

FORTEGNELSE OVER ORIENTERINGMATERIALE

til medlemmerne af Sundheds- og Omsorgsudvalget

Materiale omdelt til udvalget på mødet den 17. marts 2011

- Embedsmandsdeltagelse den 17. marts 2011
- Til dagsordenspunkt 3. "Høringssvar fra Nørrebro Lokaludvalg vedrørende Sundhedspolitikken"
- Notat fra Børne- og Ungdomsforvaltningen om besparelser på Center for Specialundervisning for Voksne (CSV) og eventuelle konsekvenser for borgere med hjerneskade
- Pixiudgave af Sundhedsprofil for København
- Kommende sager til Sundheds- og Omsorgsudvalget

Frømlagt i mødelokalet

- Magasinet VISS.dk, februar udgave



Embedsmandsdeltagelse til det ordinære møde i Sundheds- og Omsorgsudvalget den 17. marts 2011 på Rådhuset

Direktionen:

Administrerende direktør Lene Sillasen

Direktør Hanne Baastrup

Direktør Anne Mette Fugleholm

Center for Politik og Ledelse

Sekretariatschef Jesper Olsen

Udvalgssekretær Michala Jessen

Punkt 2: Budget 2012 – 1. behandling

Økonomichef Carsten Riis, ældechef Margrethe Kusk Pedersen, chefkonsulent Martin Dylewski og specialkonsulent Stine Thalund Petersen.

Punkt 3: Velfærdsteknologiske omplaceringer

Økonomichef Carsten Riis, leder af boligsekretariatet Per Christensen og specialkonsulent Jesper Niros.

Punkt 4: Københavns Kommunes Sundhedspolitik

Folkesundhedschef Anne Smetana og fuldmægtig Melissa Holmes

Punkt 5: Tilsynskoncept 2011

Dokumentationschef Thomas Karlsson og projektleder Dorit Jørgensen

Punkt 6: Handleplan til realisering af Handicappolitikken

Ældrechef Margrethe Kusk Pedersen, genoptræningschef Merete Røn Christensen og specialkonsulent Lena Wivel

Punkt 7: Høringsvar for praksisplanen for fysioterapi

Genoptræningschef Merete Røn Christensen

Punkt 8: Klagesag vedr. byggeri af Sundhedscenter for kræftramte (fortrolig)

Sundhedschef Jens Egsgaard

Til:

Susanne Juul Rohmann

YA24@suf.kk.dk

Hørings svar fra Nørrebro Lokaludvalg til Københavns Sundhedspolitik "Længe leve København"

Nørrebro har Københavns laveste middellevetid med 70,8 år for mænd (kommunens gennemsnit er 73,8 år) og 75,6 år for kvinder (gennemsnit 79,2 år). Der er derfor behov for en massiv indsats for at løfte bydelen på sundhedsområdet.

Nørrebro Lokaludvalg foreslår, at man i alle dele af kommunens sagsbehandling indarbejder en sundhedsklausul – lidt på linie med at man tager hensyn til miljøet i alle forslag – således at man dels tvinges til at indarbejde sundhed i alle forslag og nye tiltag. Men også at man aktivt samarbejder med relevante organisationer og sørger for at inddrage sundhedsforvaltningen i arbejdet.

Den er lagt op til at den nye sundhedspolitik skal bevæge sig ad fem spor og til disse har vi følgende bemærkninger og forslag:

1. Mere liv – bedre byliv

Vi skal lokke københavnere til at bevæge sig mere og være mere aktive.

Vi skal stadig kunne komme den korteste vej fra A til B, men omkring parker og områder hvor det er plads nok skal man indrette smutveje, omveje, små sjove krøllede forhindringer og sørge for at opsætte solide motionsredskaber, som indbyder til at folk tage en omvej eller får lyst til at lege/bevæge sig anderledes. Samtidig skal der opsættes rigeligt med bænke så der er plads til at alle kan få sig et lille hvil/puste ud eller bare sidde og nyde at andre bevæger sig.

Fortovene skal gøres bredere således at man stadig kan komme frem fx med barnevogne selv om der er sat varer og skilte ud foran butikker. Samtidig bør man sørge for at fortov rengøres og ryddes

fået eller skal have en operation, borgere der har fået konstateret for højt blodtryk, rygelunger og andre livsstilssygdomme.

3. Mere lighed i sundheden

Alle københavnere skal have lige mulighed for at leve et sundt og aktivt liv.

Bydelen Nørrebro skiller sig ud med flere syge og folk med usund livsstil. Derfor ser lokaludvalget med glæde frem til at der bliver sat ekstra ind i vores område – specielt med fokus på beboere i socialt udsatte områder.

Et særligt fokusområde bør være ikke-vestlige indvandrere.

Vi ved fra flere undersøgelser at fx diabetes 2 er 2-3 gange så hyppigt forekommende hos etniske minoriteter, specielt hos pakistanere, tyrkere, palæstinensere og somaliere – end hos etniske danskere.

Det betyder, at der i forhold til disse grupper ligger en særlig samfundsmæssig opgave i forbindelse med håndteringen af diabetes 2, følgesygdomme og lignende livsstilssygdomme – herunder at udbrede viden om ernæring og motion til gruppen.

En effektiv indsats for denne gruppe vil i høj grad påvirke deres livskvalitet.

For at få fat i disse indvandrere – og specielt de ældre første generationsindvandrere – bør man forsøge sig med en ambassadør-ordning, hvor man hyrer folk fra lokalområdet med samme herkomst og uddanne dem til at vejlede disse indvandrergrupper om det danske sundhedsvæsens muligheder og tilbud.

Endvidere kan bør man afdække hvilke traditioner, der påvirker de etniske minoriteters sygdomsopfattelse og gruppens forventninger til læge- og patientrollen.

maksimal fokus på føre strategierne fra Tung Trafik og de mange lokale trafikplaner ud i livet således, at københavnerne udsættes for så lidt forurening fra trafik som overhovedet muligt.

5. Sund vækst

Teknologi, forskning og udvikling er det vi skal leve af i fremtiden. Derfor skal der investeres massivt i dette område – dels i samarbejde med regionen, men også i de områder, hvor kommunen selv bestemmer fx hjemmeplejen og plejehjem.

Udover at man laver forsøg med og anvender telemedicin i praksis – igen i samarbejde med regionen og de praktiserende læger – bør man også oprette en nem og hurtigt adgang til praktiserende læger fx over Skype, chat eller via SMS eller lign. – dette medfører at man dels får en tidlig kontakt, men forhåbentlig også, at man sparer et besøg hos lægen eller på sygehuset.

For at holde ældre mennesker i eget hjem så længe som muligt skal alle teknologiske muligheder inddrages – herunder at man fx bruger robotstøvsugere.

Endvidere bør man inddrage sundhedspersonalet meget mere aktivt i udvikling og udtænkning af smarte løsninger der på sigt kan spare tunge løft, rengøring og i stedet overføre personale til menneskelig kontakt.

Med venlig hilsen
Kim Christensen
Formand
Nørrebro Lokaludvalg



Til
Sundheds- og Omsorgsudvalget

09-02-2011

Efter politisk forespørgsel har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen forespurgt i Børne- og Ungdomsforvaltningen, hvilke konsekvenser besparelser på Center for Specialundervisning for Voksne (CSV) kan få for borgere med erhvervet hjerneskade.

Sagsnr.
2010-155765

Dokumentnr.
2011-99759

I nedenstående fremgår besvarelsen fra Børne- og Ungdomsforvaltningen. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen bemærker, at Børne- og Ungdomsforvaltningen ikke har rettet henvendelse til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i forbindelse med besparelserne på undervisningstilbud indenfor varmtvandssvømning og cykeltræning, som er bortfaldet pr. 1. jan. 2011. Af notatet fra Børne- og Ungdomsforvaltningen fremgår det, at disse undervisningstilbud ligger tæt på behandling/ genoptræning og derfor også tilbydes efter Sundhedsloven. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen gør her opmærksom på, at bassintræning/ svømning ikke er en del af sundhedslovens genoptræningstilbud i Københavns Kommune.

Notat om besparelser på Center for Specialundervisning for Voksne (CSV) og eventuelle konsekvenser for borgere med hjerneskade

Børne- og Ungdomsforvaltningen redegør nedenfor for besparelserne på CSVs eventuelle virkning for borgere med hjerneskade.

Først orienteres om besparelserne på Center for Specialundervisning for Voksne (CSV). Dernæst besvares konkret i forhold til besparelsernes eventuelle virkninger for borgere med hjerneskade.

Besparelser på CSV

I 2009 foretog Intern Revision en budgetanalyse af Center for Specialundervisning for Voksne (CSV), der bl.a. pegede på budgetmæssige omstillingsmuligheder og effektiviseringer for i alt 4 mio. kr.

I forlængelse heraf blev der i Budget 2010 gennemført en varig besparelse på specialundervisningsrammen på 2 mio. kr., og med Budget 2011 er det blevet besluttet at udrulle de resterende 2 mio. kr. i besparelspotentiale.

I Budget 2010 blev besparelsen implementeret ved at gennemføre en række forskellige tiltag:

1. 1 million kr. blev hentet ved at indstille kontrakterne med SUKA og BOS. SUKA tilbyder undervisningstilbud fortrinsvis tilrettelagt for personer med udviklingshæmning og autisme, mens BOS

Uddannelseschefen

Korsgade 30
2200 København N

Telefon
39170735

E-mail
hla@buf.kk.dk

www.kk.dk

Vejledningen for Specialundervisning for Voksne, og der er ikke i forhold til disse fagdiscipliner sket en forringelse i forbindelse med budgetreduktionen.

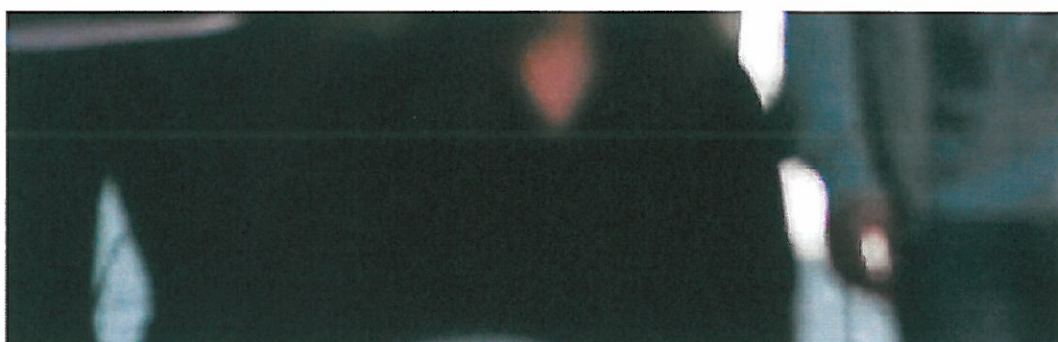
For de borgere, der tidligere modtog svømme- og cykeltræning, er der sket en forringelse. Som det fremgår, har det beklageligvis været nødvendigt at nedlægge disse discipliner af økonomiske årsager. De to områder ligger ikke direkte inden for CSVs kerneområde, som er undervisning, men må nærmere defineres som behandling og genoptræning.

BUF/CSV indgår gerne i et samarbejde omkring erfaringsudveksling i forhold til målgruppen.

Region Hovedstaden
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed



Uddrag af Sundhedsprofil 2010 for Københavns Kommune



Titel: Uddrag af sundhedsprofil 2010 for Københavns Kommune

Copyright: © 2011 Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Alle rettigheder forbeholdes

Forfattere: Lene Hammer-Helmich
Lone Prip Buhelt
Bodil Helbech Hansen
Anne Helms Andreasen
Kirstine Magtengaard Robinson
Charlotte Glümer

Udgiver: Region Hovedstaden
Koncern Plan og Udvikling
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Nordre Ringvej 57, bygning 84/85
2600 Glostrup
Telefon 3863 3260
Telefax 3863 3977
www.fcfs.dk


FORSKNINGSCENTER FOR
FOREBYGGELSE OG SUNDHED

Indholdsfortegnelse

1 Baggrund.....	3
2 Sundhedsadfærd.....	4
2.1 Rygning.....	4
2.2 Risikabel alkoholadfærd	6
2.3 Usunde kostvaner	7
2.4 Fysisk aktivitet	9
2.5 Euforiserende stoffer	13
2.6 Ubeskyttet sex	15
3 Generelt helbred.....	17
3.1 Selvvurderet helbred.....	17
3.2 Stress.....	19
4 Biologiske mål	21
4.1 Overvægt	21
4.2 Forhøjet blodtryk.....	22
5 Kroniske sygdomme.....	23
5.1 Forekomsten af kroniske sygdomme.....	24
5.2 Kroniske sygdomme og sundhedsadfærd	24
6 Sexsygdomme.....	25

1 Baggrund

Uddrag af sundhedsprofil 2010 for Københavns Kommune er et kommunalt supplement til Region Hovedstadens *Sundhedsprofil for region og kommuner 2010*, som indeholder detaljeret information om sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd i samtlige 29 kommuner i Region Hovedstaden. Formålet med dette uddrag er, at give et overblik over Københavns Kommunes resultater i forhold til en række nøgleindikatorer.

De udvalgte nøgleindikatorer i denne rapport er borgernes sundhedsadfærd, generelle helbred, biologiske mål, kroniske sygdomme og sexsygdomme. Et gennemgående fokus er social ulighed i sundhed. Da uddannelse er en stærk prædikator for social position, beskrives fordelingen af de udvalgte nøgleindikatorer i forhold til borgernes uddannelsesniveau. Derudover beskrives fordelingen af indikatorerne i forhold til køn og alder. I de tilfælde, hvor der er for få besvarelser i fx en aldersgruppe eller et uddannelsesniveau, vises resultaterne ikke, men markeres i stedet i tabellerne med -.

Nøgleindikatorerne er ligeledes opgjort på bydelsniveau i separate tabeller for hver indikator. Bydelene er i disse tabeller rangeret som i kommunetabellerne fra *Sundhedsprofil for region og kommuner 2010*. Det vil sige, at de seks bydele Amager Vest, Bispebjerg, Brønshøj-Husum, Nørrebro, Valby og Vesterbro/Kongens Enghave, der alle tilhører kommunesocialgruppe 4, er anført øverst i tabellen i alfabetisk orden. Bydelen Amager Øst, der tilhører kommunesocialgruppe 3, er anført herunder. De sidste tre bydele Indre by, Vanløse og Østerbro, der alle tilhører kommunesocialgruppe 2, er anført nederst i tabellen i alfabetisk orden. Kommunesocialgruppe 1 er ikke repræsenteret blandt Københavns Kommunes bydele. Forskellen mellem bydelene i tabellen er vist i andele og i Odds Ratios (OR) justeret for køn og alder. For yderligere beskrivelse af kommunesocialgrupper, fortolkning af Odds Ratios mm henvises til *Sundhedsprofil for region og kommuner 2010*.

Demografiske og socioøkonomiske forhold har betydning for borgernes sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd. De forskelle, der ses mellem Københavns Kommune og regionsgennemsnittet på de udvalgte nøgleindikatorer, kan delvist forklares med forskelle i fordelingen af borgere i forhold til for eksempel alder og uddannelse. I Københavns Kommune er 13 % af borgerne 65 år eller derover. Andelen af borgere med en kortere uddannelse er 51 %, mens andelen med en lang videregående uddannelse er 26 % (tabel 1.1).

Tabel 1.1 Borgere på 65 år eller derover og borgere med en kortere eller lang videregående uddannelse

	Københavns Kommune	Region Hovedstaden
	%	%
Borgere på 65 år eller derover	13	19
Borgere med en kortere uddannelse *	51	57
Borgere med en lang videregående uddannelse *	26	21

* I opgørelsen indgår borgere under uddannelse ikke.

De forskellige nøgleindikatorer i denne rapport er belyst ved hjælp af data indsamlet i spørgeskemaundersøgelsen ”Hvordan har du det? 2010”. Spørgeskemaerne blev udsendt primo februar 2010 til en tilfældig stikprøve af alle borgere på 16 år og derover i Region Hovedstaden – i alt 95.150 borgere. Der blev udsendt 2.450 spørgeskemaer til hver af de 10 bydele i Københavns Kommune, dvs. i alt 24.500 spørgeskemaer.

Ud af de 24.500 borgere i Københavns Kommune, som fik tilsendt spørgeskemaer, udfyldte 47,2 % skemaerne. Der er forskel på de borgere, som har besvaret skemaet. Der er generelt flere kvinder end mænd, som har besvaret spørgeskemaet, ligesom andelen er større blandt borgere i alderen 45-74 år end blandt de yngste og de ældste aldersgrupper. Ved analyse af spørgeskemadata er der derfor vægtet for nonrespons og stikprøvestørrelse, så resultaterne er repræsentative for Københavns Kommune. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed har stået for udarbejdelsen af Sundhedsprofilen 2010 for Region Hovedstaden og af udraget for Københavns Kommune. En styregruppe bestående af repræsentanter for de 29 kommuner samt Region Hovedstaden har været sparringspartnere under hele processen.

2 Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd har stor betydning for muligheden for at bevare et godt helbred og undgå eller udsætte udviklingen af kroniske sygdomme. Det er derfor væsentligt at have kendskab til borgernes sundhedsadfærd dels for at kunne forudsige deres behov for sociale og sundhedsmæssige ydelser i fremtiden og dels for at kunne fremme deres sundhed og forebygge kroniske sygdomme fremadrettet.

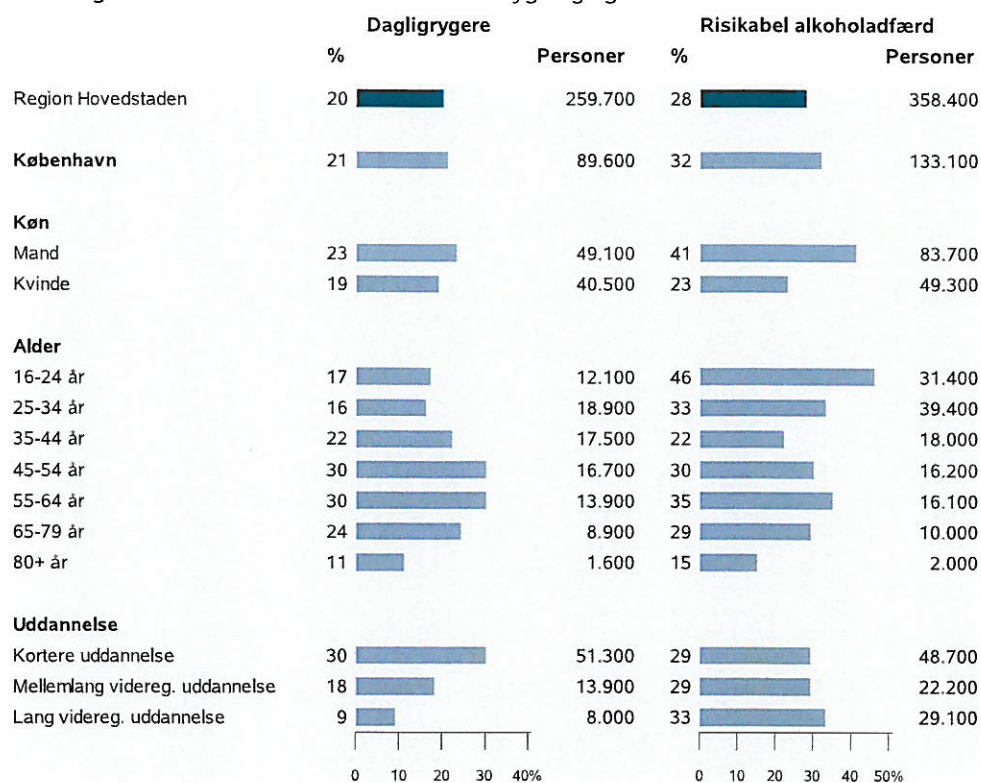
2.1 Rygning

Rygning er den forebyggelige risikofaktor, der er skyld i flest kroniske sygdomme i Danmark. Hjertekarsygdomme, kræft og kroniske lungesygdomme er de mest alvorlige sygdomme som skyldes rygning. Rygere dør i gennemsnit 5-10 år tidligere end aldrigrygere afhængigt af, hvor meget man ryger (Statens Institut for Folkesundhed, 2006). Passiv rygning giver umiddelbare gener som irritation af øjne og slimhinder i luftveje, hoste og hovedpine. Samtidig øger passiv rygning risikoen for alvorlige sygdomme som lungekræft, hjertekarsygdomme og kroniske luftvejslidelser.

I Københavns Kommune ryger 21 % af borgerne dagligt. Det svarer til 89.600 personer (tabel 2.1). Der er sket et fald i andelen af dagligrygere siden 2007 på 2,5 procentpoint blandt de 25-79-årige (ikke vist). En del af forklaringen kan være, at færre borgere debuterer som rygere samtidig med, at rygere generelt dør tidligere end ikkerygere.

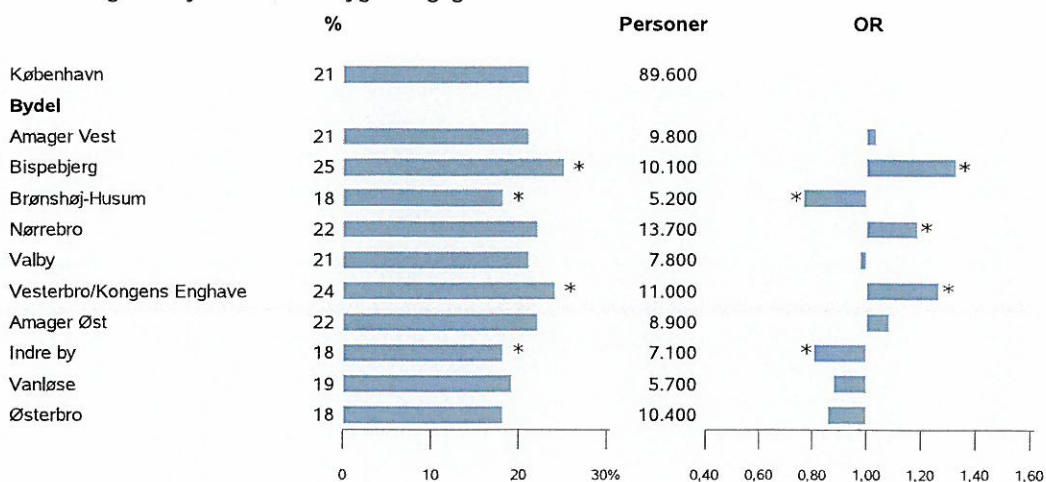
Der er lidt flere mænd end kvinder, som ryger dagligt i Københavns Kommune. Andelen af dagligrygere er størst blandt de midaldrende og mindst blandt de unge og de ældste borgere. Den lave andel blandt de ældste borgere kan skyldes, at de af helbredsmæssige årsager er stoppet med at ryge, eller at rygerne er døde i en tidligere alder. Der er tre gange så mange dagligrygere blandt borgere med en kortere uddannelse sammenlignet med borgere, som har en lang videregående uddannelse.

Tabel 2.1 Borgere med risikabel sundhedsadfærd – rygning og alkohol



Andelen af borgere, som ryger dagligt, varierer mellem kommunens bydele. Den største andel findes i bydelen Bispebjerg, hvor 25 % ryger dagligt, mens den laveste andel ses i bydelene Brønshøj-Husum, Indre by og Østerbro, hvor 18 % ryger dagligt (tabel 2.2). Der ses tendens til en social gradient mellem bydelene. I de fleste bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 er andelen af dagligrygere større end i kommunen som helhed, når der tages højde for fordelingen af alder og køn i bydelene, mens alle tre bydele i kommunesocialgruppe 2 har en lavere andel af dagligrygere end kommunen som helhed.

Tabel 2.2 Borgere i bydelene, som ryger dagligt



* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

2.2 Risikabel alkoholadfærd

Et stort alkoholforbrug øger risikoen for en lang række sygdomme, herunder kræftsygdomme, mave- og tarmsygdomme, hjertekarsygdomme, leversygdomme, forgiftninger samt forhøjet blodtryk. Et stort alkoholforbrug øger tillige risikoen for skader og ulykker som f.eks. bilulykker. Endelig kan alkohol have alvorlige sociale konsekvenser i form af ødelagte parforhold, omsorgssvigt af børn, udstødelse af arbejdsmarkedet, kriminalitet og vold (Sundhedsstyrelsen, 2008).

I sundhedsprofilen opgøres risikabel alkoholadfærd som personer, der har mindst én af følgende typer alkoholadfærd:

- **Storforbrug** – personen har et ugentligt alkoholforbrug, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse på 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd
- **Rusdrikkeri** – personen drikker mere end fem genstande ved en enkelt lejlighed mindst én gang om ugen
- **Tegn på alkoholafhængighed** – personen klassificeres på baggrund af en række spørgsmål (CAGE-C-klassifikation).

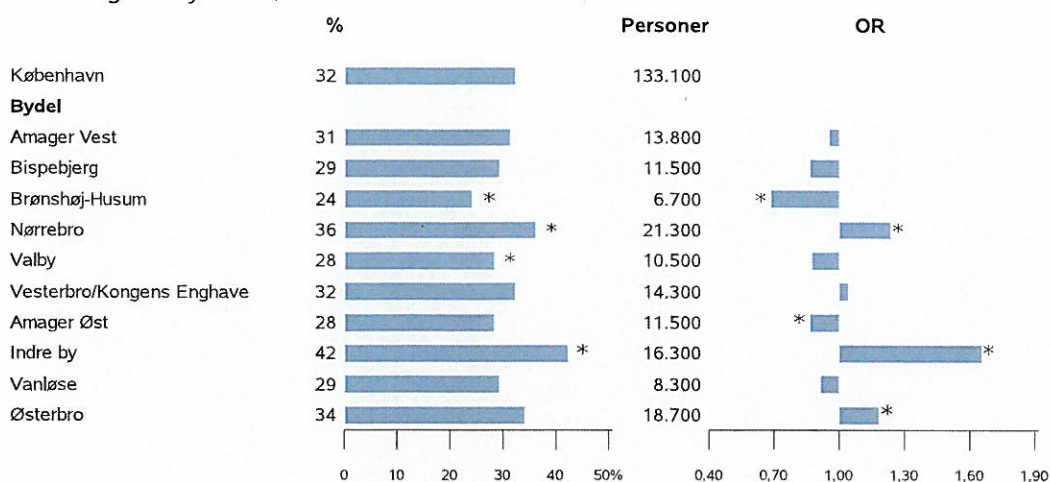
I Københavns Kommune har 32 % af borgerne en risikabel alkoholadfærd. Det svarer til 133.100 personer (tabel 2.1).

Der er væsentligt flere mænd end kvinder med risikabel alkoholadfærd i Københavns Kommune. Risikabel alkoholadfærd er derudover mest udbredt blandt de 16-24-årige og de midaldrende borgere, og mindst udbredt blandt borgere i alderen 35-44-år og borgere over 79 år. Risikabel alkoholadfærd er mere udbredt blandt borgere med en lang videregående uddannelse sammenlignet med borgere med en uddannelse af kortere længde.

Da spørgsmålene om alkohol ikke er helt identiske med den tidligere spørgeskemaundersøgelse fra 2007, er det ikke muligt at opgøre ændringer siden 2007 for risikabel alkoholadfærd.

Forekomsten af risikabel alkoholadfærd varierer på tværs af kommunens bydele fra 24 % af borgerne i Brønshøj-Husum til 42 % af borgerne i Indre by (tabel 2.3). I et flertal af bydelene i kommunesocialgruppe 3 og 4 har en lavere andel af borgerne en risikabel alkoholadfærd end kommunegennemsnittet, mens to af de tre bydele i kommunesocialgruppe 2 har en signifikant højere andel af borgere med risikabel alkoholadfærd sammenlignet med kommunegennemsnittet.

Tabel 2.3 Borgere i bydelene, som har en risikabel alkoholadfærd



* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

2.3 Usunde kostvaner

Usunde kostvaner kan påvirke udviklingen af kroniske sygdomme som hjertekarsygdomme og kræft i fordøjelsessystemet. En usund kost, højt energiindtag kombineret med manglende bevægelse medfører øget risiko for udvikling af overvægt og dermed blandt andet forhøjet blodtryk, type 2 diabetes og hjertekarsygdomme.

I sundhedsprofilen er der anvendt en kostscore, som et samlet mål for, hvor sunde borgernes generelle kostvaner er. Kostscoren inddeler borgerne i tre kategorier:

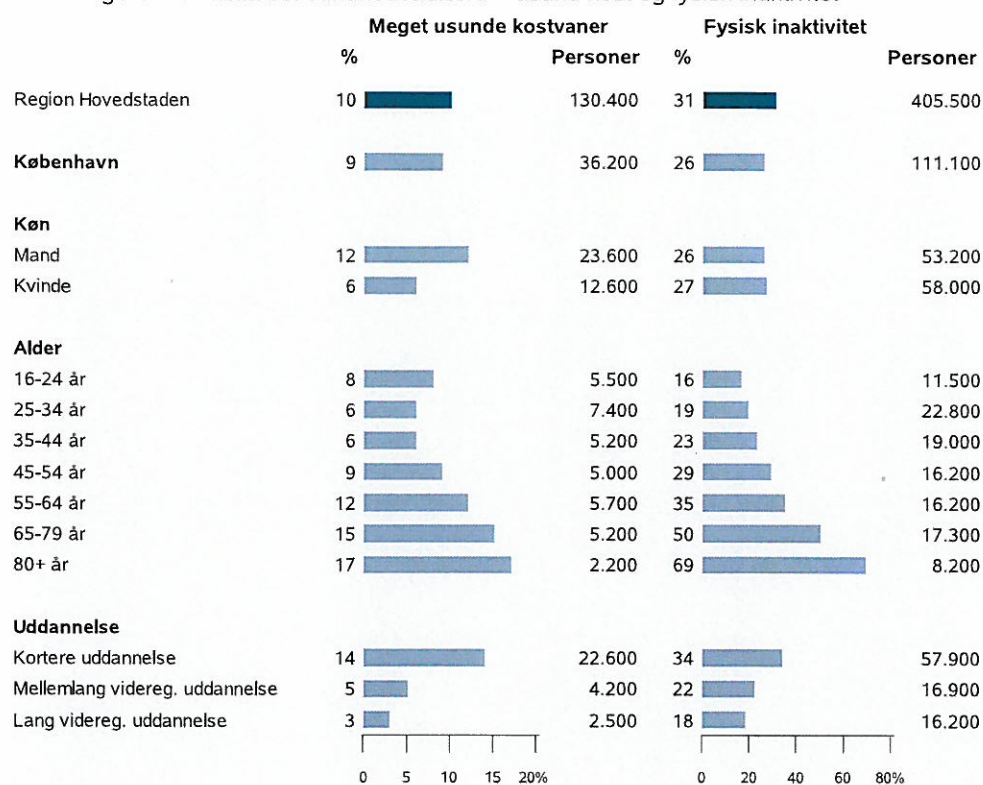
- **Sund kost** – generelt sunde kostvaner, herunder højt indtag af frugt, grønt og fisk samt lavt indtag af fedt og især mættet fedt
- **Middelsund kost** – moderat indtag af frugt, grønt, fisk og fedt
- **Meget usund kost** – generelt usunde kostvaner på alle områder, herunder meget lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt højt indtag af fedt og især mættet fedt

I Københavns Kommune har 9 % af borgerne meget usunde kostvaner. Det vil sige, at 36.200 borgere i kommunen har et meget lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt et højt indtag af fedt og især mættet fedt (tabel 2.4).

Andelen af borgere med meget usunde kostvaner er dobbelt så høj blandt mænd sammenlignet med kvinder. Meget usunde kostvaner forekommer hyppigst blandt de ældre borgere. Uddannelsesniveaut har også stor betydning for borgernes kostvaner. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel spiser meget usundt. Der er næsten fem gange flere borgere med en kortere uddannelse, som har meget usunde kostvaner sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse.

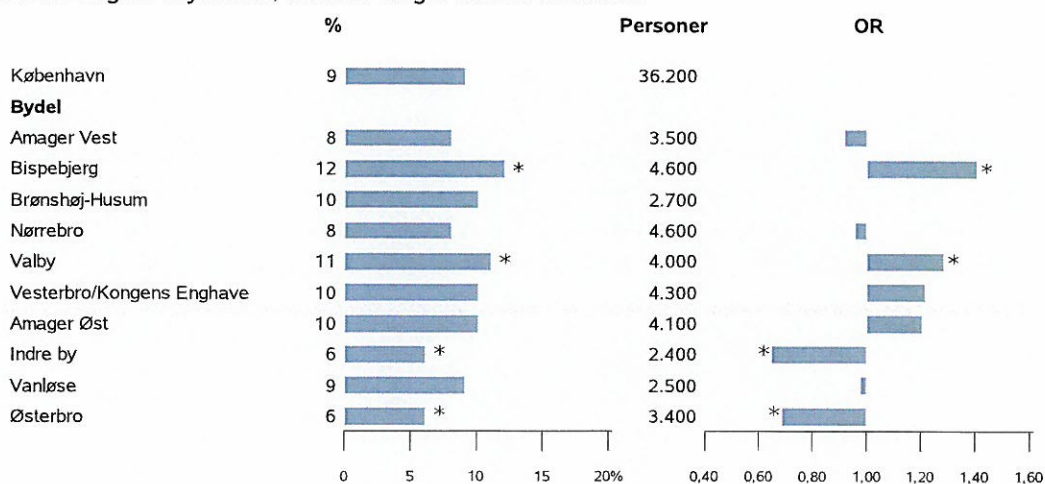
Da spørgsmålene om kost ikke er helt identiske med den tidligere spørgeskemaundersøgelse fra 2007, er det ikke muligt at opgøre ændringer siden 2007 for meget usunde kostvaner.

Tabel 2.4. Borgere med risikabel sundhedsadfærd – usund kost og fysisk inaktivitet



Andelen af borgere med meget usunde kostvaner varierer fra 6 % i bydelene Indre by og Østerbro til dobbelt så mange bydelen Bispebjerg med 12 % (tabel 2.5). Der ses en social gradient i usunde kostvaner på tværs af kommunens bydele. Mens to af de tre bydele i kommunesocialgruppe 2 har en signifikant lavere andel af borgere med meget usunde kostvaner sammenlignet med kommune gennemsnittet – også når der justeres for køn og alder – har langt de fleste bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 en højere andel af borgere med meget usunde kostvaner.

Tabel 2.5 Borgere i bydelene, som har meget usunde kostvaner



* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

2.4 Fysisk aktivitet

Mangel på fysisk aktivitet øger risikoen for udvikling af en lang række kroniske sygdomme som type 2 diabetes, hjertekarsygdom, muskelskeletsygdom, visse former for kræftsygdom (bryst- og tyktarmskræft) og psykisk sygdom. Desuden øges risikoen for funktionsevnetab hos ældre borgere.

Ny forskning viser, at stillesiddende adfærd i forbindelse med at se TV, spille computer eller bilkørsel, er en selvstændig risikofaktor. Det betyder, at selvom man dyrker motion, har man en øget risiko for hjertekarsygdom og for tidlig død, hvis man tilbringer mange timer i siddende stilling.

I sundhedsprofilen opgøres følgende aspekter af fysisk aktivitet:

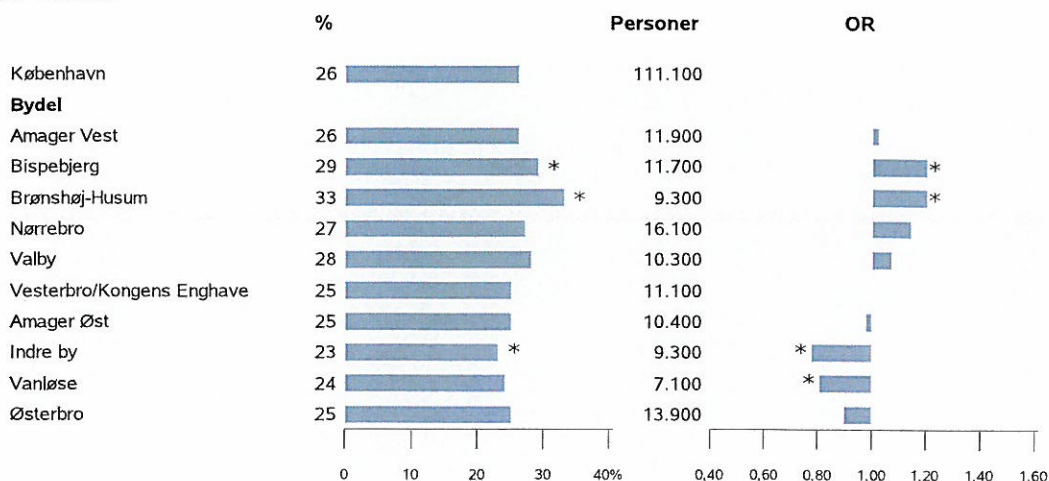
- Moderat til hård fysisk aktivitet 30 minutter om dagen i fritiden
- Stillesiddende aktiviteter i fritiden – mere end 4 timer om dagen i fritiden
- Cykling eller gang i forbindelse med transport til og fra arbejde eller uddannelse

I Københavns Kommune er der 26 %, som ikke er fysisk aktive 30 minutter om dagen i fritiden, herefter kaldet inaktive. Det svarer til 111.100 personer (tabel 2.4). Der er sket et signifikant fald på 5,0 procentpoint i andelen af inaktive siden 2007 blandt de 25-79-årige (ikke vist).

Der er lige mange kvinder og mænd, som er fysisk inaktive, men andelen af inaktive stiger markant med alderen. Sammenlignet med de unge borgere er der fire gange så mange borgere på 80 år eller derover, som er fysisk inaktive. Andelen af fysisk inaktive borgere falder desuden med stigende uddannelsesniveau. Der er næsten dobbelt så mange fysisk inaktive blandt borgere med en kortere uddannelse sammenlignet med blandt borgere med en lang videregående uddannelse.

Andelen af borgere, som er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, varierer mellem kommunens bydele. Den største andel findes i bydelen Brønshøj-Husum, hvor 33 % er fysisk inaktive, mens den laveste andel ses i bydelen Indre by, hvor 23 % er fysisk inaktive (tabel 2.6). Andelen af borgere, der er fysisk inaktive, er generelt større i bydele i kommunesocialgruppe 4 og mindre i bydele i kommunesocialgruppe 2 sammenlignet med kommunegennemsnittet.

Tabel 2.6 Borgere i bydelene, som dyrker moderat til hård fysisk aktivitet mindre end 30 minutter om dagen i fritiden

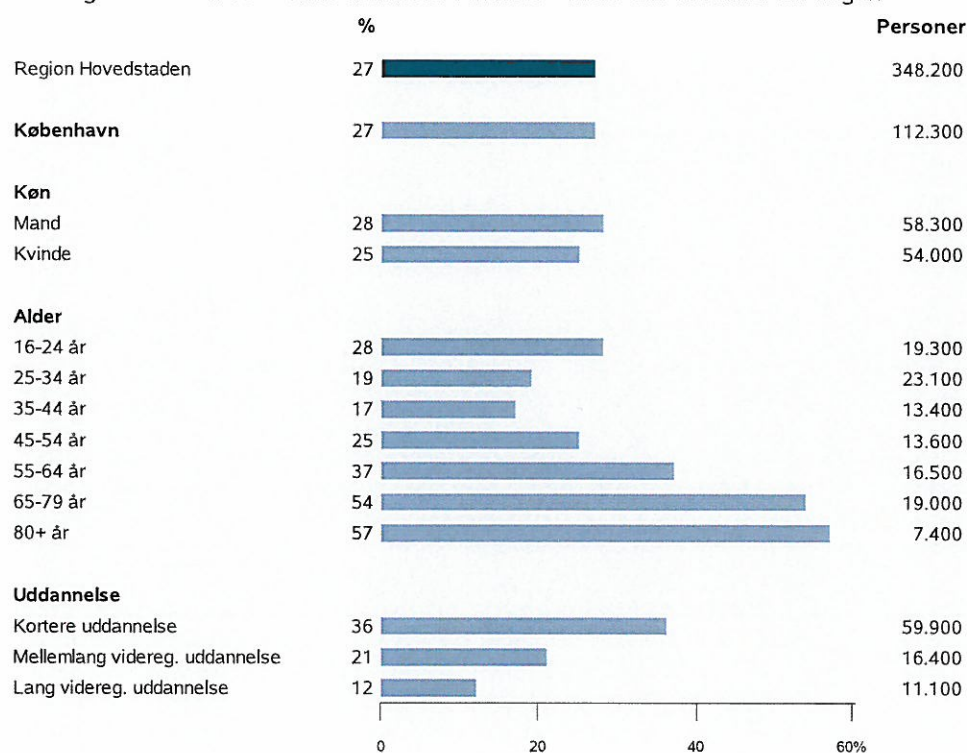


* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

Stillesiddende aktiviteter i fritiden er her defineret ved, at borgerne bruger mere end fire timer om dagen på at sidde ned og slappe af, se TV, spille computer, læse eller lignende. I Københavns Kommune har 27 % af borgerne – svarende til 112.300 personer – mere end fire timers stillesiddende aktiviteter om dagen i fritiden (tabel 2.7). Der er sket en stigning på 2,9 procentpoint siden 2007 blandt de 25-79-årige (ikke vist).

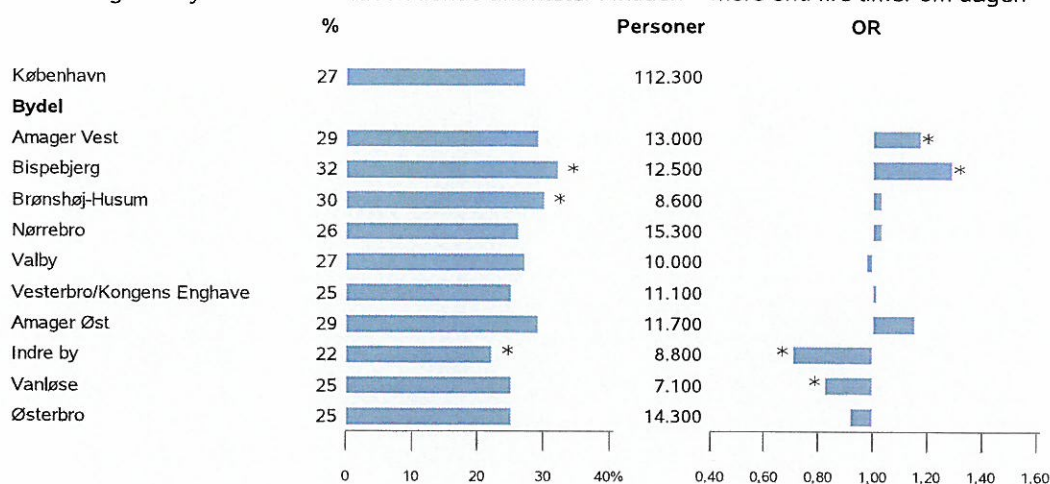
Der er lidt flere mænd end kvinder, der sidder stille mere end fire timer om dagen i fritiden. Andelen af stillesiddende borgere er lavest blandt de 25-44-årige, hvorefter den stiger markant med alderen. Der er en tydelig social gradient i forhold til stillesiddende adfærd. Andelen er mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse og tre gange større blandt borgere, som har en kortere uddannelse.

Tabel 2.7 Borgere med stillesiddende aktiviteter i fritiden – mere end fire timer om dagen



Andelen af borgere, der har mere end fire timers stillesiddende aktiviteter dagligt i deres fritid, varierer på tværs af bydelene fra 22 % af borgerne i bydelen Indre by til 32 % af borgerne i bydelen Bispebjerg (tabel 2.8). Der er en tendens til, at bydele i kommunesocialgruppe 2 har en lavere andel af borgere med mere end fire timers stillesiddende aktiviteter dagligt end andelen i kommunen samlet set, mens bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 har en højere andel.

Tabel 2.8 Borgere i bydelene med stillesiddende aktiviteter i fritiden – mere end fire timer om dagen



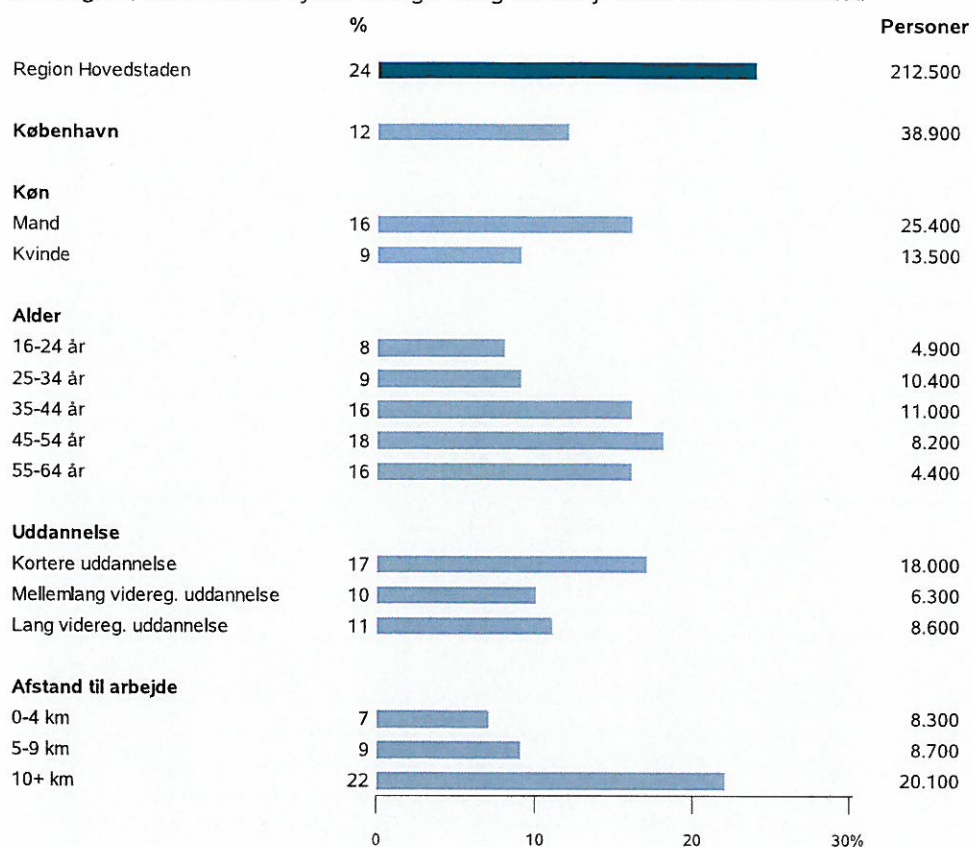
* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

Cykling eller gang til og fra arbejde eller uddannelsessted er kun opgjort blandt borgere i den erhvervsaktive alder (16-64 år), der er i arbejde eller under uddannelse. Blandt Københavns Kommunes borgere er der 12 %, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted (tabel 2.9). Det svarer til 38.900 erhvervsaktive eller studerende personer. Der er sket et fald på 2,1 procentpoint siden 2007 blandt de 25-64-årige (ikke vist).

Flere mænd end kvinder er ikke fysisk aktive i forbindelse med transport til og fra arbejde eller uddannelsessted, og andelen stiger med alderen. Andelen af borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted, er omtrent dobbelt så høj blandt de midaldrende borgere sammenlignet med de unge under 35 år.

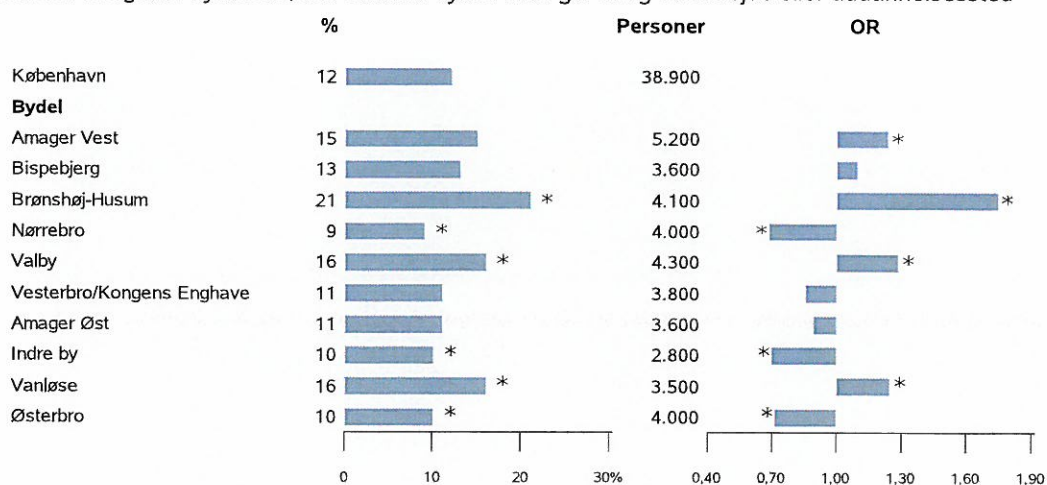
Andelen af borgere, som ikke er fysisk aktive i forbindelse med transport til og fra arbejde eller uddannelsessted, er større blandt borgere med en kortere uddannelse i forhold til borgere med et højere uddannelsesniveau. Der er samtidig en tæt sammenhæng mellem afstand til arbejde/uddannelsessted og fysisk aktivitet i forbindelse med transport. Andelen af borgere, der hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted, er tre gange så stor, hvis afstanden til arbejde er over 10 km, som hvis afstanden til arbejde er 4 km eller derunder.

Tabel 2.9 Borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted



Andelen af borgere i kommunen, der hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted varierer mellem bydelene fra 9 % i bydelen Nørrebro til 21 % i Brønshøj-Husum (tabel 2.10). Der er ingen tydelig social gradient imellem bydelene, idet at bydele, der ligger henholdsvis over og under kommunegennemsnittet, findes i alle kommunesocialgrupper.

Tabel 2.10 Borgere i bydelene, der hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted



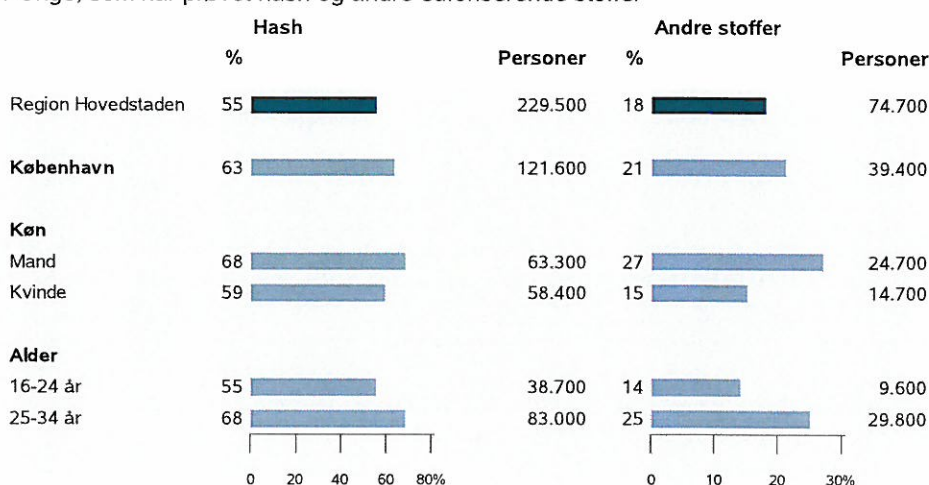
* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

2.5 Euforiserende stoffer

Eksperimenter med euforiserende stoffer (herefter kaldet stoffer) er et ungdomsfænomen. Næsten alle, der prøver at tage stoffer, har debut, inden de er fyldt 20 år, og de fleste stopper igen. Eksperimenterende brug af stoffer medfører risiko for ulykker, risiko for at komme ud i stofmisbrug samt risiko for forgiftning med og uden døden til følge. Hash hæmmer indlæringssevnen i op til fire uger efter brug og kan derfor have konsekvenser for den enkeltes skolegang og uddannelsesmuligheder. Siden 2000 har eksperimenterende brug af hash og andre stoffer i Danmark ligget på et stabilt niveau. Hash er mest udbredt. Herefter kommer de stimulerende stoffer amfetamin, kokain og ecstasy (Sundhedsstyrelsen, 2009).

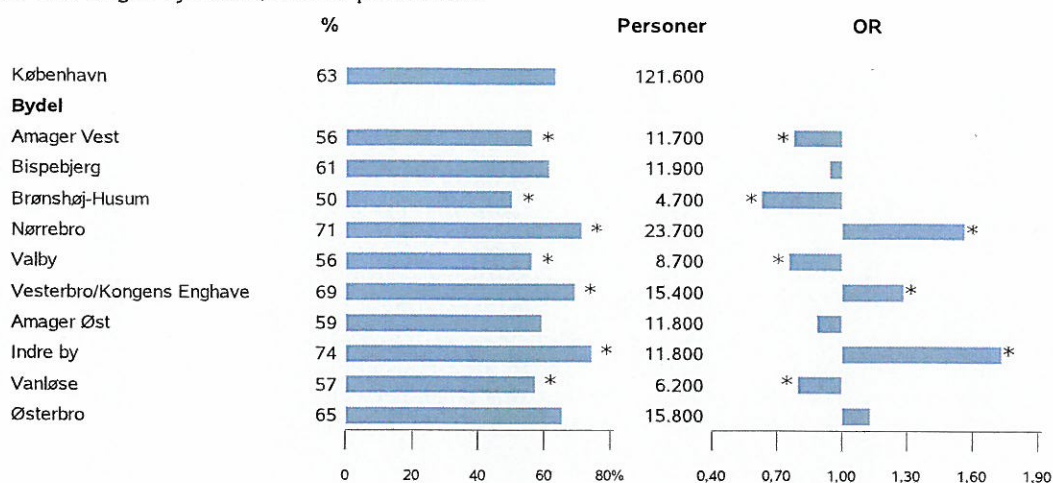
I Københavns Kommune har 63 % af de unge - svarende til 121.600 personer – eksperimenteret med hash, mens 21 % af de unge – svarende til 39.400 personer – har eksperimenteret med andre stoffer end hash (tabel 2.11). En større andel af mænd end kvinder har prøvet hash og andre stoffer. Tilsvarende har en større andel af de 25-34-årige prøvet hash og andre stoffer sammenlignet med de 16-24-årige. Både køns- og aldersforskellen er mere udtalt for andre stoffer end for hash.

Tabel 2.11 Unge, som har prøvet hash og andre euforiserende stoffer



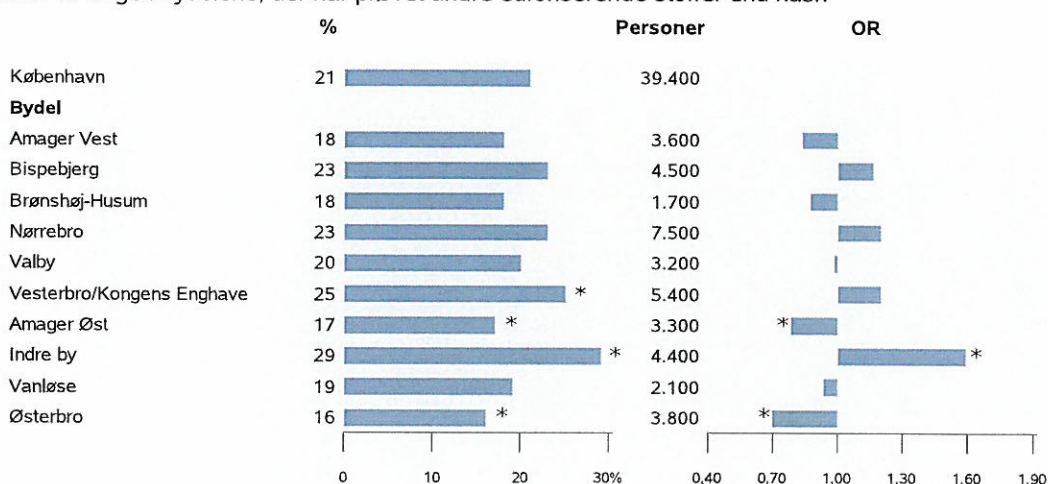
Andelen af borgere i alderen 16-34 år i kommunen, der har prøvet hash, varierer mellem bydelene fra 50 % i Brønshøj-Husum til 74 % i bydelen Nørrebro, mens andelen, der har prøvet andre euforiserende stoffer, varierer fra 16 % i bydelen Østerbro til 29 % i Indre by (tabel 2.12 og tabel 2.13). Der er ingen tydelig forskel i udbredelsen af eksperimenterende brug af hash og andre euforiserende stoffer mellem bydele i forskellige kommunesocialgrupper.

Tabel 2.12 Unge i bydelene, der har prøvet hash



* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

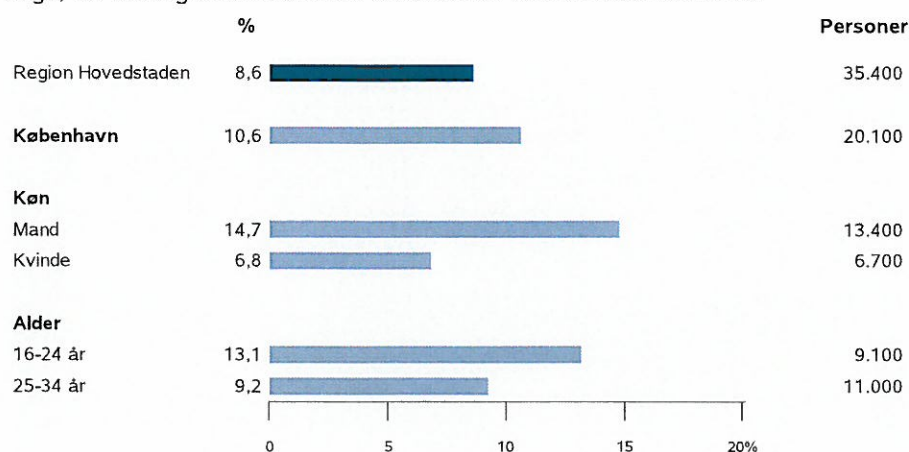
Tabel 2.13 Unge i bydelene, der har prøvet andre euforiserende stoffer end hash



* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

I alt har 10,6 % af de unge – svarende til 20.100 personer – taget euforiserende stoffer inklusiv hash inden for den seneste måned (tabel 2.14). Der er dobbelt så mange mænd som kvinder, der har taget euforiserende stoffer inden for den seneste måned. Tilsvarende er andelen højere blandt de yngste unge under 25 år sammenlignet med de ældre unge på 25 år eller derover.

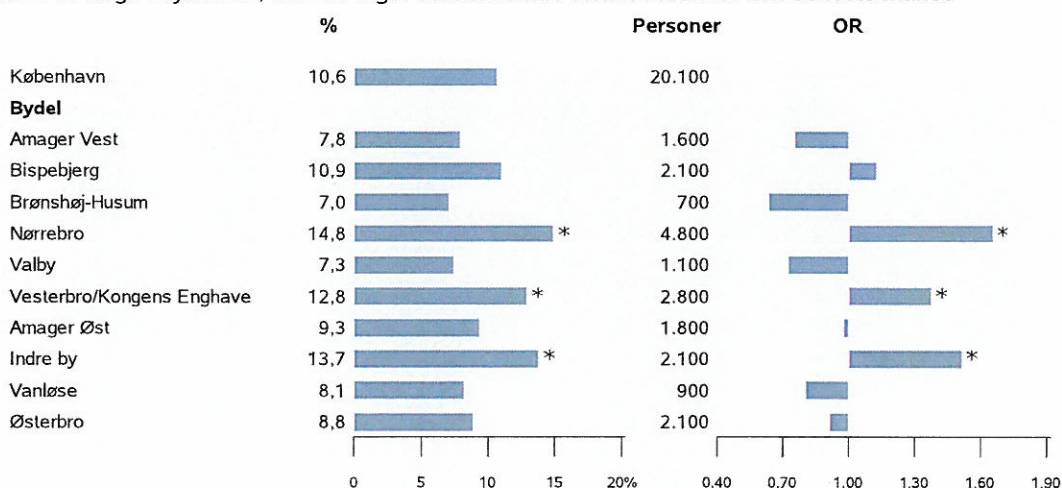
Tabel 2.14 Unge, der har taget euforiserende stoffer inden for den seneste måned.



* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

Andelen af unge, der har taget euforiserende stoffer inden for den seneste måned, varierer mellem bydelene fra 7,0 % i Brønshøj-Husum til 14,8 % i bydelen Nørrebro (tabel 2.15). Der er ingen social gradient mellem bydelene i forhold til andelen af unge, der har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned.

Tabel 2.15 Unge i bydelene, der har taget euforiserende stoffer inden for den seneste måned



* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

2.6 Ubeskyttet sex

Ubeskyttet sex er årsag til en række sundhedsproblemer, herunder uønsket graviditet og sexsygdomme som livmoderhalskræft, HIV, klamydia, kønsvorter, herpes og gonorré. Især unge og unge voksne er i risiko for at opleve sundhedsproblemer som følge af ubeskyttet sex.

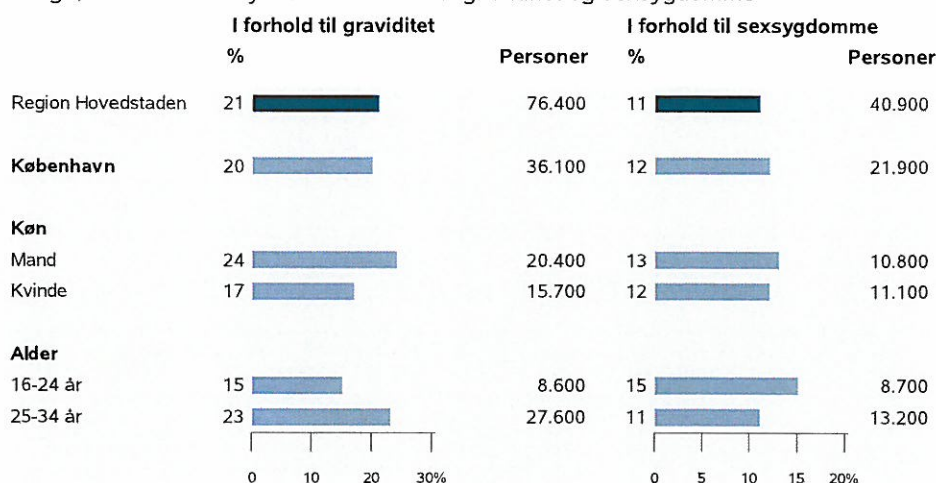
Spørgsmålene om seksuel sundhed er kun stillet til borgere i alderen 16-34 år, og opgørelserne er derfor kun for denne aldersgruppe.

I alt 20 % af de unge i Københavns Kommune, som har haft seksuel debut – svarende til 36.100 personer – brugte ikke prævention ved seneste samleje, selvom de ikke ønsker et barn. 12 % af de unge – svarende til

21.900 personer – brugte ikke kondom ved seneste samleje, selvom de har skiftende seksualpartnere (tabel 2.16).

En større andel af mændene brugte ikke prævention ved seneste samleje, selvom de ikke ønsker et barn, sammenlignet med kvinderne. Det kan skyldes, at det er kvinden, som er ansvarlig for brugen af prævention, når det ikke drejer sig om brug af kondom, og at færre mænd end kvinder derfor er opmærksomme på parrets brug af prævention. Sex uden prævention, hvor der ikke er ønske om børn, er mere udbredt blandt de 25-34-årige end blandt de 16-24-årige. Der er ikke betydelig forskel på andelen af unge, som ikke brugte kondom ved seneste samleje og har skiftende partnere. Sex uden kondom trods skiftende partnere er mest udbredt blandt de 16-24-årige, hvor der sandsynligvis er færre, som er i et fast forhold.

Tabel 2.16 Unge, som har ubeskyttet sex i forhold til graviditet og seks sygdomme



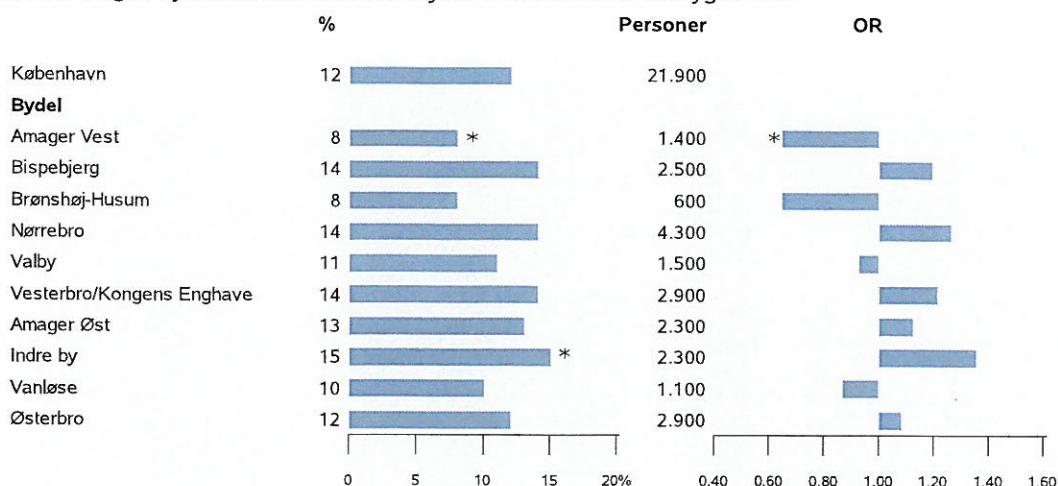
Andelen af unge, som ikke bruger prævention, selvom de ikke ønsker et barn, varierer fra 18 % i bydelene Valby og Østerbro til 24 % i bydelene Vesterbro/Kongens Enghave (tabel 2.17). Andelen af unge, som ikke bruger kondom trods skiftende seksualpartnere, varierer fra 8 % i bydelene Amager Vest og Brønshøj-Husum til 15 % i Indre by (tabel 2.18). Der er ingen tydelig forskel mellem bydele i forskellige kommunesocialgrupper i forhold til ubeskyttet sex.

Tabel 2.17 Unge i bydelene, som har ubeskyttet sex i forhold til graviditet



* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

Tabel 2.18 Unge i bydelene, som har ubeskyttet sex i forhold til sexsygdomme



* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

3 Generelt helbred

Et væsentligt aspekt af borgernes generelle sundhedstilstand er, hvordan den enkelte borger oplever og vurderer sit eget helbred samt sit fysiske og psykiske velbefindende. Helbred er dog ikke entydigt og kan måles på flere forskellige måder. I de følgende afsnit beskrives borgernes generelle helbredstilstand i Københavns Kommune. Der sættes fokus på selv vurderet helbred, fysisk og mentalt helbred målt ved SF-12 samt stress.

3.1 Selvvurderet helbred

Borgernes vurdering af eget helbred er en selvstændig risikofaktor for sygelighed og dødelighed. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, des større er risikoen for død og udvikling af sygdom.

Tabel 3.1 Selvvurderet helbred i kommunen

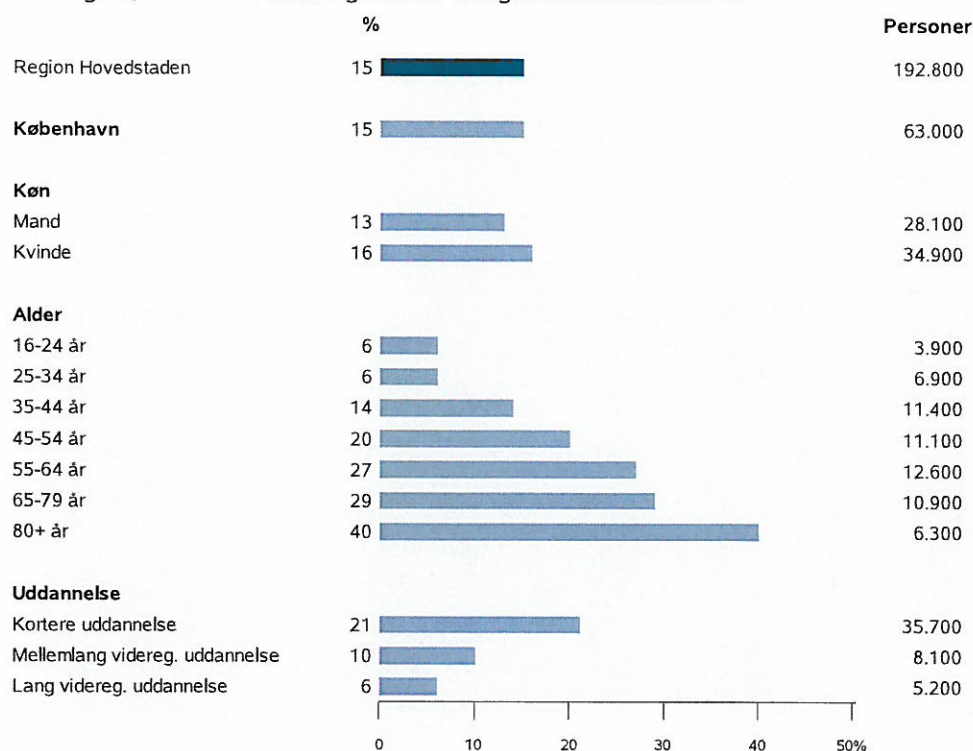
	Københavns Kommune	Region Hovedstaden
	%	%
Fremragende	14	13
Vældig godt	39	37
Godt	32	36
Mindre godt	12	12
Dårligt	3	3

I Københavns Kommune vurderer 15 % af borgerne – svarende til 63.000 personer – at de har et mindre godt eller dårligt helbred (tabel 3.2). Der er sket en stigning på 2,2 procentpoint siden 2007 blandt de 25-79-årige (ikke vist).

Der er en lidt større andel af kvinder end mænd, som har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, og andelen stiger markant med alderen (tabel 3.2). For de 16-34-årige er det kun godt én ud af 20, som har mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, mens det gælder en femtedel af borgerne i alderen 45-54 år og dobbelt så mange i alderen 80 år og derover. Den høje andel blandt de ældste borgere kan skyldes, at denne

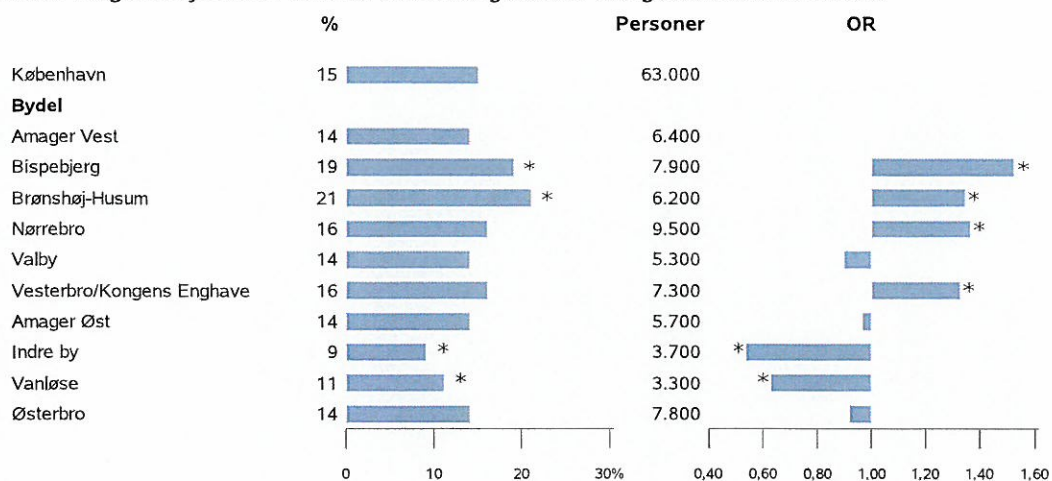
aldersgruppe er plaget af sygdomme, som påvirker deres vurdering af eget helbred. Der ses en tydelig social gradient i forhold til selvvurderet helbred. Mens hver femte borger med en kortere uddannelse har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, er det kun godt hver tyvende borger med en lang videregående uddannelse.

Tabel 3.2 Borgere, som har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred



Andelen af borgere, der vurderer, at deres helbred er mindre godt eller dårligt, varierer på tværs af kommunens bydele. Andelen er højest i bydelen Brønshøj-Husum, hvor 21 % af borgerne har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, mens andelen er mindst i Indre by, hvor kun 9 % af borgerne vurderer, at de har et mindre godt eller dårligt helbred (tabel 3.3). Der er en tydelig social gradient mellem bydelene, idet størstedelen af kommuner i kommunesocialgruppe 4 har en signifikant højere andel af borgere med et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred end kommunens borgere samlet set, når der justeres for alders- og kønsfordelingen. Omvendt har to ud af de tre bydele i kommunesocialgruppe 2 en signifikant lavere andel af borgere med et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred end kommunegennemsnittet, justeret for alders- og kønsfordelingen.

Tabel 3.3 Borgere i bydelene, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred



* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

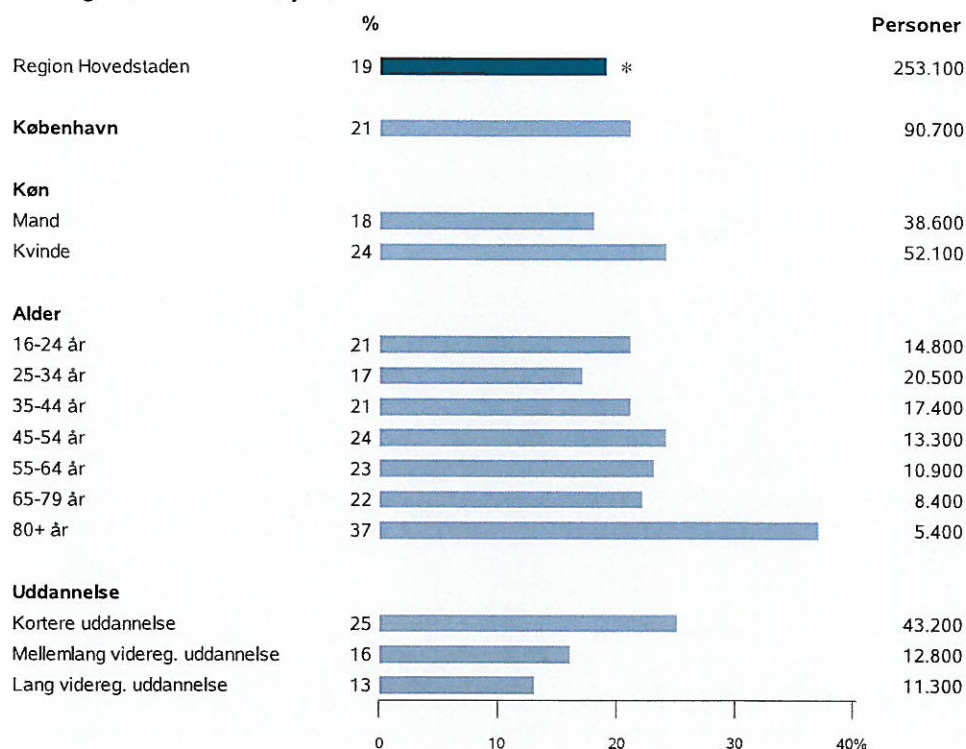
3.2 Stress

Længerevarende stress kan medføre øget risiko for en række sygdomme som hjertekarsygdomme og depression. Stress kan også medføre forværring af eksisterende sygdomme. Stress er her målt med Cohens Perceived Stress Scale, som er en valideret stress-skala. Den måler personens oplevelse af stress inden for den seneste måned ved hjælp af ti spørgsmål inden for følgende dimensioner af stress: Uforudsigelighed, manglende kontrol og høje krav (Cohen et al., 1983).

I Københavns Kommune har 21 % af borgerne – svarende til 90.700 personer – et højt stressniveau (tabel 3.4). Der er sket en signifikant stigning på 4,1 procentpoint siden 2007 blandt de 25-79-årige (ikke vist).

Flere kvinder end mænd har et højt stressniveau. Der er en større andel af de ældste borgere over 79 år, der har et højt stressniveau sammenlignet med de øvrige aldersgrupper. Blandt de ældste har mere end hver tredje borger et højt stressniveau. Uddannelsesniveaut har også stor betydning for borgernes stressniveau. Jo kortere uddannelse, des større er andelen af borgere med højt stressniveau.

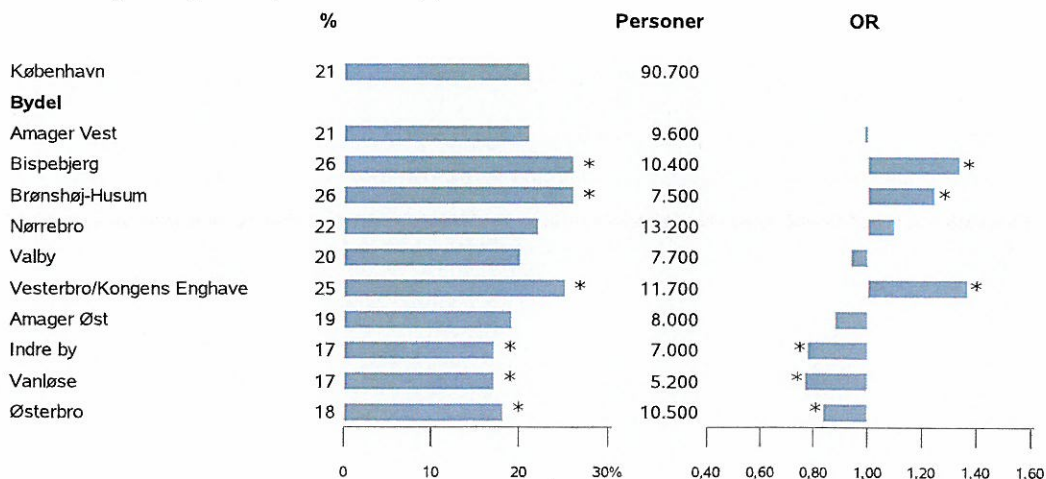
Tabel 3.4 Borgere, som har et højt stressniveau



* Andelen af borgere i regionen med højt stressniveau er fastlagt på forhånd. Københavns Kommunes andel af borgere med højt stressniveau skal derfor betragtes relativt i forhold til regionsandelen

Andelen af borgere med et højt stressniveau varierer på tværs af kommunens bydele. Den laveste andel findes i bydelene Vanløse og Indre By, hvor 17 % af borgerne har et højt stressniveau, mens den højeste andel findes i bydelene Bispebjerg og Brønshøj-Husum, hvor 26 % af borgerne har et højt stressniveau (tabel 3.5). Hvad angår højt stressniveau, er der også en social gradient på tværs af kommunens bydele. Bydele i kommunesocialgruppe 4 har generelt en højere andel af borgere med høj stressniveau sammenlignet med kommunegennemsnittet – også når der justeres for alders- og kønsfordelingen, mens alle bydele i kommunesocialgruppe 2 har signifikant lavere andel af borgere med højt stressniveau.

Tabel 3.5 Borgere i bydelene, som har et højt stressniveau



* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

4 Biologiske mål

De første tegn på, at kroppen er i meget høj risiko for at udvikle kronisk sygdom, kan måles ved ændringer i biologiske mål som vægt og blodtryk. Disse biologiske mål er ofte betinget af borgerens sundhedsadfærd i form af rygning, fysisk aktivitet, kostvaner og alkoholforbrug.

4.1 Overvægt

Overvægt medfører øget risiko for udvikling af følgesygdomme som type 2 diabetes, hjertekarsygdomme, muskelskeletsygdomme og visse kræftformer. Derudover kan overvægt medføre psykosociale problemer og forringet livskvalitet.

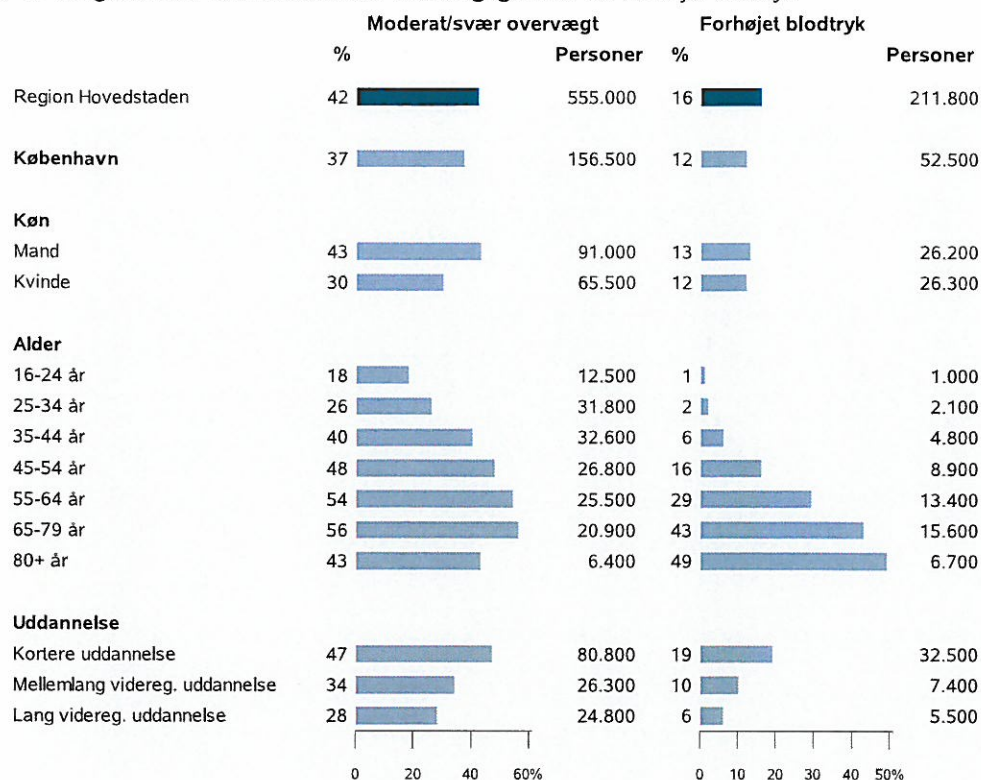
Overvægt vurderes på baggrund af borgernes Body Mass Index (BMI). BMI inddeles i fire vægtklasser baseret på WHO's definition:

- Undervægt: BMI < 18,5
- Normalvægt: BMI 18,5 - < 25,0
- Moderat overvægt: BMI 25,0 - < 30,0
- Svær overvægt: BMI \geq 30,0

I Københavns Kommune er 37 % af borgerne moderat eller svært overvægtige (tabel 4.1). Det svarer til 156.500 personer. Der er ikke sket ændringer i andelen af moderat eller svært overvægtige siden 2007 blandt de 25-79-årige (ikke vist).

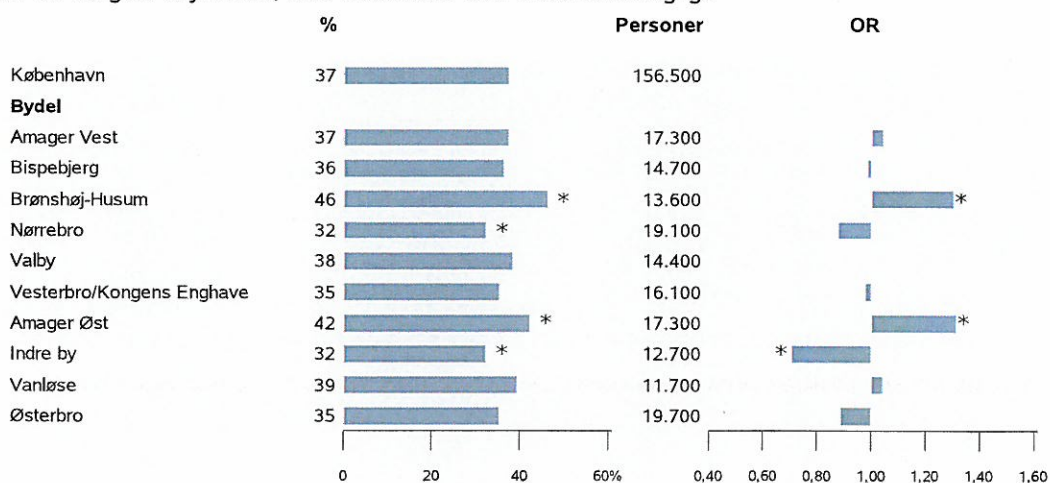
Der er en større andel af overvægtige blandt mænd end blandt kvinder. Andelen af overvægtige borgere stiger med alderen indtil 79-års alderen, hvorefter forekomsten falder igen i gruppen af ældre over 79 år. Årsagen til dette fald kan skyldes, at de overvægtige borgere enten er døde af følgesygdomme, eller at der i disse aldersgrupper er mange kronisk syge borgere med deraf følgende vægttab. Der er en tydelig social gradient i forekomsten af overvægt. Andelen af overvægtige borgere falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 4.1 Borgere, som er moderat/svær overvægtige eller har forhøjet blodtryk



Forekomsten af overvægt varierer på tværs af kommunens bydele. Andelen er størst i Brønshøj-Husum, hvor 46 % af borgere er moderat eller svært overvægtige, mens andelen er lavest i bydelene Nørrebro og Indre by, hvor 32 % af borgerne er moderat eller svært overvægtige (tabel 4.2). Der er ingen tydelig social gradient på tværs af kommunens bydele.

Tabel 4.2 Borgere i bydelene, som er moderat eller svært overvægtige



* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

4.2 Forhøjet blodtryk

Forhøjet blodtryk er en af de vigtigste risikofaktorer for hjertekarsygdomme og tidlig død. Det høje blodtryk påvirker blodkarrene og fremmer åreforkalkning. Dette kan føre til forkalkningssygdomme i hjertet samt blødning og blodpropper i hjernen. Sammen med rygning er højt blodtryk den vigtigste risikofaktor for

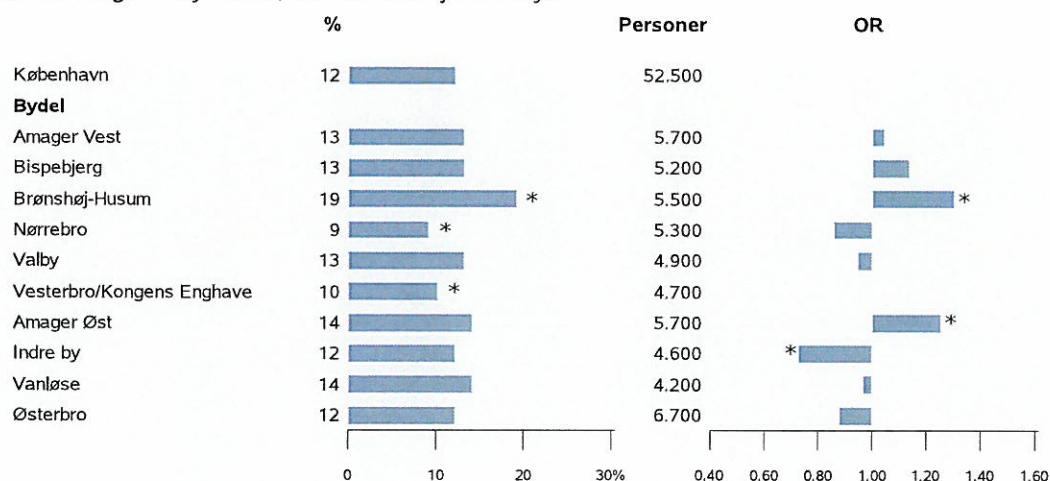
hjerterkarsygdomme. Borgere med forhøjet blodtryk dør i gennemsnit 1-3 år tidligere sammenlignet med borgere med normalt blodtryk. (Statens Institut for Folkesundhed, 2006).

I Københavns Kommune har 12 % af borgerne forhøjet blodtryk. Dette svarer til 52.500 borgere (tabel 4.1).

Andelen af borgere med forhøjet blodtryk er lige stor blandt kvinder og mænd, mens andelen stiger markant med alderen. Således har kun én ud af 100 borgere i alderen 16-24 år forhøjet blodtryk, mens én ud af 20 af de 34-44-årige, knap en tredjedel af de 55-64-årige og halvdelen af borgerne på 80 år eller derover har forhøjet blodtryk. Der er en social gradient i forekomsten af forhøjet blodtryk. Mens hver femte borger, som har en kortere uddannelse, har forhøjet blodtryk, gælder det kun godt én ud af 20 borgere med en lang videregående uddannelse.

Andelen af borgere med forhøjet blodtryk varierer på tværs af kommunens bydele. Mens 19 % af borgerne i bydelen Brønshøj-Husum har forhøjet blodtryk, er det tilsvarende tal kun 9 % i bydelen Nørrebro (tabel 4.3). Der er en vis forskel mellem bydele i forskellige kommunesocialgrupper. Bydelene i kommunesocialgruppe 2 adskiller sig ved generelt at have en lavere andel af borgere med forhøjet blodtryk end kommunen samlet set i modsætning til bydelene i kommunesocialgruppe 3 og 4.

Tabel 4.3 Borgere i bydelene, som har forhøjet blodtryk



* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

5 Kroniske sygdomme

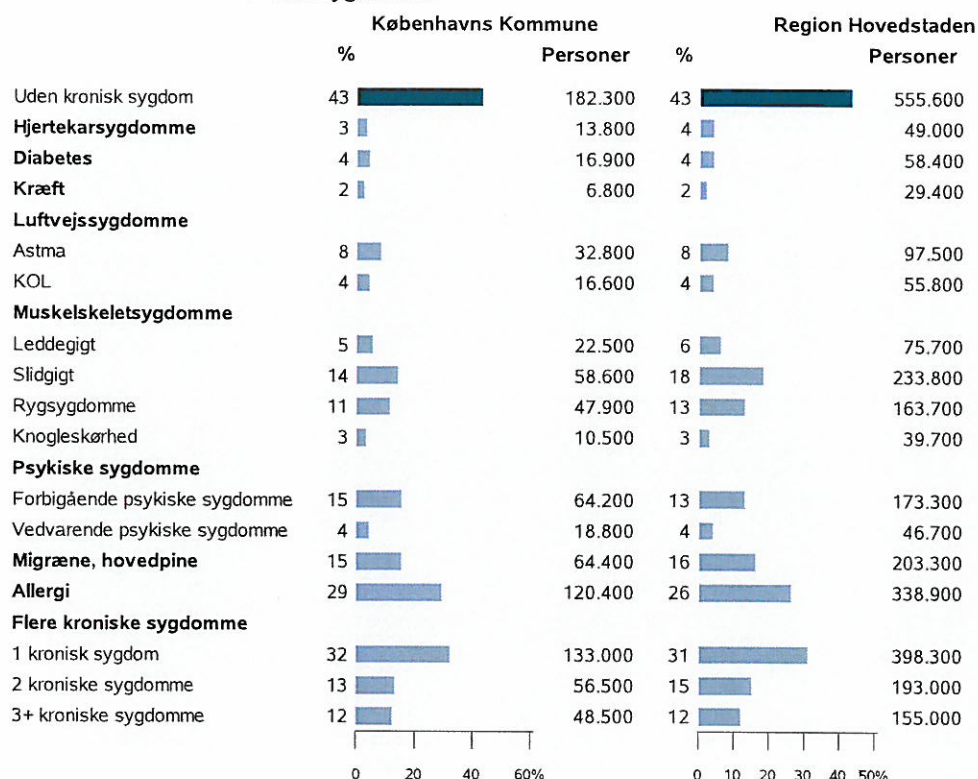
Kroniske sygdomme er blandt de fleste borgere ikke umiddelbart livstruende, men kan medføre begrænsninger i hverdagen i form af f.eks. funktionstab, nedsat livskvalitet og social isolation. Borgere med kroniske sygdomme er den patientgruppe, der optager flest ressourcer i sundhedsvæsenet. Der stilles derfor store krav til sundhedsvæsenets håndtering af disse borgere både i regionerne og kommunerne.

Den akutte behandling og den efterfølgende kontrol og behandling af mange kroniske sygdomme er blevet markant forbedret i løbet af de seneste 10-20 år. Dette medfører, at flere overlever længere med kronisk sygdom, og dermed stiger forekomsten af de kroniske sygdomme i befolkningen. Man må samtidig forvente, at der i takt med denne udvikling også vil være en større andel af borgere, der lever med flere kroniske sygdomme.

5.1 Forekomsten af kroniske sygdomme

I Københavns Kommune lever 43 % af borgerne uden kronisk sygdom. Hver tredje borger har én kronisk sygdom, mens mere end hver 10. borger – svarende til 48.500 personer – lever med tre eller flere kroniske sygdomme. De hyppigste sygdomme er allergi, forbigående psykiske sygdomme, migræne/hovedpine og slidgigt (tabel 5.1).

Tabel 5.1 Forekomsten af kroniske sygdomme



5.2 Kroniske sygdomme og sundhedsadfærd

Mange af de kroniske sygdomme hænger sammen med sundhedsadfærd. Ændring af sundhedsadfærd er derfor en vigtig komponent i rehabiliteringen og behandlingen af flere af de kroniske sygdomme, og en hensigtsmæssig sundhedsadfærd er afgørende for prognosen.

Som beskrevet i kapitel 2 ryger 21 % af borgerne i Københavns Kommune, 32 % har en risikabel alkoholadfærd, 9 % spiser en meget usund kost, og 26 % er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen (tabel 5.2).

Ryging: For størsteparten af de kroniske sygdomme er der en større andel af dagligrygere end i befolkningen generelt. Rygning er især udbredt blandt borgere med KOL og vedvarende psykiske sygdomme. Hver anden borger med KOL ryger.

Alkohol: Blandt borgere med vedvarende psykiske sygdomme er der mange, som har en risikabel alkoholadfærd sammenlignet med befolkningen generelt. Omvendt er andelen den samme eller en anelse mindre for de fleste andre kroniske sygdomme.

Kost: Andelen af borgere, der spiser meget usundt, er større blandt borgere med kroniske sygdomme sammenlignet med befolkningen generelt. Blandt borgere med KOL spiser mere end en femtedel af borgerne meget usundt, hvilket er over dobbelt så mange som i befolkningen generelt.

Fysisk aktivitet: Der er en større andel af borgere med kronisk sygdom, som ikke er fysisk aktive 30 minutter om dagen sammenlignet med befolkningen generelt. Denne sammenhæng kan dels skyldes, at kroniske sygdomme gør det vanskeligt at være fysisk aktiv, og dels at mangel på fysisk aktivitet medvirker til udviklingen af nogle kroniske sygdomme. Omtrent halvdelen af borgerne med KOL, diabetes eller hjertekarsygdomme er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen.

Flere kroniske sygdomme: Andelen af borgere, som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til rygning, kost og fysisk aktivitet, stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger, mens der ikke er nogen klar sammenhæng mellem antallet af kroniske sygdomme og forekomsten af risikabel alkoholadfærd.

Tabel 5.2 Borgere med kronisk sygdom, som ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger

	Ryger		Risikabel alkoholadfærd		Meget usunde kostvaner		Fysisk inaktiv	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Københavns Kommune	21	89.600	32	133.100	9	36.200	26	111.100
Hjertekarsygdomme	27	3.600	24	2.900	14	1.700	50	6.100
Diabetes	24	3.900	24	3.700	10	1.600	50	7.400
Kræft	19	1.200	30	1.900	13	800	47	2.900
KOL	51	8.100	32	5.000	22	3.300	52	7.700
Slidgigt	26	14.800	28	15.400	13	6.800	44	23.400
Rygsygdomme	31	14.700	28	12.800	14	6.400	39	17.900
Forbigående psykiske sygdomme	32	20.000	33	19.900	11	6.400	34	21.200
Vedvarende psykiske sygdomme	38	7.000	38	6.400	13	2.300	46	7.900
Flere kroniske sygdomme								
1 kronisk sygdom	21	26.900	31	39.900	8	10.500	24	31.200
2 kroniske sygdomme	23	12.600	32	17.300	12	6.300	34	18.300
3+ kroniske sygdomme	32	15.000	28	12.800	13	5.800	47	20.500

6 Sexsygdomme

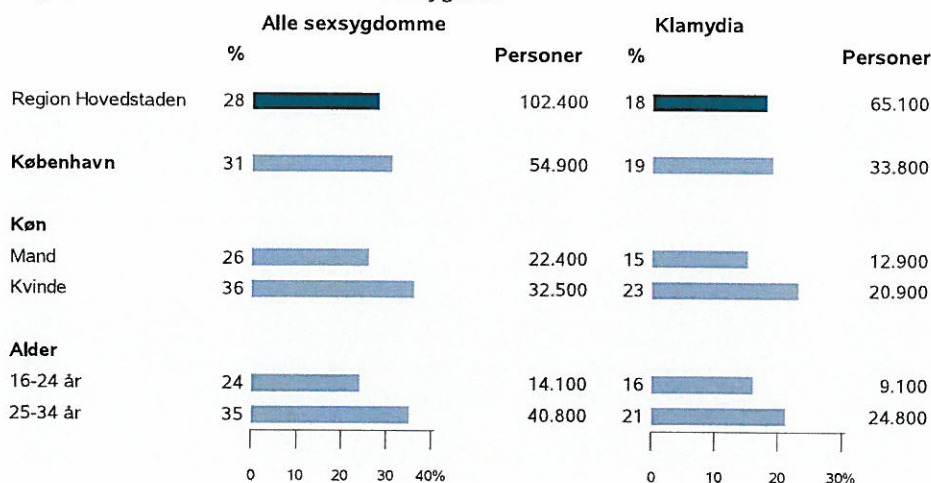
Sexsygdomme kan være meget ubehagelige og svære at slippe af med, og for mange unge er sygdommene en psykisk belastning. Klamydia kan derudover medføre underlivsbetændelse, ufrivillig barnløshed, graviditet uden for livmoderen og kroniske underlivssmerter. Sundhedsstyrelsen vurderer, at tusindvis af tilfælde af sexsygdomme ikke identificeres, fordi en stor del af infektionerne forløber uden symptomer. De mange symptomløse borgere øger risikoen for, at andre smittes. Undersøgelser tyder på, at de unge ikke ved, hvor stor risikoen er ved at dyrke ubeskyttet sex (www.sst.dk).

Opgørelserne i dette afsnit gælder kun for borgere i alderen 16-34 år, da spørgsmålene om seksuel sundhed kun er stillet til denne aldersgruppe.

I Københavns Kommune har 31 % af de unge – svarende til 54.900 personer – fået konstateret én eller flere seks sygdomme (tabel 6.1). Klamydia er den mest udbredte seks sygdom, 19 % af de unge har fået konstateret klamydia.

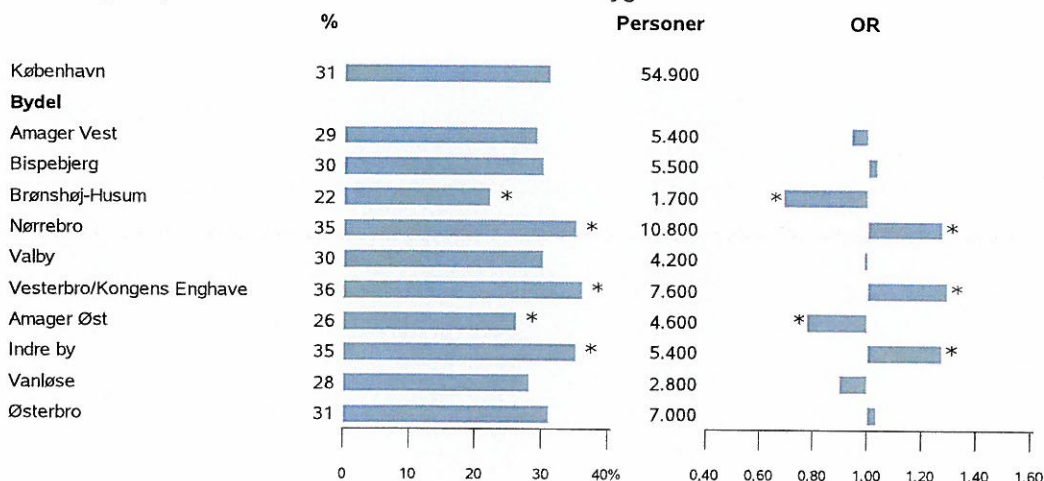
En større andel af kvinderne har fået konstateret seks sygdomme, herunder klamydia, sammenlignet med mænd. Dette er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med, at seks sygdomme er mere udbredt blandt kvinder end mænd. Det kan skyldes, at kvinder er mere tilbøjelige til at blive undersøgt for seks sygdomme. En større andel af de ældre unge har fået konstateret en seks sygdom sammenlignet med de helt unge. Dette er forventeligt, da denne gruppe har været seksuelt aktive i længere tid.

Tabel 6.1 Unge, som har fået konstateret en seks sygdom



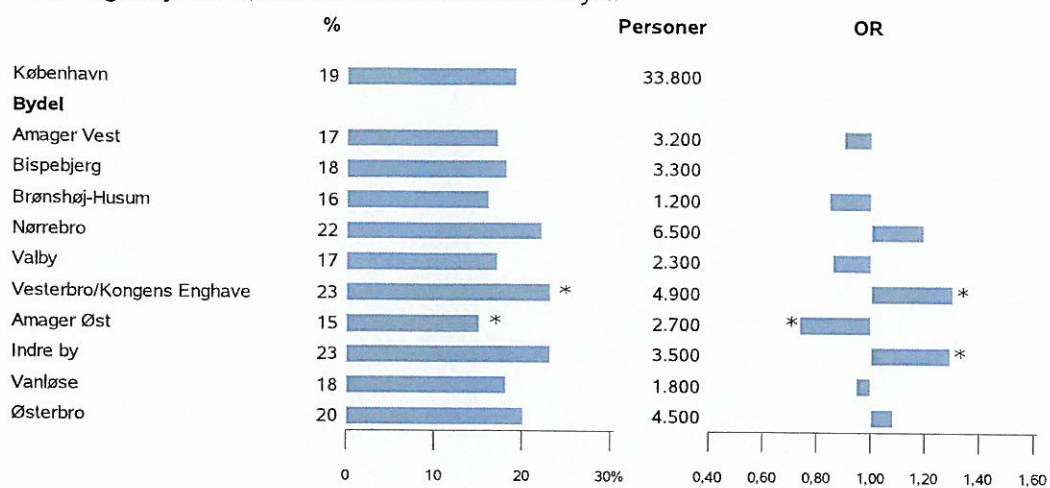
Den største andel af unge, der har fået konstateret en seks sygdom, findes i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave med 36 %, mens den laveste andel af unge, der har fået konstateret en seks sygdom, findes i Brønshøj-Husum med 22 % (tabel 6.2). Tilsvarende varierer andelen af unge, der har fået konstateret klamydia, fra 15 % i bydelen Amager Øst til 23 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave (tabel 6.3). Der er ingen tydelig social gradient i andelen af unge, som har fået konstateret en seks sygdom, herunder klamydia, mellem kommunens bydele.

Tabel 6.2 Unge i bydelene, som har fået konstateret en seks sygdom



* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen

Tabel 6.3 Unge i bydelene, som har fået konstateret klamydia



* Stjernen angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra gennemsnittet i kommunen



Til Sundheds- og Omsorgsudvalget

15-03-2011

Kommende sager omdelt på mødet den 17. marts 2011

Sagsnr.
2011-6449

Oversigten er omdelt på mødet den 17. marts 2011.
Der tages forbehold for ændringer.

Dokumentnr.
2011-135018

Sagsbehandler
Clara Dawe

Sundheds – og Omsorgsudvalgets møde den 7. april 2011

1. Godkendelse af sundhedspolitikken - 2. behandling
2. Reformprogram – aktiv hele livet
3. Budget 2012 - 2. behandling
4. Regnskab 2010
5. Opfølgning på Sundheds – og Omsorgsforvaltningens kvalitetsmål i 2011
6. Fællesindstilling med SOF - overflytning af ældreboliger Engholm Syd
7. Fællesindstilling med SOF - overflytning af ældreboliger Bjergvænget
8. Implementering af Københavns Kommunes nye inklusionspolitik
9. Mål og indsatsområder for udvikling af plejebolig- og hjemmeplejeområdet
10. Plan for seksuel sundhed 2012-2014
11. Udgifter til kronisk syge i København
12. Fællesindstilling med alle forvaltninger vedr. omorganisering af udbud og indkøb af el- og brintbiler
13. Studietur til Japan - program
14. Høring til kommuneplan

Sundheds- og Omsorgsudvalgets møde den 28. april 2011

Sundheds – og Omsorgsudvalgets møde d. 19. maj

1. Bevillingsmæssige ændringer
2. Foreløbigt regnskab - aprilprøgnose 2011

Sekretariatet - Rådhus

Rådhuset, stuen vær 83
1599 København V

Telefon
3366 2488

E-mail
yw30@suf.kk.dk

www.kk.dk