

SUNDE KØBENHAVNERE I ALLE ALDRE



UDKAST TIL

Københavns Kommunes Sundhedspolitik 2006–10

INDHOLDSFORTEGNELSE

- 1 Sundhedspolitik for Københavns Kommune side 2
 - Indledning* side 2
 - Sundhedspolitikens opbygning* side 3
- 2 Københavnerens sundhed side 4
- 3 Vision, overordnede mål og principper side 6
 - Tværgående principper for sundhedsindsatsen i København* side 7
 - Strategiske mål for sundheden i Københavns Kommune* side 9
- 4 Fra politik til handling side 10
 - Handleplaner* side 10
 - Evaluerings* side 10
- 5 Sund livsstil side 11
 - Strategiske mål for børns og unges livsstil* side 11
 - Strategiske mål for voksnes livsstil* side 13
 - Strategiske mål for ældres livsstil* side 15
- 6 Sundt arbejdsliv side 17
- 7 Etniske minoriteters sundhed side 19
- 8 Social ulighed i sundhed side 22
- 9 Sundt bymiljø side 25
- 10 Rehabilitering side 27
- 11 Misbrug side 29
- 12 Forskning i sundhed side 31



I · SUNDHEDSPOLITIK FOR KØBENHAVNS KOMMUNE

Indledning

Københavns Kommune arbejder for at fremme københavnernes sundhed. Med denne sundhedspolitik fortsætter og målretter Københavns Kommune den nuværende indsats og viser retningen for de nye sundhedsopgaver, som kommunen overtager med kommunalreformen d. 1. januar 2007. Sundhedspolitikken opstiller målene for den kommunale sundhedsindsats og skal være med til at sikre, at hele kommunen arbejder i samme retning for at fremme borgernes sundhed.

Hvad er sundhed?

Sundhed handler om fysisk, psykisk og socialt velvære og om at have ressourcer til at leve det liv, man har lyst til. Københavns Kommune lægger sig op ad WHO's definition af sundhed som er: „En tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom og svækkelse“ (WHO, 1998). Københavneres sundhed påvirkes af en lang række faktorer, som fx livsstil, socialt netværk, beskæftigelse, sundhedsvæsenets kvalitet og generelle socioøkonomiske og miljømæssige forhold i samfundet. Mange af de faktorer kan Københavns Kommune være med til at påvirke ved at indtænke sundhed i kommunens tiltag på tværs af forvaltningerne og i de enkelte kommunale institutioner.

De fleste københavnere har i løbet af livet tæt kontakt til kommunens institutioner og fritidstilbud. Kommunens institutioner er derfor oplagte steder for initiativer, der kan fremme borgernes sundhed. Men også i byplanlægningen, i tilrettelæggelsen af uddannelsessystemet og i beskæftigelsesindsatsen skal sundhed indgå, så københavnere får de bedste muligheder for at leve et sundt liv. Arbejdet med at forbedre københavnernes sundhed kræver et samarbejde mellem borger, civilsamfund og kommune og et samarbejde på tværs af forvaltningerne.

Borgerrettet og patientrettet forebyggelse

Københavns Kommune har i mange år prioriteret forebyggelse og sundhedsfremme højt og arbejder allerede systematisk med den borgerrettede forebyggelse. Borgerrettet forebyggelse er primært rettet mod den raske del af befolkningen og skal forebygge, at sygdom opstår. Siden 1988 har København haft status som WHO Sund By. Som Sund By forpligter byen sig til at arbejde med sundhed på tværs af sektorer med vægt på forebyggende miljøer og borgerinddragelse.



Den patientrettede forebyggelse er rettet mod borgere, der har en sygdom, og skal forhindre, at sygdommen udvikler sig yderligere. Med kommunalreformen får kommunen nye opgaver inden for den patientrettede forebyggelse. Københavns Kommunes sundhedspolitik afspejler, at kommunen både har et ansvar i forhold til borgerrettet og patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme.

Sundhedspolitikken afløser Københavns Kommunes Folkesundhedsplan 2001–2005, som redegjorde for kommunens strategi i forhold til den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme. Sundhedspolitikken ligger i forlængelse af målene i den nationale sundhedspolitik, hvor de overordnede mål handler om længere levetid, højere livskvalitet og reduktion af den sociale ulighed i sundhed.

Sundhedspolitikens opbygning

Sundhedspolitikken er opbygget sådan, at der indledningsvis gives en kort status for københavnernes sundhed, hvorefter kommunens vision, overordnede mål og principper på sundhedsområdet beskrives. Dernæst følger en beskrivelse af de otte fokusområder, der i de næste fire år vil være særlig vægt på i den kommunale sundhedsindsats. For hver af sundhedspolitikens otte fokusområder er der opstillet en række strategiske mål, som Københavns Kommune vil arbejde målrettet på at opfylde i de kommende fire år. Under hvert fokusområde er der endvidere opstillet en række målepunkter, som er de mest centrale indikatorer for, om de opstillede strategiske mål på fokusområdet er blevet opfyldt ved sundhedspolitikens udløb.

Sundhedspolitikken er en strategisk plan for sundhedsområdet. Sundhedspolitikens strategiske mål bygger på forskellige arbejdsgruppers bidrag. Alle kommunens forvaltninger samt enkelte eksterne ressourcepersoner har deltaget i disse arbejdsgrupper.

I efteråret 2006 begynder arbejdet med at omsætte den strategiske plan i en række handleplaner, hvor det bliver beskrevet, hvilke indsatser der konkret skal iværksættes inden for de respektive fokusområder.



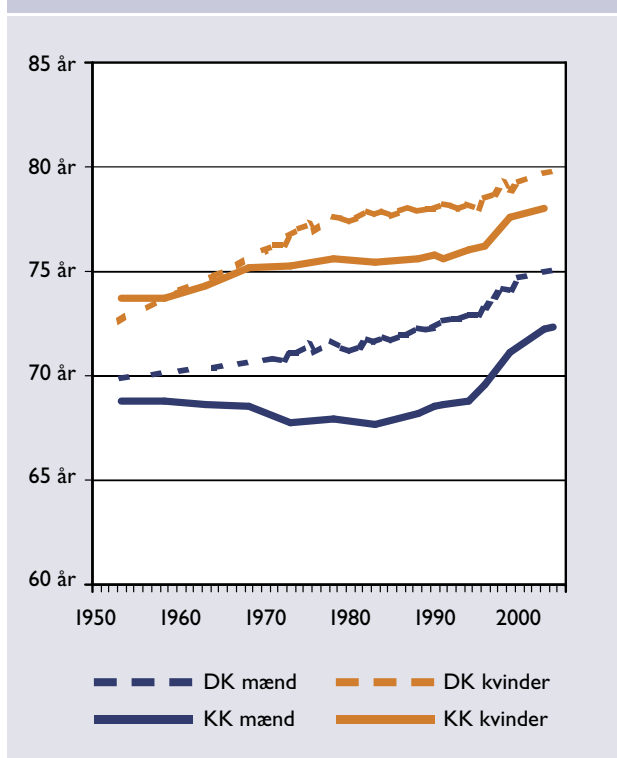
2 · KØBENHAVNERNES SUNDHED

København er en storby med mange udfordringer, når det gælder borgernes sundhed. Det generelle billede er, at københavnere er mindre sunde end befolkningen i resten af landet (figur 1).

Middellevetiden for kvinder i København er 78,0 år, mens landsgennemsnittet er 79,9 år. For mænd er middellevetiden 72,2 år mod 75,2 år i hele landet. I København er der store forskelle i middellevetid mellem de forskellige bydele. Fx er middellevetiden på Indre Nørrebro ca. 69 år, mens den på Indre Østerbro er ca. 76 år. Disse forskelle hænger bl.a. sammen med forskelle i borgernes uddannelse, indkomst og etniske oprindelse. Middellevetiden er steget siden midten af 1990'erne, især for mændenes vedkommende, som det fremgår af figur 1.

Trods den positive udvikling halter København og Danmark dog stadig bagefter de fleste andre europæiske hovedstæder og lande. De sidste ti år har udviklingen i middellevetiden i København været den samme som i de andre nordiske storbyer. København har dog stadig et efterslæb, fordi udviklingen i middellevetiden fra 1950'erne til 1995 har været meget lille. Fx har København stadig et efterslæb i middellevetiden i forhold til Stockholm, idet middellevetiden i København er 4,5 år lavere end i Stockholm.

Figur 1. Middellevetiden for mænd og kvinder i Københavns Kommune og Danmark. 1950–2004.



Den sociale ulighed i sundhed er markant, når man ser på sundhedstilstanden i København. Som det fremgår af tabel 1, kan 30-årige mænd i København med en lang uddannelse forvente at leve 7,4 år længere end 30-årige mænd med kort uddannelse. For kvinder er forskellen 4,8 år for 30-årige med henholdsvis lang og kort uddannelse. Ikke alene er restlevetiden længere, borgere med lang uddannelse har også færre leveår med dårligt helbred end borgere med kort uddannelse. En forøgelse af middellevetiden er således ikke nok i sig selv. Der er behov for at fokusere på den sociale ulighed i sundhed og på, at alle københavnere får flere leveår med godt helbred.

Tabel 1. Forventet restlevetid for en 30-årig i Københavns Kommune år 2000 totalt, og med mindre godt selv vurderet helbred. *Brønnum-Hansen et al : Ugeskr Læger 2005;167:166-8*

	Mænd		Kvinder	
	Forventet restlevetid totalt	Forventet restlevetid med mindre godt helbred	Forventet restlevetid totalt	Forventet restlevetid med mindre godt helbred
Lang uddannelse	46,2 år	12,7 år	50,6 år	14,2 år
Mellem uddan.	42,3 år	13,8 år	48,9 år	17,8 år
Kort uddannelse	38,8 år	16,8 år	45,8 år	20,6 år

BEGREBSAFKLARING

Forebyggelse:	Forebyggelse handler om at hindre, at sygdom opstår, og at forhindre yderligere forværring af sygdomme, når de er opstået.
Sundhedsfremme:	Ved sundhedsfremme er fokus flyttet fra sygdomsårsagerne til det, der fremmer den enkeltes sundhed, og hvordan borgernes ressourcer og handlemuligheder kan styrkes.
Borgerrettet forebyggelse:	Borgerrettet forebyggelse er primært rettet mod raske borgere med det mål at forebygge, at sygdom opstår.
Patientrettet forebyggelse:	Patientrettet forebyggelse er rettet mod borgere med erkendt sygdom og vil ofte have karakter af optimering af behandling og rehabilitering.
Social ulighed i sundhed:	Med social ulighed i sundhed menes de systematiske forskelle i sundhed mellem grupper i samfundet, som skyldes socio-økonomiske forskelle.



3 · VISION, OVERORDNEDE MÅL OG PRINCIPPER

Politikerne i Københavns Kommune har vedtaget en vision på sundhedsområdet, som kommunen på lang sigt vil leve op til. Som et skridt på vejen mod visionen har politikerne vedtaget tre overordnede mål, som Københavns Kommune skal nå i løbet af de næste ti år.

VISION

København placerer sig i toppen blandt europæiske storbyer, når det gælder borgernes sundhed – uanset social status og etnisk baggrund.

Det betyder, at disse overordnede mål skal være opfyldt i løbet af ti år:

- Københavnernes middellevetid er steget mere end landsgennemsnittet.
- Den længere middellevetid har givet københavnere flere leveår med godt helbred.
- Den sociale ulighed i sundhed blandt københavnere er mindsket betydeligt.

Billedet af København som en af de mest usunde byer i Europa skal ændres, både hvad angår middellevetid, livsstil og social ulighed i sundhed. Visionen er, at København skal blive en storby i den europæiske top, når det handler om borgernes sundhed og en ligelig fordeling af sundhed i befolkningen uanset social status og etnisk baggrund. Dette er en ambitiøs vision, idet effekten af forebyggende og sundhedsfremmende indsatser først slår igennem på lang sigt. Visionen skal derfor ses som et pejlemærke. For at arbejde målrettet hen imod denne vision er der opstillet tre overordnede tiårige mål, som er retningsgivende for, om København nærmer sig visionen.

Det første overordnede mål handler om, at middellevetiden i København skal stige. Middellevetiden i København er ca. 2,5 år lavere end i resten af landet. Denne forskel skal udlignes, så København kommer på niveau med resten af landet. I de sidste ti år er middellevetiden i København steget mere end landsgennemsnittet. Denne tendens skal fastholdes og styrkes i fremtiden. Men det er ikke nok, at middellevetiden stiger. Det skal også være gode år, der lægges til livet, så københavnere lever et længere liv uden sygdom. Derfor handler det andet overordnede mål om, at stigningen i middellevetiden skal give borgeren flere leveår med et godt helbred og med fravær af sygdom.



Det tredje overordnede mål handler om at mindske den sociale ulighed i sundhed, så der ikke som i dag eksisterer markante sociale forskelle i sundhed i København.

Tværgående principper for sundhedsindsatsen i København

Sundhedspolitikken i København bygger på seks principper, som er grundlæggende for alle de indsatser, der skal sættes i gang for at forbedre københavnernes sundhed.

- 1 Alle københavnere har ret til forebyggelse.
- 2 Kommunen samarbejder på tværs i kommunen om borgernes sundhed.
- 3 Kommunen vurderer alle sundhedsindsatsers bidrag til at udligne den sociale ulighed i sundhed.
- 4 Borgernes sundhed er et fælles ansvar for borgeren, familien, civilsamfundet og det offentlige.
- 5 Kommunen arbejder for at påvirke den regionale og nationale dagsorden med henblik på at give borgerne gode rammer for et sundt liv.
- 6 Kommunens indsatser på sundhedsområdet bygger på dokumenteret viden om metoder og effekter.

1. Alle københavnere har ret til forebyggelse

Princippet bygger på, at borgerne skal have ret til forebyggende tilbud, ligesom de har ret til behandling. Retten til forebyggelse gælder, hvor kommunen vurderer, at der er behov samt dokumentation for, at forebyggelsen virker. Dette gælder fx tilbud om rygeafvænning, forebyggelse af fald blandt ældre samt tilbud om rehabilitering til kronisk syge. Princippet betyder, at borgerne har ret til forebyggelsestilbud inden for de politisk vedtagne rammer. Der vil stadig være en politisk prioritering af, hvilke tilbud borgerne kan forvente. At alle københavnere har ret til forebyggelse indebærer ligeledes, at borgere med særlige behov, fx borgere, der benytter tegnsprog og blindskrift, skal have tilbudt hjælp i forbindelse med modtagelse af sundhedstilbud.

2. Kommunen samarbejder på tværs af sektorer

For at sikre borgerne de bedst mulige rammer for et sundt liv skal kommunen samarbejde på tværs af forvaltninger. I forhold til den borgerrettede forebyggelse har fx daginstitution-



ner og skoler stor mulighed for at påvirke børns og unges sundhed, og som arbejdsgiver har kommunen også mulighed for at skabe rammer for et sundt liv for de ansatte.

3. Kommunen vurderer alle sundhedsindsatsers bidrag til at udligne den sociale ulighed i sundhed

Princippet knytter sig til det overordnede mål om at reducere den sociale ulighed i sundhed i kommunen. For at opnå dette mål skal udligningen af den sociale ulighed i sundhed tænkes ind i alle kommunens sundhedsindsatser, således at indsatserne bidrager til at reducere den sociale ulighed i kommunen.

4. Borgernes sundhed er et fælles ansvar for borgeren, familien, civilsamfundet og det offentlige

Kommunen kan ikke forbedre borgernes sundhed alene. Det må ske i et samarbejde mellem den enkelte borger, familien, netværk og frivillige foreninger samt andre offentlige aktører. Københavns Kommune har ansvar for at give borgerne muligheder for at leve et sundt liv. Borgeren har selv et ansvar for at vælge et sundt liv og har ansvar for at hjælpe sine medborgere til et sundere liv.

5. Kommunen arbejder for at påvirke den regionale og nationale dagsorden med henblik på at give borgerne gode rammer for et sundt liv

Den nationale politik og lovgivning på en række områder lige fra sundhed til skat og beskæftigelse har stor betydning for borgernes sundhedstilstand. Kommunen skal derfor arbejde for at påvirke den nationale dagsorden og lovgivning, så borgerne beskyttes mod usunde påvirkninger og får optimale muligheder for at foretage sunde valg. Kommunen har også ansvaret for at påvirke den regionale dagsorden, så borgerne får et sammenhængende sundhedstilbud på tværs af sundhedsvæsenet.

6. Kommunens indsatser på sundhedsområdet bygger på dokumenteret viden om metoder og effekter

Princippet gælder for de områder, hvor der eksisterer dokumenteret viden. Der er imidlertid mange områder, især inden for den borgerrettede forebyggelse, hvor der mangler dokumenteret viden. På disse områder skal kommunen ved at igangsætte pilotprojekter og lignende medvirke til, at der opnås ny viden.



Strategiske mål for sundheden i Københavns Kommune

For at visionen kan opfyldes, skal der arbejdes målrettet med københavnernes sundhed inden for otte fokusområder i de kommende år. Fokusområderne er:

1. Sund livsstil for henholdsvis børn og unge, voksne samt ældre
2. Sundt arbejdsliv
3. Etniske minoriteters sundhed
4. Social ulighed i sundhed
5. Sundt bymiljø
6. Rehabilitering
7. Misbrug
8. Forskning i sundhed

For hvert fokusområde er der udpeget flere strategiske mål, og der er udpeget nogle målepunkter, som skal vise, om målene opnås. Målene er fireårige. Det vil sige, at hvis ikke andet er anført, skal de være opnået ved udgangen af 2010.



4 · FRA POLITIK TIL HANDLING

Handleplaner

Som nævnt indledningsvis er sundhedspolitikken en strategisk plan for sundhedsområdet. I efteråret 2006 begynder arbejdet med at omsætte politikken til virkelighed ved hjælp af en række handleplaner. Der nedsættes arbejdsgrupper, som skal omsætte de strategiske mål og målepunkter under hvert fokusområde i sundhedspolitikken til handleplaner, hvor det beskrives, hvilke indsatser der konkret skal iværksættes. Arbejdsgrupperne sammensættes, så alle relevante forvaltninger er repræsenteret.

Arbejdsgrupperne får også ansvaret for at komme med et forslag til, hvordan den enkelte handleplan finansieres. Det vil sige, hvor mange af indsatserne der kan gennemføres som en del af den almindelige drift og udvikling, og hvor mange indsatser der kræver ekstra finansiering.

Evaluering

Ved sundhedspolitikens udløb i 2010 skal politikken evalueres for at se, om politikkens fireårige mål er blevet opfyldt. Herefter skal der udarbejdes nye fireårige mål, som skal bidrage til at indfri de overordnede tiårige mål.

Ved udgangen af 2008 eller i starten af 2009 skal der endvidere foretages en midtvejsevaluering for at sikre, at opfyldelsen af sundhedspolitikens mål går i den rigtige retning. Evalueringsplanen for sundhedspolitikken vil blive udarbejdet, i takt med at handleplanerne foreligger. Kommunen foretager allerede en række undersøgelser og overvåger sundhedsområdet. Dette vil indgå i evalueringen. Herudover vil Sundheds- og Omsorgsforvaltningen indgå i relevante samarbejder med såvel forskere som andre forvaltninger for at tilvejebringe de nødvendige data til en evaluering af sundhedspolitikken.



5 · SUND LIVSSTIL

Strategiske mål for børns og unges livsstil

- Børn og unge sikres rammer, som gør, at de trives, og at sund livsstil med mere fysisk aktivitet, sund mad, færre rygere og mindre alkohol bliver en naturlig del af hverdagen.
- Børn og unges handlekompetencer skal styrkes, så de kan træffe sunde valg og udvikle sunde vaner.

MÅLENE ER NÅET, HVIS

- andelen af børn og unge i 7. og 9. klasse, der dyrker mindst syv timers motion om ugen, er øget fra 45% til mindst 60%.
- stigningen i overvægt er mindsket betydeligt i forhold til den stigningsrate, der har været de sidste 15 år.
- antallet af børn, der har drukket sig fulde i 7. klasse, er faldet fra 24% til højst 20%.
- andelen af unge, der ryger dagligt, er reduceret, så der blandt 15-årige er et fald fra 11% til højst 7%, der ryger dagligt.
- andelen af børn og unge, som er tilfredse med det psykiske arbejdsmiljø i kommunens institutioner, stiger med mindst 10%, hver gang trivslen måles.

De fleste børn og unge i København benytter kommunens institutioner og fritidstilbud, fra de er helt små, og indtil de forlader folkeskolen. Derfor er kommunens institutioner for børn oplagte steder for initiativer, der kan påvirke børnenes og de unges sundhed. Gode og sunde rammer for børn og unges opvækst kan være med til at påvirke deres sundhedsvaner og -adfærd i positiv retning ved at give muligheder for at træffe sunde valg. De sunde rammer skabes gennem fysiske, psykiske og æstetiske tiltag og understøttes af sundhedsfremmende pædagogiske metoder.

Arbejdet med at forbedre børns og unges sundhed varetages på flere niveauer, både inden for de enkelte institutioner og på tværs af kommunens forvaltninger og sundhedssektorer. Derfor er der behov for fortsat at styrke samarbejdet og koordineringen, så der kan skabes en samlet og helhedsorienteret indsats.



Eksempler på indsatser for at opnå en sund livsstil hos børn og unge er bl.a. sikring af røg- og alkoholfrie miljøer alle steder, hvor børn og unge færdes. Det er også indsatser, der fremmer den sociale trivsel og modvirker mobning i daginstitutioner og skoler samt har fokus på betydningen af sund kost i daginstitutioner, skoler og fritidstilbud. En anden væsentlig indsats er initiativer, der øger børns og unges handlekompetence og gør dem i stand til at forstå, vurdere og gribe ind over for de forhold, der har betydning for deres sundhed og trivsel. Dertil kommer indsatser, der har mere direkte fokus på livsstil, såsom fysisk aktivitet, alkohol, rygning, kost, forebyggelse af seksuelt overførte sygdomme og forebyggelse af teenage-graviditeter.

FAKTA OM BØRNS OG UNGES LIVSSTIL I KØBENHAVN

- Rygning:** 13% af eleverne i 9. klasse ryger en eller flere gange om ugen. Der er dobbelt så mange rygere blandt elever, hvis forældre er arbejdsløse, end blandt elever, hvis forældre er i arbejde.
- Alkohol:** 47% af eleverne i 7. klasse har prøvet at drikke én genstand.
- Motion:** 45% af eleverne i 7. klasse og i 9. klasse dyrker motion mindst syv timer om ugen.
- Overvægt:** 21% af 14–16-årige piger og 14% af 14–16-årige drenge er overvægtige.
- Trivsel:** Godt hver tiende elev i 7. og 9. klasse har det kun nogenlunde eller dårligt både med klassekammerater og i skolen.



Strategiske mål for voksnes livsstil

- Voksnes livsstil skal forbedres, når det gælder rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost.
- Voksnes psykosociale sundhed skal styrkes.

MÅLENE ER NÅET, HVIS

- andelen af voksne københavnere, der ryger dagligt, er reduceret fra 28% til højst 22%.
- andelen af københavnere, der drikker mere alkohol end de anbefalede genstandsgrenser, er reduceret fra 15% til højst 10% for mænd og fra 8% til højst 5% for kvinder.
- andelen af københavnere, der er fysisk inaktive i deres fritid, er reduceret fra 16% til højst 13%, og andelen af københavnere, der følger de officielle anbefalinger om 30 minutters motion om dagen, er steget fra 39% til mindst 55%.
- der ikke er en stigning i andelen af voksne københavnere, der er fede (BMI 30+).
- andelen af københavnere, der spiser frugt flere gange om dagen, er steget fra 29% til mindst 40%, og andelen af københavnere, der spiser grønt flere gange om dagen, er steget fra 22% til mindst 30%.
- der gennemføres regelmæssig monitorering af københavnernes psykosociale sundhed, fx som led i den kommunale sundhedsprofil.

Ryging, alkohol, fysisk inaktivitet og usund kost er væsentlige årsager til sygdom hos den voksne befolkning. Tobaksrygning er den største enkelte sygdomsårsag og er ansvarlig for en stor del af den fremtidige sygdomsbyrde. Alkohol er også en væsentlig årsag til sygdomme blandt københavnere og medfører samtidig store sociale problemer for både den afhængige selv og familien. Regelmæssig motion har betydning for både fysisk og psykisk sundhed, og kosten har betydning for udvikling af en række sygdomme og udvikling af overvægt. Overvægt er et stigende problem, og der vil derfor være særlig fokus på dette.

Psykosocial sundhed er en forudsætning for et velfungerende liv og god livskvalitet. Psykosocial usundhed hænger sammen med stress, uro, angst og depression og kan have alvorlige sociale konsekvenser for den enkelte borger og familien. Der er behov for udvikling af den kommunale indsats på området.



Af eksempler på indsatser for at fremme fysisk sundhed og forebygge sygdom kan nævnes etablering af røgfrie miljøer på arbejdspladser og i det offentlige rum, etablering af alkoholpolitik på arbejdspladser, tidlig opsporing af alkoholmisbrug på tværs af sektorer og institutioner samt styrkelse af rammerne for sund kost gennem mad- og måltidspolitikker på arbejdspladser og institutioner. Eksempler på indsatser, som kommunen kan igangsætte for at forebygge psykosocial usundhed, er tiltag rettet mod ensomhed og stress, fx gennem etablering af netværk og tidlig opsporing af tilstande som stress, angst og depression.

FAKTA OM VOKSNE KØBENHAVNERES LIVSSTIL

- Rygning:** 28% af de voksne københavnere ryger dagligt. Blandt københavnere uden arbejde ryger 37%. Andelen af storrygere blandt rygerne er 49%.
- Alkohol:** 15% af mændene og 8% af kvinderne drikker over de anbefalede genstandsgrænser for alkoholforbrug. Der er ca. 19.000 alkoholafhængige i kommunen.
- Motion:** 39% af københavnere følger de officielle anbefalinger om en halv times motion om dagen. Idrætsdeltagelsen blandt højere funktionærer er næsten dobbelt så udbredt som blandt ufaglærte arbejdere.
- Kost:** 29% af københavnere spiser frugt flere gange dagligt, og 22% spiser grønt flere gange dagligt. Mens 34% af de højere funktionærer spiser frugt flere gange dagligt, er tallet 19% for ufaglærte.
- Trivsel:** 10% af de københavnske mænd og 7% af de københavnske kvinder føler sig ofte uønsket alene.



Strategiske mål for ældres livsstil

- Ældre københavnere skal være mere fysisk aktive og opleve færre fald.
- Ældres sociale netværk skal styrkes, og de ældres aktive deltagelse i samfundslivet skal fremmes.
- Svækkede ældres trivsel og sundhed skal styrkes.

MÅLENE ER NÅET, HVIS

- andelen af ældre med stillesiddende livsstil er reduceret fra 31% til 15%.
- antallet af indlæggelser på sygehus på grund af fald og forekomsten af lårbenshalsbrud og andre brud på grund af fald er reduceret med 15%.
- andelen af ældre med gode sociale netværk er steget fra 45% til 55%.
- valgdeltagelse til ældrerådene er steget fra 21% til mere end 30%.
- de ældres tilfredshed med den kommunale mad er øget fra 70% til 80%.
- 1.500 underernærede og småtspisende ældre visiteres årligt til ernæringsterapi.
- forbruget af psykofarmaka er reduceret blandt ældre på plejehjem og i hjemmeplejen.

Fysisk aktivitet og god ernæring er afgørende for ældres sundhed og trivsel. Fysisk aktivitet forebygger en række sygdomme, styrker musklerne og mindsker dermed risikoen for fald. Fald er den hyppigste ulykke blandt ældre og kan være et tidligt tegn på svækkelse af helbredet.

Sociale netværk har stor betydning for ældres velvære. Ældre, der føler sig involverede og har et godt selv vurderet helbred, har højere livskvalitet og bliver ældre end dem, der ikke føler sig involverede og har et dårligt selv vurderet helbred. Derfor er det vigtigt, at alle ældre får mulighed for at indgå i meningsfulde netværksskabende aktiviteter i nærmiljøet.

En målrettet ernæringsindsats giver bedre livskvalitet og trivsel hos småtspisende og undervægtige ældre. Endvidere kan de ældre ved en bedre ernæring forbedre og vedligeholde deres funktionsevner og handlekompetencer. Det betyder, at tidspunktet, hvor de ældre bliver afhængige af hjælp fra hjemmeplejen, får behov for en plejehjemsplads eller indlæggelse på sygehus, kan udskydes. Ud over ernæringsterapi til de hårdest ramte



småtpisende ældre, skal kvaliteten af den kommunale mad til ældre endvidere generelt øges, eksempelvis gennem etablering af et københavnsk madhus.

En mindre gruppe ældre københavnere har brug for særlig støtte i dagligdagen på grund af alvorlige tab i deres fysiske eller psykiske funktionsevne. Det drejer sig om 15–20% af de ældre københavnere, hvoraf mange bor i ældreboliger og plejeboliger. Særlige problemstillinger for denne gruppe er et stort forbrug af psykofarmaka, fysisk inaktivitet og underernæring.

Eksempler på indsatser, der kan fremme de ældres sundhed, er etablering af partnerskaber med frivillige aktører, fx fitnesscentre, for at fastholde de ældre i fysiske aktiviteter samt en målrettet informationsstrategi med oplysning om fald, og hvordan fald undgås. Af eksempler på indsatser som kan styrke de ældres sociale netværk er større inddragelse af ældre i aktiviteter og i tiltag i nærområdet samt udvikling af brugerdemokratiet i klubber og organisationer.

FAKTA OM ÆLDRE KØBENHAVNERES LIVSSTIL

- Motion:** Blandt ældre københavnere har 31% en stillesiddende livsstil.
Over 70% af de ældre med dårligt helbred vil gerne røre sig mere.
- Fald:** Omkring hver tredje borger over 65 år oplever mindst ét fald om året.
Lårbensbrud er en konsekvens af fald. Kun 30% af de ældre, der havde normal gangfunktion før et lårbensbrud, opnår samme fysiske funktionsevne efterfølgende.
- Kost:** Mere end 50% af de ældre, som indlægges på hospital fra eget hjem, er undervægtige og småtpisende på indlæggelsestidspunktet.
- Trivsel:** Blandt de ældre københavnere, der vurderer deres helbred som dårligt eller virkelig dårligt, har kun 26% et godt netværk.



6 · SUNDT ARBEJDSLIV

Strategiske mål

- Alle kommunale arbejdspladser skal skabe sunde og attraktive rammer for de ansatte med fokus på livsstil, arbejdsmiljø og arbejdspladsens sociale ansvar.
- Viden om effekten af sundhedsindsatsen på alle private og offentlige arbejdspladser i København skal udvikles gennem systematisk dokumentation og evaluering.

MÅLENE ER NÅET, HVIS

- alle kommunens arbejdspladser har udarbejdet årlige handleplaner for et sundt arbejdsliv som del af arbejdspladsernes årsplaner, virksomhedsplaner m.m. senest i 2009.
- der er udviklet værktøjer til dokumentation og evaluering af sundhedsindsatsen på arbejdspladserne i København senest ved udgangen af 2007.
- der er udarbejdet et udvidet Personalepolitisk Regnskab for Københavns Kommune, der indeholder data om medarbejdernes sundhed.
- kommunens medarbejdersammensætning afspejler Københavns Kommunes befolkningssammensætning i forhold til etnicitet og uddannelsesmønster (mål fra integrationspolitikken, 2006).
- udstødning fra kommunens arbejdspladser forårsaget af sygefravær er reduceret betydeligt.

Arbejdet har stor betydning for københavnere og er med til at skabe den enkeltes identitet og er afgørende for livskvaliteten. De fleste voksne tilbringer meget tid på arbejdspladsen, der for mange også udgør et vigtigt socialt netværk. Arbejdspladsen er derfor et oplagt sted at tage fat, når sundheden i den voksne befolkning skal fremmes. Sundhedsindsatsen på arbejdspladser skal være en sammenhængende indsats, der fokuserer på alle de faktorer, der i arbejdslivet har betydning for den enkeltes sundhed og trivsel: livsstil, arbejdsmiljø og arbejdspladsens sociale ansvar.

Københavns Kommunes mulighed for at sikre ansatte sunde og attraktive rammer på arbejdspladsen afhænger af, om der er tale om kommunens egne arbejdspladser eller om



private og andre offentlige arbejdspladser i København. I forhold til kommunens egne ansatte har kommunen et arbejdsgiveransvar, som giver mulighed for – og en forpligtelse til – at tage beslutning om de ansattes rammer på arbejdspladsen. I forhold til ansatte på andre arbejdspladser i København kan kommunen tilbyde rådgivning og information.

Der er behov for at sikre en effektiv monitorering af effekten af de indsatser, der gennemføres for at øge sundhed og trivsel på arbejdspladserne. På nuværende tidspunkt findes der meget lidt samlet viden, som dokumenterer sundhedstilstanden på kommunens arbejdspladser. Et centralt indsatsområde er derfor at udvikle værktøjer til at monitorere sundhedstilstanden på arbejdspladserne.

Eksempler på sundhedsfremmende indsatser på arbejdspladsen er udarbejdelse af sundhedspolitikker. En sundhedspolitik sætter dagsordenen for, hvordan arbejdspladsen arbejder med at skabe sunde og attraktive rammer for de ansatte både i forhold til livsstil, arbejdsmiljø og socialt ansvar. På livsstilsområdet kan det være udbyggede tilbud om rygestop, motionsaktiviteter og alkoholbehandling. Andre eksempler er indsatser, der kan reducere de sociale konsekvenser af sygdom, fx ansættelse af medarbejdere på særlige vilkår, og indsatser, der forebygger, at langtidssygemeldte medarbejdere udstødes fra arbejdsmarkedet.

FAKTA OM SUNDHED PÅ ARBEJDSPLADSEN

Arbejdsmiljø:	Halvdelen af de erhvervsaktive københavnere oplever, at deres arbejdspresser er passende, mens en tredjedel oplever, at arbejdspresset er lidt for højt, og 14%, at det er alt for højt.
Arbejdsfastholdelse:	57% af de sygemeldte erhvervsaktive i Københavns Kommune forbliver efter endt sygdom i arbejde. 64% af de sygemeldte med erhvervsuddannelse forbliver i arbejde, mens 25% af de sygemeldte uden erhvervsuddannelse forbliver i arbejde.
Livsstil:	57% af virksomhederne i hovedstadsregionen har sundhedsfremmeordninger på fire af de fem områder: kost, motion, rygning, alkohol og stress.



7 · ETNISKE MINORITETERS SUNDHED

Strategiske mål

- Livsstilen blandt etniske minoriteter skal forbedres, når det gælder rygning, kost, fysisk aktivitet, reproduktiv sundhed og tandsundhed.
- Etniske minoriteters deltagelse i sociale netværk skal fremmes.

MÅLENE ER NÅET, HVIS

- andelen af børn og unge i 7. og 9. klasse med anden etnisk baggrund, der dyrker mindst 3½ times motion om ugen, er øget fra ca. 75% til 85% blandt drengene og fra ca. 45% til 60% blandt pigerne.
- andelen af børn og unge i 7. og 9. klasse med anden etnisk baggrund, der dagligt drikker sodavand, er faldet fra ca. 35% til 25%.
- andelen af dagligrygere blandt etniske minoritetsgrupper er reduceret fra 48% til højst 36%.
- andelen af borgere med anden etnisk baggrund end dansk med stillesiddende fritidsaktiviteter er reduceret fra 58% til højst 30%.
- andelen af borgere med anden etnisk baggrund end dansk, der ofte er uønsket alene, er reduceret til fra 23% til højst 15%.
- forebyggende hjemmebesøg tilbydes ældre med anden etnisk baggrund end dansk, fra de er 60 år

Hver syvende borger i København er enten indvandrer eller efterkommer af indvandrere fra ikke-vestlige lande, herefter kaldet etniske minoriteter. Sundhedstilstanden blandt visse etniske minoritetsgrupper er dårligere end blandt etnisk danske borgere. Dog er der stor variation mellem de enkelte etniske grupper og også inden for grupperne. Den dårligere sundhedstilstand er ofte forbundet med dårligere sociale vilkår på grund af mindre uddannelse, arbejdsløshed og lavere indkomst. Blandt indvandrere i aldersgruppen 16–66 år står 46% uden for arbejdsstyrken, mens det samme tal for etniske danskere er 23% og for efterkommere af indvandrere 35%. Kulturelle og genetiske forskelle har dog også betydning.



De mål, der er for etniske minoriteters sundhed i sundhedspolitikken, er også en del af integrationspolitikken. Indsatsen over for etniske minoriteters sundhed skal ses i tæt sammenhæng med integrationspolitikken, og især beskæftigelsesindsatsen er vigtig for indsatsen på sundhedsområdet.

For de enkelte aldersgrupper er der særlige udfordringer. Ensomhed og manglende kontakt med omverdenen er fx særlig udbredt blandt ældre etniske minoriteter uden for arbejdsmarkedet. Endvidere tyder det på, at borgere med anden etnisk baggrund end dansk føler sig tidligere ældre end etniske danske. Hårdt fysisk arbejde i oprindelseslandet og et hårdt liv med flugt og migration sætter sig spor. Derfor skal forebyggende hjemmebesøg tilbydes ældre med anden etnisk baggrund fra de er 60 år og målrettes de, der har særligt behov for det. Et pilotprojekt skal igangsættes for at identificere de borgere med anden etnisk baggrund, som har behov for et sådant tilbud.

I planlægningen af forebyggende indsatser skal der tages stilling til, om tilbuddet matcher den sproglige og kulturelle mangfoldighed blandt københavnere. Hvis det ikke er tilfældet, skal tilbuddet tilpasses, eller der skal udvikles alternative, målrettede tilbud til etniske minoriteter. I forhold til etniske minoriteters sundhedsadfærd er der især behov for en målrettet indsats i forhold til rygning, kost, fysisk aktivitet, tandsundhed og reproduktiv sundhed. Ved reproduktiv sundhed forstås forebyggelse af hiv/aids, seksuelt overførbare sygdomme og uønskede graviditeter.

Eksempler på indsatser for at forbedre sundhedstilstanden blandt etniske minoriteter er fx målrettede forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i udsatte boligområder og sundhedsformidling gennem formidlere fra etniske minoriteter. Andre eksempler er mulighed for kønsopdelte trænings- og badefaciliteter i motionstilbud og etablering af besøgs-ordning, hvor både besøgere og besøgte i netværket også omfatter personer fra etniske minoriteter.



FAKTA OM ETNISKE MINORITETERS SUNDHED

Rygning: Blandt tyrkiske borgere i København ryger 47% dagligt.
Blandt københavnere generelt ryger 28% dagligt.

Motion: Over halvdelen af tyrkiske borgere i København har stillesiddende fritidsaktiviteter. Blandt etnisk danske er andelen mindre end hver femte.

Blandt piger i 7. klasse med anden etnisk baggrund dyrker 42% motion mere end 3½ time om ugen. For etnisk danske piger er tallet 61%.

Kost: Blandt drenge i 7. klasse med anden etnisk baggrund end dansk drikker 43% en eller flere gange om dagen sukkerholdige drikke. Blandt drenge i 7. klasse med dansk baggrund er tallet 19%.

Trivsel: Hver fjerde tyrkiske borger i København føler sig ofte uønsket alene, og hver tiende regner ikke med at få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom.

Der findes ikke generelle oplysninger om sundheden blandt voksne med anden etnisk baggrund i København. Københavns Kommune lavede i 2005 en sundhedsprofil for tyrkiske statsborgere i København. De tal, der anvendes i sundhedspolitikken, stammer fra denne undersøgelse. For unge med anden etnisk baggrund findes der generelle oplysninger, som stammer fra Københavns Kommunes sundhedsprofil for unge i København, 2005.



8 · SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

Strategiske mål

- Kommunens forebyggende og sundhedsfremmende tilbud skal i særlig grad rettes mod den halvdel af københavnernes med den korteste uddannelse og den laveste indkomst.
- Forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til socialt udsatte grupper, som fx langvarigt syge og psykisk syge, skal styrkes.

MÅLENE ER NÅET, HVIS

- der er systematiske forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til mindst to særligt udsatte grupper.
- der er etableret forebyggende og sundhedsfremmende tilbud i de ti boligområder med højst koncentration af borgere med kort uddannelse og lav indkomst.
- andelen af daglig-rygere blandt ufaglærte er reduceret fra 32% til højst 24%.
- andelen af borgere uden arbejde, der har en stillesiddende fritid, skal reduceres fra 20% til højst 16%.
- der er en højere andel af deltagere i rygeafvænnings- og motionstilbud med kun grundskoleuddannelse eller kort uddannelse end med mellemlang og lang uddannelse.
- andelen af daglig-rygere blandt psykisk syge er reduceret med 1½ procentpoint per år.

I København er der en klar sammenhæng mellem uddannelse og indtægt på den ene side og sundhed på den anden, ligesom i andre storbyer og lande. Jo højere uddannelse og indtægt, jo bedre sundhed. Der er tale om social ulighed i sundhed.

Sundheden påvirkes markant af det sociale miljø og visse sociale forhold. Social ulighed i sundhed handler ikke kun om, at dårlige materielle vilkår er skadeligt for sundheden. Den sociale betydning af at være arbejdsløs, socialt udstødt eller på anden måde stigmatiseret er også vigtig. Eksempler på sociale forhold, der har negativ betydning for sundheden, er dårlige opvækstvilkår, stress på arbejdet, manglende uddannelse, arbejdsløshed, manglende socialt netværk, social udstødelse og misbrug.



Københavns Kommune har mulighed for at påvirke mange af de forhold, der skaber social ulighed i sundhed, selvom den ikke råder over vigtige instrumenter som skatte- og uddannelsespolitik. Denne sundhedspolitik fokuserer på de sundhedsmæssige indsatser over for social ulighed i sundhed. Sundhedspolitikken skal derfor ses i sammenhæng med andre kommunale politikker, fx beskæftigelsespolitikken og integrationspolitikken. Det er afgørende, at målet om en reduktion af social ulighed i sundhed kommer til at indgå i alle kommunens politikområder.

Københavns Kommunes indsats for at reducere den sociale ulighed i sundhed handler både om at have forebyggende og sundhedsfremmende indsatser målrettet den socio-økonomisk dårligst stillede halvdel af befolkningen og samtidig lave særligt målrettede indsatser over for de mest udsatte grupper.

Et eksempel kan være en generel indsats over for børn og unge, der øger handlekompetencen i forhold til at kunne træffe sunde valg på udvalgte skoler og institutioner. En målrettet indsats over for særligt udsatte børn vil være en indsats over for børn i misbrugsfamilier (se afsnittet om misbrug). I forhold til voksne kan man både målrette markedsføringen af generelle forebyggende tilbud, og der kan etableres en integreret sundhedsfremmende indsats i boligområder med mange kort uddannede med lav indtægt. Her arbejdes både med en bred markedsføring af rygeafvænnings- og motionstilbud til beboerne og med særligt tilpassede tilbud til udsatte grupper. Samtidig er udvikling af tilbud om rygeafvænnning til fx borgere på langvarige sygedagpenge og psykisk syge en målrettet indsats over for særligt udsatte grupper.

Det er et princip i sundhedspolitikken, at alle sundhedsindsatser skal vurderes for deres bidrag til udligning af den sociale ulighed i sundhed. Derfor er der også i sundhedspolitikens afsnit om sund livsstil, sundt arbejdsmiljø, etniske minoriteters sundhed, sundt bymiljø og rehabilitering givet mange eksempler på indsatser, der foruden at bidrage til befolkningens generelle sundhed også kan bidrage til at mindske den sociale ulighed i sundhed, hvis indsatserne målrettes socialt dårligere stillede borgere.



FAKTA OM SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

- Restlevetid:** Restlevetiden for en 30-årig københavnere er seks år mindre for en borger med kort uddannelse sammenlignet med en borger med lang uddannelse. Mænd har betydelig kortere levetid end kvinder, både når det gælder kort og langt uddannede.
- Geografisk forskel:** Sundhedsstilstanden er betydelig ringere i nogle bydele end andre. På Bispebjerg, Ydre Nørrebro og i Kgs. Enghave er borgerne ikke så sunde som på Indre Østerbro og i Indre By.
- Effekt på børn:** Børn, hvis mor eller far ikke har arbejde, spiser mindre frugt og grønt og drikker mere sodavand end børn, hvis forældre er i arbejde.



9 · SUNDT BYMILJØ

Strategiske mål

- Byens parker, pladser og gaderum skal invitere til rekreation, leg og bevægelse.
- Cykel- og gangtrafikken skal styrkes, og antallet af trafikulykker nedbringes.
- Trafikstøjen og luftforureningen skal nedbringes.

MÅLENE ER NÅET, HVIS

- alle borgere har let tilgængelig adgang til parker og naturområder inden for en afstand af 400 m fra boligen (mål fra Det Grønne København, Parkpolitik 2003).
- EU's grænseværdier for luftforurening overholdes fra 2010.
- der er anlagt yderligere 51 km cykelstier og 'forstærkede cykelbaner' i perioden 2002 til 2016 (Cykelpolitik 2002-2012, Københavns Kommune).
- antallet af boliger belastet med trafikstøj over 65 dB er faldet fra 36.000 boliger i 1995 til 18.000 boliger i 2010 (mål fra Københavns Agenda 21, 2004–2007).

Der er ikke opstillet mål for reduktion af antallet af dræbte og alvorligt tilskadede i trafikken. Det skyldes, at det nuværende mål om, at antallet af dræbte og alvorligt tilskadede i trafikken inden udgangen af 2012 er reduceret med mindst 40% i forhold til antallet i 1998, allerede er nået i 2005. I efteråret 2006 skal der udarbejdes en ny trafiksikkerhedsplan for Københavns Kommune, hvor der opstilles et nyt mål for reduktion af antallet af dræbte og alvorligt tilskadede i trafikken.

Et bymiljø med gode fysiske rammer og høj tilgængelighed er en forudsætning for et sundt liv for københavnernes. Det er derfor vigtigt at skabe fysiske rammer i byen, som fremmer borgernes fysiske og psykiske sundhed ved at tilbyde borgerne attraktive opholdsarealer til bevægelse, leg og rekreation. Det er ligeledes vigtigt, at borgerne kan færdes i byen uden fare for helbredet. Det er derfor nødvendigt at reducere støj, luftforurening, trafikulykker og utryghed, som påvirker københavnernes sundhed negativt.

Byens rum skal støtte københavnernes i at være mere fysisk aktive, således at fysisk aktivitet bliver en integreret del af københavnernes hverdag.



Eksempler på indsatser, der kan være med til at fremme københavnernes fysiske aktivitet, er etablering af flere attraktive cykel- og gangstier samt at sætte fokus på den trafikale sikkerhed og tryghed, så flere københavnere kan føle sig sikre i trafikken. En forudsætning for at styrke cykel- og gangtrafikken er, at den kollektive trafik styrkes, således at borgerne kan komme rundt i byen over længere afstande uden at køre bil. En anden vigtig indsats for at forbedre byens miljø er at inddrage sundhed ved planlægningen og udviklingen af byen. Dels for at undgå de utilsigtede negative sundhedsmæssige konsekvenser for borgernes sundhed, og dels for at optimere de positive sundhedsmæssige virkninger. Fx skal der ved omdannelse af den eksisterende by og udviklingen af nye byområder indtænkes rum til rekreation, leg og bevægelse.

FAKTA OM BYENS MILJØ

Grønne områder: Københavnerne har i gennemsnit 25 m² fritidsareal pr. indbygger med yderpunkterne 2 m² fritidsareal pr. indbygger på Indre Nørrebro og Vesterbro og 311 m² pr. indbygger på Vestamager.

Trafik: Antallet af dræbte og alvorligt tilskadede i trafikken er fra 1995 til 2005 reduceret fra ca. 500 til ca. 300 personer.

Cykeltrafik: Cykeltrafikken er fra 1995 til 2004 steget med 41% i København. Antallet af cykelulykker er fra 1995 til 2004 faldet med 62% regnet per cyklet kilometer.

Støj: Ca. 40.000 boliger i København er belastet med støj fra vejtrafikken på over 65 dB og ca. 5.400 boliger med over 70 dB.

Luft: Luftforureningen i København er efter en gradvis reduktion i 1980'erne og 1990'erne begyndt at stige langsomt.



10 · REHABILITERING

Strategiske mål

- Rehabiliteringsindsatsen i Københavns Kommune skal styrkes og udbygges.
- Københavnerne skal tilbydes et koordineret og sammenhængende rehabiliteringsforløb af høj kvalitet tidligt i sygdomsforløbet.
- Borgeren skal være en aktiv deltager i rehabiliteringen.
- Kronisk sygdom skal opdages tidligt i sygdomsforløbet.

MÅLENE ER NÅET, HVIS

- der er oprettet i alt fire–seks sundhedscentre for borgere med kroniske sygdomme. Centrene er geografisk spredt ud over hele byen og lokaliseres under hensyntagen til, hvor behovet er størst.
- mindst 80% af borgerne oplever, at rehabiliteringsforløbet er sammenhængende.
- der er udarbejdet evidensbaserede forløbsbeskrivelser for de største sygdomsgrupper, der indgår i rehabiliteringsindsatsen. I beskrivelserne indgår mål for kvaliteten og samarbejdet mellem sektorerne i rehabiliteringsforløbet.
- mindst 50% af de borgere, der gennemfører et rehabiliteringsforløb, fastholder positive livsstilsændringer et år efter afsluttet forløb.
- der er tilrettelagt en systematisk og målrettet indsats med henblik på at opspore tidlige tilfælde af type 2 diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjertesygdom.

Rehabilitering er et eksempel på patientrettet forebyggelse og omfatter de indsatser, som Københavns Kommune tilbyder borgere, der har fået – eller er i risiko for at få – nedsat funktionsevne på grund af svækkelse eller sygdom. Rehabilitering skal forebygge, at tab af funktionsevne bliver varigt. Indsatsen kan omfatte genoptræning efter sportsskade; rehabilitering af et ældre menneske efter et alvorligt fald; rehabilitering ved rygproblemer, hvor arbejdsevnen er truet; rehabilitering efter kræftsygdom eller ved kronisk sygdom.

Rehabiliteringen tilrettelægges ud fra den enkelte borgers behov og ressourcer og kan fx omfatte fysisk træning og forebyggende indsatser som undervisning, kostvejledning, rygeafvænning og rådgivning.



Et godt rehabiliteringsforløb er en koordineret og vidensbaseret indsats, der er tilrettelagt i samarbejde mellem det kommunale sundhedsvæsen, den praktiserende læge og hospitalet. Borgeren skal opleve et lettilgængeligt og sammenhængende forløb. En forudsætning for en koordineret indsats mellem sektorerne er en effektiv kommunikation og videndeling, fx understøttet af fælles it-systemer.

Københavns Kommune har mange års erfaring i at tilbyde genoptræning til ældre på træningscentre og til borgere med rygproblemer. I forbindelse med kommunalreformen overtager Københavns Kommune alle ambulante genoptræningsopgaver fra H:S. Det betyder, at de kommunale træningscentre vil modtage borgere i alle aldersgrupper og med forskellige behov til rehabilitering. Rehabilitering af borgere med kronisk sygdom og ved kræftsygdom er andre nye opgaver. Det drejer sig fx om borgere med hjertekar-sygdomme, type 2-diabetes og KOL (rygerlunger), der risikerer at få begrænsninger i funktionsevnen. Rehabilitering ved kronisk sygdom og kræft er en udviklingsopgave, der varetages i sundhedscentrene, hvoraf Sundhedscenter Østerbro er det første i drift.

En anden vigtig opgave er rehabilitering i forhold til børn og unge med handicap. Her er der også behov for, at børnene og familierne modtager en koordineret og kontinuerlig indsats baseret på høj faglig kvalitet.

FAKTA OM REHABILITERING

Definition: Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, der har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og er en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

Rehabilitering bruges ofte synonymt med genoptræning.

Genoptræning: I 2005 leverede kommunens træningscentre 2.283 træningsforløb for hjemmeboende borgere. I forbindelse med kommunalreformen forventes der yderligere 3.500 træningsforløb i træningscentrene.

Kronisk sygdom: Ca. 8.000 københavnere har kendt type 2-diabetes, men det faktiske tal er formentligt tre gange større. Ca. 16.000 har KOL (rygerlunger) i moderat til svær grad.



II · MISBRUG

Strategiske mål

- Antallet af alkohol- og stofafhængige skal nedbringes.
- Skader på børn som følge af forældres misbrug skal mindskes.
- Misbrugere skal have behandling for deres sygdomme på samme niveau som andre borgere med samme sygdom.

MÅLENE ER NÅET, HVIS

- mindst 25% af de borgere, der har været i behandling for at blive stoffri, udskrives som færdigbehandlede og stoffri.
- alle borgere i misbrugsbehandling bliver spurgt, om de har børn. Hvis de har børn, undersøges det, om der er behov for støtte.
- der er foretaget en systematisk gennemgang af misbrugernes sundhedstilstand og af, om der er iværksat de relevante behandlinger.
- der er indgået aftale med Region Hovedstaden om kommunikationen mellem hospitalerne og tilbuddene om misbrugsbehandling.

Et stof- eller alkoholmisbrug har store konsekvenser. Både stof- og alkoholmisbrugere pådrager sig ofte en lang række fysiske skader som følge af deres misbrug. Mange alkoholmisbrugere får depression og leverskader, og blandt stofmisbrugerne har mange leverbetændelse eller en psykisk lidelse.

Nogle misbrugere kan have vanskeligt ved at forlige sig med de rammer, der sættes for at følge et behandlingsforløb, ligesom det kan være vanskeligt for nogle behandlingstilbud at rumme meget kaotiske misbrugere. Det kan resultere i, at misbrugere ikke altid får optimal behandling for deres sundhedsproblemer.

Ud over de rent fysiske konsekvenser har et stof- eller alkoholmisbrug ofte sociale konsekvenser. Det kan være i form af arbejdsløshed, boligproblemer eller problemer med netværk og familie. Det at leve som barn af en misbruger kan påvirke barnets psykosociale udvikling, og børn af misbrugere har større risiko for selv at blive misbrugere end børn af ikke-misbrugende forældre.



Eksempler på indsatser på misbrugsområdet er bl.a. de forebyggende indsatser, som forhindrer, at misbrugsproblemer overhovedet opstår, bl.a. indsatserne beskrevet i afsnittet om voksnes livsstil. Andre eksempler er en organisatorisk ændring af behandlingssystemet for stofmisbrugere med henblik på at forbedre behandlingen af den stigende andel af kokain- og hashmisbrugere. Desuden skal misbrugere modtage behandling for sygdomme på samme niveau som andre borgere. Dette skal afdækkes ved systematisk gennemgang af lægejournaler og misbrugernes sygdomskompleks.

En indsats i forhold til de sociale konsekvenser af misbrug kan være at tage hånd om misbrugernes børn. Hvis misbrugeren har børn, skal det formidles videre til de relevante parter, som kan iværksætte støtteforanstaltninger for at mindske den skade, som forældrenes misbrug kan have på deres børn.

FAKTA OM MISBRUG

- Misbrug:** Der er ca. 6.000 københavnere, der er afhængige af narkotika, og der er ca. 19.000 københavnere, der er afhængige af alkohol.
- Behandling:** Ca. 2.800 københavnere modtager hvert år behandling for deres stofmisbrug, og ca. 2.600 modtager hvert år behandling for deres alkoholmisbrug.
- Børn:** På landsplan vokser ca. 60.000 børn op i familier, hvor en eller begge forældre har været indlagt med en alkoholrelateret lidelse. Blandt brugere i behandling for stofmisbrug er der ca. 8%, der har hjemmeboende børn under 18 år.



12 · FORSKNING I SUNDHED

Strategiske mål

- Sundhedstilstanden i Københavns Kommune skal overvåges systematisk.
- Udvikling af ny viden om sundhedsindsatser i kommunen skal ske i samarbejde mellem forskere og praktikere.

MÅLENE ER NÅET, HVIS

- der udarbejdes et årligt videnskabeligt baseret sundhedsregnskab for Københavns Kommune, første gang senest for år 2007.
- der etableres en sundhedsfaglig forsknings-, analyse- og dokumentationsfunktion på tværs af forvaltningerne i Københavns Kommune senest 1. januar 2008.
- der indgås aftaler vedrørende sundhedsrelateret forskning med Region Hovedstaden, Københavns Universitet og sektorforskningsinstitutter i 2007.
- der er igangsat tre forskningsbaserede evalueringer inden for følgende områder: rehabilitering af borgere med kronisk sygdom, social ulighed i sundhed og børn og unge senest i 2008.
- der er udviklet en model for informationsudveksling mellem praktikere, forskere og politikere senest 1. januar 2008.

Med kommunalreformen og sundhedslovens ikrafttræden får kommunerne og regionerne et ansvar for sundhedsrelateret forskning og udvikling. Kommunerne skal ifølge loven medvirke til at sikre udviklings- og forskningsarbejde på sundhedsområdet.

En forudsætning for at planlægge, monitorere og evaluere på sundhedsområdet er tilstrækkelig viden om sundhedstilstanden, risikofaktorer, sundhedsfremmende faktorer, effektive forebyggelsesmetoder og sygdomskonsekvenser. Det nødvendiggør et monitoringsystem, der kan følge sundhedstilstanden i København.

I Københavns Kommune produceres et væld af sundhedsfaglige data. Der eksisterer imidlertid ingen tværgående indsats i kommunen, som sammenstiller alle disse data til sammenhængende analyser, og som anvender dem i planlægningen. Samtidig kan sund-



hedsrelateret forskning og udvikling blive mere koordineret i Københavns Kommune, og de potentielle muligheder for forskningssamarbejder med eksterne samarbejdspartnere kan i højere grad formaliseres og udnyttes bedre. Målet med dette er, at indsatsen på sundhedsområdet er sammenhængende, ydes på baggrund af aktuel bedste viden og på det laveste effektive omkostningsniveau. Et eksempel på en indsats kan derfor være, at opbygningen af et monitoreringssystem og samarbejde med eksterne parter på tværs af forvaltningerne er forankret i en koordinerende sundhedsfaglig forsknings- og analysefunktion.

Forskningsresultater når ikke altid ud til de praktikere, som skal bruge dem i det daglige arbejde, og til de politikere, som skal træffe beslutninger på baggrund af dem. Et eksempel på en indsats er nedsættelse af et forum, hvor praktikere, forskere og politikere kan udveksle viden.

Viden inden for sundhedsvidenskaberne udvikler sig til stadighed, og sundhedsindsatser bør baseres på denne viden. Men indsatserne i sig selv frembringer også ny viden og tilfører kommunen nye kompetencer, hvis de gennemføres på den rigtige måde. Derfor bør kommunen igangsætte nogle forskningsbaserede evalueringer af udvalgte sundhedsindsatser.

