300
Kroniske lungesygdomme	29	300	56	600	16	200	36	300
Kræft	33	1.500	50	2.200	24	1.000	36	1.200
Psykiske sygdomme	40	1.300	55	1.800	28	900	48	1.300
Osteoporose	33	400	35	400	20	300	38	400
Gigtsygdomme	39	600	44	700	22	400	37	500
Rygssygdomme	47	900	57	1.100	24	500	37	600
Allergi	21	1.200	43	2.500	11	700	30	1.400

Hørsholm



Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Hørsholm

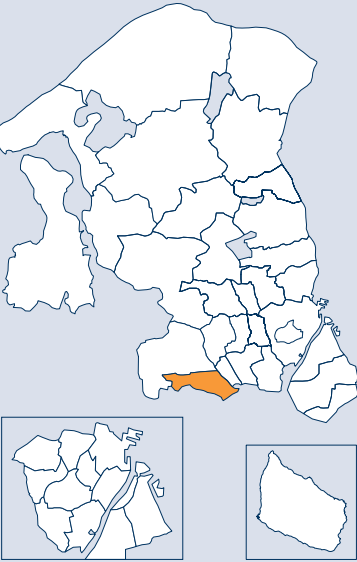
	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	22	1.600			71	1.200	71	1.200	39	500
Kvinder	15	1.300			80	1.000	72	900	45	500
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	41	3.000	26	800	23	700	15	500		
Kvinder	31	2.500	28	700	30	700	22	600		
Usund kost										
Mænd	15	1.100	14	200	69	800				
Kvinder	5	400	10	0	75	300				
Fysisk inaktiv										
Mænd	35	2.600	55	1.400	72	1.900				
Kvinder	35	3.000	45	1.400	87	2.600				
Overvægtig										
Mænd	53	4.000	85	3.400	93	3.100				
Kvinder	29	2.600	96	2.400	98	2.400				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Hørsholm

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Hørsholm	18	2.900	35	5.700	10	1.500	36	5.400
Hjertesygdom	20	200	45	400	15	100	40	400
Apopleksi	22	100	44	100	25	100	31	100
Diabetes	21	100	41	200	4	0	42	200
Kroniske lungesygdomme	17	100	44	300	7	100	41	300
Kræft	17	300	40	800	6	100	28	500
Psykiske sygdomme	27	500	41	700	9	200	38	500
Osteoporose	19	200	38	300	7	100	31	400
Gigt sygdomme	27	200	47	300	10	100	44	300
Ryg sygdomme	15	100	37	300	12	100	42	300
Allergi	18	600	40	1.400	8	300	37	1.200



Ishøj

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Ishøj

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	28	1.900			75	1.400	67	1.300	45	600
Kvinder	29	1.900			74	1.400	75	1.400	60	900
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	37	1.900	16	300	18	300	29	500		
Kvinder	20	1.000	21	200	23	200	25	200		
Usund kost										
Mænd	20	1.300	18	200	73	1.000				
Kvinder	11	800	26	200	71	500				
Fysisk inaktiv										
Mænd	36	2.400	54	1.300	78	1.900				
Kvinder	38	2.500	55	1.400	80	2.000				
Overvægtig										
Mænd	61	4.100	76	3.100	93	2.900				
Kvinder	47	3.200	95	3.000	96	2.900				

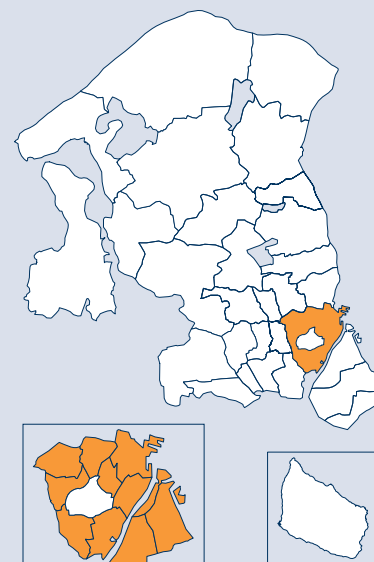
^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Ishøj

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Ishøj	28	3.800	37	5.000	16	2.100	29	2.800
Hjertesygdom	37	200	59	300	20	100	53	200
Apopleksi	27	100	59	200	31	100	45	100
Diabetes	28	100	50	200	14	100	19	100
Kroniske lungesygdomme	25	100	43	200	6	0	33	100
Kræft	40	800	40	800	15	300	30	400
Psykiske sygdomme	38	600	39	600	18	300	34	300
Osteoporose	25	100	58	300	17	100	43	200
Gigtsygdomme	19	100	50	400	11	100	25	100
Rygsygdomme	34	300	44	300	23	200	19	100
Allergi	27	600	40	1.000	16	400	20	300

København



Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i København

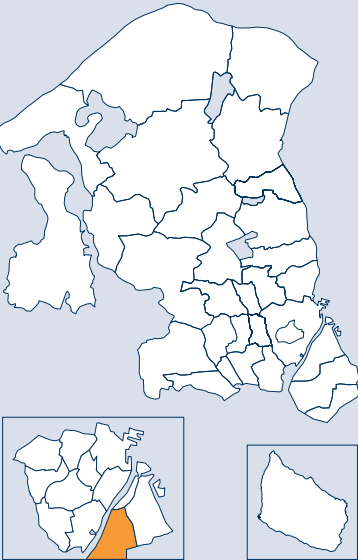
	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selv vurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	28	49.200			74	36.400	76	37.500	49	17.900
Kvinder	23	39.800			75	29.800	75	30.000	52	15.300
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	46	71.300	26	18.800	28	20.000	30	21.700		
Kvinder	27	39.000	28	10.900	30	11.800	30	11.800		
Usund kost										
Mænd	15	26.200	26	6.900	66	17.300				
Kvinder	7	11.800	19	2.300	84	10.000				
Fysisk inaktiv										
Mænd	34	59.300	61	36.000	82	48.300				
Kvinder	32	55.000	56	30.600	86	47.300				
Overvægtig										
Mænd	48	83.100	79	66.000	94	62.100				
Kvinder	32	55.700	95	53.000	98	51.900				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i København

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
København	26	89.000	33	114.300	11	38.100	36	110.300
Hjertesygdom	29	3.700	57	7.100	21	2.500	49	4.700
Apopleksi	46	2.000	66	2.800	26	1.100	50	1.500
Diabetes	34	4.100	54	6.400	19	2.300	43	3.500
Kroniske lungesygdomme	31	2.900	43	4.000	18	1.700	46	3.600
Kræft	29	11.700	41	16.400	15	5.900	36	11.700
Psykiske sygdomme	39	16.200	47	19.200	16	6.600	42	13.300
Osteoporose	33	4.600	45	6.400	15	2.000	44	5.500
Gigtsygdomme	29	4.000	46	6.200	14	2.000	38	4.100
Rygsygdomme	36	9.200	50	12.400	16	4.100	40	8.200
Allergi	20	12.200	37	21.900	11	6.700	34	17.300



Kbh Amager vest

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Kbh Amager Vest

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	30	5.400			72	3.900	75	4.100	47	1.800
Kvinder	21	3.600			72	2.600	71	2.500	57	1.500
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	40	6.000	32	1.900	29	1.700	29	1.700		
Kvinder	21	3.000	31	900	33	1.000	24	700		
Usund kost										
Mænd	17	3.100	28	900	67	2.100				
Kvinder	9	1.600	26	400	84	1.400				
Fysisk inaktiv										
Mænd	29	5.200	62	3.300	83	4.300				
Kvinder	37	6.500	60	3.900	85	5.500				
Overvægtig										
Mænd	50	9.000	79	7.100	94	6.600				
Kvinder	32	5.500	98	5.400	98	5.300				

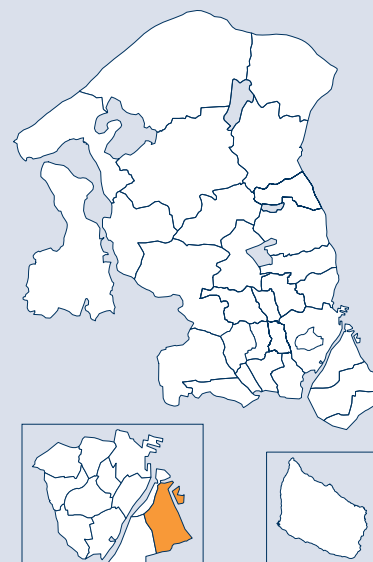
^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Kbh Amager Vest

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Kbh Amager Vest	26	9.000	33	11.700	13	4.700	31	8.900
Hjertesygdom	27	400	39	600	23	400	37	300
Apopleksi	40	300	53	300	19	100	63	200
Diabetes	54	600	54	600	25	300	47	400
Kroniske lungesygdomme	25	200	19	100	13	100	40	300
Kræft	31	1.200	46	1.700	15	600	30	900
Psykiske sygdomme	37	1.500	46	1.900	17	700	26	800
Osteoporose	30	400	61	900	29	400	45	500
Gigtsygdomme	34	500	36	600	18	300	36	500
Ryggsygdomme	38	1.100	46	1.200	15	400	34	800
Allergi	20	1.300	37	2.400	10	600	24	1.100

Kbh Amager Øst



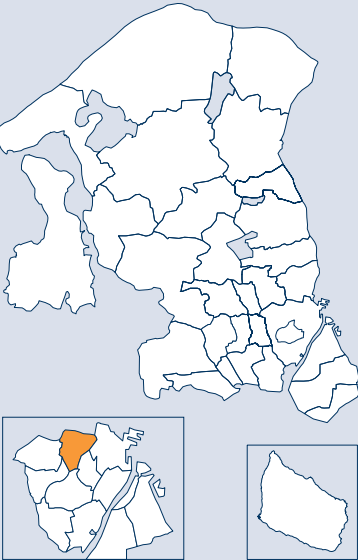
Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Kbh Amager Øst

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	28	4.800			70	3.300	72	3.400	36	1.200
Kvinder	24	4.000			77	3.100	80	3.200	51	1.600
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	43	6.700	18	1.200	21	1.400	22	1.500		
Kvinder	23	3.200	30	1.000	27	900	24	800		
Usund kost										
Mænd	15	2.600	16	400	74	1.900				
Kvinder	8	1.400	17	200	79	1.100				
Fysisk inaktiv										
Mænd	33	5.600	65	3.700	82	4.600				
Kvinder	30	5.100	61	3.100	88	4.500				
Overvægtig										
Mænd	48	8.200	79	6.500	95	6.200				
Kvinder	34	5.600	97	5.400	95	5.200				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Kbh Amager Øst

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Kbh Amager Øst	26	8.700	32	10.700	12	3.900	34	9.900
Hjertesygdom	24	300	54	700	22	300	51	500
Apopleksi	53	300	36	200	28	200	37	200
Diabetes	30	500	46	700	19	300	39	400
Kroniske lungesygdomme	49	400	41	300	14	100	30	200
Kræft	27	1.000	40	1.600	19	700	34	1.000
Psykiske sygdomme	34	1.300	42	1.600	15	600	35	1.000
Osteoporose	43	400	63	600	5	0	40	500
Gigt sygdomme	30	400	31	500	14	200	32	400
Ryg sygdomme	32	900	47	1.400	22	600	40	900
Allergi	23	1.400	34	2.100	12	800	34	1.700



Kbh Bispebjerg

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Bispebjerg

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	31	5.000			73	3.700	79	4.000	53	1.900
Kvinder	26	3.900			64	2.500	69	2.700	53	1.300
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	44	6.100	29	1.800	32	1.900	31	1.900		
Kvinder	27	3.200	33	1.100	35	1.100	38	1.200		
Usund kost										
Mænd	17	2.700	34	900	60	1.600				
Kvinder	9	1.300	31	400	89	1.200				
Fysisk inaktiv										
Mænd	37	6.100	64	3.900	80	4.800				
Kvinder	36	5.300	60	3.200	84	4.500				
Overvægtig										
Mænd	52	8.500	81	6.800	95	6.500				
Kvinder	36	5.300	95	5.000	96	4.800				

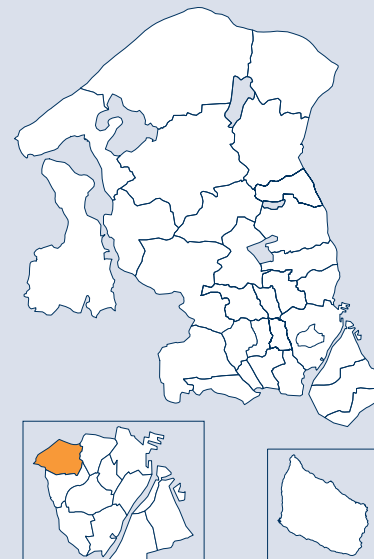
^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Bispebjerg

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Kbh Bispebjerg	29	8.900	36	11.400	13	4.000	36	9.300
Hjertesygdom	18	300	68	900	14	200	48	500
Apopleksi	11	100	90	400	42	200	53	0
Diabetes	42	500	59	700	15	200	52	400
Kroniske lungesygdomme	26	300	42	500	25	300	60	600
Kræft	30	1.200	46	1.800	19	700	44	1.300
Psykiske sygdomme	38	1.800	60	2.800	22	1.000	50	1.600
Osteoporose	38	600	62	800	27	400	54	700
Gigtsygdomme	42	500	58	700	20	200	56	400
Rygssygdomme	37	900	57	1.300	8	200	41	700
Allergi	23	1.500	37	2.400	16	1.000	40	2.000

Kbh Brønshøj-Husum



Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Kbh Brønshøj-Husum

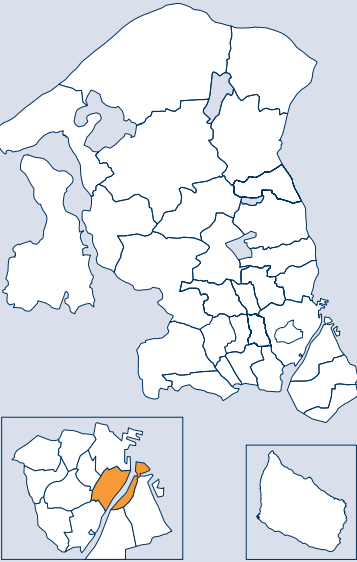
	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	27	3.300			73	2.400	77	2.600	51	1.200
Kvinder	28	3.600			72	2.600	71	2.500	47	1.200
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	41	4.200	24	1.000	28	1.200	28	1.200		
Kvinder	29	3.000	21	600	27	800	34	1.000		
Usund kost										
Mænd	14	1.800	20	400	64	1.100				
Kvinder	11	1.300	11	100	76	1.000				
Fysisk inaktiv										
Mænd	35	4.300	61	2.600	87	3.800				
Kvinder	34	4.300	62	2.600	83	3.500				
Overvægtig										
Mænd	52	6.500	79	5.100	91	4.600				
Kvinder	38	4.800	93	4.500	98	4.400				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Kbh Brønshøj-Husum

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Kbh Brønshøj-Husum	28	6.900	34	8.600	13	3.100	35	7.200
Hjertesygdom	24	300	56	700	22	300	32	300
Apopleksi	59	200	53	200	29	100	73	200
Diabetes	19	200	48	600	22	300	35	300
Kroniske lungesygdomme	21	100	39	200	13	100	55	300
Kræft	33	1.100	46	1.500	19	600	34	900
Psykiske sygdomme	40	1.300	45	1.400	14	400	46	1.200
Osteoporose	37	400	31	400	27	300	42	400
Gigt sygdomme	11	100	36	300	15	200	31	200
Ryg sygdomme	32	800	46	1.200	12	300	43	700
Allergi	21	900	40	1.800	10	400	29	1.100



Kbh Indre By

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Kbh Indre By

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	23	3.900			68	2.700	80	3.100	47	1.300
Kvinder	20	3.400			80	2.700	77	2.600	46	1.200
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	50	8.000	28	2.200	31	2.400	28	2.200		
Kvinder	30	4.600	29	1.300	39	1.800	40	1.800		
Usund kost										
Mænd	9	1.600	16	300	60	1.000				
Kvinder	4	700			85	600				
Fysisk inaktiv										
Mænd	29	4.900	52	2.600	82	4.000				
Kvinder	34	5.600	51	2.900	86	4.800				
Overvægtig										
Mænd	44	7.300	84	6.100	95	5.800				
Kvinder	26	4.300	97	4.100	99	4.100				

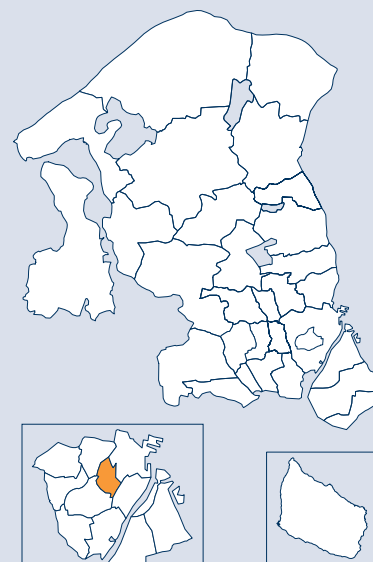
^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Kbh Indre By

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Kbh Indre by	22	7.300	31	10.600	7	2.300	40	12.500
Hjertesygdom	17	200	56	600	16	200	56	600
Apopleksi	42	100	50	200	11	0	57	200
Diabetes	22	200	49	500	16	200	46	400
Kroniske lungesygdomme	20	200	40	400	5	100	38	400
Kræft	23	700	26	800	8	300	27	800
Psykiske sygdomme	20	800	48	1.700	9	300	45	1.300
Osteoporose	14	200	35	600			35	500
Gigtsygdomme	14	100	56	500	7	100	27	200
Rygssygdomme	19	400	39	800	11	300	50	1.000
Allergi	17	1.100	33	2.100	7	500	35	2.000

Kbh Nørrebro



Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Kbh Nørrebro

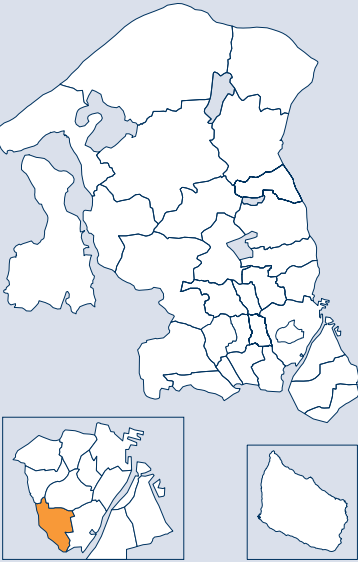
	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	32	7.900			73	5.800	78	6.200	60	3.500
Kvinder	26	6.100			84	5.100	79	4.800	46	2.400
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	50	10.800	24	2.600	28	3.000	36	3.900		
Kvinder	29	5.500	23	1.300	29	1.600	29	1.600		
Usund kost										
Mænd	15	3.800	44	1.700	67	2.500				
Kvinder	6	1.500	30	500	88	1.300				
Fysisk inaktiv										
Mænd	36	8.900	64	5.700	79	7.000				
Kvinder	29	7.000	56	3.900	87	6.100				
Overvægtig										
Mænd	43	10.600	77	8.100	93	7.500				
Kvinder	32	7.500	96	7.300	98	7.100				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Kbh Nørrebro

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Kbh Nørrebro	29	14.100	33	15.900	11	5.300	40	16.300
Hjertesygdom	8	100	48	700	26	300	38	400
Apopleksi			88	300			15	0
Diabetes	45	900	59	1.200	23	500	48	500
Kroniske lungesygdomme	33	600	42	600	20	300	47	500
Kræft	31	1.900	44	2.500	11	700	52	2.500
Psykiske sygdomme	42	2.300	47	2.500	17	900	44	1.800
Osteoporose	47	1.000	48	1.000	13	300	58	1.000
Gigt sygdomme	33	600	44	800	3	100	49	500
Ryg sygdomme	46	1.600	60	2.200	14	500	51	1.300
Allergi	22	1.600	45	3.100	12	900	41	2.500



Kbh Valby

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Kbh Valby

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	29	4.400			72	3.200	76	3.400	42	1.300
Kvinder	24	3.700			71	2.600	74	2.800	58	1.500
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	43	5.600	26	1.400	25	1.400	24	1.300		
Kvinder	26	3.300	25	800	23	700	29	1.000		
Usund kost										
Mænd	21	3.100	30	900	72	2.200				
Kvinder	8	1.300	10	100	77	1.000				
Fysisk inaktiv										
Mænd	39	5.900	70	4.200	76	4.500				
Kvinder	32	5.000	53	2.600	84	4.200				
Overvægtig										
Mænd	55	8.300	77	6.400	96	6.100				
Kvinder	37	5.600	91	5.100	99	5.100				

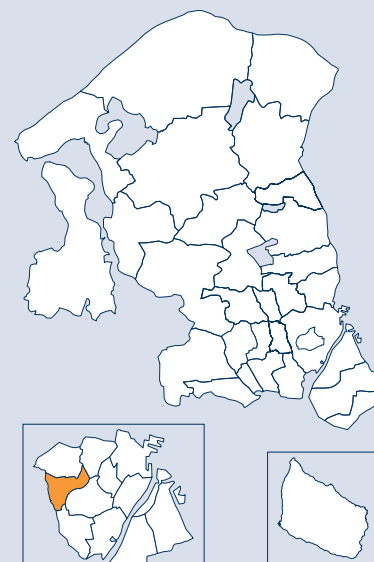
^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Kbh Valby

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Kbh Valby	27	8.100	36	10.900	15	4.400	35	8.900
Hjertesygdom	40	500	69	800	28	300	35	300
Apopleksi	45	200	77	300	10	0	17	100
Diabetes	29	300	78	900	20	200	44	200
Kroniske lungesygdomme	50	400	67	500	36	300	51	300
Kræft	29	1.100	44	1.600	24	900	28	800
Psykiske sygdomme	39	1.500	48	1.800	18	700	44	900
Osteoporose	45	700	30	400	18	300	39	500
Gigtsygdomme	30	600	52	800	25	400	51	800
Rygssygdomme	40	1.200	52	1.400	29	800	40	800
Allergi	22	1.000	34	1.600	11	500	34	1.300

Kbh Vanløse



Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Kbh Vanløse

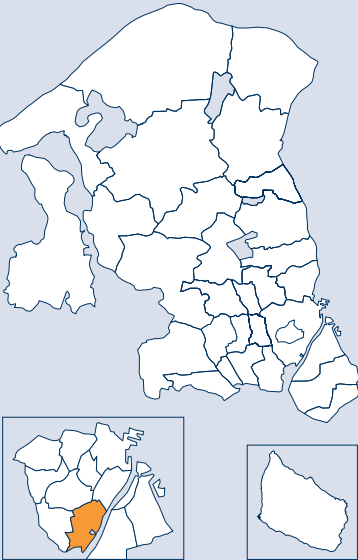
	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	25	3.000			84	2.500	78	2.300	52	1.300
Kvinder	22	2.700			75	2.000	81	2.200	46	900
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	41	4.600	31	1.400	31	1.400	38	1.700		
Kvinder	23	2.600	28	700	29	700	29	700		
Usund kost										
Mænd	14	1.700	14	200	71	1.200				
Kvinder	8	900	17	200	92	900				
Fysisk inaktiv										
Mænd	31	3.800	53	2.000	84	3.200				
Kvinder	27	3.300	54	1.800	87	2.900				
Overvægtig										
Mænd	47	5.700	82	4.700	94	4.400				
Kvinder	39	4.900	96	4.700	99	4.600				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Kbh Vanløse

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Kbh Vanløse	23	5.700	29	7.100	11	2.600	32	7.200
Hjertesygdom	35	300	50	400	13	100	60	400
Apopleksi	37	100	35	100			28	0
Diabetes	37	300	39	200	14	100	33	200
Kroniske lungesygdomme	18	100	47	300	22	200	32	200
Kræft	22	600	40	1.200	11	300	28	700
Psykiske sygdomme	39	1.200	43	1.300	16	500	34	900
Osteoporose	29	400	37	500	10	100	33	400
Gigt sygdomme	16	100	46	400	8	100	32	300
Ryg sygdomme	30	400	47	700	19	300	35	500
Allergi	16	800	32	1.500	10	500	23	1.000



Kbh Vesterbro/Kongens Enghave

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Kbh Vesterbro/Kongens Enghav

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	29	5.800			81	4.600	77	4.400	41	1.900
Kvinder	25	4.400			72	3.200	78	3.400	55	1.700
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	54	9.600	29	2.800	29	2.800	38	3.700		
Kvinder	30	4.400	26	1.100	28	1.200	29	1.300		
Usund kost										
Mænd	14	2.700	25	700	70	1.900				
Kvinder	5	900	29	300	85	800				
Fysisk inaktiv										
Mænd	35	6.800	64	4.300	77	5.200				
Kvinder	30	5.300	60	3.200	86	4.600				
Overvægtig										
Mænd	44	8.600	82	7.100	94	6.600				
Kvinder	30	5.200	90	4.700	100	4.700				

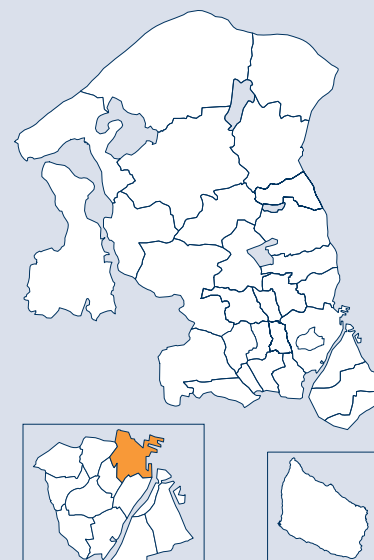
^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Kbh Vesterbro/Kongens Enghave

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Kbh Vester-bro/Kongens Enghave	27	10.200	33	12.100	10	3.700	43	14.000
Hjertesygdom	55	500	64	700	12	100	69	500
Apopleksi	79	600	85	500	47	300	67	300
Diabetes	30	300	55	600	13	200	43	300
Kroniske lungesygdomme	35	300	62	600	21	200	69	400
Kræft	37	1.500	37	1.500	22	900	40	1.300
Psykiske sygdomme	52	2.600	44	2.100	18	900	50	2.100
Osteoporose	36	400	35	300	19	200	55	400
Gigtsygdomme	30	200	50	400	17	100	35	200
Rygssygdomme	54	1.100	29	500	24	500	42	800
Allergi	28	1.700	37	2.100	19	1.200	37	1.900

Kbh Østerbro



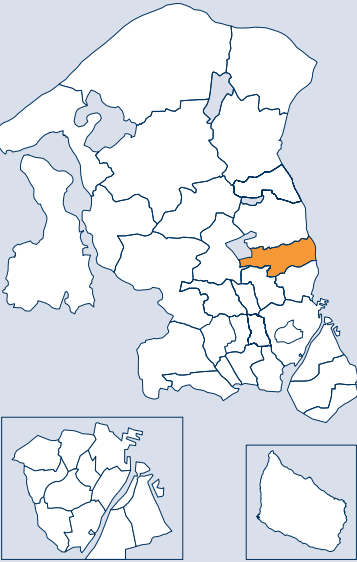
Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Kbh Østerbro

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	24	5.700			75	4.300	70	4.000	54	2.300
Kvinder	18	4.500			76	3.400	74	3.300	58	2.000
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	44	9.700	25	2.400	27	2.600	27	2.600		
Kvinder	28	6.300	33	2.100	31	2.000	26	1.600		
Usund kost										
Mænd	14	3.100	16	500	54	1.700				
Kvinder	3	800	7	100	94	800				
Fysisk inaktiv										
Mænd	33	7.700	50	3.800	89	6.900				
Kvinder	32	7.700	44	3.400	88	6.800				
Overvægtig										
Mænd	45	10.500	78	8.200	94	7.700				
Kvinder	28	6.900	97	6.800	98	6.600				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Kbh Østerbro

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Kbh Østerbro	21	10.200	32	15.400	8	4.000	36	16.000
Hjertesygdom	45	700	67	1.100	23	400	65	900
Apopleksi	45	200	90	400	34	100	63	300
Diabetes	28	300	42	400	18	200	39	300
Kroniske lungesygdomme	33	300	36	400	6	100	42	400
Kræft	25	1.400	39	2.300	4	300	32	1.500
Psykiske sygdomme	40	1.800	47	2.100	11	500	40	1.700
Osteoporose	12	200	50	900	4	100	43	700
Gigt sygdomme	34	700	54	1.100	15	300	31	600
Ryg sygdomme	30	900	60	1.700	11	300	28	700
Allergi	12	1.000	35	2.900	4	300	36	2.700



Lyngby-Taarbæk

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Lyngby-Taarbæk

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	16	2.500			83	2.100	86	2.200	54	1.100
Kvinder	16	2.800			75	2.100	79	2.200	39	800
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	42	6.000	33	2.000	22	1.300	24	1.500		
Kvinder	22	3.400	34	1.200	33	1.100	22	700		
Usund kost										
Mænd	11	1.700	18	300	63	1.100				
Kvinder	5	900	22	200	75	600				
Fysisk inaktiv										
Mænd	29	4.500	54	2.500	87	3.900				
Kvinder	33	5.700	53	3.100	87	5.000				
Overvægtig										
Mænd	50	7.800	85	6.600	95	6.300				
Kvinder	26	4.500	98	4.400	99	4.400				

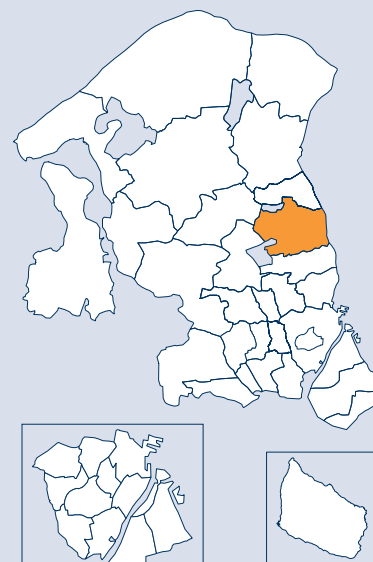
^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Lyngby-Taarbæk

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Lyngby-Taarbæk	16	5.300	31	10.200	8	2.600	32	9.400
Hjertesygdom	17	200	56	700	16	200	50	500
Apopleksi	27	100	40	200	22	100	45	200
Diabetes	23	300	40	400	5	100	52	500
Kroniske lungesygdomme	17	200	33	400	8	100	27	300
Kræft	21	900	35	1.500	8	400	31	1.200
Psykiske sygdomme	33	1.100	38	1.200	10	300	34	1.000
Osteoporose	13	200	42	800	10	200	31	700
Gigtsygdomme	17	200	42	400	9	100	39	400
Rygtsygdomme	23	300	39	600	10	200	38	500
Allergi	13	1.000	35	2.600	5	300	30	1.900

Rudersdal



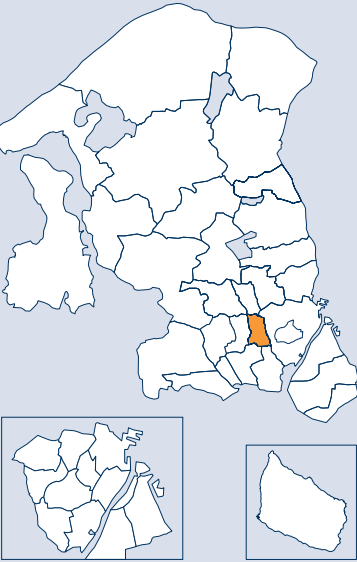
Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Rudersdal

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	14	2.400			76	1.800	82	1.900	39	700
Kvinder	13	2.400			75	1.800	72	1.700	40	700
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	40	6.500	35	2.300	27	1.800	27	1.800		
Kvinder	25	4.200	34	1.400	35	1.500	28	1.200		
Usund kost										
Mænd	10	1.600	4	100	80	1.300				
Kvinder	4	700	6	0	64	500				
Fysisk inaktiv										
Mænd	31	5.200	56	2.900	89	4.600				
Kvinder	37	6.700	58	3.900	90	6.000				
Overvægtig										
Mænd	46	7.600	85	6.400	96	6.200				
Kvinder	28	5.100	97	4.900	97	4.800				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Rudersdal

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Rudersdal	14	4.700	34	11.900	7	2.300	33	10.700
Hjertesygdom	24	400	36	600	6	100	52	800
Apopleksi	21	100	37	200			49	200
Diabetes	16	200	50	500	9	100	64	600
Kroniske lungesygdomme	8	100	31	400	2	0	53	600
Kræft	15	700	41	2.000	8	400	31	1.400
Psykiske sygdomme	30	1.100	47	1.600	6	200	41	1.200
Osteoporose	16	300	36	700	7	100	32	700
Gigt sygdomme	14	200	45	700	2	0	48	700
Ryg sygdomme	24	400	37	500	8	100	48	700
Allergi	13	1.100	39	3.300	4	300	32	2.600



Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Rødovre

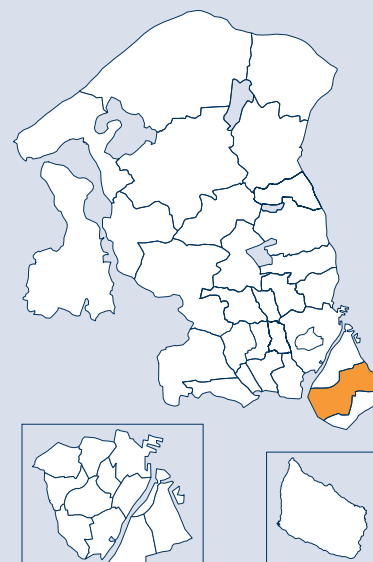
	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	23	2.700			71	2.000	75	2.100	54	1.000
Kvinder	24	3.000			72	2.200	75	2.200	57	1.200
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	35	3.700	13	500	21	800	20	700		
Kvinder	19	1.900	21	400	23	500	20	400		
Usund kost										
Mænd	16	1.900	17	300	59	1.100				
Kvinder	10	1.200	29	300	75	900				
Fysisk inaktiv										
Mænd	31	3.700	60	2.200	89	3.200				
Kvinder	40	5.000	58	2.900	83	4.200				
Overvægtig										
Mænd	58	6.800	79	5.300	95	5.100				
Kvinder	44	5.500	95	5.200	97	5.100				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol
^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Rødovre

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Rødovre	24	5.700	36	8.600	13	3.100	27	5.700
Hjertesygdom	15	200	49	500	13	100	17	200
Apopleksi	32	100	57	200	5	0	22	100
Diabetes	19	200	51	500	9	100	31	300
Kroniske lungesygdomme	13	100	39	300	23	200	18	100
Kræft	38	1.200	45	1.400	11	300	26	700
Psykiske sygdomme	40	1.100	51	1.400	14	400	28	600
Osteoporose	16	200	56	700	16	200	33	400
Gigtsygdomme	19	200	51	600	17	200	25	200
Rygssygdomme	37	500	44	600	11	200	33	300
Allergi	20	900	36	1.600	16	700	29	1.100

Tårnby



Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Tårnby

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	26	3.500			77	2.700	77	2.700	52	1.400
Kvinder	26	3.600			71	2.600	85	3.000	53	1.400
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	41	5.000	22	1.100	25	1.300	25	1.200		
Kvinder	19	2.200	30	600	33	700	31	700		
Usund kost										
Mænd	19	2.500	15	400	70	1.800				
Kvinder	8	1.100	26	300	58	700				
Fysisk inaktiv										
Mænd	32	4.100	57	2.400	77	3.200				
Kvinder	33	4.600	58	2.600	82	3.700				
Overvægtig										
Mænd	62	8.200	80	6.500	95	6.200				
Kvinder	45	6.200	96	5.900	99	5.900				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Tårnby

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Tårnby	26	7.000	32	8.700	14	3.600	30	7.100
Hjertesygdom	26	400	53	700	19	300	24	300
Apopleksi	44	300	30	200	17	100	33	200
Diabetes	41	500	40	500	12	100	50	400
Kroniske lungesygdomme	26	300	33	300	6	100	37	200
Kræft	32	1.100	41	1.400	15	500	37	1.100
Psykiske sygdomme	36	1.000	50	1.400	14	400	46	1.000
Osteoporose	24	200	53	600	8	100	32	300
Gigt sygdomme	39	500	48	600	22	200	58	500
Ryg sygdomme	51	900	52	900	25	400	35	500
Allergi	17	1.000	33	1.900	13	800	32	1.600



Vallensbæk

Motivation for at ændre adfærd blandt mænd og kvinder i Vallensbæk

	Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Selvvurderet uhensigtsmæssig sundhedsadfærd		Ønsker at ændre sundhedsadfærd		Har tidligere ændret sundhedsadfærd ^a		Ønsker hjælp til at ændre sundhedsadfærd ^b	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere										
Mænd	25	1.000			67	700	79	800	56	400
Kvinder	23	1.000			81	800	77	700	56	400
Risikabelt alkoholforbrug										
Mænd	35	1.400	26	400	21	300	19	300		
Kvinder	20	800	19	100	19	100	19	100		
Usund kost										
Mænd	18	800	12	100	65	500				
Kvinder	9	400	12	0	73	300				
Fysisk inaktiv										
Mænd	28	1.200	49	600	72	800				
Kvinder	36	1.500	51	800	83	1.300				
Overvægtig										
Mænd	62	2.600	84	2.200	94	2.100				
Kvinder	42	1.800	95	1.700	97	1.600				

^a Der er kun spurgt til tidligere forsøg på ændring af adfærd i relation til rygning og alkohol

^b Der er kun spurgt til ønske om hjælp til ændring i relation til rygning

Borgere med kronisk sygdom, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i Vallensbæk

	Ryger		Fysisk inaktiv		Usund kost		Risikabelt alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Sygdom								
Vallensbæk	24	2.000	32	2.700	14	1.100	28	2.200
Hjertesygdom	25	100	51	200	22	100	20	100
Apopleksi	18	0	58	100	21	0	29	0
Diabetes	23	100	41	100	7	0	30	100
Kroniske lungesygdomme	28	100	46	200	24	100	37	100
Kræft	27	300	36	400	14	200	28	300
Psykiske sygdomme	36	300	37	300	19	200	27	200
Osteoporose	32	100	36	200	26	100	40	200
Gigtsygdomme	22	100	34	200	15	100	35	200
Ryggsygdomme	26	100	39	200	16	100	36	200
Allergi	21	400	31	500	15	300	29	400



Bilag

- Planlægningsområder og hospitalsoptageområder
- Sygdomsklassifikation

Bilag 1

**Planlægningsområder og hospitalsoptageområder i relation til hospitalsplanlægningen for
Region Hovedstaden**

Planlægningsområde	Kommuner
Planlægningsområde Nord: Frederikssund Hospital Helsingør Hospital Hillerød Hospital	Frederikssund, Halsnæs Fredensborg, Helsingør, Hørsholm Allerød, Gribskov, Hillerød
Planlægningsområde Midt: Gentofte Hospital Herlev Hospital	Gentofte, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal Ballerup, Egedal, Furesø, Gladsaxe, Herlev, Rødovre
Planlægningsområde Syd: Amager Hospital Glostrup Hospital	Amager Vest, Amager Øst, Dragør, Tårnby Albertslund, Glostrup, Høje-Taastrup, Ishøj, Vallensbæk
Hvidovre Hospital	Brøndby, Hvidovre, Kbh. Valby, Kbh. Vesterbro
Byen Frederiksberg Hospital Bispebjerg Hospital	Frederiksberg, Kbh. Vanløse Kbh. Bispebjerg, Kbh. Brønshøj, Kbh. Indre by, Kbh. Nørrebro, Kbh. Østerbro
Bornholm	Bornholm

Bilag 2

ICD-10- og ATC koder, der er anvendt til klassificering af de kroniske sygdomme i Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden

Sygdomsgrupper	Sygehuskontakter (ICD-10)	Lægemiddelforbrug (ATC)
Hjertekarsygdomme <i>Hjertesygdomme</i> Iskæmisk hjertesygdom: IHD Kronisk Hjertesvigt <i>Risikofaktorer til hjertekarsygdomme</i> Hypertension Hyperlipidæmi <i>Karsygdomme i hjernen</i> Apopleksi Følger efter karsygdom i hjerne	I20-I25 I50; I11.0; I13.0; I13.2 I10-I15 I60-I64 I69	C01A; C01B, C01D, C01E, C02;C03;C07;C08;C09, dog ikke hvis følgende ICD 10 koder er tilstede: I20-I25; I50; I11.0; I13.0; I13.2 C10A
Diabetes	Nationale Diabetes Register	
Åndedrætsorganer Kroniske lungesygdomme <i>KOL</i> Astma	J12-J22 (x2 indenfor et år), J40-J44, J47, J96 J45-J46	R03 (Anvendes både til KOL og astma)
Kræftsygdomme Generelt	C00-C43; C45-C97	
Psykiske lidelser Psykiatriske sygdomme med funktionsnedsættelse		N05A, N05AN (antipsykotisk medicin), N06A (antidepressiv medicin)
Muskel-skeletlidelser <i>Osteoporose</i> <i>Brud relateret til osteoporose, kun hos personer over 45 år</i> <i>Gigtsygdomme</i> <i>Ryggsygdomme</i>	M80-M82 S12; S22; S32.0; S42; S52; S62; T10; S72; S82; S92 M05;M06; M10; M15-M19 M40-M54	M05B;G03XC01; H05AA03; H05AA02
Allergi minus astma		
Allergier øjenomgivelser Høfeber og allergisk snue + kronisk næsekatar	H10.3 J30; J31	V01AA; R01AC; R01AD; R01AX; R01BA; R06A; S01G



**FORSKNINGSCENTER FOR
FOREBYGGELSE OG SUNDHED**



**Region
Hovedstaden**

Region Hovedstaden
Koncern Plan & Udvikling
Forskningscenter for Forebyggelse
og Sundhed
Glostrup Hospital, afsnit 85/85
Nordre Ringvej 57
2600 Glostrup

Telefon: 4223 3260
Telefax: 4223 3977
www.fcfs.dk