

Region Hovedstaden
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed



Sundhedsprofil 2010 – Forebyggelse

**Sundhedsprofil 2010
– Forebyggelse**



Titel Sundhedsprofil 2010 - Forebyggelse

Copyright: © 2010 Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Alle rettigheder forbeholdes
ISBN 978-87-987414-0-4

Forfattere: Charlotte Glümer
Lene Hammer-Helmich
Lone Prip Buhelt
Anne Helms Andreasen
Kirstine Magtengaard Robinson
Charlotta Pisinger
Mette Aadahl
Ulla Toft
Torben Jørgensen

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

Layout og grafisk produktion: Rosendahls-Schultz Grafisk a/s



**FORSKNINGSCENTER FOR
FOREBYGGELSE OG SUNDHED**

Forord

Her præsenteres den anden sundhedsprofil for Region Hovedstaden.

Den første sundhedsprofil 2008 har været et godt værktøj for kommunernes og regionens planlægningsarbejde. Blandt andet dokumenterede sundhedsprofilen omfanget af en af regionens helt store udfordringer, den sociale ulighed i sundhed. Sundhedsprofilens resultater viste, at uligheden slog igennem både med hensyn til sundhedsadfærd, risikofaktorer og sygdomsmønster. Der sås således meget store forskelle på borgernes sundhed mellem de 29 kommuner og mellem hospitalsoptageområderne. Det er vigtig viden for kommunerne såvel som hospitalerne. At denne viden blev dokumenteret, har været med til at fastholde social ulighed i sundhed som et særligt indsatsom-

råde for regionen, hvilket blandt andet er kommet til udtryk ved nedsættelse af et politisk ulighedsudvalg.

Sundhedsprofilundersøgelsen er nu blevet gentaget, og det giver på sigt mulighed for at se på udviklingen over tid for en række sundhedsindikatorer på både regionalt og kommunalt niveau. Dette gælder også ulighed i sundhed, som det er et afgørende mål for regionen at reducere.

Den nye sundhedsprofil er således ventet med spænding, og det er mit håb, at den viden der præsenteres heri, også vil blive bragt mest muligt i anvendelse til gavn for borgernes sundhed.

Rigtig god fornøjelse.

Vibeke Storm Rasmussen
Regionsrådsformand

Forord

ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

December 2010

Sundhedsprofilen 2010 er den anden sundhedsprofil for alle kommuner i Region Hovedstaden. Sundhedsprofilen danner grundlag for kommuners og regionens politik inden for sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering. Desuden er de gentagne profiler et unikt redskab til at monitorere udviklingen af sundhedsindikatorer såsom sundhedsadfærd, generelt helbred og byrden af kroniske sygdomme. I denne profil har vi, hvor det er muligt, set på udviklingen af forskellige indikatorer.

Sundhedsprofilen spiller en vigtig rolle i regionens rådgivningsforpligtelse over for kommunerne.

Det har været et ønske fra kommunerne, at der ved denne profil blev sat særligt fokus på forebyggelsesinitiativer inklusive en kort gennemgang af mulige indsatser, der kan implementeres i kommunerne. Vi har derfor valgt at opdele sundhedsprofil 2010 i to dele, hvor den første er et opslagsværk, som beskriver de valgte sundhedsindikatorer i forhold til sociodemografiske faktorer samt i forhold til de enkelte kommuner, mens den anden del beskriver forebyggelsespotentialer i kommunerne inden for rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet. Desuden gives en kort indføring i principper for sundhedsfremme og forebyggelse, samt en kort beskrivelse af forslag til indsatser.

Dele af Sundhedsprofilen 2010 er ligeledes en del af et nationalt koncept "Hvordan har du det? 2010", hvor ind-

hold, dataindsamling og databearbejdning er standardiseret. Dette gør det muligt at sammenligne oplysningerne i denne sundhedsprofil med oplysningerne i de øvrige regioners sundhedsprofiler og dermed for den enkelte kommune at sammenligne egne resultater med resultater for kommuner i de øvrige dele af landet.

Sundhedsprofilen er udarbejdet af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, som er en del af Koncern Plan og Udvikling i Region Hovedstaden. Forskningscenteret har mange års erfaring inden for befolkningsundersøgelser og interventionsforskning.

Der skal rettes en tak for et frugtbart samarbejde og engagement til de kommunale og regionale repræsentanter i styregruppen for Region Hovedstadens Sundhedsprofil. Der skal ligeledes rettes en tak for samarbejdet til det koordinerende udvalg samt de nedsatte undergrupper vedr. den nationale standardisering af profilerne under Sundhedsstyrelsen. Til sidst skal der rettes en stor tak til alle de borgere, der har bidraget til undersøgelsen ved at besvare spørgeskemaet "Hvordan har du det? 2010".

Vi glæder os til at følge anvendelsen af profilen i det kommende arbejde i kommuner og region.

God læselyst!



Charlotte Glümer
Forskningsleder, overlæge



Enhedschef, professor

Sammenfatning

Sundhedsprofilen 2010 er den anden rapport, der udgives med detaljeret information om sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd i samtlige 29 kommuner i Region Hovedstaden. Formålet med sundhedsprofilen er at give kommuner og region et planlægningsredskab inden for forebyggelsesområdet.

Sundhedsprofilen 2010 – Forebyggelse er del 2 af Sundhedsprofilen 2010 for Region Hovedstaden og dens kommuner. Forebyggelsesrapporten fokuserer på forebyggelsespotentialet blandt borgerne i region og kommuner, samt hvilke handlemuligheder kommunerne har inden for sundhedsfremme og forebyggelse.

Sundhedsprofilen del 1 beskæftiger sig med følgende temaer: Demografi og sociale forhold, sundhedsadfærd, generelt helbred, biologiske mål, kroniske sygdomme og seksy sygdomme.

Et gennemgående fokus i sundhedsprofilen er ligesom i 2008 social ulighed i sundhed på individniveau såvel som på kommuneniveau. Kommunerne er derfor inddelt i fire kommunesocialgrupper.

De forskellige temaer i sundhedsprofilen 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. Sundhedsprofilen beskriver de 1,4 mio. borgere på 16 år og derover, der bor i Region Hovedstaden. Ud af de 95.150 borgere, som fik tilsendt spørgeskemaer, udfyldte 52,3 % skemaerne.

Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed har stået for udarbejdelsen af Sundhedsprofilen 2010 for Region Hovedstaden. En styregruppe bestående af repræsentanter for de 29 kommuner samt Region Hovedstaden har været sparringspartnere under hele processen i forhold til valg af emner, spørgeskemakonstruktion, lokale pressestrategier, udarbejdelse af analysestrategi, og rapportens struktur.

Forebyggelsesrapporten er bygget op med et teoretisk afsnit om forebyggelsesstrategier efterfulgt af resultater fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2010". Her belyses bl.a. borgernes motivation for ændring af adfærd, holdninger til strukturel forebyggelse, og individuel rådgivning til borgerne fra kommunerne og de praktiserende læger. Til sidst beskrives, hvilke tiltag der virker.

I Region Hovedstaden lever kun 16 % af befolkningen op til alle Sundhedsstyrelsens anbefalinger om ikke at ryge, drikke under genstandsgrænsen, spise en sund kost og være fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen. Det bety-

der, at mere end 1 million borgere på 16 år eller derover potentielt kan blive sundere ved at ændre adfærd inden for mindst én af de fire typer af sundhedsadfærd.

Generelt er borgerne med uhensigtsmæssige sundhedsvaner motiveret for at ændre adfærd, bortset fra når det gælder alkohol. Tre ud af fire ønsker at ændre rygevaner og blive mere fysisk aktive, halvdelen af borgerne med meget usunde kostvaner ønsker at ændre kostvaner, hvorimod kun én ud af fire med en risikabel alkoholadfærd ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug. Samtidig synes hele 42 % med en risikabel alkoholadfærd, at de har fornuftige eller særdeles fornuftige alkoholvaner.

Der er en generel tendens til, at borgerne er positive over for regler vedr. rygning, alkohol og sodavand og slik på offentlige steder. Særligt interessant er det, at der i relation til rygning er sket en markant stigning i opbakningen til rygeforbud på offentlige steder, hvilket understøtter, at politikkerne ikke skal være så bange for at vedtage regler om sunde rammer. I 2007 bakkede 40 % og 26 % af befolkningen op om rygeforbud i henholdsvis restauranter og værtshuse/cafeer. I 2010 er disse tal henholdsvis 55 % og 37 % for restauranter og værtshuse/cafeer.

Dagligrygere får oftere information om muligheden for hjælp til at ændre adfærd end borgere, som er fysisk inaktive eller har meget usunde kost- og alkoholvaner. To ud af tre borgere, som ryger, har inden for det seneste år fået information om muligheden for hjælp til rygestop, hvorimod kun én ud af tre, som henholdsvis har meget usunde kostvaner, eller som er fysisk inaktive, og én ud af fire, som har en uhensigtsmæssig alkoholadfærd, har fået information om muligheden for hjælp. Generelt får de fleste borgere informationerne via deres egen læge eller medicinerne. Flere borgere med kronisk sygdom har modtaget information om muligheden for hjælp end borgere uden kroniske sygdomme.

Kombinerede strategier med implementering af både strukturelle indsatser, kampagner og individorienterede indsatser er afgørende for en effektiv sundhedsfremme og forebyggelsesindsats. Det er helt essentielt, at rammerne og strukturerne, som understøtter sund levevis, er på plads, inden der implementeres individorienterede strategier. På den måde understøttes de borgere, som har ændret adfærd, og samtidig bliver det sunde valg det lette valg for alle borgere. Dermed flyttes hovedparten af befolkningen lidt i den rigtige retning. For den enkelte behøver der ikke være tale om store forandringer, men det har en stor effekt på folkesundheden. Når rammer og strukturer er på plads, kan man efterfølgende implementere individorienterede strategier for de borgere, som har særligt behov for støtte og hjælp. I rapporten er der konkrete forslag til, hvilke tiltag kommunerne kan implementere.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Indledning	9
1.1 Baggrund	10
1.2 Materiale	11
1.3 Metode	12
1.4 Medarbejdere	12
Kapitel 2: Principper for forebyggelse	13
2.1 Forebyggelsesstrategier	14
2.1.1 Strukturelle strategier	14
2.1.2 Individorienterede strategier	15
2.1.3 Massestrategier	16
2.1.4 Dilemmaer i forebyggelsen	16
2.2 Kombinerede strategier – vejen frem	17
2.3 Aktører – hvem har ansvar?	18
2.4 Monitorering og evaluering af sundhedsfremme og forebyggelse	19
Kapitel 3: Borgere med sund livsstil	21
Kapitel 4: Forebyggelsespotentiale – Rygning	25
4.1 Motivation for at ændre rygevaner	26
4.2 Sunde rammer – holdninger til rygeforbud	29
4.3 Sunde rammer – politikker på arbejdspladserne	34
4.4 Rygning og individorienterede tilbud	36
4.4.1 Individorienterede tilbud fra egen læge	36
Kapitel 5: Forebyggelsespotentiale – Alkohol	39
5.1 Motivation for at ændre alkoholvaner	40
5.2 Sunde rammer – holdninger til alkoholforbud	44
5.3 Alkohol og individorienterede tilbud	47
5.3.1 Individorienterede tilbud fra egen læge	47
Kapitel 6: Forebyggelsespotentiale – Kost	51
6.1 Motivation for at ændre kostvaner	52
6.2 Sunde rammer – holdninger til salg af usunde fødevarer og sodavand	56
6.2.1 Holdninger til forbud mod salg af sodavand	56
6.2.2 Holdninger til forbud mod salg af snack, slik og chokolade	56
6.2.3 Holdninger til forbud mod salg af fedtholdig fastfood	57
6.2.4 Holdninger i kommunerne til forbud mod salg af usunde fødevarer i forskellige arenaer	57
6.3 Kost og individorienterede tilbud	63
6.3.1 Individorienterede tilbud fra egen læge	63
Kapitel 7: Forebyggelsespotentiale – Fysisk aktivitet	65
7.1 Motivation for at ændre motionsvaner	66
7.2 Fysisk aktivitet og individorienterede tilbud	70
7.2.1 Individorienterede tilbud fra egen læge	70
Kapitel 8: Forebyggelsespotentiale – Kroniske sygdomme	73
8.1 Motivation for at ændre sundhedsadfærd blandt borgere med kroniske sygdomme	75
8.2 Kroniske sygdomme og individorienterede tilbud	78
8.2.1 Individorienterede tilbud fra egen læge	80

Kapitel 9: Anbefalinger til kommunerne – Rygning	83
9.1 Hvorfor er tobaksforebyggelse relevant for kommunen?	84
9.2 Strategier i tobaksforebyggelsen	85
9.2.1 Organisering og aktører	85
9.3 Sunde rammer	86
9.3.1 Hvilken viden er der på området?	86
9.3.2 Hvad kan kommunen gøre?	86
9.4 Information til borgerne	87
9.4.1 Hvilken viden er der på området?	87
9.4.2 Hvad kan kommunen gøre?	87
9.5 Den individorienterede forebyggelse	88
9.5.1 Hvilken viden er der på området?	88
9.5.2 Hvad kan kommunen gøre?	89
Kapitel 10: Anbefalinger til kommunerne – Alkohol	91
10.1 Hvorfor er forebyggelse af alkoholproblemer relevant for kommunen?	92
10.2 Strategier til at reducere alkoholforbruget og forebygge alkoholproblemer	93
10.2.1 Organisering og aktører	93
10.3 Sunde rammer	94
10.3.1 Hvilken viden er der på området?	94
10.3.2 Hvad kan kommunen gøre?	94
10.4 Information til borgerne	95
10.4.1 Hvilken viden er der på området?	95
10.4.2 Hvad kan kommunen gøre?	95
10.5 Den individorienterede forebyggelse	96
10.5.1 Hvilken viden er der på området?	96
10.5.2 Hvad kan kommunen gøre?	96
Kapitel 11: Anbefalinger til kommunerne – Sund mad	99
11.1 Hvorfor er forebyggelse gennem sundere mad relevant for kommunen?	100
11.2 Strategier til at fremme sunde madvaner	101
11.3 Sunde rammer	102
11.3.1 Hvilken viden er der på området?	102
11.3.2 Hvad kan kommunen gøre?	102
11.4 Information til borgerne	104
11.4.1 Hvilken viden er der på området?	104
11.4.2 Hvad kan kommunen gøre?	104
11.5 Den individorienterede forebyggelse	105
11.5.1 Hvilken viden er der på området?	105
11.5.2 Hvad kan kommunen gøre?	105
Kapitel 12: Anbefalinger til kommunerne – Bevægelse	107
12.1 Hvorfor er det relevant for kommunen at fremme bevægelse?	108
12.2 Strategier til fremme af bevægelse	109
12.2.1 Organisering og aktører	109
12.3 Sunde rammer	110
12.3.1 Hvilken viden er der på området?	110
12.3.2 Hvad kan kommunen gøre?	111
12.4 Information til borgerne	112
12.4.1 Hvilken viden er der på området?	112
12.4.2 Hvad kan kommunen gøre?	112
12.5 Den individorienterede forebyggelse	113
12.5.1 Hvilken viden er der på området?	113
12.5.2 Hvad kan kommunen gøre?	113
Reference	116



Kapitel 1

Indledning



1 Indledning

1.1 Baggrund

I Regeringens udspil "Sund hele livet 2002" fremgår det, at en stigning i danskernes middellevetid er et vigtigt mål for folkesundhedsarbejdet, samtidig med at sundhedsfremmende og forebyggende indsatser skal rettes mod at fremme borgernes livskvalitet. Desuden fastholdes målet om at reducere ulighed i sundhed (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2002). Regeringen beskriver, at sundhed er et fælles ansvar, og at det enkelte menneske har et ansvar for sig selv, sine nærmeste og for sit eget liv; fællesskaberne har et ansvar overfor hinanden, og det offentlige (stat, regioner og kommuner) har et ansvar for at skabe gode rammer for den enkeltes, familiers og fællesskabernes sundhed.

Med sundhedsloven (2005), som trådte i kraft med strukturreformen i 2007, fremgår det, at regioner og kommuner i samarbejde er ansvarlige for forebyggelse og sundhedsfremme. I § 119 stk. 1, 2 og 3 fastlægges det, at kommunerne er ansvarlige for den borgerrettede forebyggelse, hvilket vil sige, at de skal skabe sunde rammer samt etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Regionerne er ansvarlige for den patientrettede forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes forebyggende indsats. Den præcise arbejdsdeling fastlægges i sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner. Sundhedsloven giver derved kommunerne et væsentligt ansvar for at skabe sunde rammer, som kan medvirke til at gøre det sunde valg til det nemme valg for borgerne.

I 2009 udkom Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket, forebyggende indsats (Forebyggelseskommissionen, 2009). Her fremsatte kommissionen konkrete bud på, hvordan man både strukturelt via regulering og på individniveau kan fremme sunde vaner blandt borgerne og derved fremme, at borgerne kan leve lange liv uden kroniske sygdomme. Kommissionens anbefalinger er grupperet i forhold til rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost, tidlig opsporing, børn og unge og arbejdspladsen. Både i forhold til anbefalingerne vedrørende regulering og individorienterede tilbud spiller regioner og kommuner helt centrale roller i forhold til at opnå målet om længere og sundere liv for borgerne.

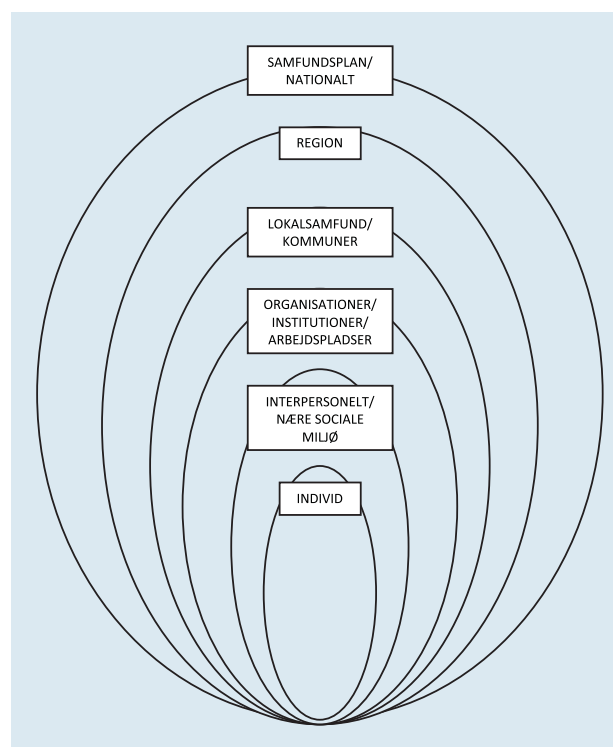
I foråret 2010 udkom Det Nationale Forebyggelsesråd med publikationen "Det er tid til handling - forebyggelse er en politisk vindingsag" (Det Nationale Forebyggelsesråd, 2009). I denne publikation kom rådet med deres bud på, hvilke tiltag som skal implementeres, hvis man skal nå regeringens mål om flere gode leveår og reduktion i ulighed i

sundhed. Rådet anbefaler, at forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen skal styrkes gennem en tredelt kombineret strategi, hvor der arbejdes på

- at få sundheden ind i hverdagen, så samfundet fremmer sund levevis for alle
- implementering af målrettede forebyggelsestilbud til borgere, der lever usundt eller har kronisk sygdom
- implementering af sammenhængende patientforløb

Den enkelte borgers sundhedsadfærd er afhængig af en lang række faktorer. Viden om, hvad der er sundt, og om konsekvenserne af usunde vaner er med til at forme den enkeltes sundhedsadfærd, men samtidig spiller sociale relationer, levekår og samfundsmæssige strukturer som f.eks. lovgivning en stor rolle. Der er således en række mulige strategier og arenaer, man kan vælge i forhold til at påvirke borgernes sundhedsadfærd.

Modellen, som er vist nedenfor, er brugt som inspirationskilde i denne rapport til at illustrere, at et individ ikke kan betragtes isoleret fra det omkringliggende samfund. Borgerens sundhedsadfærd kan påvirkes fra mange sider, og forebyggelse skal tænkes bredt ind i mange arenaer på tværs af sektorer og forvaltninger.



Inspireret af: Richard L, Potvin L, Kishchuk N, Prlic H, Green L.W. Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. American Journal of Health Promotion 1996;10(4):318-328.

I denne rapport beskrives forebyggelsespotentialer i kommunerne i Region Hovedstaden samt forslag til, hvilke tiltag en kommune kan iværksætte. Der fokuseres udelukkende på rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet, da det er de faktorer, som spiller en væsentlig rolle for folkesundheden, og som der er fokus på i kommunerne. I forbindelse med beskrivelsen af forebyggelsespotentialer beskrives både forebyggelsespotentialer hos det enkelte individ og potentialer i at indføre sunde rammer.

I kapitel 2 gennemgås principper for forebyggelse. Motivation hos det enkelte individ, understøttende rammer til sund levevis og individuel rådgivning er alle vigtige kom-

ponenter, når et individ skal ændre adfærd. Disse tre komponenter bliver beskrevet for hver enkelt sundhedsadfærd på baggrund af resultater fra sundhedsprofilen i kapitel 4, 5, 6 og 7 og for kroniske sygdomme i kapitel 8. I kapitel 9-12 præsenteres viden om, hvilke tiltag der virker, og forslag til konkrete kommunale opgaver for hver enkel sundhedsadfærd.

Rapporten er et supplement til Sundhedsprofilen for region og kommuner 2010. Tilsammen kan disse to rapporter fungere som et planlægningsredskab både for kommuner og region og danne grundlag for sundhedsaftalerne mellem kommunerne og regionen.

1.2 Materiale

Denne rapport bygger på data fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2010". Til at belyse ændringer over tid er der tillige anvendt data fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?", som blev gennemført i 2007, og som dannede grundlag for den første sundhedsprofil i Region Hovedstaden. For detaljeret beskrivelse af undersøgelsen henvises til Sundhedsprofil for regioner og kommuner 2010.

Spørgeskemaerne er sendt til en tilfældig stikprøve af borgere på 16 år eller derover, som var bosiddende i Region Hovedstaden 1. januar 2010. Der er udsendt 2.450 spørgeskemaer til hver kommune og til hver af de 10 bydele i Københavns Kommune. Til Frederiksberg Kommune er der sendt 4.500 skemaer. Spørgeskemaet indeholdt blandt andet spørgsmål om sundhedsvaner, motivation for ændring af sundhedsvaner, holdninger til strukturel forebyggelse samt informationer og tilbud om forebyggelsesindsatser i de forskellige arenaer.

I alt er der udsendt spørgeskemaer til 95.150 borgere i hele regionen, og blandt disse valgte 52,3 % (N=49.806) at

returnere et udfyldt skema. Der er stor forskel på deltagelsesprocenten i de enkelte kommuner. I Allerød Kommune valgte 60,1 % af borgerne at besvare spørgeskemaerne, mens den tilsvarende andel i bydelen Bispebjerg i Københavns Kommune kun var 42,9 %. I alle kommuner er der flere kvinder end mænd, som har svaret. Andelen, som har svaret, stiger desuden med alderen indtil 75-årsalderen, hvorefter andelen falder. En mindre andel af borgere med anden etnisk baggrund end dansk har svaret på spørgeskemaet sammenlignet med borgere med dansk baggrund. Denne forskel kan blandt andet skyldes sprogvan- skeligheder, idet spørgeskemaet blev udsendt på dansk. Der er en social gradient i andelen, der svarer på spørgeskemaerne. Deltagelsesprocenten stiger med stigende bruttoindkomst. Ligeledes er der en højere deltagelsesprocent blandt de, der har en lang videregående uddannelse, sammenlignet med de, der har en grundskoleuddannelse. Med hensyn til erhvervstilknytning er andelen af besvarelser blandt beskæftigede borgere større end blandt borgere uden for arbejdsmarkedet. Deltagelsesprocenten er højere blandt borgere, der bor sammen med andre, end blandt enlige borgere.

1.3 Metode

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

I analyserne er der endvidere vægtet i forhold til manglende besvarelse (vægtning for non-response). Det betyder, at besvarelsen fra den enkelte person er givet en værdi – en såkaldt vægt – i forhold til, hvor sandsynligt det er at få en besvarelse fra en person med samme køn, alder, uddannelse, indkomst, erhvervstilknytning, samlivsstatus, etnisk baggrund, antal lægebesøg i 2007, indlæggelse på sygehus i 2007, ejer/lejerforhold samt forskerbeskyttelse. Vægtene er udarbejdet af Danmarks Statistik for den samlede stikprøve i landets fem regioner på baggrund af ovennævnte oplysninger fra centrale registre.

Hver persons besvarelse kommer på denne måde til at repræsentere besvarelse fra et varierende antal personer. Hvis besvarelsen f.eks. er 20 % blandt unge mænd af

anden etnisk baggrund, vil hver besvarelse fra en ung mand med anden etnisk baggrund således repræsentere fem personer i sundhedsprofilen. Hvis besvarelsen derimod er f.eks. 50 % i en gruppe midaldrende etnisk danske kvinder, vil hver besvarelse repræsentere to personer – og hvis besvarelsen er 100 %, vil hver besvarelse repræsentere én person.

Resultaterne bliver således repræsentative for hele stikprøven og dermed også for befolkningen i de enkelte kommuner på trods af den varierende deltagelsesprocent på tværs af forskellige kommuner og befolkningsgrupper.

Et gennemgående fokus i sundhedsprofilen er ligesom i 2008 social ulighed i sundhed på individniveau såvel som på kommuneniveau. Kommunerne er derfor inddelt i fire kommunesocialgrupper på baggrund af andelen af borgere, der er uden for arbejdsmarkedet, andelen af borgere med kort uddannelse samt det gennemsnitlige bruttoindkomstniveau i kommunerne. Disse informationer stammer fra centrale registre (for yderligere information se Sundhedsprofil del 1, 2010).

1.4 Medarbejdere

Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed har stået for udarbejdelsen af sundhedsprofilen del 1 og denne del 2 for Region Hovedstaden.

Hovedkræfterne bag denne del 2 af den regionale sundhedsprofil 2010 - Forebyggelse har været forskningsleder overlæge, ph.d. Charlotte Glümer, projektleder, cand. scient. san. publ. Lene Hammer-Helmich, videnskabelig medarbejder, MPH Lone Prip Buhelt og ledende statistiker Anne Helms Andreasen. Cand. scient. san. publ. Kirstine Magtengaard Robinson, seniorforsker Charlotta Pisinger, seniorforsker Mette Aadahl, post.doc.forsker Ulla Toft og professor, Dr.med. Torben Jørgensen har bidraget til skriveprocessen. IT-medarbejder Gert Virenfelt og ledende data-manager Carsten Agger har samlet og håndteret de store mængder data. Sekretær Birgitte Pickering har læst korrektur.

En styregruppe bestående af repræsentanter for de 29 kommuner og repræsentanter fra Region Hovedstaden har været sparringspartnere under hele processen i forhold til valg af emner, spørgeskemakonstruktion, lokale pressestrategier, udarbejdelse af analysestrategi, struktur for rapporten samt gennemlæsning og kommentering af udvalgte

kapitler i rapporten. Styregruppen er udpeget af Den Administrative Styregruppe i Region Hovedstaden og består af udviklingskonsulent Gitte Holm, Gentofte Kommune (Gentofte-klyngen), sundhedskoordinator Marie Olesen, Albertslund Kommune (Glostrup-klyngen), Konsulent Gitte Widmer, Gribskov Kommune (Helsingør-klyngen), udviklingskonsulent Lisbeth Naver, Herlev Kommune (Herlev-klyngen), Sundhedskonsulent Perle McDonald, Hillerød Kommune (Hillerød-klyngen), sundhedskoordinator Pia Jenfort, Tårnby kommune (Hvidovre-klyngen), specialkonsulent Jannie Kilsmark, Københavns Kommune (København/Frederiksberg-klyngen), konsulent Marianne Steenstrup Svendsen, Bornholms Regionskommune, vicedirektør Janne Elsborg, Bispebjerg Hospital, vicedirektør Bente Drachmann, Helsingør Hospital, vicedirektør Marie Nonnemann, Glostrup Hospital, konsulent Lars Bruun Larsen, Koncern Praksis samt enhedschef Torben Hyllegaard, økonom Nikolaj Fasmer Blomberg og kvalitetskonsulent Lene Schack-Nielsen, alle Koncern Plan og Udvikling.

Trykning og kuvertering af spørgeskemaer er foretaget af Formula Tryksager A/S. Indscanning af spørgeskemaer er foretaget af Express A/S. Trykning og grafisk opsætning af denne rapport er foretaget af Rosendahls-Schultz Grafisk A/S.



Kapitel 2

Prinsipper for forebyggelse



2 Principper for forebyggelse

I det følgende beskrives først forskellige forebyggelsesstrategier. Efterfølgende vil der være en kort gennemgang af forskellige aktører inden for det kommunale sundheds-

fremmende og forebyggende arbejde. Afslutningsvis beskrives idéer til, hvordan forebyggelsestiltag kan monitoreres og evalueres.

2.1 Forebyggelsesstrategier

Forebyggelsesstrategier har til formål at ændre borgerens adfærd i en mere hensigtsmæssig retning. Inden for sundhedsfremme og forebyggelse deles indsatserne traditionelt op i tre typer af strategier:

- **Strukturel strategi** – har fokus på at skabe sunde rammer gennem lovgivning, reguleringer og tilgængelighed. Man sigter mod, at det skal være nemmere for borgerne at foretage de sunde valg.

- **Individorienteret strategi** – også kaldet højriskostrategier, har fokus på, at den borger/patient, som er i risiko for at udvikle sygdom, modtager individuel vejledning og hjælp til forbedring af sin sundhedsadfærd.

- **Massestrategi** – også kaldet informationsstrategi, sigter mod at informere borgeren om den rette sundhedsadfærd via kampagner.

Alle tre typer af strategier kan anvendes i både den borgerrettede og den patientrettede sundhedsfremme og forebyggelse.

2.1.1 Strukturelle strategier

Den strukturelle strategi omhandler tiltag, som gør det nemmere for borgerne at træffe de sunde valg. Strategien omfatter *lovgivning, prissætning og tilgængelighed*.

Lovgivning og prissætning ligger som regel på det statslige plan, og begge redskaber har en betydelig indflydelse på befolkningens adfærd. Klassiske eksempler på lovgivning inden for sundhedsfremme er brug af sikkerhedsseler, hastighedsgrænser, udløbsdato for madvarer, forbud mod rygning i det offentlige rum og tilsætning af jod til salt. Klassiske eksempler på prissætning er afgifter på specielt udvalgte varer som tobak, alkohol, sukker og fedt. En lovgivning eller prisregulering behøver ikke at være primært rettet mod folkesundheden. For eksempel vil en lovgivning, der skal begrænse CO₂-udledning, have en indirekte sundhedsfremmende virkning, idet den vil medføre, at flere går, cykler eller tager offentlig transport til og fra arbejde. Stort set al lovgivning – eller fravalg af lovgivning – vil have indflydelse på folkesundheden.

Tilgængelighed er en mindre synlig, men ofte lige så virksom metode, som lovgivning og prissætning. Mange videnskabelige undersøgelser har dokumenteret, at folk fravælger bestemte ting, hvis de er for besværlige, og vælger dem til, hvis de er nemt tilgængelige (Wansink, 2008). De senere års strukturelle ændringer i samfundet har medført, at mad, slik og sodavand er blevet let tilgængelige døgnet 24 timer, mens megen bevægelse er fjernet fra dagligdagen – man kan sige, at bevægelse er blevet mindre "tilgængelig", end den var før. I dag skal man

opsøge bevægelse ved at afsætte tid til for eksempel at gå i fitnesscentre eller løbe en tur, hvor det tidligere var en naturlig del af hverdagslivet. Den aktuelle sygdomsbyrde af overvægt, højt blodtryk, højt kolesterol, hjertekarsygdom og diabetes er ikke opstået ud fra folks bevidste valg om at leve usundt og dermed pådrage sig en kronisk sygdom. Den er et resultat af ændret tilgængelighed, som – populært sagt – har gjort de usunde valg til de lette valg.

To nye begreber i forhold til strukturelle strategier er princippet om default og om nudging. Hver dag foretager vi en lang række valg, og mange af vores valg er ubevidste. Derfor er det vigtigt, at de sunde valg ligger lige for. Begrebet *default* kendes f.eks. fra pc-verdenen, hvor computeren som udgangspunkt er udstyret med et sæt standardindstillinger. Det betyder, at brugerens valg er forenklet og sikrer dermed, at computeren fungerer uden alt for stor indsats fra brugeren. På tilsvarende måde kan *default* inden for sundhedsområdet bruges til at forenkle borgernes valg, så flertallet foretager det sunde valg, som de formentlig også ville have valgt, hvis de havde haft tid til nærmere overvejelse. *Default* handler altså ikke om at indskrænke valgmulighederne, men at ændre på standardvalget eller det lette valg. Eksempler på *default* kan være trapper i stedet for elevatorer, mindre tallerkener i kantiner, eller regler om hvor store slikposer må være. Mange politikere viger tilbage for denne type regulering af frygt for at krænke det frie valg. Konsekvensen af dette er, at *default* bliver sat af

andre, f.eks. producenterne og detailhandlen. Deres formål er at tjene penge – det er myndighedernes ansvar at hjælpe borgeren og fremme folkesundheden. Her kommer det andet begreb *nudging* ind i billedet. *Nudge* betyder at puffe (blidt) til en anden med albuen. At *nudge* handler om at puffe befolkningen i en bestemt retning uden at tvinge (Tahler & Sunstein, 2008). *Nudging* benyttes af reklameindustrien, producenter og detailhandel til indirekte at påvirke befolkningens valg af forbrugsvaner. Tilsvarende kan *nudging* bruges i forebyggelsen til, uden tvang eller forbud, at puffe befolkningen i retning af det sunde valg, blandt andet ved at sætte *default* rigtigt.

Megen regulering bør fortsat foretages centralt, men *default*-begrebet kan også indtænkes mange steder i region og kommune. Er det besværligt at tage bilen og

sætte barnet af i skolen om morgenen samtidig med, at der udbygges fornuftige cykel- og gangstier, så vil flere vælge transport til fods og på cykel. Møder man som det første en fin og indbydende trappe og ikke en elevator i en bygning, ja så vælger man trappen. Denne type tiltag, som understøtter borgeren til at leve, som de (ifølge spørgeskemaundersøgelsen) egentlig gerne vil, og som anbefales af alle eksperter, vil bevirke, at hovedparten af befolkningen flytter sig lidt i den rigtige retning. For den enkelte behøver der ikke være tale om store forandringer, men det har en stor effekt på folkesundheden. Fænomenet kaldes forebyggelsesparadokset og blev beskrevet af den engelske læge Geoffrey Rose allerede i 1981 (Rose, 1981). Det er veldokumenteret både i videnskabelig litteratur og ved eksempler fra krisituationer i den vestlige verden (Franco et al., 2007; Franco et al., 2008).

2.1.2 Individorienterede strategier

I forbindelse med individorienterede forebyggelsesstrategier er der fokus på at tilbyde hjælp til borgere med kendte risikofaktorer, kendt risikoadfærd eller sygdom (Sørensen et al., 2009). Den individorienterede forebyggelsesstrategi kan både være primær (indsats over for risikofaktorer), sekundær (tidlig opsporing af sygdom) og tertiær (rehabilitering). Tilbuddene vil ofte være individ- eller gruppebaserede og have fokus på at yde individuel hjælp til adfærdændring i form af samtaler eller undervisning. I denne type af strategi opfattes borgeren ofte isoleret fra samfundet uden at tage højde for, at borgeren kommer tilbage og bliver påvirket af sine omgivelser, når indsatsen er overstået. Eksempler på sådanne strategier er rygestophold, behandlingen af overvægtige børn på Julemærkehjem og motion på recept.

Individorienterede multifaktorielle interventioner rettet mod adfærdændringer er afprøvet siden 1970'erne. Forskningen på området er opsummeret i systematiske litteraturgennemgange, som viser, at effekten på sundhedsadfærd er beskeden og forbigående og næppe nedsætter forekomsten af kronisk sygdom og for tidlig død (Ebrahim et al., 2007). Det er dog vist, at den individorienterede forebyggelsesindsats har effekt på borgere med kronisk sygdom på kort sigt, men der findes ingen langtidsstudier af effekten (Pan et al., 1997; Toumilehto et al., 2001; Diabetes Prevention Program Research Group, 2003). Nyere undersøgelser som p.t. gennemføres i Danmark skal vise, om en mere systematisk, langvarig, gentagen, individorienteret indsats over fem år eventuelt vil have en effekt (Nyt om Forebyggelse, 2007).

Inter99 er et dansk interventionsstudie, hvor formålet er at undersøge, hvorvidt en individuel rådgivning over for sundhedsadfærd for borgere i høj risiko for at udvikle hjertekarsygdomme, ændrer sygelighed og dødelighed af

hjertekarsygdom (www.Inter99.dk). De endelige resultater ventes i 2011. Foreløbige resultater viser, at gentagne interventioner har en signifikant effekt på rygestop. Desuden ses, at indtaget af frugt, grønt og fisk øges samtidig med, at indtaget af mættet fedt reduceres. I forhold til fysisk aktivitet har gentagne interventioner kun vist en effekt over for mænd – ikke over for kvinder (www.Inter99.dk).

En anden stor dansk undersøgelse med fokus på helbredsundersøgelse og helbredssamtaler i almen praksis – Ebeltoftprojektet - har vist, at andelen af borgere i høj risiko for at udvikle hjertekarsygdomme i løbet af en 5 årig periode blev halveret. Samtidig viser projektet, at helbredsundersøgelser og evt. helbredssamtaler er sundhedsmæssigt neutrale (www.sundhedsprojekt-ebeltoft.dk). De sidste undersøgelser, der omhandler langtidseffekterne af helbredsundersøgelserne foregår fortsat.

Der er således en stor opgave for kommuner og region. Det viser sig for det første ved, at mange borgere med kroniske sygdomme fortsat ryger, er fysisk inaktive og spiser en usund kost (Sundhedsprofil del 1, 2010). For det andet ønsker en stor andel af borgerne med kronisk sygdom at ændre adfærd, og for det tredje er der et øget behov for, at de praktiserende læger taler sundhedsadfærd med deres kroniske patienter, idet kronikerbehandlingen i de senere år er flyttet fra hospitalerne til almen praksis.

Det kan forventes, at den individorienterede forebyggelse vil få større gennemslagskraft, når de strukturelle forhold – der indirekte opmuntrer til en mere sund livsstil – er på plads. Dog er der endnu ingen direkte dokumentation for dette, men det forebyggende arbejde i kommunerne skal være med til at bibringe denne dokumentation.

2.1.3 Massestrategier

Massestrategier, også kaldet informationsstrategier eller sundhedskampagner, henvender sig typisk til en hel befolkning. De er ofte tidsbegrænsede og søger at øge en befolkningsgruppes sundhed gennem oplysning og anbefalinger (Sundhedsstyrelsen, 2005). Inden for sundhedsadfærd er det typisk informationer om, hvad der er rigtigt at gøre, der er fokus på. Der har gennem tiderne været mange forskellige kampagner i Danmark, eksempelvis anbefalinger om at kvitte tobakken, genstandsgrænser for alkohol, "6 om dagen" og "Spis fisk, det er der ingen ben i".

Det er svært at vurdere, om disse kampagner har virket efter hensigten, da det er svært at gennemføre videnskabelige undersøgelser af disse indsatser (SBU rapport, 1997). Effekten er ofte målt ved før- og efter-målinger. Man har f.eks. målt et øget salg af frugt og grønt efter "6 om dagen".

2.1.4 Dilemmaer i forebyggelsen

Efter at mere end 30 års forebyggelsesforskning har dokumenteret, at den individorienterede strategi har en yderst begrænset effekt på befolkningens sundhedstilstand, er den strukturelle strategi langsomt ved at vinde indpas – langsommere i Danmark end i andre lande. I dag er den generelle holdning blandt forskere inden for området (Capewell & Graham, 2010; Capewell & McPeherson, 2010), at den strukturelle strategi bør være den primære og understøttende strategi. Strategien skal suppleres med oplysning (massekampagner) og undertiden med individorienterede strategier (f.eks. på rygeområdet). Denne udvikling sætter kommuner, regioner og stat i en meget central rolle inden for forebyggelse og sundhedsfremme, idet disse tre instansers kerneydelser jo netop omfatter ændringer i samfundsstrukturen. Samtidig står der i regeringens sundhedsprogram "Sund hele livet 2002" (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002) og sundhedsloven (2005), at den offentlige sektor skal understøtte borgerens valg ved at skabe sunde rammer.

Det etiske dilemma er, hvordan borgeren sikres den reelle frihed til at leve sit eget liv og til at vælge, når der lovgives og skabes sunde rammer. Den strukturelle strategi må balanceres, så den ikke domineres af forbud og personlig overvågning, men af strukturer, der får hovedparten af befolkningen til at vælge hensigtsmæssigt og samtidig rummer mulighed for fri udfoldelse. Her kommer begrebet *liberalistisk paternalisme* ind. Umiddelbart kan det virke som en selvmodsigelse, men inden for forebyggelses- og sundhedsfremme er det nok den mest rationelle vej frem. Med den paternalistiske tilgang er der et ønske om

Effekten af kampagner er ofte forbigående og skal være tilbagevendende, af høj intensitet og fornys, hvis de skal virke. Kampagner har derfor en begrænset effekt over for de store kroniske sygdomme, som udvikler sig langsomt over tid. Samtidig skal man være opmærksom på, at kampagner kan være med til at øge den sociale ulighed. Dette er måske forventeligt, da massekampagner overlader til den enkelte at ændre på sin adfærd. Generelt har borgere i de højere sociale klasser bedre mulighed for at følge budskaberne i kampagnerne end borgere i de lavere sociale klasser.

Det konkluderes, at massekampagner ikke kan stå alene, men at de udgør et vigtigt supplement til de øvrige strategier i det forebyggende arbejde.

at støtte/hjælpe borgeren i den sunde retning. Dette sker allerede, blandt andet gennem samfundsmæssige normer og regler, der sætter en sund *default* og er med til at *nudge* borgeren i den gældende retning.

I de liberale værdier er borgernes frihed til at kunne vælge fundamental. Den liberalistiske tankegang er fremherskende i mange lande i vores del af verdenen og i særdeleshed i Danmark – sammenlignet med de andre skandinaviske lande. Hvordan kan paternalisme og liberalisme forenes?

Et eksempel på liberalistisk paternalisme: Hvis to-liters sodavandsflasker præger billedet i butikkerne, er placeret centralt og kun koster ganske lidt mere end ½ liters flasker, så er *default*, at de fleste borgere køber en to-liters flaske og drikker to liter sodavand, også selvom intentionen kun var at købe en enkelt sodavand. Der bliver på den måde indtaget en masse ekstra kalorier, som egentlig ikke var tilsigtet. Hvis *default* derimod er 500 ml eller måske endda 250 ml, således at disse flasker står forrest i butikkerne, og at det er lige så billigt at købe disse flasker, så vil borgeren stadig kunne få den ønskede sodavand. Borgeren er blot *nudget* til at købe den lille sodavand i stedet for den store ved, at *default* er sat rigtigt. Men man er ikke gået på akkord med det frie valg, idet de borgere, som vil købe 2 liter, fortsat har muligheden – de skal blot købe 4 flasker af 500 ml. Samfundet er dermed med til at skabe et ægte frit valg, idet industrien over en lang årrække indirekte har begrænset borgernes frie valg ved voldsom markedsføring af usunde produkter.

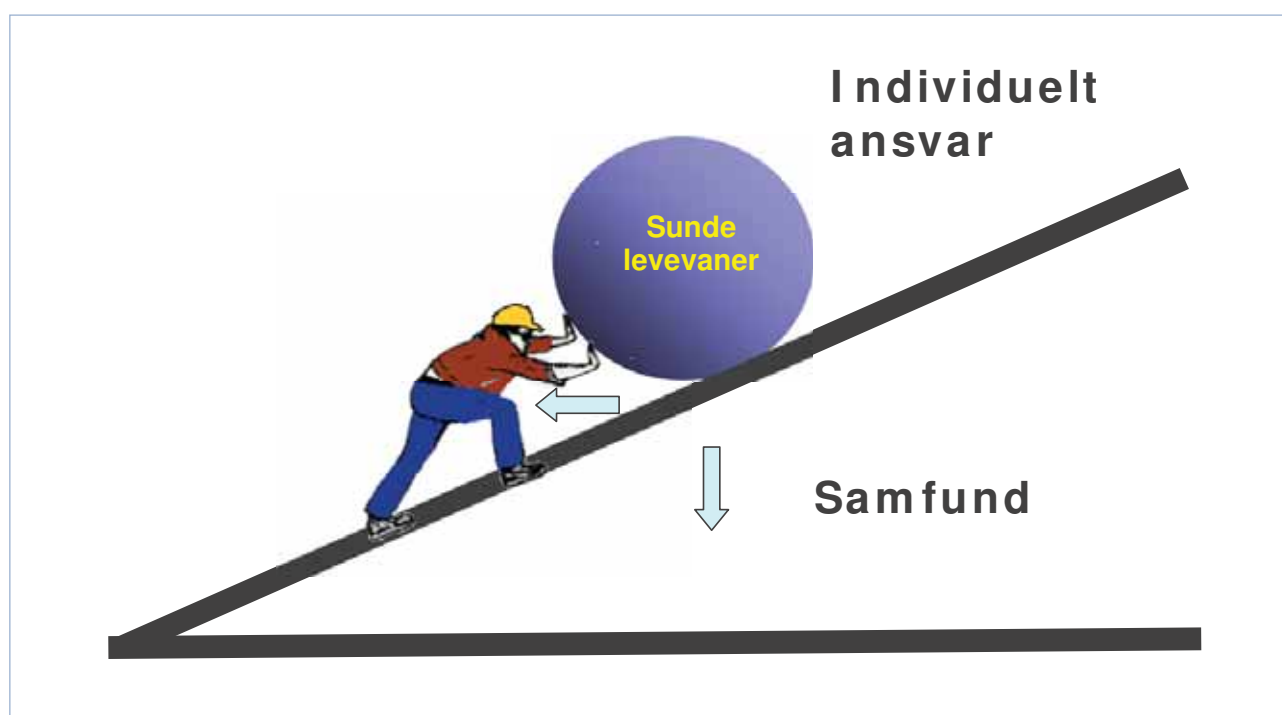
2.2 Kombinerede strategier – vejen frem

I det ovenstående er de tre strategier gennemgået hver for sig. Imidlertid vil det oftest være mest hensigtsmæssigt at betragte dem kombineret, da de understøtter hinanden. Hvordan de kombineres, vil afhænge af den givne indsats – se anbefalinger i kapitel 9-12. Som understreget tidligere i dette kapitel bør den strukturelle strategi være den primære, idet den som anført vil ændre det meste af befolkningen en smule i den sunde retning – med stor effekt på folkesundheden.

Med den viden, der eksisterer i dag, er det nødvendigt at vende tilbage til lokalsamfundsinterventionerne og benytte en kombination af strategierne. Tidligere tog de fleste lokalsamfundsinterventioner udgangspunkt i massekampagner – i dag bør de tage udgangspunkt i strukturelle strategier suppleret med massestrategi.

Det skal fastholdes, at sund livsstil er den enkeltes valg, men samfundet bør gøre det nemmere for den enkelte, hvilket illustreres i figur 2.1.

Figur 2.1 Sundhed er et kombineret ansvar for borgeren og for samfundet. Jo mindre stejl samfundet gør bakken, desto nemmere er det for borgeren at pufte byrden foran sig



2.3 Aktører – hvem har ansvar?

Da det af sundhedsloven fremgår, at det er kommunens opgave at medvirke til at skabe rammerne for en sund levevis samt etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne, er det afgørende, at forebyggelsesarbejdet forankres i kommunen og planlægges langsigtet i sammenhæng med de øvrige driftsområder i kommunen (Sundhedsstyrelsen, 2007).

Som det fremgår af tabel 2.1, er der forskellige politiske og administrative ansvarsområder samt forskellige aktører inden for sundhedsvæsenet. Det kræver høj grad af forpligtende, tværsektorielt samarbejde og koordinering, både mellem de tre søjler - stat, regioner og kommuner - og inden for de enkelte søjler. I Region Hovedstaden foregår samarbejdet mellem region og kommuner blandt andet i koordinationsudvalget, samordningsudvalgene og den administrative styregruppe.

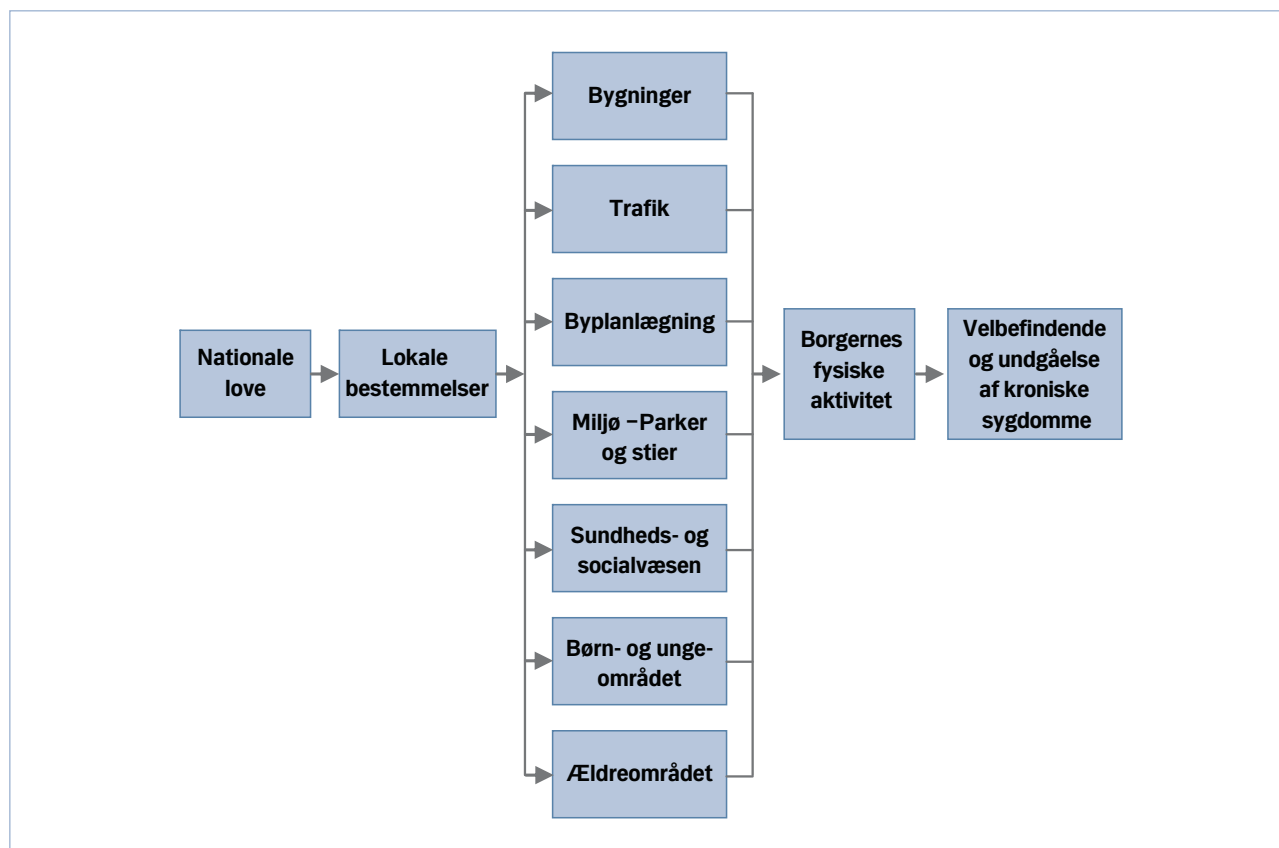
Tabel 2.1 Overblik over de forskellige ansvarsområder og aktører inden for sundhedsvæsenet i Danmark pr. 1.1.2007 (inspireret af Vallgård og Krasnik, 2007)

	Staten	Regioner	Kommuner	Privat sektor
Politisk ansvar	Folketinget Sundhedsudvalget	Regionsråd	Kommunalbestyrelse	
Administrativ myndighed	Sundheds- og forebyggelsesministeriet Velfærdsministeriet Sundhedsstyrelsen	Forvaltning	Social- og sundhedsforvaltning Børne-ungeforvaltninger Teknik – og miljøforvaltninger	
Sundhedsaktivitet, institution, personale	Regulering af sundhedsfremmende tiltag via lovgivning Regulering og opsyn med sundhedsvæsen og sundhedspersonale Reduktion af sundhedsrisici Rådgivning, metodeudvikling mv. Forskning og undervisning	Sygehuse, jordemodercentre, behandlende psykiatri Forskning og undervisning	Sundhedsfremme og forebyggelse, genoptræning, pleje, alkoholafvænnning mv. Sundhedsordninger for børn og unge, hjemmesygepleje, børne- og ungdomstandpleje, omsorgstandpleje, specialtandpleje, plejehjem, hjemmehjælp, specialinstitutioner for handicappede, sundhedscentre, socialpsykiatri, seksuelt overførte sygdomme og forebyggelse af uønsket graviditet	Alment praktiserende læger Praktiserende speciallæger Fysioterapeuter Tandlæger Kiropraktorer Psykologer Private sygehuse apoteker medicinalindustri, medikoteknisk industri, private biobanker, uautoriserede behandlere

Princippet om, at flere forvaltninger i kommune og region skal tænke sundhed ind i planlægningen, er knæsat af EU, som i 2006 tilsluttede sig konceptet: "Health in All Policies" (Ståhl et al., 2006). Det er derfor afgørende, at man i den kommunale forvaltning overvejer, hvordan sundhed

tænkes ind i de andre forvaltninger. Figur 2.2 giver et eksempel på, hvordan man kan tænke bevægelse ind i en hel række af forvaltninger. Hvis dette gøres, vil der ske en indirekte påvirkning af borgernes fysiske aktivitet via en lang række forvaltninger.

Figur 2.2 Organisering af forebyggelsesindsatser inden for fysisk aktivitet



2.4 Monitorering og evaluering af sundhedsfremme og forebyggelse

I sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejdet er det vigtigt at monitorere og evaluere det sundhedsfremmende arbejde. Der sker en kontinuerlig monitorering af borgernes sundhed og sygelighed ved de gentagne sundhedsprofiler, der udarbejdes hver fjerde år.

Ved implementering af tiltag anbefales i visse tilfælde en såkaldt sundhedskonsekvensvurdering (SKV). Dette er et redskab, der vurderer et politisk tiltags virkning i meget bred forstand. Formålet med en SKV er at sikre kvalificerede, evidensbaserede vurderinger af politikkers, planers eller projekters fremtidige virkninger på folkesundheden. SKV anvendes ofte ved tiltag, som ligger uden for sundhedssektoren, såsom social-, bolig-, trafik- og undervisningssektoren (Sundhedsstyrelsen, 2008).

Ved implementering af sundhedsfremmende indsatser er det vigtigt, at man i kommunen opstiller succeskriterier for indsatsen. Inden for det behandlende sundhedsvæsen har man arbejdet med succeskriterier igennem de seneste 15 år. Arbejdet har blandt andet ført til udarbejdelse af den danske kvalitetsmodel (DDKM)(www.ikas.dk). DDKM er bygget op af standarder for god klinisk kvalitet. Disse standarder er udarbejdet af professionelle inden for de forskellige sektorer. Der foregår aktuelt en pilotafprøvning af standarder inden for den kommunale sektor inklusiv standarder inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Disse standarder tager udgangspunkt i implementering af politikker og individorienterede tilbud. Det bør overvejes, hvorvidt der også ved implementering af strukturelle tiltag kan udarbejdes indikatorer og standarder.



Kapitel 3

Borgere med sund livsstil



3 Borgere med sund livsstil

I dette kapitel beskrives, hvor stor en andel af borgerne i Region Hovedstaden der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om ikke at ryge, drikke alkohol under genstandsgrænsen for højrisikoforbrug, spise sund kost og være fysisk aktiv mindst 30 minutter dagligt, herefter blot kaldet 'Sundhedsstyrelsens anbefalinger'. Opgørelserne viser således de borgere, der lever hensigtsmæssigt på alle fire adfældsområder.

I Region Hovedstaden lever kun 16 % af borgerne op til alle fire anbefalinger. Dette svarer til 192.400 borgere (tabel 3.1). Det betyder, at mere end 1 million borgere på 16 år eller derover potentielt kan blive sundere ved at ændre adfærd inden for mindst en af de fire typer af sundhedsadfærd (rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet).

Tabel 3.1 Borgere, som lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet

	%	Personer
Region Hovedstaden	16	192.400
Køn		
Mand	13	74.300
Kvinde	19	118.100
Alder		
16-24 år	14	23.500
25-34 år	17	36.900
35-44 år	17	40.900
45-54 år	18	35.500
55-64 år	18	32.000
65-79 år	14	20.200
80+ år	9	3.400
Uddannelse		
Under uddannelse	15	18.700
Grundskole	7	5.200
Kort uddannelse	11	40.600
Kort videreg. uddannelse	15	18.100
Mellemlang videreg. uddannelse	21	50.000
Lang videreg. uddannelse	23	50.900
Erhvervstilknytning		
I beskæftigelse	18	125.100
Arbejdsløs	9	4.400
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	11	3.000
Førtidspensionist	9	3.300
Pensionist	13	27.000
Samlivsstatus		
Enlig (blandt 25+ årige)	13	41.800
Samlevende (blandt 25+ årige)	18	123.700
Etnisk baggrund		
Danmark	16	164.500
Andre vestlige lande	17	13.700
Ikke-vestlige lande	14	14.300

0 10 20 30%

Køn og alder: Flere kvinder end mænd lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og en større andel af borgere i alderen 25-64 år lever op til anbefalingerne sammenlignet med helt unge og ældre borgere.

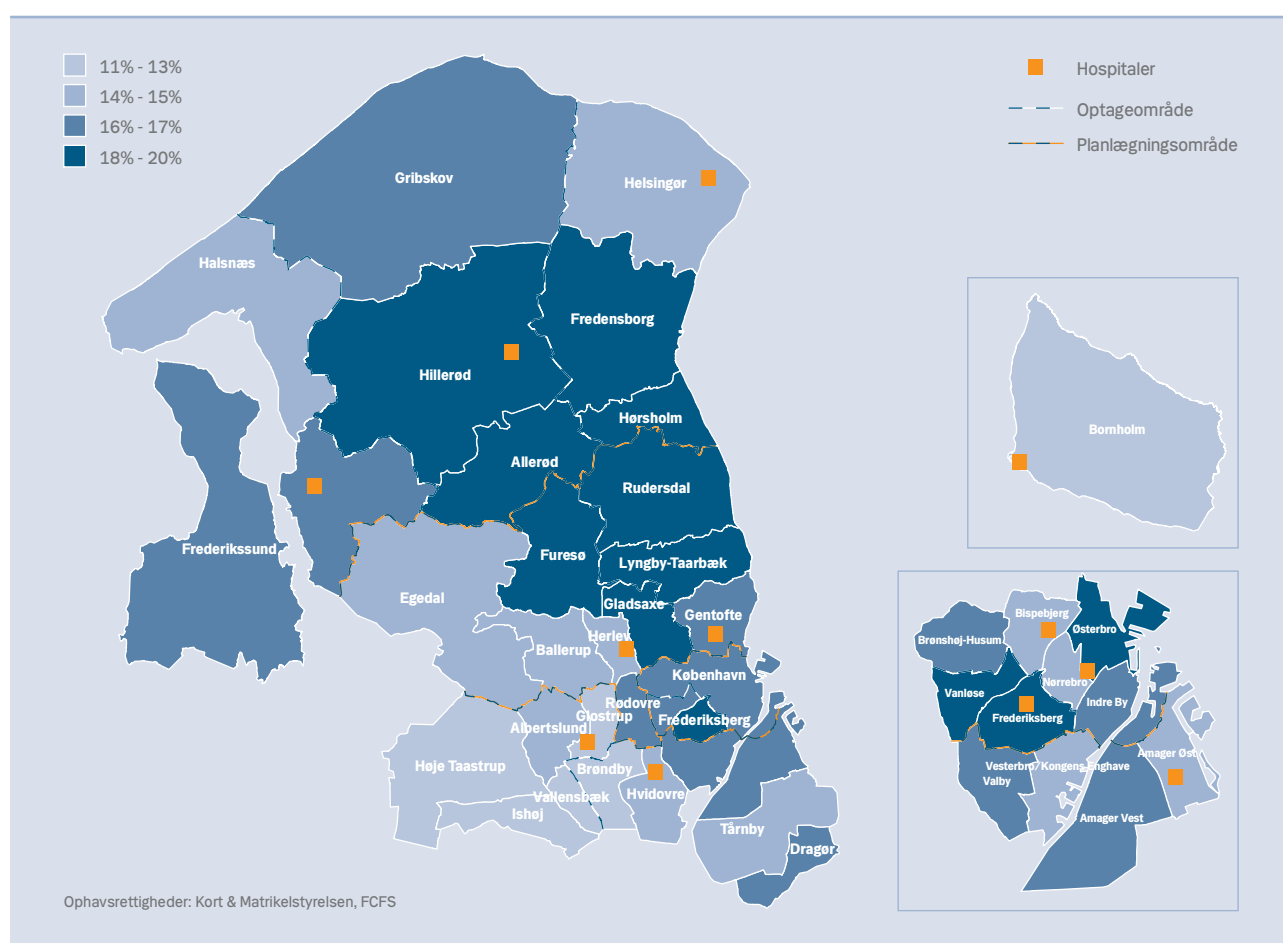
Uddannelse og erhvervstilknytning: Andelen af borgere, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, stiger med stigende uddannelse. Andelen af borgere, som lever op til anbefalingerne, er tre gange så stor blandt borgere med mellemlang eller lang videregående uddannelse sammenlignet med borgere, som kun har en grundskoleuddannelse. Ligeledes er andelen af borgere, der lever op

til anbefalingerne, næsten dobbelt så stor blandt borgere i beskæftigelse sammenlignet med borgere uden for arbejdsmarkedet.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Andelen af borgere, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, er større blandt samlevende end blandt enlige.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, er mindre blandt gruppen af borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Figur 3.1 Borgere, som lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet

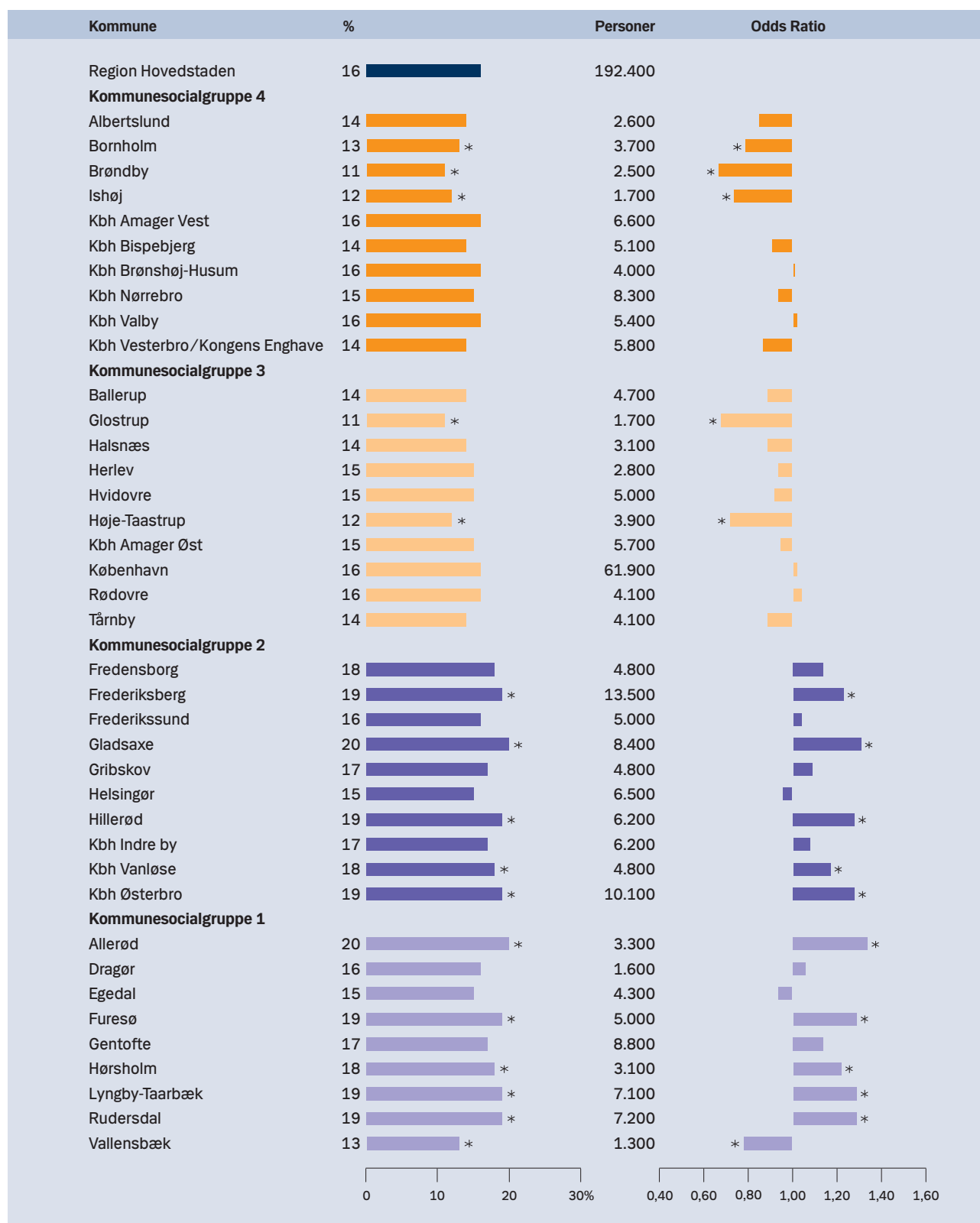


Variation mellem kommunerne: Andelen af borgerne i de enkelte kommuner, der lever op til alle Sundhedsstyrelsens anbefalinger, varierer fra 11 % i Brøndby og Glostrup Kommune til 20 % i Gladsaxe og Allerød Kommune (tabel 3.2).

Selv efter at der er justeret for køns- og alderssammensætningen i de enkelte kommuner, ses en tydelig social gradient på tværs af kommunerne i forhold til andelen af bor-

gere, der lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Næsten alle kommuner i kommunesocialgruppe 3 og 4 ligger under regionsgennemsnittet, og flere af dem ligger signifikant under. Tilsvarende ligger næsten alle kommuner i kommunesocialgruppe 1 og 2 over regionsgennemsnittet, og flere af dem ligger signifikant over. Kun Valensbæk Kommune fra kommunesocialgruppe 1 ligger signifikant under regionsgennemsnittet.

Tabel 3.2 Borgere i kommunerne, som lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet
 Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder
 Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder



Kapitel 4

Forebyggelsespotentiale – Rygning



4 Forebyggelsespotentiale – Rygning

I Sundhedsprofilen beskrives rygning ud fra borgere, som ryger dagligt, uanset hvor meget man i gennemsnit ryger.

I alt 20 % af borgerne Region Hovedstaden ryger dagligt. 46 % har aldrig røget, og 29 % har røget tidligere (Sundhedsprofilen del 1, 2010). Der er flest dagligrygere blandt mænd, borgere i alderen 45-64 år, borgere, som kun har fuldført grundskolen, enlige og borgere fra kommunesocialgruppe 4.

Rygning i Region Hovedstaden:

- 20 % ryger dagligt
- 46 % har aldrig røget
- 10 % ikkerygere er dagligt udsat for passiv rygning
- Der bliver røget indendørs blandt 12 % af borgere under 65 år, som bor sammen med børn

4.1 Motivation for at ændre rygevaner

Tre ud af fire dagligrygere ønsker at stoppe med at ryge, og halvdelen af de dagligrygere, der ønsker at stoppe med at ryge, vil gerne have hjælp til rygestop (tabel 4.1). 10 % af dagligrygerne, som ønsker at stoppe med at ryge, har planlagt rygeophør inden for én måned, 15 % har planlagt rygeophør inden for seks måneder, mens de resterende knap 76 % ønsker at stoppe med at ryge, men har ikke planlagt hvornår (resultater ikke vist).

Køn og alder: Både i forhold til rygestop og i forhold til hjælp til rygestop er andelen af mænd og kvinder lige store. Især de yngre borgere ønsker at stoppe med at ryge, mens andelen falder med alderen. Det er dog stadig seks ud af ti borgere i aldersgruppen 65-79 år, der ønsker at stoppe med at ryge, mens det er tre ud af ti blandt borgere på 80 år og derover. Blandt borgere, som ønsker at stoppe med at ryge, er andelen, der ønsker hjælp til rygestop, størst blandt de 35-64-årige, mens andelen er mindre blandt de yngste og ældste borgere.

Uddannelse og erhvervstilknytning: En lidt mindre andel af dagligrygere, som kun har fuldført grundskolen, ønsker at stoppe med at ryge sammenlignet med længere uddannelser. Omvendt er andelen, som ønsker hjælp til rygestop, størst blandt borgere, som kun har fuldført grundskolen, og mindst blandt borgere under uddannelse eller med lang videregående uddannelse. Andelen af dagligrygere, som ønsker at stoppe med at ryge, er størst blandt beskæftigede og arbejdsløse, og den er mindst blandt pensionister. I forhold til hjælp til rygestop er andelen, der ønsker hjælp, størst blandt langtids-syge m.m. og førtidspensionister, mens den er mindst blandt beskæftigede og pensionister.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Der er ikke betydelig forskel på andelen af enlige og samlevende dagligrygere, som ønsker at stoppe med at ryge, eller på andelen, der ønsker hjælp til rygestop.

Etnisk baggrund: Der er ingen betydelig forskel på, hvor stor en andel, der ønsker at holde op med at ryge eller ønsker hjælp til rygestop i forhold til etnisk baggrund.

Bor sammen med en ryger: Der er ikke betydelig forskel på andelen af dagligrygere, som ønsker at holde op med at ryge, blandt de, der bor sammen med en ryger, og de, der ikke gør. Til gengæld er der en lidt større andel af dagligrygere, der ikke bor sammen med en ryger, som ønsker hjælp til rygestop, i forhold til dagligrygere, der bor sammen med en ryger.

Nogen at tale med ved behov: En større andel af dagligrygere, som har nogen at tale med ved behov, ønsker at holde op med at ryge i forhold til dagligrygere, som aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med ved behov. Der er derimod ingen betydelig forskel på, om dagligrygere ønsker hjælp til rygestop, i forhold til om de har nogen at tale med ved behov.

Højt stressniveau: Der er ingen betydelig forskel på, om dagligrygere ønsker at stoppe med at ryge i forhold til deres stressniveau. En større andel af dagligrygere, som har et højt stressniveau, ønsker dog hjælp til rygestop sammenlignet med dagligrygere uden et højt stressniveau.

Variation mellem kommunerne: Der er nogen variation mellem kommunerne i andelen af dagligrygere, der ønske at holde op med at ryge eller ønsker hjælp til rygestop (tabel 4.2). Andelen af dagligrygere, der ønsker at holde op med at ryge, varierer fra 67 % i Rudersdal Kommune til 84 % i bydelen Amager Øst. I forhold til andelen af dagligrygere, som ønsker hjælp til rygestop, varierer andelen fra 41 % i Halsnæs Kommune til 57 % i Gribskov Kommune. Der ses ingen gradient på tværs af kommunesocialgrupperne i forhold til andelen af borgere, der ønsker at holde op med at ryge eller ønsker hjælp til rygestop.

- 3 ud af 4 dagligrygere ønsker at stoppe med at ryge
- Halvdelen af dagligrygerne ønsker hjælp til rygestop

Tabel 4.1 Dagligrygere, som ønsker rygestop og ønsker hjælp til rygestop

	Ønsker rygestop		Ønsker hjælp til rygestop	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	76	194.900	49	91.900
Køn				
Mand	75	100.900	48	46.500
Kvinde	77	94.000	50	45.400
Alder				
16-24 år	87	26.500	35	9.000
25-34 år	87	33.000	47	15.100
35-44 år	83	41.100	52	20.900
45-54 år	77	40.500	55	21.400
55-64 år	69	32.000	53	16.200
65-79 år	59	19.700	48	8.700
80+ år	30	2.000	40	600
Uddannelse				
Under uddannelse	88	17.500	35	6.000
Grundskole	65	19.100	57	10.000
Kort uddannelse	74	75.200	50	36.100
Kort videreg. uddannelse	79	22.900	52	11.600
Mellemlang videreg. uddannelse	80	32.100	49	15.400
Lang videreg. uddannelse	75	14.800	44	6.500
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	81	108.200	49	51.700
Arbejdsløs	83	12.600	54	6.500
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	71	7.000	58	3.900
Førtidspensionist	64	11.500	59	6.300
Pensionist	57	25.800	49	11.600
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	73	69.200	53	35.000
Samlevende (blandt 25+ årige)	76	94.200	50	45.800
Etnisk baggrund				
Danmark	75	163.500	49	76.700
Andre vestlige lande	74	10.800	46	4.800
Ikke-vestlige lande	79	20.500	53	10.300
Bor sammen med en ryger				
Ja	77	67.400	46	30.300
Nej	75	126.000	50	61.400
Nogen at tale med ved behov				
ja, ofte eller for det meste	76	157.300	49	74.000
ja, nogen gange	78	24.200	53	12.000
nej, aldrig eller næsten aldrig	66	9.800	49	4.600
Højt stress niveau				
Ja	76	53.400	57	28.900
Nej	76	139.500	46	62.200

0 25 50 75 100%

0 20 40 60%

Tabel 4.2 Dagligrygere i kommunerne, som ønsker rygestop og ønsker hjælp til rygestop

	Ønsker rygestop		Ønsker hjælp til rygestop	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	76	194.900	49	91.900
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	80	3.800	44	1.600
Bornholm	70*	5.300	45	2.300
Brøndby	77	5.200	55	2.800
Ishøj	74	2.700	48	1.200
Kbh Amager Vest	76	7.300	55	4.000
Kbh Bispebjerg	76	7.600	48	3.500
Kbh Brønshøj-Husum	75	3.900	49	1.800
Kbh Nørrebro	79	10.600	49	4.900
Kbh Valby	73	5.600	50	2.700
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	77	8.400	47	3.700
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	73	5.700	51	2.700
Glostrup	76	2.500	55	1.400
Halsnæs	76	4.500	41*	1.800
Herlev	78	3.300	44	1.400
Hvidovre	75	6.000	55	3.200
Høje-Taastrup	75	5.900	46	2.600
Kbh Amager Øst	84*	7.400	43	3.100
København	77	68.500	49	32.300
Rødovre	68*	3.600	50	1.700
Tårnby	78	5.500	48	2.500
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	74	4.200	46	1.900
Frederiksberg	75	9.400	44	4.100
Frederikssund	77	5.400	52	2.700
Gladsaxe	78	7.100	52	3.500
Gribskov	74	4.900	57*	2.700
Helsingør	73	7.700	54	4.000
Hillerød	78	4.800	44	2.000
Kbh Indre by	75	5.300	52	2.700
Kbh Vanløse	77	4.400	46	2.000
Kbh Østerbro	79	8.100	50	3.900
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	71	1.700	50	800
Dragør	81	1.400	48	700
Egedal	77	4.200	52	2.100
Furesø	68*	2.700	45	1.200
Gentofte	80	7.000	54	3.700
Hørsholm	72	1.900	46	800
Lyngby-Taarbæk	74	4.400	44	1.900
Rudersdal	67*	4.100	42	1.700
Vallensbæk	75	1.500	50	800

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

4.2 Sunde rammer – holdninger til rygeforbud

De strukturelle rammer har stor betydning for, hvor meget der ryges forskellige steder i det offentlige rum. I sundhedsprofilen er der spurgt om borgernes holdninger til rygeforbud i det offentlige rum. I dette afsnit beskrives borgernes holdninger til rygeforbud forskellige steder i det offentlige rum.

For alle offentlige rum på nær arbejdspladser og værtshuse/caféer mener et flertal af borgerne i Region Hoved-

staden, at rygning bør være helt forbudt (tabel 4.3). Dette gælder særligt folkeskoler, fritids- og ungdomsklubber, idrætsklubber/sportshaller samt børnehaver og vuggestuer. Her mener mere end fire ud af fem borgere, at rygning bør være helt forbudt. Siden 2007 er andelen af borgere, der mener at rygning bør være helt forbudt, steget i forhold til alle typer af arenaer. De største stigninger er sket i forhold til forbud eller begrænsning af rygning på værtshuse/caféer, i restauranter samt på offentlige kontorer.

Tabel 4.3 Borgernes holdninger til rygeforbud i forskellige arenaer

	2010	2010 kun 25-79 år	2007
	%	%	%
I folkeskoler	85	86	82
I fritids- og ungdomsklubber	80	82	78
På ungdomsuddannelser	66	70	65
På arbejdspladser	44	46	37
På hospitaler	70	69	61
På værtshuse og caféer	36	37	26
I restauranter	55	55	40
I butikcentre	71	71	62
I idrætsklubber / sportshaller	83	83	76
I børnehaver / vuggestuer	91	91	88
På offentlige kontorer	68	68	58

Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere, der ønsker rygeforbud, varierer i forhold til de forskellige arenaer samt på tværs af kommunerne.

Børneinstitutioner/skoler/fritidsordninger og ungdomsuddannelser: 78 % af borgerne i Region Hovedstaden ønsker rygeforbud på institutioner som vuggestuer/børnehaver, folkeskoler og fritidsordninger, mens en lidt mindre andel (66 %) ønsker rygeforbud på ungdomsuddannelser (tabel 4.4). Andelen af borgere, der ønsker rygeforbud i børneinstitutioner/skoler/fritidsordninger, varie-

rer fra 71 % blandt borgere på Bornholm til 84 % i Gentofte og Hørsholm Kommune. I forhold til rygeforbud på ungdomsuddannelserne varierer andelen af borgere, der ønsker rygeforbud, fra 59 % i bydelen Nørrebro til 76 % i Hørsholm Kommune. Der ses en klar social gradient i forhold til rygeforbud på tværs af kommunesocialgrupperne for alle arenaerne således, at borgere fra kommuner i kommunesocialgruppe 1 bakker mere op om rygeforbud sammenlignet med regionsgennemsnittet, hvorimod kommunerne i kommunesocialgruppe 3 og 4 bakker mindre op om rygeforbud.

Idrætsklubber/sportshaller, værtshuse/caféer/restauranter og butikcentre: 83 % af borgerne i Region Hovedstaden ønsker rygeforbud i idrætsklubber og sportshaller, 36 % ønsker rygeforbud på værtshuse/caféer og restauranter, mens 71 % ønsker rygeforbud i butikcentre (tabel 4.5). Andelen af borgere, der ønsker rygeforbud i idrætsklubber og sportshaller, varierer fra 76 % på Bornholm til 89 % i Hørsholm Kommune. I forhold til andelen af borgere, der ønsker rygeforbud på værtshuse/caféer og restauranter, varierer andelen fra 30 % på Bornholm samt i Halsnæs og Frederikssund Kommune til 45 % i Gentofte Kommune. I forhold til rygeforbud i butikcentre varierer andelen af borgere, der ønsker rygeforbud, fra 65 % i Brøndby Kommune til 78 % i Hørsholm Kommune. Der ses en social gradient for alle tre områder i forhold til rygeforbud på tværs af kommunesocialgrupperne således, at borgere fra kommuner i kommunesocialgruppe 1 bakker mere op om rygeforbud sammenlignet med regionsgennemsnittet, hvorimod kommunerne i kommunesocialgruppe 3 og 4 bakker mindre op om rygeforbud.

Hospitaller og arbejdspladserne: 70 % af borgerne i Region Hovedstaden ønsker rygeforbud på hospitaler, mens 44 % ønsker rygeforbud på arbejdspladserne (tabel 4.6). Andelen af borgere, der ønsker rygeforbud på hospitalerne, varierer fra 58 % på Bornholm til 77 % i Gentofte Kommune. I forhold til andelen af borgere, der ønsker rygeforbud på arbejdspladserne, varierer andelen fra 38 % på Bornholm, i bydelen Valby og i Tårnby Kommune til 53 % i Gentofte og Hørsholm Kommune. Der ses en klar social gradient for alle tre områder i forhold til rygeforbud på tværs af kommunesocialgrupperne således, at borgere fra kommuner i kommunesocialgruppe 1 bakker mere op om rygeforbud sammenlignet med regionsgennemsnittet, hvorimod kommunerne i kommunesocialgruppe 3 og 4 bakker mindre op om rygeforbud.

- For alle offentlige rum på nær arbejdspladser og værtshuse/caféer mener et flertal af borgerne i Region Hovedstaden, at rygning bør være helt forbudt
- Siden 2007 er opbakningen til rygeforbud steget

Tabel 4.4 Borgere i kommunerne, som ønsker rygeforbud i skoler/børneinstitutioner/fritids- og ungdomsklubber samt på ungdomsuddannelser

	Folkeskoler/børneinstitutioner/ fritids- og ungdomsklubber		Ungdomsuddannelser	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	78	1.022.100	66	867.400
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	76	16.100	65	13.700
Bornholm	71*	24.000	62*	21.000
Brøndby	77	20.300	64	17.000
Ishøj	76	11.800	65	10.200
Kbh Amager Vest	76	34.400	63*	28.700
Kbh Bispebjerg	74*	29.400	61*	24.400
Kbh Brønshøj-Husum	79	22.700	68	19.400
Kbh Nørrebro	76	45.700	59*	35.500
Kbh Valby	73*	27.500	61*	22.700
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	77	34.500	61*	27.400
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	76	28.500	66	24.500
Glostrup	77	13.000	66	11.300
Halsnæs	74*	17.800	63*	15.200
Herlev	79	16.100	67	13.800
Hvidovre	76	29.300	63*	24.300
Høje-Taastrup	76	27.800	65	23.500
Kbh Amager Øst	78	32.300	64	26.400
København	77*	325.200	63*	265.800
Rødovre	78	22.200	65	18.400
Tårnby	78	24.600	65	20.300
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	77	22.700	67	20.000
Frederiksberg	80*	63.600	70*	55.200
Frederikssund	75*	25.200	64	21.600
Gladsaxe	78	37.900	67	32.900
Gribskov	75*	23.500	65	20.300
Helsingør	77	36.100	67	31.100
Hillerød	80	28.400	69	24.400
Kbh Indre by	79	31.300	66	26.300
Kbh Vanløse	77	22.600	62*	18.300
Kbh Østerbro	79	44.800	65	36.700
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	80	14.400	71*	12.700
Dragør	81*	8.500	73*	7.600
Egedal	80	24.400	66	20.400
Furesø	81*	23.600	71*	20.600
Gentofte	84*	45.900	75*	41.000
Hørsholm	84*	15.900	76*	14.300
Lyngby-Taarbæk	79	32.400	70*	28.900
Rudersdal	82*	34.200	72*	30.100
Vallensbæk	81*	8.800	70*	7.600

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Tabel 4.5 Borgere i kommunerne, som ønsker rygeforbud i idrætsklubber/sportshaller, på værtshuse/cafeer/restauranter og i butikcentre

	Idrætsklubber/ sportshaller		Værtshuse/cafeer restauranter		Butikcentre	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	83	1.089.100	36	468.000	71	943.100
Kommunesocialgruppe 4						
Region Albertslund	81	17.300	33	7.100	69	14.800
Bornholm	76*	25.600	30*	10.200	72	24.300
Brøndby	80*	21.200	33	8.800	65*	17.300
Ishøj	80*	12.400	33	5.100	73	11.400
Kbh Amager Vest	83	37.800	35	16.000	71	32.500
Kbh Bispebjerg	79*	31.700	34	13.600	67*	26.900
Kbh Brønshøj-Husum	84	24.300	35	10.000	70	20.200
Kbh Nørrebro	81	49.000	34	20.600	69	41.800
Kbh Valby	80*	30.400	35	13.400	68*	26.000
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	79*	35.500	36	16.400	67*	30.500
Kommunesocialgruppe 3						
Ballerup	83	31.200	33	12.200	72	26.900
Glostrup	80*	13.600	33	5.600	69	11.800
Halsnæs	80*	19.400	30*	7.300	71	17.200
Herlev	85	17.500	35	7.100	75*	15.500
Hvidovre	81	31.200	31*	11.800	66*	25.500
Høje-Taastrup	81	29.700	32*	11.600	68*	24.900
Kbh Amager Øst	82	33.700	35	14.500	71	29.100
København	81*	346.300	36	152.200	70*	298.000
Rødovre	81	23.100	32*	9.200	72	20.600
Tårnby	81	25.400	32*	10.000	67*	21.100
Kommunesocialgruppe 2						
Fredensborg	81	24.100	33	9.900	69	20.500
Frederiksberg	85*	67.800	40*	31.300	76*	60.600
Frederikssund	81	27.300	30*	10.300	67*	22.800
Gladsaxe	83	40.700	35	16.900	71	34.800
Gribskov	81	25.400	33	10.400	69	21.800
Helsingør	84	39.200	34	15.800	74*	34.900
Hillerød	83	29.800	36	13.000	74*	26.700
Kbh Indre by	83	33.100	39*	15.700	73	29.300
Kbh Vanløse	82	24.100	36	10.400	73	21.400
Kbh Østerbro	82	46.800	38	21.500	71	40.300
Kommunesocialgruppe 1						
Allerød	86*	15.400	40*	7.200	73	13.000
Dragør	85*	8.900	40*	4.200	76*	8.000
Egedal	84	25.900	34	10.500	71	21.800
Furesø	86*	25.000	39*	11.300	77*	22.300
Gentofte	87*	47.900	45*	24.400	76*	42.000
Hørsholm	89*	16.800	41*	7.800	78	14.800
Lyngby-Taarbæk	85	35.100	39*	16.000	74	30.600
Rudersdal	88*	36.800	41*	16.900	75*	31.500
Vallensbæk	84	9.200	35	3.800	72	7.800

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Tabel 4.6 Borgere i kommunerne, som ønsker rygeforbud på hospitaler og arbejdspladser

	Hospitaler		Arbejdspladser	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	70	918.000	44	576.400
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	70	14.900	43	9.200
Bornholm	58*	19.700	38*	12.700
Brøndby	70	18.700	40*	10.600
Ishøj	67	10.500	42	6.500
Kbh Amager Vest	69	31.500	42	19.300
Kbh Bispebjerg	71	28.200	40*	16.000
Kbh Brønshøj-Husum	71	20.500	46	13.300
Kbh Nørrebro	69	41.700	41	25.000
Kbh Valby	67	25.500	38*	14.400
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	66*	29.500	41	18.200
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	68	25.500	43	15.900
Glostrup	70	11.800	43	7.300
Halsnæs	66*	16.000	39*	9.600
Herlev	70	14.400	40*	8.300
Hvidovre	68	26.100	42	16.200
Høje-Taastrup	67*	24.300	40*	14.600
Kbh Amager Øst	69	28.500	41	17.100
København	69	295.400	42*	178.900
Rødovre	68	19.400	39*	11.100
Tårnby	66*	20.900	38*	12.100
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	67*	19.800	44	13.100
Frederiksberg	72*	57.100	50*	39.500
Frederikssund	66*	22.300	40*	13.400
Gladsaxe	69	33.800	45	21.800
Gribskov	64*	20.200	39*	12.200
Helsingør	71	33.000	44	20.700
Hillerød	69	24.800	45	16.000
Kbh Indre by	73*	29.000	47*	18.900
Kbh Vanløse	71	21.100	41	12.200
Kbh Østerbro	70	39.900	43	24.600
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	73*	13.200	49*	8.900
Dragør	76*	7.900	52*	5.400
Egedal	69	21.300	43	13.200
Furesø	74*	21.400	50*	14.500
Gentofte	77*	42.500	53*	29.300
Hørsholm	76*	14.500	53*	10.100
Lyngby-Taarbæk	72	29.500	46	19.000
Rudersdal	74*	31.000	52*	21.500
Vallensbæk	73*	8.000	44	4.800

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

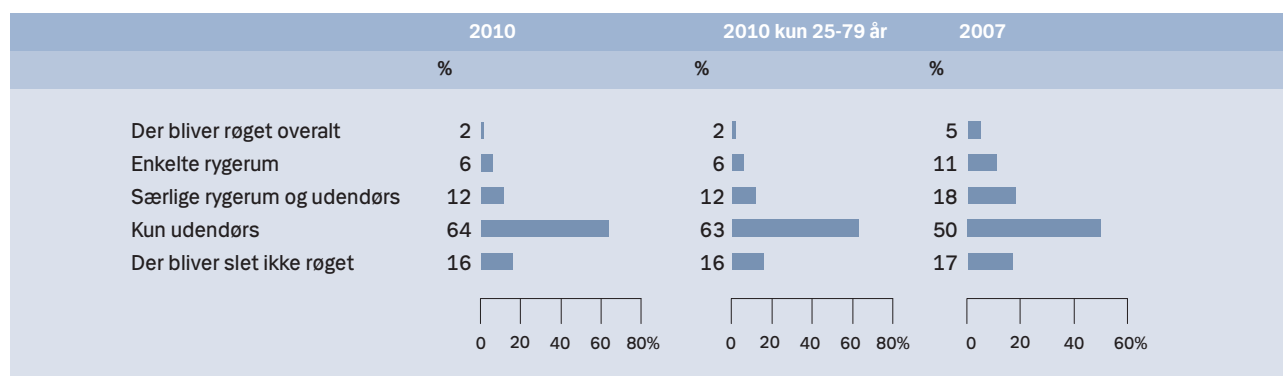
Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

4.3 Sunde rammer – politikker på arbejdspladserne

På næsten alle arbejdspladser i Region Hovedstaden er der en begrænsning i forhold til, hvor der må ryges på arbejdspladsen – kun på 1 ud af 50 arbejdspladser må der ryges overalt (tabel 4.7). For mere end seks ud af ti arbejdspladser, må rygning kun foregå udenfor, og på én

ud af seks arbejdspladser bliver der slet ikke røget. Siden 2007 er der markant flere arbejdspladser, hvor rygning kun må foregå udendørs. Til gengæld er der færre arbejdspladser, hvor der bliver røget overalt, hvor der er enkelte rygeområder, eller hvor rygning er begrænset til særlige rygerum.

Tabel 4.7 Rygepolitikker på arbejdspladser

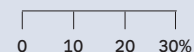
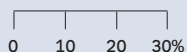


Hvilke rygepolitikker der findes, afhænger af borgernes ansættelsessted (tabel 4.8). Generelt er der lidt mere restriktive rygeregler på offentlige arbejdspladser end private arbejdspladser. Inden for den offentlige sektor er der strammere rygepolitikker på de regionale arbejdspladser og mindre stramme rygepolitikker på de statslige arbejdspladser. Lidt flere mænd end kvinder arbejder på arbejdspladser, hvor der må ryges indendørs i rygerum, mens lidt flere kvinder end mænd arbejder, hvor der kun må ryges udendørs eller slet ikke må ryges på arbejdspladsen. Dette

afspejler formodentlig, at flere mænd end kvinder arbejder på private arbejdspladser, og at kvinder, som arbejder i den offentlige sektor, ofte er beskæftiget inden for servicefagene, hvor rygereglerne generelt er mere restriktive. I forhold til uddannelse er der en større andel af borgere, som kun har grundskole eller kort uddannelse, som har adgang til at ryge indendørs på arbejdspladsen, mens der er flest blandt borgere med lang videregående uddannelse, som oplever, at der slet ikke ryges på deres arbejdsplads.

Tabel 4.8 Rygepolitikker på arbejdspladser

	Rygning i rygerum samt udendørs		Rygning kun udendørs		Ingen rygning	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	19	160.100	64	553.600	15	132.300
Køn						
Mand	22	96.400	62	268.000	14	58.800
Kvinde	15	63.700	67	285.700	17	73.500
Alder						
16-24 år	18	22.700	69	89.000	11	14.900
25-34 år	18	36.400	67	134.900	14	28.000
35-44 år	19	41.900	64	142.700	16	35.700
45-54 år	20	36.600	62	114.500	16	30.500
55-64 år	19	22.500	60	72.500	19	23.200
Uddannelse						
Under uddannelse	18	16.000	68	62.100	12	11.300
Grundskole	26	6.800	56	14.700	12	3.100
Kort uddannelse	23	55.700	61	148.700	13	31.000
Kort videreg. uddannelse	16	15.700	67	63.600	16	15.100
Mellemlang videreg. uddannelse	15	27.900	67	124.900	17	30.900
Lang videreg. uddannelse	16	29.900	64	118.600	19	35.400
Samlivsstatus						
Enlig (blandt 25+ årige)	20	37.200	65	123.300	13	24.300
Samlevende (blandt 25+ årige)	18	97.800	63	334.500	17	91.300
Etnisk baggrund						
Danmark	18	132.400	65	477.600	15	111.300
Andre vestlige lande	19	10.200	62	34.000	18	9.900
Ikke-vestlige lande	24	17.500	58	42.000	15	11.100
Ansættelsessted						
Privat	21	117.900	60	334.700	16	90.400
Kommune	13	20.100	74	117.100	12	19.400
Region	11	5.500	61	30.300	27	13.600
Stat	16	14.000	76	64.400	8	6.600

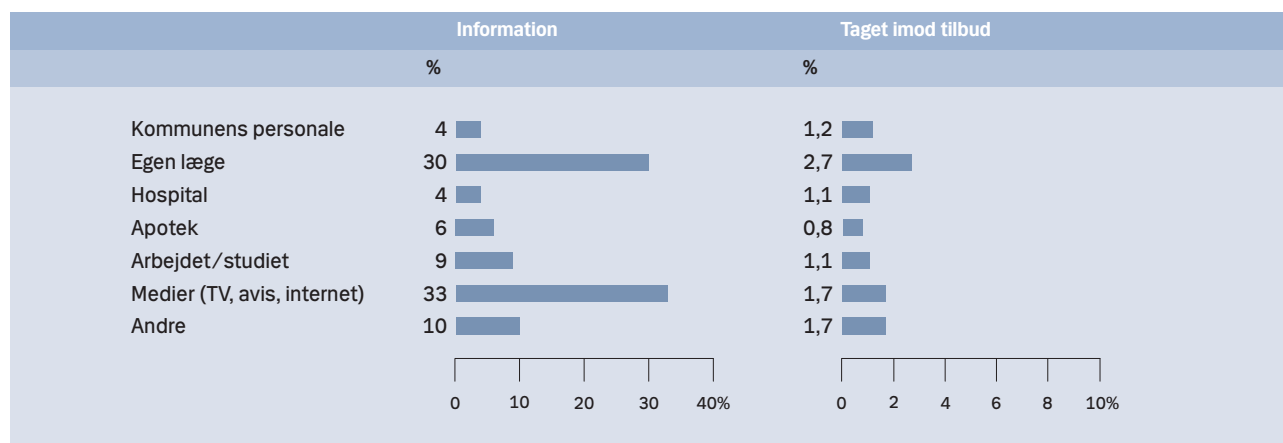


4.4 Rygning og individorienterede tilbud

I sundhedsprofilen er der spurgt til, om personen inden for det seneste år har fået information om muligheden for at få hjælp til eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af rygevaner fra henholdsvis kommunens personale, hospital, apotek, arbejde/studie, medier eller fra egen læge. I dette afsnit skelnes dog kun mellem information eller tilbud om hjælp fra alle kilder eller fra egen læge. Alle opgørelser er begrænset til dagligrygere.

I alt 65 % dagligrygere – svarende til 160.700 personer – har fået information om muligheden for hjælp til rygestop, og 9 % har taget imod tilbud om hjælp, hvilket svarer til 22.600 personer. Den primære informationskilde er egen læge og medierne, når det gælder information om muligheden for hjælp til rygestop (tabel 4.9). De øvrige informationskilder har meget begrænset betydning.

Tabel 4.9 Dagligrygere, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til rygestop



16 % af de borgere, som har fået information fra deres egen læge om muligheden for hjælp til rygestop, har taget imod hjælp. Til sammenligning har kun 6 % af de borgere, som

ikke har fået information fra deres egen læge, taget imod tilbud om hjælp til rygestop (resultater ikke vist).

4.4.1 Individorienterede tilbud fra egen læge

Dette afsnit er begrænset til dagligrygere, som har været hos egen læge inden for det seneste år. Afsnittet beskriver borgere, som af deres egen læge enten er blevet rådet til at holde op med at ryge, har fået information om muligheden for hjælp eller har fået hjælp til rygestop. Det er således et udtryk for, at rygevanerne er blevet drøftet med egen læge.

I alt har 39 % af dagligrygerne i Region Hovedstaden inden for det seneste år talt med deres egen læge om at ændre rygevaner. Dette svarer til 74.500 personer (tabel 4.10).

Køn og alder: En lidt større andel af mænd end kvinder har talt med deres egen læge om rygestop, og andelen stiger indtil 64-årsalderen, hvorefter den falder igen.

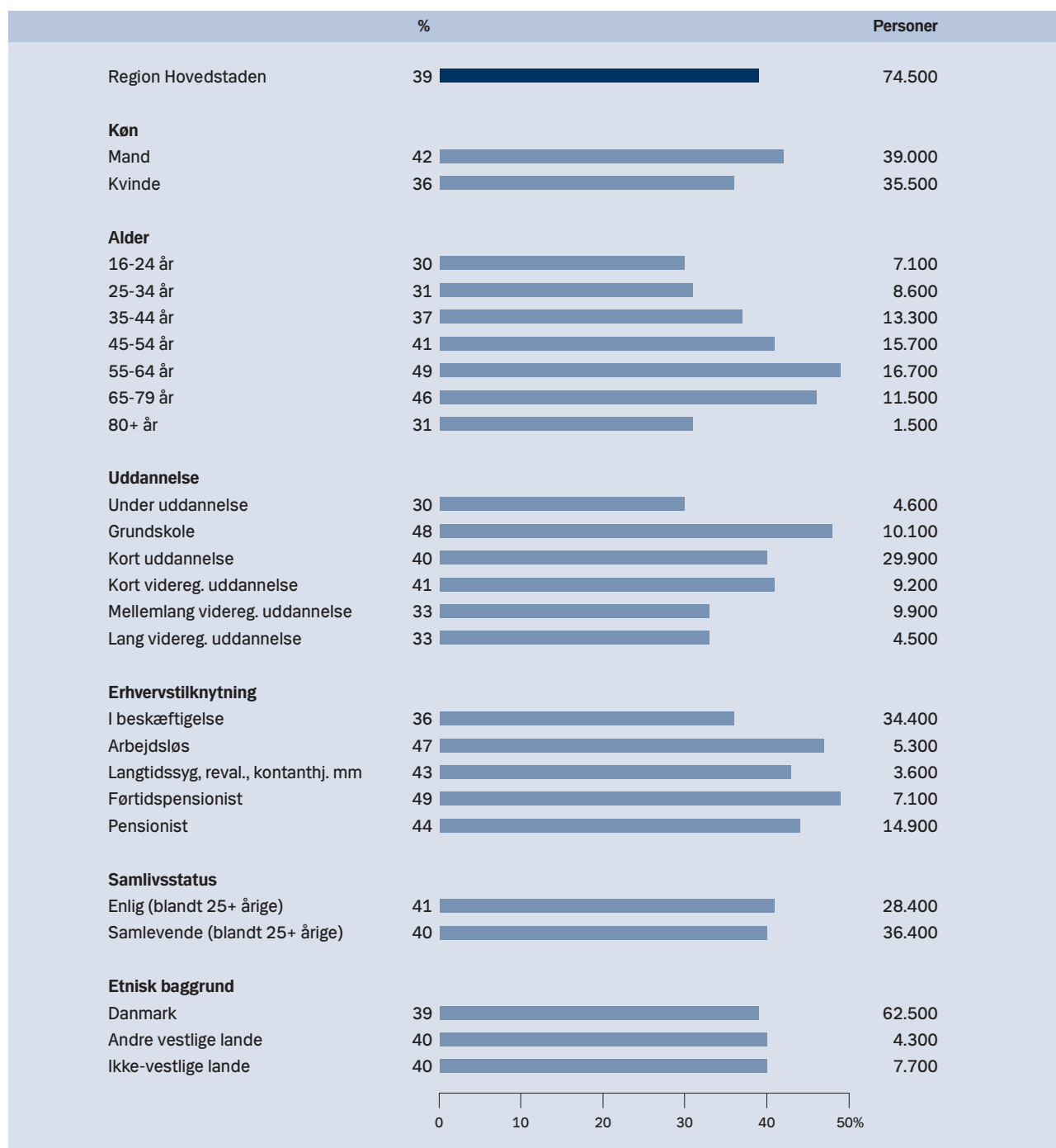
Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en omvendt social gradient i forhold til uddannelse og det at

tale med egen læge om at ændre rygevaner. En større andel af dagligrygerne, som kun har fuldført grundskolen, har talt med deres egen læge om at ændre rygevaner sammenlignet med borgere med længere uddannelser. For erhvervstilknytning ses sammen tendens, hvor færre blandt beskæftigede borgere har talt med deres egen læge om at ændre rygevaner i forhold til borgere uden for arbejdsmarkedet.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Der er ingen betydelig forskel på andelen af enlige og samlevende dagligrygere, som har talt med deres egen læge om at ændre rygevaner.

Etnisk baggrund: Der er ingen betydelig forskel på andelen af dagligrygere, som har talt med deres egen læge om at ændre rygevaner, i forhold til etnisk baggrund.

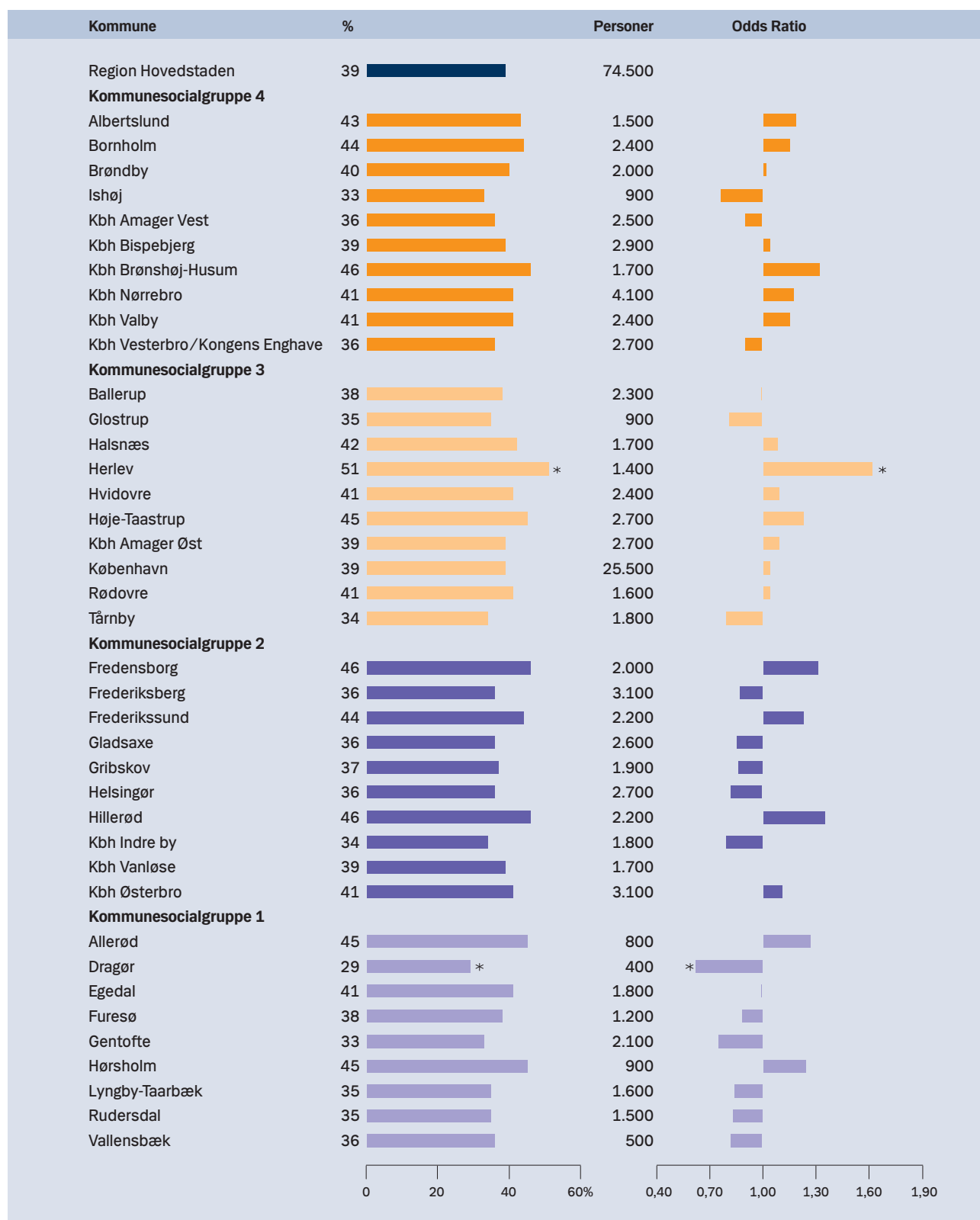
Table 4.10 Dagligrygere, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til rygestop fra deres egen læge



Variation mellem kommunerne: Der er variation på tværs af kommunerne i andelen af dagligrygere, som har talt med deres egen læge om at ændre rygevaner (tabel 4.11). Mens 29 % af dagligrygere i Dragør Kommune har

talt med deres egen læge om at ændre rygevaner, er den tilsvarende andel 51 % i Herlev Kommune. Der ses ikke nogen social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne.

Tabel 4.11 Dagligrygere i kommunerne, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til rygestop fra deres egen læge



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder



Kapitel 5

Forebyggelsespotentiale – Alkohol



5 Forebyggelsespotentiale – Alkohol

I denne sundhedsprofil skelnes mellem tre former for 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 sin alkoholadfærd ud fra CAGE-C-spørgsmål, som vist nedenfor

En borger har en risikabel alkoholadfærd, hvis personen har mindst én af disse tre former for alkoholadfærd.

Borgernes alkoholvaner i Region Hovedstaden:

- 89 % har drukket alkohol inden for det seneste år
- 28 % har en risikabel alkoholadfærd
- 13 % har et storforbrug af alkohol
- 15 % rusdrikker
- 17 % viser tegn på alkoholafhængighed

I alt 28 % af borgerne i Region Hovedstaden har en risikabel alkoholadfærd. Dette svarer til 358.400 personer. Risikabel alkoholadfærd er særligt udbredt blandt mænd, borgere på 16-24 år, borgere under uddannelse, arbejdsløse og borgere med dansk baggrund. Der er dog også en betydelig andel af borgerne på 55-64 år og borgere med lang videregående uddannelse, som har en risikabel alkoholadfærd (Sundhedsprofilen del 1, 2010).

Tabel 5.1 Tegn på alkoholafhængighed – CAGE-C-klassifikation

Tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C) defineres ved mindst to positive svar i spørgsmål 2-6, eller ét positivt svar i spørgsmål 2-6, hvis der i spørgsmål 1 er svaret 4 dage eller flere	
1.	Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?
2.	Har du inden for de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?
3.	Er der nogen, inden for de seneste 12 måneder, der har brokket sig over, at du drikker for meget?
4.	Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?
5.	Har du inden for de seneste 12 måneder jævnlige taget en genstand som det første om morgenen for at berolige nerverne eller blive tømmermændene kvit?
6.	Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

5.1 Motivation for at ændre alkoholvaner

I sundhedsprofilen er der spurgt, om en person ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug, samt om personen tidligere har forsøgt at nedsætte sit alkoholforbrug. Opgørelser i dette afsnit er begrænset til borgere, som har en risikabel alkoholadfærd.

I Region Hovedstaden vurderer én ud af tre borgere med risikabel alkoholadfærd, at deres alkoholvaner er ufornuftige. Derimod vurderer knap hver anden, at deres alkoholvaner er fornuftige. I alt 26 % af borgere med en risikabel alkoholadfærd ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Dette svarer til 93.700 personer (tabel 5.2). Dertil kommer, at 29 % af borgerne med en risikabel alkoholadfærd tidligere har forsøgt at nedsætte deres alkoholforbrug, hvilket svarer til 101.800 personer.

Blandt de borgere med risikabel alkoholadfærd, som synes, at deres alkoholvaner er ufornuftige, ønsker to ud af tre at nedsætte deres alkoholforbrug. Halvdelen har tidligere nedsat eller forsøgt at nedsætte deres alkoholforbrug. Blandt de borgere med risikabel alkoholadfærd, som synes, at deres alkoholvaner er fornuftige, er det derimod kun én ud af 12, som ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug, selvom to ud af 12 tidligere har nedsat eller forsøgt at nedsætte deres alkoholforbrug.

Der er således et forebyggelsespotentiale blandt de borgere, som synes, at deres alkoholvaner er ufornuftige, og et oplysningspotentiale blandt de borgere med risikabel alkoholadfærd, som ikke selv vurderer forbruget som ufornuftigt.

Tabel 5.2 Selvurderede alkoholvaner, ønske om at ændre adfærd og tidligere forsøg på at ændre adfærd blandt borgere med risikabel alkoholadfærd

	Selvurderede alkoholvaner		Vil gerne nedsætte alkoholforbrug		Har tidligere nedsat/forsøgt at nedsætte alkoholforbrug	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Særdeles fornuftige/fornuftige	42	150.900	8	12.600	17	26.000
Hverken fornuftige eller ufornuftige	30	108.100	20	21.000	25	27.500
Lidt/meget ufornuftige	27	96.900	62	59.800	50	48.000
Alle med risikabel alkoholadfærd			26	93.700	29	101.800

Køn og alder: Af tabel 5.3 fremgår, at en lidt større andel af kvinder med risikabel alkoholadfærd ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug sammenlignet med mænd, mens en lige stor andel af kvinder og mænd tidligere har forsøgt at nedsætte alkoholforbruget. Der ses en U-formet sammenhæng mellem alder og henholdsvis ønske om at nedsætte alkoholforbruget og tidligere forsøg på det. Motivationen for at ændre alkoholadfærd er tre gange så stor blandt de 35-64-årige sammenlignet med de yngste og de ældste borgere, og dobbelt så mange blandt de 35-64-årige har tidligere forsøgt at ændre alkoholadfærd sammenlignet med de yngste og ældste borgere. Det skal dog bemærkes, at én ud af ti blandt de yngste borgere med risikabel alkoholadfærd ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, mens to ud af ti tidligere har forsøgt at nedsætte alkoholforbruget.

Uddannelse og erhvervstilknnytning: Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget, stiger med stigende uddannelsesniveau, mens andelen af borgere, som tidligere har forsøgt at nedsætte alkoholforbruget, er den samme blandt alle borgere, som ikke er under uddannelse. Omkring halvdelen af de borgere, som er i den erhvervsaktive alder, men ikke har arbejde, har tidligere forsøgt at nedsætte deres alkoholforbrug, mens det kun gælder for hver tredje borger i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Der er ingen forskel på motivationen for at ændre alkoholadfærd blandt enlige og samlevende borgere med risikabel alkoholadfærd, men flere blandt de enlige har tidligere forsøgt at nedsætte alkoholforbruget sammenlignet med samlevende borgere.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget, er større blandt borgere, som ikke har en dansk baggrund end blandt dem med dansk baggrund. Det samme gælder for borgere, som tidligere har forsøgt at nedsætte alkoholforbruget. Dette kan skyldes, at det at drikke alkohol er mindre acceptabelt blandt borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

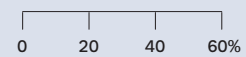
Nogen at tale med ved behov: En større andel af borgere med risikabel alkoholadfærd, som kun nogle gange eller aldrig har nogen at tale med ved behov, ønsker at nedsætte alkoholforbruget, sammenlignet med borgere, som for det meste har nogle at tale med ved behov. Samme tendens gælder for borgere, som tidligere har forsøgt at nedsætte alkoholforbruget.

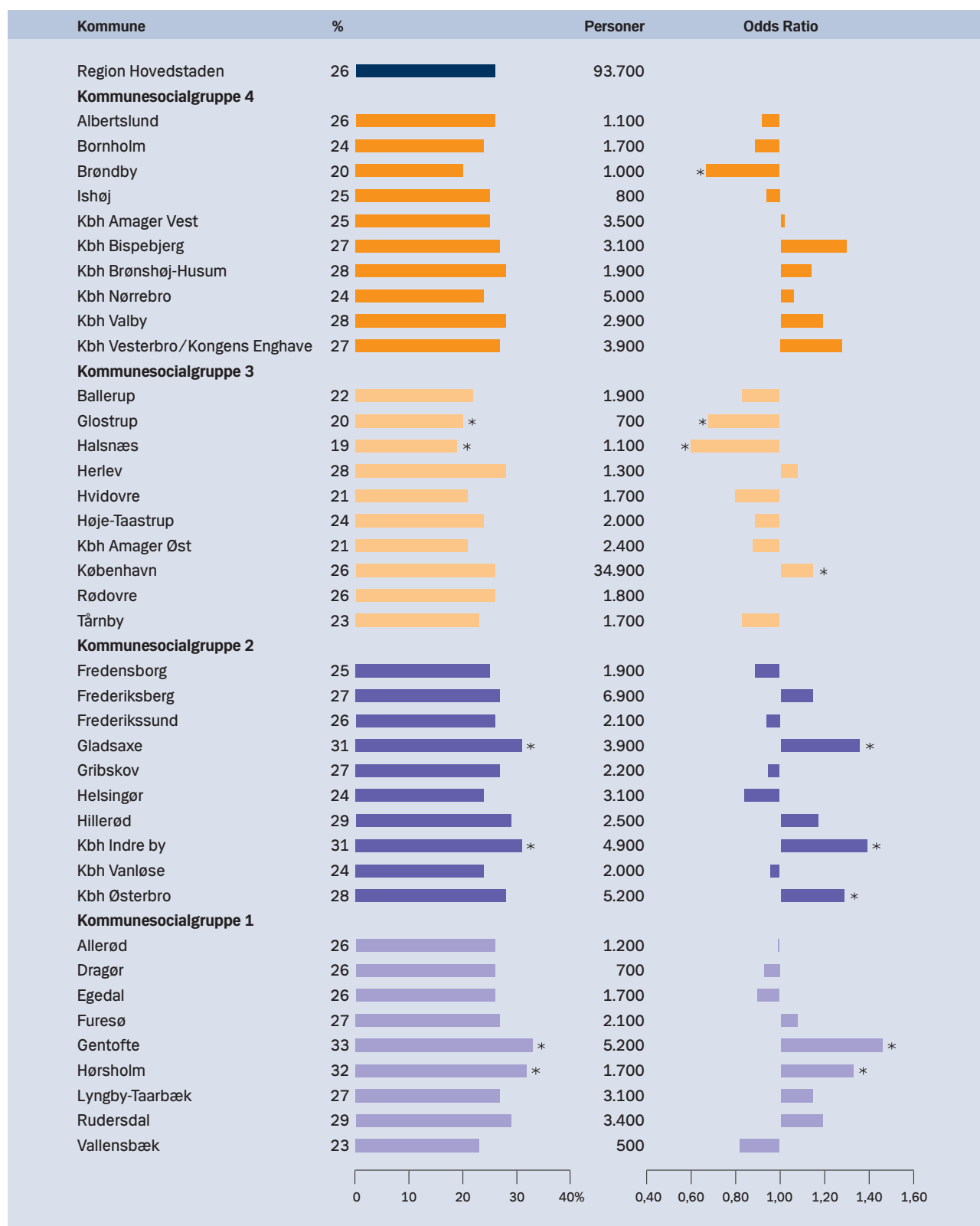
Højt stressniveau: Flere blandt borgere med højt stressniveau, som har risikabel alkoholadfærd, er motiverede for at nedsætte alkoholforbruget, og flere har tidligere forsøgt at nedsætte alkoholforbruget sammenlignet med borgere, som har mindre højt stressniveau.

Variation mellem kommunerne: Ønsket om at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som har en risikabel alkoholadfærd, varierer på tværs af kommunerne fra en andel på 19 % i Halsnæs Kommune til 33 % i Gentofte Kommune (tabel 5.4). Der er store variationer inden for alle fire kommunesocialgrupper, men der er en tendens til, at en større andel af borgerne med risikabel alkoholadfærd i kommunesocialgruppe 1 og 2 ønsker at nedsætte alkoholforbruget, sammenlignet med borgere i kommunesocialgruppe 3 og 4. Denne tendens bliver lidt tydeligere, når der tages højde for alders- og kønsfordelingen i kommunerne.

Tabel 5.3 Borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker eller tidligere har forsøgt at nedsætte deres alkoholforbrug

	Ønsker at nedsætte alkoholforbruget		Har tidligere forsøgt at nedsætte alkoholforbruget	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	26	93.700	29	101.800
Køn				
Mand	25	57.500	29	66.100
Kvinde	28	36.200	28	35.700
Alder				
16-24 år	12	8.800	17	12.700
25-34 år	23	13.600	28	16.800
35-44 år	37	17.500	34	16.400
45-54 år	39	22.600	39	22.500
55-64 år	34	20.500	36	21.800
65-79 år	21	10.000	23	10.700
80+ år	9	800	9	900
Uddannelse				
Under uddannelse	14	8.000	17	9.800
Grundskole	23	4.400	33	6.300
Kort uddannelse	24	25.700	30	32.100
Kort videreg. uddannelse	29	8.300	29	8.200
Mellemlang videreg. uddannelse	32	19.400	33	19.800
Lang videreg. uddannelse	34	23.100	30	20.100
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	31	56.500	31	55.300
Arbejdsløs	30	4.400	45	6.700
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	38	2.500	47	3.100
Førtidspensionist	38	4.200	57	6.400
Pensionist	20	13.000	22	14.300
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	30	28.700	35	34.000
Samlevende (blandt 25+ årige)	30	54.100	29	52.400
Etnisk baggrund				
Danmark	25	80.200	27	87.100
Andre vestlige lande	35	8.500	38	9.300
Ikke-vestlige lande	34	5.000	38	5.400
Nogen at tale med ved behov				
ja, ofte eller for det meste	25	76.100	27	81.500
ja, nogen gange	32	11.400	38	13.400
nej, aldrig eller næsten aldrig	31	4.800	35	5.500
Højt stress niveau				
Ja	35	23.500	42	28.000
Nej	24	69.700	26	73.200



Tabel 5.4 Borgere i kommunerne med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

5.2 Sunde rammer - holdninger til alkoholforbud

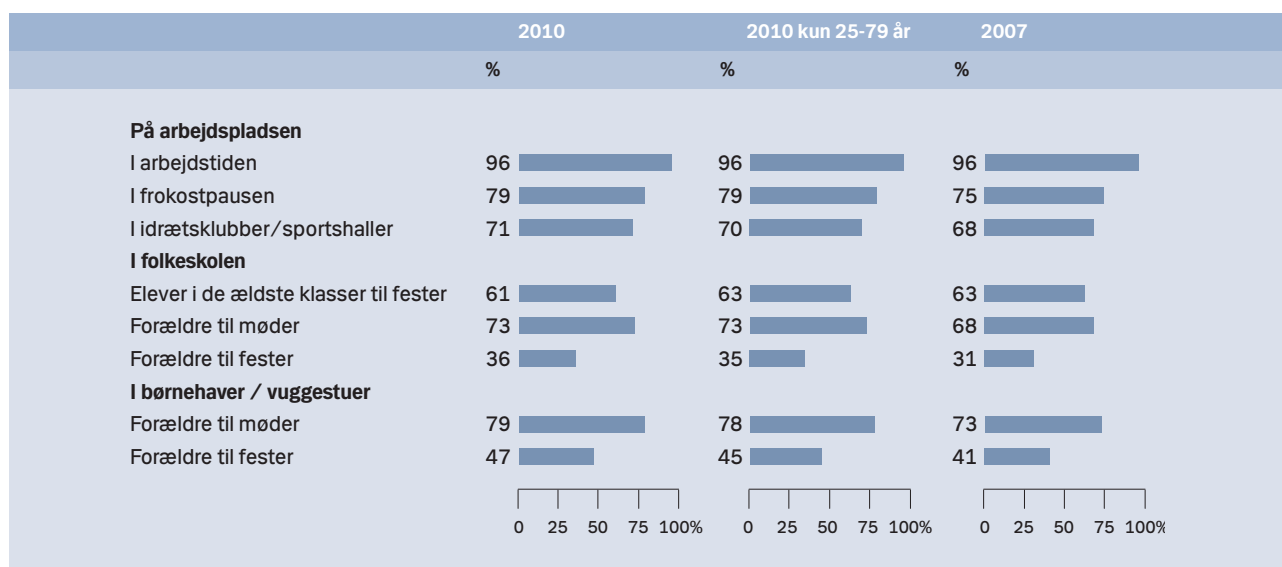
I sundhedsprofilen er der spurgt om borgernes holdninger til forbud mod alkohol på arbejdspladser, i idrætsklubber/sportshaller, til fester for de ældste elever på skoler, for forældre til møder og til fester på skoler samt for forældre til møder og fester i børnehaver og vuggestuer. I dette afsnit beskrives borgernes holdninger til disse forbud.

Næsten alle borgere i Region Hovedstaden synes, at alkohol skal være forbudt på arbejdspladsen i arbejdstiden, mens en lidt mindre andel mener, det skal være forbudt i frokostpausen (tabel 5.5).

Omkring tre ud af fire borgere synes, at alkohol skal være forbudt blandt forældrene til møder i folkeskoler, børnehaver og vuggestuer, mens færre synes, det skal være forbudt for de ældste elever i folkeskolen til fester, og under halvdelen af borgerne synes, at alkohol skal være forbudt for forældre til fester i folkeskolen samt fester i børnehaver og vuggestuer.

Der er en svag tendens til, at andelen af borgere i alderen 25-79 år, som går ind for forbud mod alkohol, er steget i de fleste arenaer siden 2007. Dette gælder dog ikke for forbud mod alkohol til elever i de ældste klasser i folkeskolen til fester, hvor det fortsat kun er to ud af tre, der synes det skal være helt forbudt, til trods for, at det er forbudt at sælge alkohol til børn under 16 år.

Tabel 5.5 Borgernes holdninger til alkoholforbud i forskellige arenaer



Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere, som ønsker alkoholforbud, varierer i forhold til de forskellige arenaer samt på tværs af kommunerne.

Idrætsklubber/sportshaller og arbejdspladser: 71 % af borgerne i Region Hovedstaden ønsker forbud mod alkohol i idrætsklubber/sportshaller, mens 79 % ønsker forbud mod alkohol på arbejdspladser (tabel 5.6). Andelen af borgere, som ønsker alkoholforbud i idrætsklubber og sportshaller, varierer fra 64 % i bydelen Vesterbro/Kongens Engshave til 77 % i Brøndby og Hørsholm Kommune. Andelen af borgere, som ønsker alkoholforbud på arbejdspladser, varierer fra 74 % i Ballerup Kommune til 83 % i bydelen Indre By samt Rudersdal Kommune. Kun et mindre antal kommuner varierer signifikant fra regionsgennemsnittet. Der er ingen social gradient i forhold til ønske om forbud mod alkohol i idrætsklubber/sportshaller, men trods den lille variation er der tendens til en social gradient i forhold til forbud på arbejdspladser, idet en mindre andel af borgere fra kommunesocialgruppe 3 og 4 ønsker alkoholforbud på arbejdspladsen sammenlignet med kommunesocialgruppe 1.

Elever på skoler og forældre på skoler/børneinstitutioner: 61 % af borgerne i Region Hovedstaden ønsker forbud mod alkohol for de ældste elever til fester på skolen, mens kun 34 % ønsker forbud mod alkohol for forældrene til arrangementer på skoler og i børneinstitutioner (tabel 5.7). Andelen af borgere, som ønsker alkoholforbud for de ældste elever til fester på skolen, varierer fra 57 % i bydelen Indre by og Rudersdal Kommune til 69 % på Bornholm. Andelen af borgere, som ønsker forbud mod alkohol for forældre på skoler og i børneinstitutioner, varierer fra 26 % i Hørsholm Kommune til 45 % i Ishøj Kommune. Der ses en omvendt social gradient i forhold til alkoholforbud på tværs af kommunerne således, at en signifikant større andel af borgere fra kommuner i kommunesocialgruppe 4 bakker op om alkoholforbud sammenlignet med regionsgennemsnittet, mens en signifikant mindre andel af borgere fra kommuner i kommunesocialgruppe 1 ønsker alkoholforbud sammenlignet med regionsgennemsnittet.

Tabel 5.6 Borgere i kommunerne, som ønsker alkoholforbud i idrætsklubber/sportshaller og på arbejdspladser

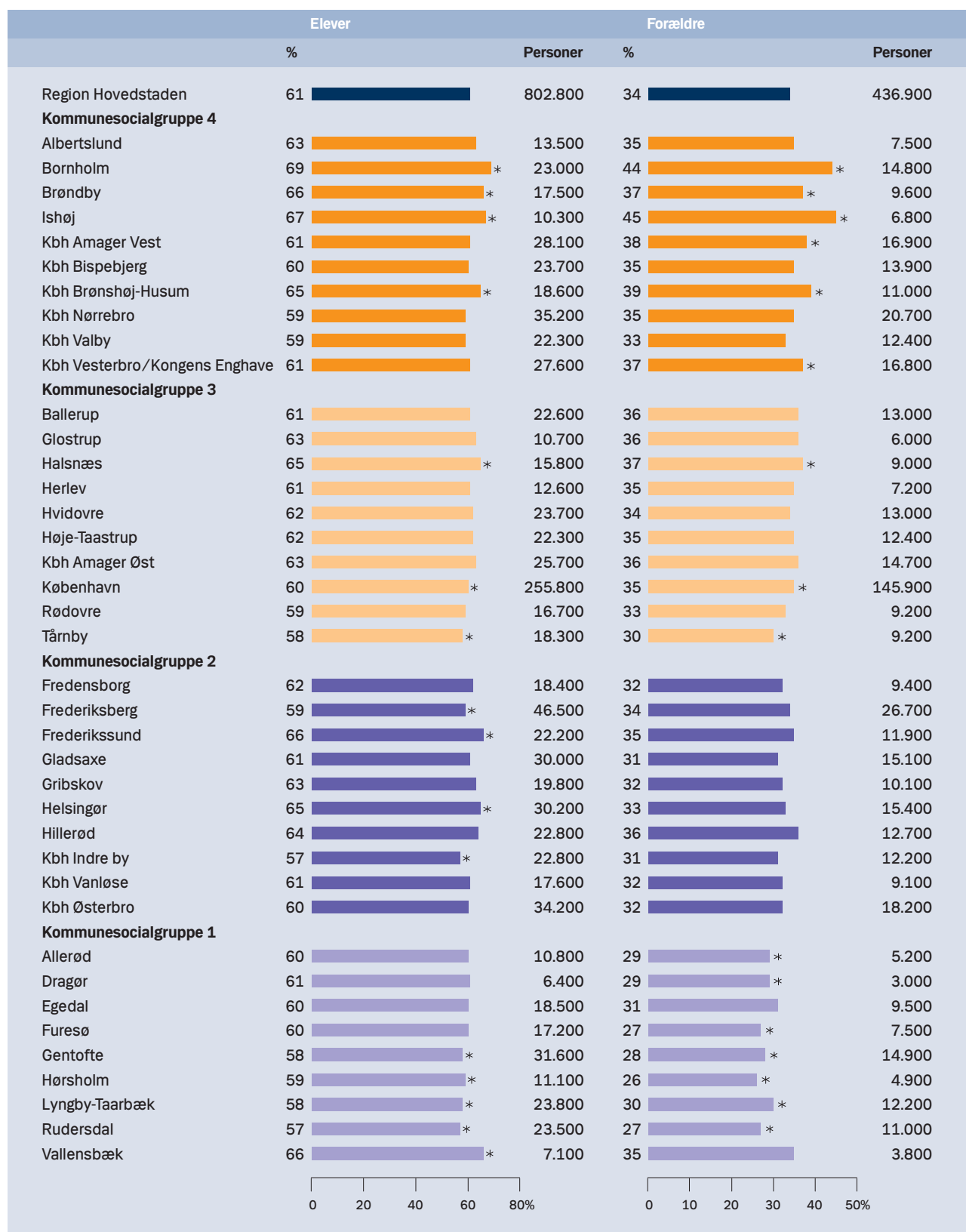
	Idrætsklubber/sportshaller		Arbejdspladser	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	71	921.600	79	1.030.500
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	74	15.600	80	16.800
Bornholm	71	23.700	80	26.600
Brøndby	77*	20.300	76*	19.900
Ishøj	74	11.300	80	12.100
Kbh Amager Vest	69	31.100	79	35.700
Kbh Bispebjerg	66*	26.100	80	31.100
Kbh Brønshøj-Husum	76*	21.900	78	22.100
Kbh Nørrebro	65*	39.100	78	46.700
Kbh Valby	67*	24.800	79	29.100
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	64*	28.600	80	36.100
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	74	27.000	74*	27.000
Glostrup	73	12.300	79	13.200
Halsnæs	69	16.700	78	18.800
Herlev	73	15.100	78	15.900
Hvidovre	72	27.200	76*	28.800
Høje-Taastrup	71	25.500	80	28.400
Kbh Amager Øst	68*	27.600	80	32.700
København	68*	284.400	80	335.100
Rødovre	73	20.400	76*	21.400
Tårnby	72	22.400	75*	23.200
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	72	21.100	80	23.700
Frederiksberg	70	54.300	79	61.900
Frederikssund	69	23.200	76*	25.400
Gladsaxe	74	35.800	78	37.600
Gribskov	70	22.000	79	24.700
Helsingør	74*	34.100	79	36.800
Hillerød	73	26.100	81	28.600
Kbh Indre by	70	27.300	83*	32.600
Kbh Vanløse	68*	19.600	80	23.200
Kbh Østerbro	68*	38.200	82*	45.900
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	73	13.000	81	14.600
Dragør	71	7.400	81	8.400
Egedal	71	21.700	81	24.900
Furesø	71	20.200	81	23.100
Gentofte	74	40.000	80	43.400
Hørsholm	77*	14.300	82*	15.300
Lyngby-Taarbæk	69	27.800	80	32.400
Rudersdal	75*	30.800	83*	34.000
Vallensbæk	72	7.600	80	8.500

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Tabel 5.7 Borgere i kommunerne, som ønsker alkoholforbud for de ældste elever til skolefester og for forældrene i skoler/børneinstitutioner



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

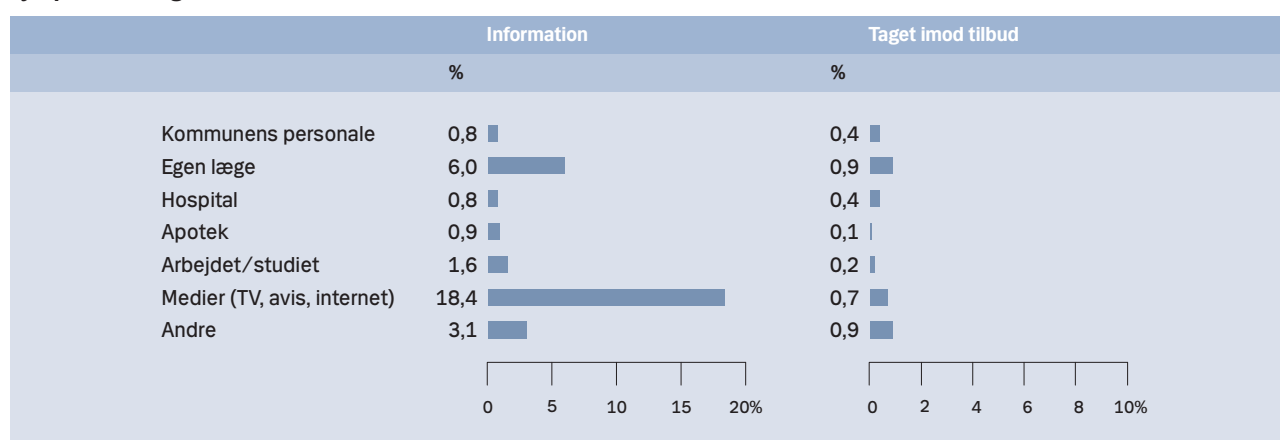
5.3 Alkohol og individorienterede tilbud

I sundhedsprofilen er der spurgt til, om borgerne med risikabel alkoholadfærd inden for det seneste år har fået information om muligheden for at få hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug, samt om borgerne har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug fra henholdsvis kommunens personale, hospital, apotek, arbejde/studie, medier eller fra egen læge. I dette afsnit skelnes dog kun mellem information eller tilbud om hjælp fra alle kilder eller fra egen læge. Alle opgørelser er begrænset til borgere med risikabel alkoholadfærd.

I alt har 26 % af borgerne med en risikabel alkoholadfærd – svarende til 89.100 personer – fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget, og 2,9 % har taget imod tilbud om hjælp, hvilket svarer til 10.000 personer.

Den primære informationskilde er medierne, når det gælder information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget (tabel 5.8). Dernæst er det egen læge, mens de øvrige informationskilder har meget begrænset betydning.

Tabel 5.8 Borgere med risikabel alkoholadfærd, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner



26 % af de borgere, som har modtaget information fra deres egen læge om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget, har taget imod hjælp. Til sammenligning har kun 1,3 % af de borgere, som ikke har modtaget information fra deres egen læge, taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug (resultater ikke vist).

Det er hyppigst borgere i alderen 45-64 år, borgere som kun har en grundskoleuddannelse, førtidspensionister, langtidssyge mm., enlige borgere og borgere, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, der har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug (resultater ikke vist).

5.3.1 Individorienterede tilbud fra egen læge

Dette afsnit er begrænset til borgere med risikabel alkoholadfærd, som har været hos egen læge inden for det seneste år. Afsnittet beskriver borgere, som af deres egen læge enten er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget, har fået information om muligheden for hjælp eller har taget imod tilbud om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget. Det er således et udtryk for, at alkoholadfærden er blevet drøftet med egen læge.

I alt 7,8 % af de borgere, som har en risikabel alkoholadfærd, har talt med deres egen læge om at nedsætte alkoholforbruget. Det svarer til 20.400 personer (tabel 5.9).

Køn og alder: Flere mænd end kvinder med risikabel alkoholadfærd har talt med deres egen læge om at nedsætte deres alkoholforbrug, og andelen er større blandt 45-79-årige sammenlignet med de øvrige aldersgrupper.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som har talt med deres egen læge om at nedsætte alkoholforbruget, falder med stigende uddannelsesniveau og er næsten fire gange højere blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse. Tilsvarende er der langt flere blandt borgere i den erhvervsaktive alder uden erhvervstilknytning, som har talt med deres egen læge om at nedsætte alkoholforbruget, sammenlignet med borgere i beskæftigelse. Der er således en social forskel på, hvilke borgere der taler med egen læge om deres alkoholvaner.

Samlivsstatus blandt 25+årige: En lidt større andel blandt enlige har talt med deres egen læge om at nedsætte alkoholforbruget sammenlignet med samlevende borgere.

Etnisk baggrund: Der er ingen betydelig forskel på andelen af borgere, som har talt med deres egen læge om at nedsætte alkoholforbruget i forhold til etnisk baggrund.

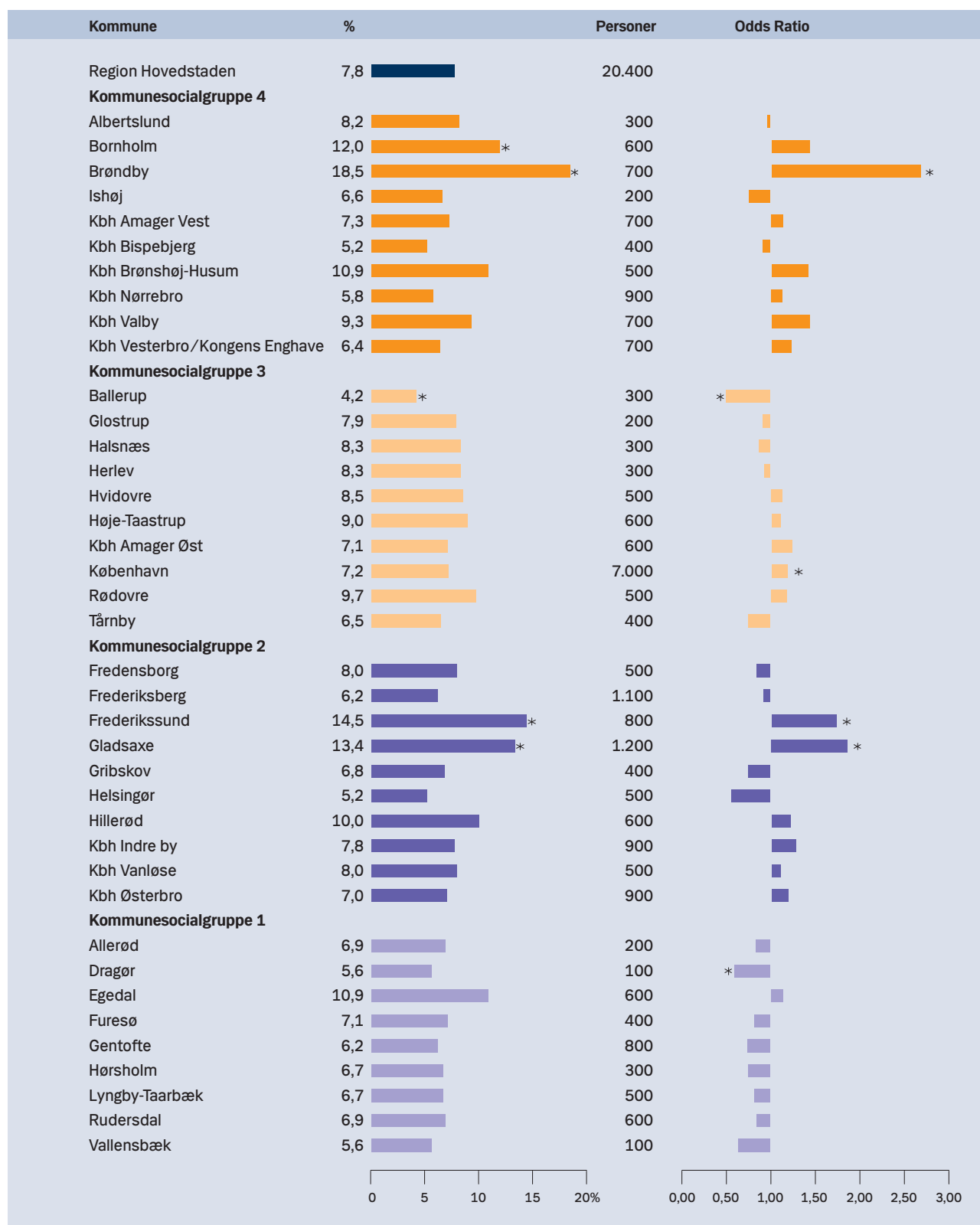
Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som har talt med deres egen

læge om at nedsætte alkoholforbruget, varierer på tværs af kommunerne fra 4,2 % i Ballerup Kommune til 18,5 % i Brøndby Kommune (tabel 5.10). Der er således store kommunale variationer i forhold til, hvor hyppigt risikabel alkoholadfærd bliver drøftet med den praktiserende læge.

Tabel 5.9 Borgere med risikabel alkoholadfærd, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner fra deres egen læge

	%	Personer
Region Hovedstaden	7,8	20.400
Køn		
Mand	9,5	15.200
Kvinde	5,1	5.200
Alder		
16-24 år	2,6	1.400
25-34 år	3,3	1.400
35-44 år	6,2	2.100
45-54 år	13,2	5.500
55-64 år	12,8	5.900
65-79 år	10,3	3.800
80+ år	4,3	300
Uddannelse		
Under uddannelse	1,9	800
Grundskole	21,6	3.100
Kort uddannelse	9,4	7.600
Kort videreg. uddannelse	9,4	1.900
Mellemlang videreg. uddannelse	6,4	2.900
Lang videreg. uddannelse	5,7	2.700
Erhvervstilknytning		
I beskæftigelse	6,4	8.200
Arbejdsløs	15,9	1.700
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	19,4	1.100
Førtidspensionist	32,0	2.900
Pensionist	9,5	4.700
Samlevsstatus		
Enlig (blandt 25+ årige)	11,3	8.000
Samlevende (blandt 25+ årige)	7,8	10.300
Etnisk baggrund		
Danmark	7,6	17.900
Andre vestlige lande	8,5	1.500
Ikke-vestlige lande	10,2	1.100

Tabel 5.10 Borgere med risikabel alkoholadfærd i kommunerne, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner fra deres egen læge



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder



Kapitel 6

Forebyggelsespotentiale – Kost



6 Forebyggelsespotentiale – Kost

Med udgangspunkt i kostrådene er der i sundhedsprofilen anvendt en kostscore inden for kostkomponenterne: Frugt, grønt, fisk og fedt. Disse kostkomponenter har vist sig at være gode indikatorer for generelt sunde eller usunde kostvaner. Kostscoren er således et samlet mål for sundhedsgraden af de generelle kostvaner. Kostscoren inddeler borgerne i tre kategorier (Sundhedsprofilen del 1, 2010):

- **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 Region Hovedstaden har 10 % af borgerne meget usunde kostvaner. Dette svarer til 130.400 personer. Usunde kostvaner er særligt udbredt blandt mænd, unge og ældre, borgere med lavt uddannelsesniveau, borgere uden erhvervstilknytning, enlige og borgere med dansk baggrund (Sundhedsprofilen del 1, 2010).

Borgernes kostvaner i Region Hovedstaden:

- 10 % har meget usunde kostvaner
- 84 % spiser ikke seks stykker frugt og grønt om dagen
- 37 % spiser ikke 200-300 gram fisk om ugen
- 17 % spiser fastfood mindst én gang om ugen
- 10 % drikker sodavand mindst fem gange om ugen
- 19 % spiser slik eller kager mindst fem gange om ugen

6.1 Motivation for at ændre kostvaner

I sundhedsprofilen er personen blevet spurgt om at vurdere sine egne kostvaner, og der er spurgt, om personen ønsker at spise mere sundt. Opgørelser i dette afsnit er begrænset til borgere, der har meget usunde kostvaner.

I Region Hovedstaden er det kun hver femte borger med meget usunde kostvaner, som selv synes, at deres kostvaner er usunde. Der er dog i alt 58 % af borgerne med meget usunde kostvaner, som ønsker at spise sundere. Dette svarer til 74.200 personer (tabel 6.1). Blandt de borgere med meget usunde kostvaner, som også selv vurderer deres kostvaner som usunde, ønsker otte ud af ti at spise sundere. Blandt de borgere med usunde kostvaner, som synes, at deres kostvaner er sunde, er det derimod kun tre ud af ti, som ønsker at spise sundere.

Der er således et forebyggelsespotentiale blandt de borgere, som selv vurderer deres kostvaner som usunde, og et oplysningspotentiale blandt de borgere med meget usunde kostvaner, som selv vurderer deres kostvaner som sunde. Sidstnævnte er dog få borgere.

Køn og alder: Af tabel 6.2 fremgår det, at flere kvinder end mænd med meget usunde kostvaner ønsker at spise sundere, og andelen falder med alderen. Sammenlignet med de to ældste aldersgrupper er andelen af borgere med usunde kostvaner, som ønsker at spise sundere, dobbelt så stor i de yngste aldersgrupper.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Andelen af borgere med usunde kostvaner, som ønsker at spise sundere, er størst blandt de studerende, hvor to ud af tre ønsker at spise sundere. Der er tendens til en sammenhæng mellem uddannelse og ønsket om at spise sundere. En større andel af borgere med videregående uddannelser, som har meget usunde kostvaner, ønsker at spise sundere sammenlignet med borgere med grundskoleuddannelse. Andelen af borgere med meget usunde kostvaner, som ønsker at spise sundere, er størst blandt gruppen af langtidssyge, kontanthjælpsmodtagere m.m. og mindst blandt pensionister.

Tabel 6.1 Selvvurderede kostvaner og ønske om at ændre kostvaner blandt borgere med meget usunde kostvaner

	Selvvurderede kostvaner		Vil gerne spise sundere	
	%	Antal	%	Antal
Meget sunde/ sunde	15	19.700	32	6.300
Nogenlunde sunde	64	82.800	57	46.900
Usunde/meget usunde	21	27.200	77	20.900
Alle med usunde kostvaner			58	74.200

Samlivsstatus blandt 25+årige: Der er ingen betydelig forskel på ønsket om at spise sundere blandt enlige og samlevende borgere med meget usunde kostvaner.

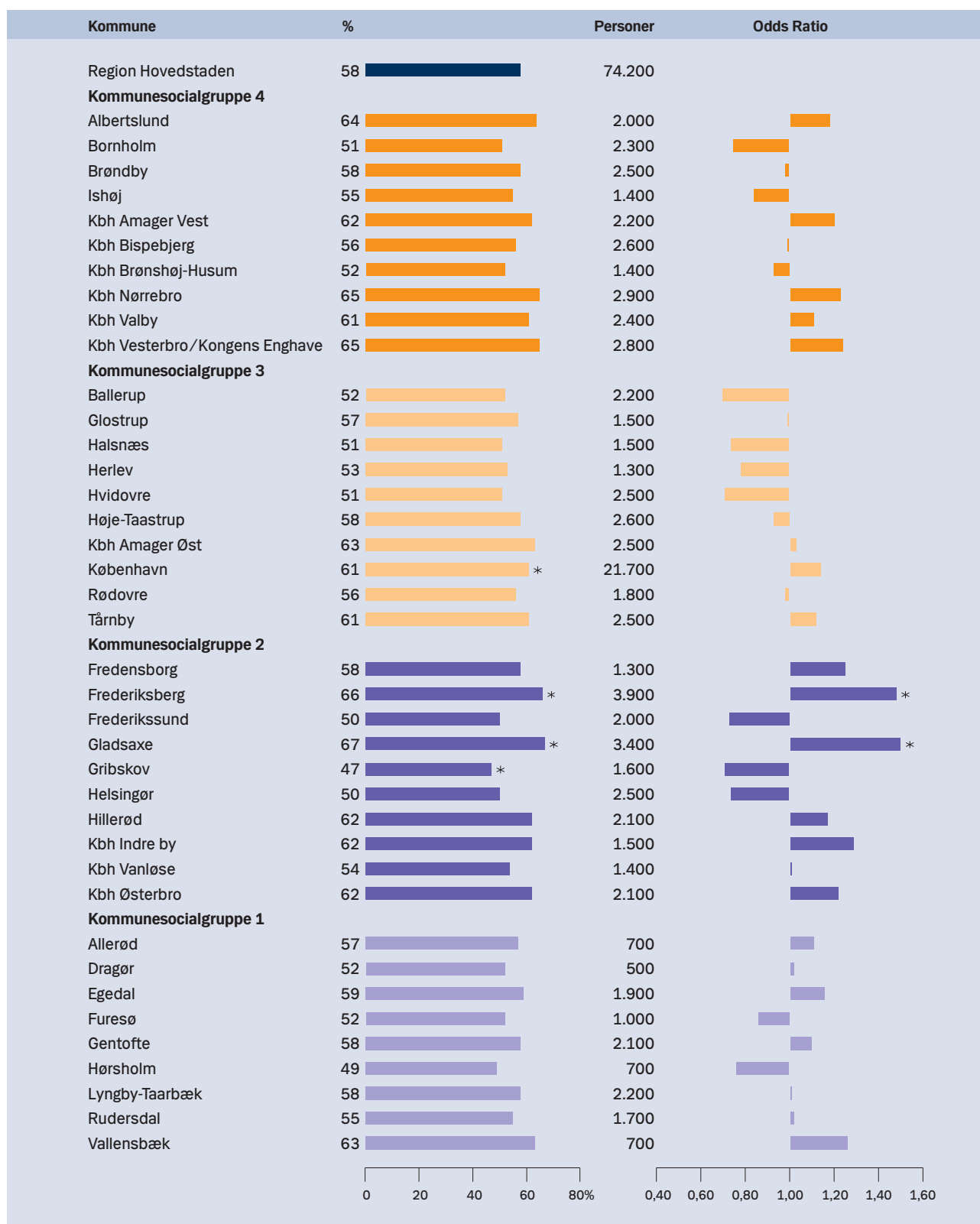
Etnisk baggrund: En større andel af borgere med ikke-vestlig oprindelse, der har meget usunde kostvaner, ønsker at spise sundere sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig oprindelse.

Nogen at tale med ved behov: Andelen af borgere med meget usunde kostvaner, som ønsker at spise sundere, er mindst blandt de, som aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med ved behov. Andelen er større blandt de, som nogle gange har nogle at tale med ved behov, end blandt de, som ofte eller for det meste har nogen at tale med ved behov.

Højt stressniveau: Andelen af borgere med meget usunde kostvaner, som ønsker at spise sundere, er større blandt borgere med et højt stressniveau, sammenlignet med borgere med lavere stressniveau.

Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere med meget usunde kostvaner, som ønsker at spise sundere, varierer fra 47 % i Gribskov Kommune til 67 % i Gladsaxe Kommune (tabel 6.3). Der er ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, når der er taget højde for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Tabel 6.2 Borgere med meget usunde kostvaner, som ønsker at spise sundere


Tabel 6.3 Borgere i kommunerne med meget usunde kostvaner, som ønsker at spise sundere


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

6.2 Sunde rammer – holdninger til salg af usunde fødevarer og sodavand

I sundhedsprofilen er der spurgt til personens holdninger til forbud mod salg af sodavand, snack, slik og chokolade samt fedtholdig fastfood på skoler, SFO'er/fritidsklubber,

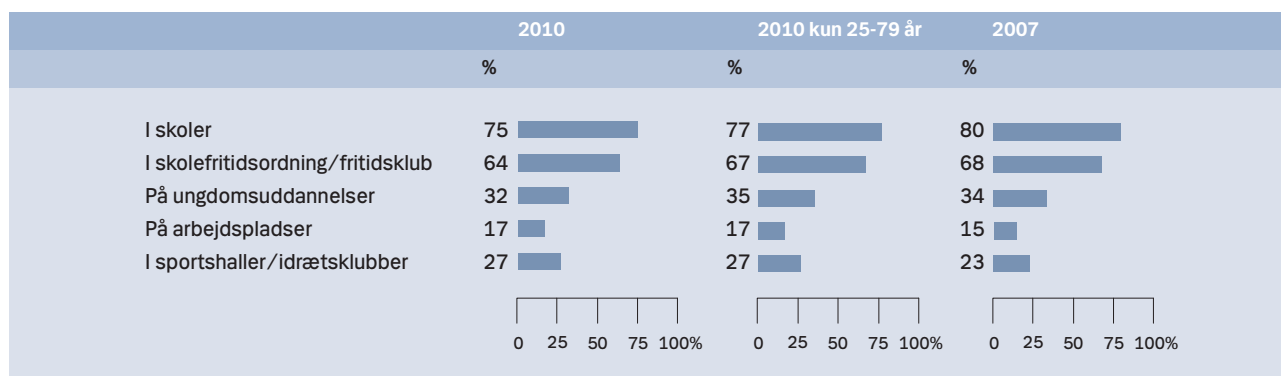
ungdomsuddannelser, arbejdspladser og i sportshaller/idrætsklubber. I dette afsnit beskrives borgernes holdninger til sådanne forbud.

6.2.1 Holdninger til forbud mod salg af sodavand

Tabel 6.4 afspejler andelen af borgere, der går ind for forbud mod salg af sodavand i forskellige arenaer. En stor andel af borgerne går ind for et forbud mod salg af sodavand på børneområdet, det vil sige skoler, SFO'er og fritidsklubber. Til gengæld mener kun 17 %, at det skal være forbudt at sælge sodavand på arbejdspladser. Fra 2007 til

2010 er der sket et lille fald i andelen af de 25-79-årige borgere, der er imod salg af sodavand på børneområdet, mens der er sket en stigning i andelen af borgere, der er imod salg af sodavand på arbejdspladser og sportshaller/idrætsklubber.

Tabel 6.4 Borgernes holdninger til forbud mod salg af sodavand i forskellige arenaer

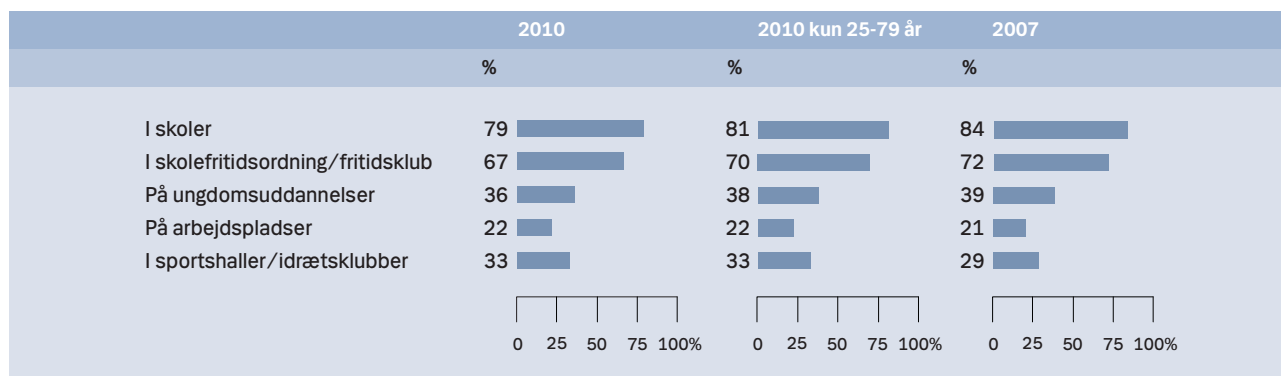


6.2.2 Holdninger til forbud mod salg af snack, slik og chokolade

Af tabel 6.5 fremgår det, at næsten 80 % af borgerne går ind for et forbud mod salg af snack, slik og chokolade i skoler, mens kun hver fjerde borger går ind for salg af de usunde fødevarer på arbejdspladser. Ligesom for salg af sodavand er der fra 2007 til 2010 sket et fald i andelen af

25-79-årige, der mener, at de usunde fødevarer skal forbydes på skoler, SFO'er og fritidsklubber. Omvendt ses en stigning i andelen, der mener, at det skal være forbudt at sælge de usunde fødevarer i sportshaller og idrætsklubber.

Tabel 6.5 Borgernes holdninger til forbud mod salg af snack, slik og chokolade i forskellige arenaer

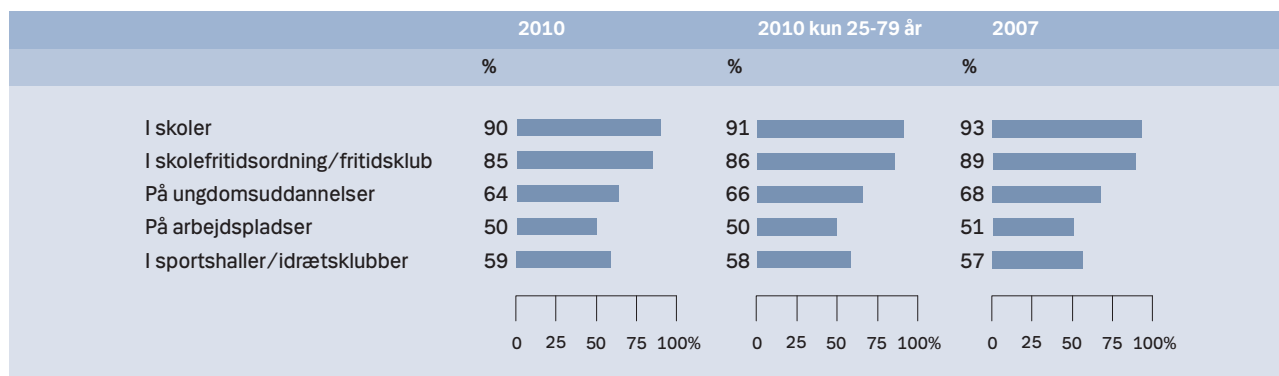


6.2.3 Holdninger til forbud mod salg af fedtholdig fastfood

Tabel 6.6 viser, at ni ud af ti borgere i Region Hovedstaden mener, at salg af fedtholdig fastfood skal være forbudt på skoler, mens kun seks ud af ti borgere støtter forbuddet i sportshaller og idrætsklubber, og fem ud af ti støtter forbuddet på arbejdspladser. I perioden 2007-2010

ses et svagt fald i andelen af 25-79-årige borgere, der mener, at salg af fastfood skal være forbudt i de arenaer, hvor børn og unge færdes. I samme periode ses kun marginale ændringer i borgernes holdninger til salg af fastfood på arbejdspladser, i sportshaller og idrætsklubber.

Tabel 6.6 Borgernes holdninger til forbud mod salg af fedtholdig fastfood i forskellige arenaer



6.2.4 Holdninger i kommunerne til forbud mod salg af usunde fødevarer i forskellige arenaer

I skoler og fritidsordninger: Tabel 6.7 afspejler borgernes holdninger til forbud mod salg af usunde fødevarer i skoler og skolefritidsordninger/fritidsklubber, hvor børn tilbringer deres dagligdag, opgjort på kommuner. I Region Hovedstaden mener 84 % af borgerne – svarende til 1.029.400 personer – at salg af fastfood skal være forbudt, mens kun 62 % går ind for forbud mod salg af sodavand i skoler og SFO'er/fritidsklubber, og 66 % går ind for forbud mod salg af slik og chokolade. Der er store variationer mellem kommunerne i holdninger til forbud mod salg af usunde fødevarer i skolerne. Andelen af borgere, som ønsker forbud mod sodavand, varierer fra 55 % i bydelen Bispebjerg til 71 % i Hillerød Kommune. Andelen af borgere, der ønsker forbud mod snack, slik og chokolade, varierer fra 58 % i bydelene Bispebjerg og Nørrebro til 74 % i Gribskov og Hillerød Kommune. Andelen af borgere, der ønsker forbud mod fastfood, varierer lidt mindre, fra 79 % i bydelen Brønshøj-Husum til 88 % i Rudersdal Kommune. På tværs af kommunesocialgrupperne ses tendens til en social gradient i borgernes holdninger til forbud inden for alle tre fødevarergrupper, idet andelen af borgere, der går ind for forbud, generelt er større i kommuner fra kommunesocialgruppe 1 og 2 sammenlignet med kommunerne i gruppe 3 og 4.

På ungdomsuddannelser: Overordnet ses samme tendenser for borgernes holdninger til forbud mod salg af usunde fødevarer på ungdomsuddannelser som i skoler samt SFO'er/fritidsklubber (tabel 6.8). Andelen af borgere, som går ind for forbud på ungdomsuddannelserne, er dog væsentligt lavere end for skole- og fritidsområdet. I regionen som helhed er der 64 % - svarende til 790.000 personer – der går ind for et forbud mod salg af fastfood på ungdomsuddannelserne, mens kun 32 % går ind for forbud mod salg af sodavand, og 36 % går ind for forbud mod salg af snack, slik og chokolade (tabel 6.8). Der er store variationer mellem kommunerne. Andelen af borgere, som ønsker forbud mod sodavand, varierer fra 25 % i bydelen Bispebjerg til 39 % i Hillerød Kommune og på Bornholm. Andelen af borgere, der ønsker forbud mod snack, slik og chokolade varierer fra 28 % i bydelen Amager Vest til 46 % på Bornholm. Andelen af borgere, der ønsker forbud mod fastfood, varierer lidt mindre, fra 57 % i Hvidovre Kommune til 69 % i Helsingør Kommune og bydelen Indre by. Der er en tendens til en social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne. Således har borgerne i gruppe 1 og 2 en mere restriktiv holdning til salg af usunde fødevarer på ungdomsuddannelserne sammenlignet med borgere fra gruppe 3 og 4.

Tabel 6.7 Borgere i kommunerne, som går ind for forbud mod salg af usunde fødevarer i skoler samt skolefritidsordninger/ fritidsklubber

Kommune	Sodavand		Snack, slik, chokolade		Fastfood	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	62	741.200	66	750.100	84	1.029.400
Kommunesocialgruppe 4						
Albertslund	61	11.600	64	11.400	82	15.700
Bornholm	66 *	19.500	71 *	19.800	83	25.900
Brøndby	57 *	13.300	66	14.800	82	19.700
Ishøj	62	8.700	68	9.200	85	12.400
Kbh Amager Vest	60	25.200	62 *	24.800	81 *	34.300
Kbh Bispebjerg	55 *	20.000	58 *	20.100	82	30.600
Kbh Brønshøj-Husum	60	15.300	62 *	15.000	79 *	20.800
Kbh Nørrebro	57 *	31.900	58 *	30.500	80 *	44.600
Kbh Valby	59 *	20.000	62 *	20.300	82	29.000
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	60	25.600	63 *	25.300	83	35.400
Kommunesocialgruppe 3						
Ballerup	60	19.800	65	20.300	83	28.500
Glostrup	59 *	8.800	63 *	9.000	80 *	12.500
Halsnæs	66 *	14.200	71 *	14.500	86	19.200
Herlev	62	11.500	69	12.600	83	15.900
Hvidovre	59 *	20.500	64	21.200	81 *	28.400
Høje-Taastrup	59 *	19.500	64	20.700	82	27.900
Kbh Amager Øst	60	22.300	62 *	22.700	84	33.000
København	60 *	232.500	62 *	229.600	83 *	329.000
Rødovre	60	15.300	65	15.700	84	22.100
Tårnby	61	17.800	68	19.000	85	25.300
Kommunesocialgruppe 2						
Fredensborg	64	17.200	67	17.600	84	23.300
Frederiksberg	64	45.000	66	45.200	86	63.000
Frederikssund	67 *	20.100	70 *	20.300	84	26.600
Gladsaxe	64	27.900	66	28.000	84	38.000
Gribskov	68 *	19.500	74 *	20.200	87 *	25.900
Helsingør	65	27.000	70 *	27.700	86 *	37.600
Hillerød	71 *	22.600	74 *	22.300	86	28.400
Kbh Indre by	65	23.700	65	22.900	86	32.700
Kbh Vanløse	63	16.600	65	16.500	85	23.300
Kbh Østerbro	62	32.000	64	31.600	86	45.500
Kommunesocialgruppe 1						
Allerød	64	10.300	67	10.400	83	13.900
Dragør	64	5.900	68	6.200	85	8.500
Egedal	65	18.300	70 *	19.000	85	24.800
Furesø	67 *	17.500	72 *	18.300	84	23.100
Gentofte	65	31.500	66	30.500	85	43.000
Hørsholm	65	10.900	69	11.200	84	14.900
Lyngby-Taarbæk	64	23.700	66	23.800	84	32.800
Rudersdal	67 *	24.800	71 *	25.500	88 *	34.100
Vallensbæk	63	6.100	68	6.400	85	8.600

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Tabel 6.8 Borgere i kommunerne, som går ind for forbud mod salg af usunde fødevarer på ungdomsuddannelser

Kommune	Sodavand		Snack, slik, chokolade		Fastfood	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	32	386.400	36	415.300	64	790.000
Kommunesocialgruppe 4						
Albertslund	31	5.900	36	6.500	64	12.300
Bornholm	39	11.500	46*	12.900	66	20.300
Brøndby	27*	6.400	35	8.000	62	14.900
Ishøj	31	4.300	37	5.000	61	8.900
Kbh Amager Vest	28*	11.800	28*	11.500	60*	25.400
Kbh Bispebjerg	25*	9.200	31*	10.900	61*	22.500
Kbh Brønshøj-Husum	30	7.800	34	8.400	62	16.200
Kbh Nørrebro	29	16.300	30*	15.800	61	34.300
Kbh Valby	29*	9.800	31*	10.300	61*	21.600
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	31	13.300	33*	13.300	65	27.400
Kommunesocialgruppe 3						
Ballerup	29*	9.500	34	10.700	62	21.400
Glostrup	28*	4.200	32*	4.700	61*	9.600
Halsnæs	36*	7.700	42*	8.700	67*	15.200
Herlev	30	5.500	38	7.000	63	12.200
Hvidovre	27*	9.600	33*	11.000	57*	20.400
Høje-Taastrup	30	10.100	36	11.600	62	21.300
Kbh Amager Øst	29*	10.900	31*	11.400	62	24.500
København	30*	116.900	32*	119.700	63*	249.900
Rødovre	32	8.300	35	8.600	66	17.500
Tårnby	30	8.800	37	10.600	62	18.500
Kommunesocialgruppe 2						
Fredensborg	35	9.400	37	9.700	65	18.200
Frederiksberg	33	23.800	37	25.400	67*	49.900
Frederikssund	33	10.000	39	11.300	63	19.900
Gladsaxe	35	15.200	38	16.100	64	29.200
Gribskov	37*	10.600	43*	12.000	67*	20.000
Helsingør	36*	15.100	41*	16.400	69*	30.100
Hillerød	39	12.700	44*	13.400	66	21.900
Kbh Indre by	37*	13.400	37	13.000	69*	26.000
Kbh Vanløse	31	8.200	32*	8.300	65	17.700
Kbh Østerbro	32	16.200	33*	16.600	65	34.400
Kommunesocialgruppe 1						
Allerød	35	5.700	39	6.100	66	11.000
Dragør	35*	3.300	39	3.600	66	6.600
Egedal	30	8.600	36	10.000	63	18.400
Furesø	36*	9.400	40*	10.300	65	17.900
Gentofte	38*	18.700	39	18.400	68*	34.600
Hørsholm	37*	6.300	41*	6.800	68*	12.100
Lyngby-Taarbæk	34	12.600	36	13.000	65	25.300
Rudersdal	37*	13.600	39*	14.400	68*	26.400
Vallensbæk	29*	2.800	37	3.500	63	6.400

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

På arbejdspladser: 50 % af borgerne i Region Hovedstaden – svarende til 610.400 personer – går ind for et forbud mod salg af fastfood på arbejdspladser, mens andelen af borgere, der går ind for et forbud mod salg af sodavand samt snack, slik og chokolade er væsentligt lavere (tabel 6.9). Andelen af borgere, der ønsker forbud mod salg af sodavand, varierer fra 13 % i Brøndby og Vallensbæk Kommune til 22 % på Bornholm og i Hillerød Kommune. Andelen af borgere, der ønsker forbud mod salg af snack, slik og chokolade varierer fra 17 % i bydelene Amager Vest og Østerbro til 32 % på Bornholm. Andelen af borgere, der ønsker forbud mod salg af fastfood, varierer fra 45 % i bydelene Amager Øst og Amager Vest til 55 % i Helsingør Kommune. Der er en tendens til en social gradient for forbud mod alle tre typer af usunde fødevarer, idet flere af kommunerne fra kommunesocialgruppe 1 og 2 har en stor andel af borgere, som går ind for forbud, sammenlignet med kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 og 4.

I sportshaller/idrætsklubber: I Region Hovedstaden mener 59 % af borgerne – svarende til 722.400 personer – at det skal være forbudt at sælge fastfood i sportshaller og idrætsklubber, mens bare 27 % og 33 % af regionens borgere går ind for et forbud mod henholdsvis sodavand og snack, slik og chokolade (tabel 6.10). Der ses mindre variationer på tværs af kommunerne for de tre usunde fødevarergrupper. Der ses ingen social gradient i holdningerne til forbud mod sodavand og fastfood, mens der for snack, slik og chokolade ses tendens til en social gradient.

Tabel 6.9 Borgere i kommunerne, som går ind for forbud mod salg af usunde fødevarer på arbejdspladser

Kommune	Sodavand		Snack, slik, chokolade		Fastfood	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	17	198.100	22	252.300	50	610.400
Kommunesocialgruppe 4						
Albertslund	18	3.400	24	4.400	50	9.600
Bornholm	22 *	6.600	32 *	9.100	52	16.000
Brøndby	13 *	3.200	21	4.800	46 *	11.000
Ishøj	17	2.500	23	3.100	46 *	6.600
Kbh Amager Vest	15	6.100	17 *	7.000	45 *	19.100
Kbh Bispebjerg	14 *	5.000	18 *	6.200	48	18.100
Kbh Brønshøj-Husum	17	4.400	21	5.300	48	12.600
Kbh Nørrebro	16	8.800	19	10.300	48	26.700
Kbh Valby	15	5.300	19 *	6.300	48	17.200
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	16	6.900	18 *	7.400	50	21.000
Kommunesocialgruppe 3						
Ballerup	15	5.100	22	7.000	50	17.100
Glostrup	15	2.300	20	3.000	48	7.500
Halsnæs	19 *	4.200	27 *	5.700	54 *	12.100
Herlev	16	3.000	25 *	4.600	51	9.900
Hvidovre	14 *	4.800	22	7.300	47	16.700
Høje-Taastrup	15	5.200	23	7.500	47	15.900
Kbh Amager Øst	14 *	5.300	18 *	6.500	45 *	17.600
København	15 *	60.100	18 *	69.300	48 *	190.500
Rødovre	15	3.800	22	5.400	52	13.700
Tårnby	14 *	4.000	21	5.900	47	13.900
Kommunesocialgruppe 2						
Fredensborg	19 *	5.100	25 *	6.500	51	14.100
Frederiksberg	17	12.400	22	15.000	52	38.300
Frederikssund	18	5.500	26 *	7.800	51	16.000
Gladsaxe	18	8.000	24	10.200	49	22.100
Gribskov	19 *	5.500	28 *	7.800	54 *	15.900
Helsingør	17	7.200	24	9.600	55 *	24.000
Hillerød	22 *	7.000	27 *	8.400	52	17.300
Kbh Indre by	17	6.200	20	7.000	51	19.400
Kbh Vanløse	16	4.200	18 *	4.700	47	12.800
Kbh Østerbro	15	7.700	17 *	8.600	49	26.000
Kommunesocialgruppe 1						
Allerød	18	2.900	24 *	3.900	51	8.700
Dragør	16	1.500	21	1.900	49	4.900
Egedal	15	4.300	22	6.200	50	14.500
Furesø	17	4.400	23	5.800	49	13.500
Gentofte	19 *	9.100	22	10.600	54 *	27.300
Hørsholm	19 *	3.200	23	3.800	52	9.300
Lyngby-Taarbæk	17	6.200	20	7.400	49	18.800
Rudersdal	17	6.200	22	8.000	52	20.200
Vallensbæk	13 *	1.300	22	2.100	48	4.900

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Tabel 6.10 Borgere i kommunerne, som går ind for forbud mod salg af usunde fødevarer i sportshaller og idrætsklubber

Kommune	Sodavand		Snack, slik, chokolade		Fastfood	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	27	320.900	33	382.600	59	722.400
Kommunesocialgruppe 4						
Albertslund	29	5.600	36	6.400	59	11.400
Bornholm	25	7.500	32	9.000	54	16.700 *
Brøndby	26	6.400	38	8.600 *	58	14.100
Ishøj	29	4.200	38	5.200 *	60	8.700
Kbh Amager Vest	26	10.900	32	12.800	56	23.700
Kbh Bispebjerg	24	8.800	31	10.800	57	21.700
Kbh Brønshøj-Husum	27	7.000	33	8.100	59	15.500
Kbh Nørrebro	28	15.700	32	17.000	57	31.800
Kbh Valby	27	9.200	32	10.800	57	20.300
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	26	11.200	31	12.700	59	24.800
Kommunesocialgruppe 3						
Ballerup	26	8.600	35	11.100	58	20.100
Glostrup	25	3.900	32	4.700	57	9.000
Halsnæs	28	6.000	36	7.400	60	13.600
Herlev	27	5.000	37	6.700 *	60	11.700
Hvidovre	22	7.800 *	33	10.900	56	20.200
Høje-Taastrup	26	8.600	35	11.400	57	19.400
Kbh Amager Øst	24	9.000 *	31	11.600	57	22.500
København	27	104.800	32	119.900 *	58	231.400
Rødovre	25	6.500	31	7.600	60	15.800
Tårnby	24	7.200	33	9.400	57	16.900
Kommunesocialgruppe 2						
Fredensborg	30	8.100 *	35	9.100	60	16.900
Frederiksberg	28	19.600	33	22.500	60	44.400
Frederikssund	26	7.800	32	9.300	57	18.200
Gladsaxe	28	12.200	35	14.700	59	26.800
Gribskov	28	8.200	37	10.200 *	60	17.900
Helsingør	28	11.900	36	14.500	63	27.700 *
Hillerød	30	9.800 *	36	11.300 *	60	20.100
Kbh Indre by	30	11.200 *	32	11.400	62	23.400
Kbh Vanløse	29	7.700	35	9.000	59	16.100
Kbh Østerbro	28	14.300	31	15.700	60	31.600
Kommunesocialgruppe 1						
Allerød	26	4.200	33	5.200	58	9.800
Dragør	24	2.200 *	30	2.800 *	55	5.500 *
Egedal	26	7.400	34	9.400	59	17.400
Furesø	26	6.900	33	8.300	56	15.500
Gentofte	29	14.100	33	15.500	63	31.800 *
Hørsholm	29	4.900	36	5.900	61	10.900
Lyngby-Taarbæk	27	10.000	30	10.700 *	56	21.700
Rudersdal	25	9.400	32	11.700	59	23.200
Vallensbæk	23	2.300 *	32	3.100	57	5.700

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

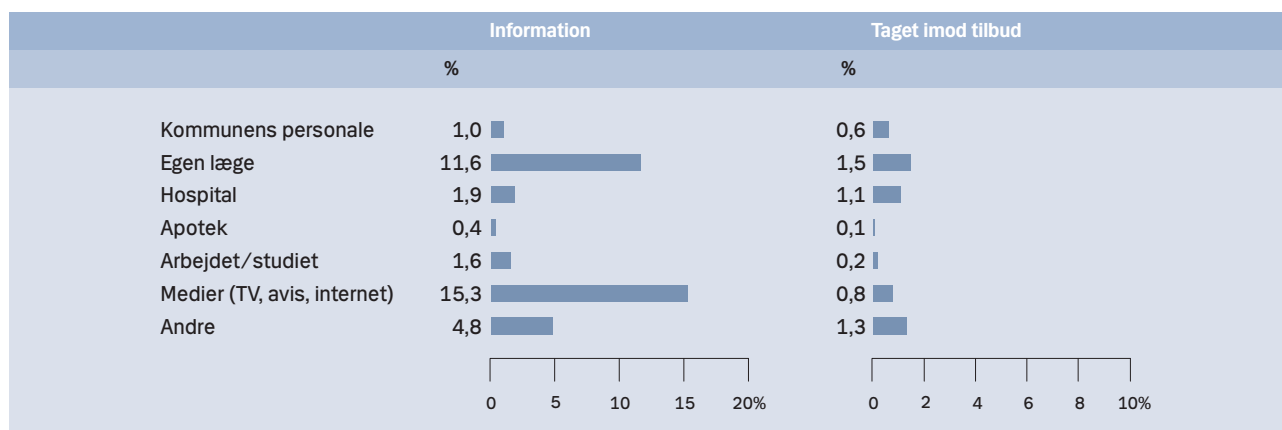
Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

6.3 Kost og individorienterede tilbud

I sundhedsprofilen er der spurgt til, om personen inden for det seneste år har fået information om muligheden for at få hjælp til eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af kostvaner fra henholdsvis kommunens personale, hospital, apotek, arbejde/studie, medier eller fra deres egen læge. I følgende afsnit skelnes dog kun mellem information eller tilbud om hjælp fra alle kilder eller fra egen læge. Opgørelserne er begrænset til borgere med meget usunde kostvaner.

I alt 31 % af de borgere i Region Hovedstaden, som spiser meget usundt, har inden for det seneste år fået information om mulighed for hjælp til ændring af kostvaner, hvilket svarer til 37.200 personer. Kun 5 % af de borgere, som spiser meget usundt, har taget imod tilbud om hjælp til at ændre kostvaner inden for det seneste år, hvilket svarer til 6.200 personer (resultater ikke vist). Jævnfør tabel 6.11 er de primære informationskilder medierne og de praktiserende læger.

Tabel 6.11 Borgere med usunde kostvaner, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til at ændre kostvaner



17 % af de borgere, som har modtaget information fra deres egen læge om muligheden for hjælp til at ændre kostvaner, har taget imod hjælp. Til sammenligning har

kun 4 % af de borgere, som ikke har modtaget information fra deres egen læge, taget imod tilbud om hjælp til at ændre kostvaner (resultater ikke vist).

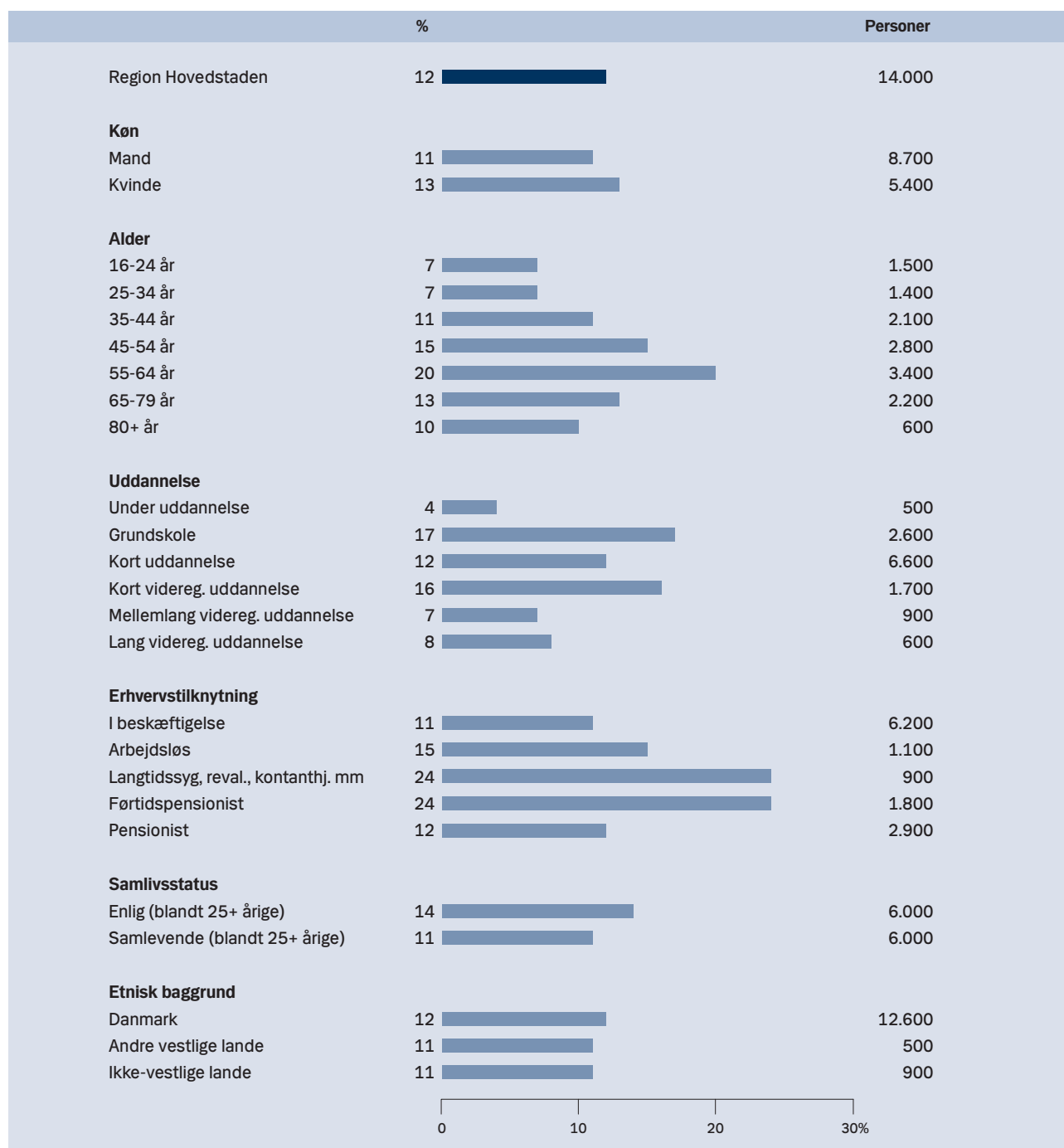
6.3.1 Individorienterede tilbud fra egen læge

Dette afsnit er begrænset til borgere med meget usunde kostvaner, som har været hos deres egen læge inden for det seneste år. Afsnittet beskriver borgere, som af deres egen læge enten er blevet rådet til at ændre kostvaner, har fået information om muligheden for hjælp eller har fået hjælp til at ændre kostvaner. Det er således et udtryk for, at kosten er blevet drøftet med deres egen læge. På grund af manglende styrke er det ikke muligt at opgøre resultater for individorienterede tilbud fra egen læge på kommuneniveau.

I alt 12 % af de borgere i Region Hovedstaden, der spiser meget usundt, har inden for det seneste år talt med deres egen læge om at ændre kostvaner. Dette svarer til 14.000 personer (tabel 6.12).

Køn og alder: Der er ingen betydelig kønsforskel i andelen af borgere med meget usunde kostvaner, som har talt med deres egen læge om at ændre kostvaner, og andelen stiger indtil 64-årsalderen, hvorefter den falder igen.

Tabel 6.12 Borgere med meget usunde kostvaner, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til at ændre kostvaner fra deres egen læge



Uddannelse og erhvervstilknytning: En dobbelt så stor andel af borgere med meget usunde kostvaner, som kun har fuldført grundskolen, har talt med deres egen læge om at ændre kostvaner sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse. Tilsvarende er der en dobbelt så stor andel af førtidspensionister, langtidssyge m.m. med meget usunde kostvaner, som har talt med deres egen læge om at ændre kostvaner, sammenlignet med borgere i beskæftigelse. Der er således en tendens til, at borgere med lav social status i langt højere grad taler med deres egen læge om ændring af kostvaner end borgere med højere social status.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Andelen af borgere med meget usunde kostvaner, som har talt med deres egen læge om at ændre kostvaner, er en smule større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Der er ingen betydelig forskel på andelen af borgere med meget usunde kostvaner, som har talt med deres egen læge om at ændre kostvaner, blandt borgere med dansk eller anden etnisk baggrund.



Kapitel 7

Forebyggelsespotentiale – Fysisk aktivitet



7 Forebyggelsespotentiale – Fysisk aktivitet

I sundhedsprofilen tages udgangspunkt i, at Sundhedsstyrelsen anbefaler fysisk aktivitet af moderat til hård intensitet mindst 30 minutter om dagen. Moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden opgøres som tid brugt på forskellige former for aktiviteter i hverdagen. Udover organiseret sport og træning medregnes fritids- og motionsaktiviteter som havearbejde og let anstrengende motion som yoga og bowling. Desuden er tid brugt på cykling eller gang til og fra arbejde eller uddannelsessted inkluderet.

I alt 31 % af borgerne i Region Hovedstaden lever ikke op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om moderat til hård fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen. Der er lidt flere blandt kvinder end mænd, som ikke lever op til anbefalingen, og forekomsten stiger med alderen. De største andele findes blandt borgere, som kun har fuldført grundskolen, førtidspensionister, enlige borgere og borgere med ikke-vestlig baggrund (Sundhedsprofilen del 1, 2010)

I Region Hovedstaden er:

- 31 % fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen i fritiden
- 27 % stillesiddende mere end fire timer om dagen i fritiden
- 44 % stillesiddende mindst seks timer om dagen på arbejdet
- 23 % stillesiddende sammenlagt mindst ti timer om dagen på arbejdet og i fritiden

7.1 Motivation for at ændre motionsvaner

Opgørelser i dette afsnit er begrænset til borgere, som ikke er fysisk aktive 30 minutter om dagen i fritiden – herefter betegnet fysisk inaktive.

I Region Hovedstaden vurderer seks ud af ti borgere, som er fysisk inaktive, at de har mindre gode motionsvaner (tabel 7.1). Derimod vurderer hver tiende, at deres motionsvaner er gode. I alt 72 % af de fysisk inaktive borgere ønsker at være mere aktive. Dette svarer til 289.400 personer.

Størstedelen (80 %) af de fysisk inaktive borgere, som synes, at deres motionsvaner er mindre gode, vil gerne være mere aktive. Derimod ønsker en mindre andel (41 %) af de inaktive borgere, som synes, at de har gode motionsvaner, at være mere aktive.

Der er således et forebyggelsespotentiale blandt de borgere, som synes, at deres motionsvaner er mindre gode og et oplysningspotentiale blandt de borgere, som er fysisk inaktive, men selv synes, at deres motionsvaner er gode.

Tabel 7.1 Selvvurderede motionsvaner og ønske om at være mere fysisk aktiv blandt borgere, som ikke er fysisk aktive 30 minutter om dagen i fritiden

	Selvvurderede motionsvaner		Vil gerne være mere fysisk aktiv	
	%	Antal	%	Antal
Virkelig god/god	10	39.300	41	16.200
Nogenlunde	29	116.300	66	76.800
Mindre god/dårlig	61	246.200	80	196.000
Alle moderat til hård fysisk aktiv mindre end 30 min om dagen			72	289.400

Køn og alder: Af tabel 7.2 fremgår det, at der sammenlignet med mænd er en større andel blandt fysisk inaktive kvinder, som ønsker at være mere aktive. Bortset fra aldersgruppen 16-24 år falder andelen af borgere, som gerne vil være mere aktive, med alderen. Næsten 90 % af de 25-34-årige inaktive borgere ønsker at være mere aktive, mens det kun er halvdelen af de 65-79-årige.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Jo længere uddannelse des større andel af borgere ønsker at være mere aktive. Halvdelen af de borgere, som kun har fuldført grundskolen, ønsker at være mere aktive, mens fire ud af fem borgere med lang videregående uddannelse ønsker at være mere aktive. Der er ingen betydelig forskel på andelen af beskæftigede og arbejdsløse, som ønsker at være mere aktive, mens en mindre andel af langtidssyge, førtidspensionister og pensionister ønsker at være mere aktive.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Flere blandt de samlede borgere, som er fysisk inaktive, ønsker at være mere aktive sammenlignet med enlige.

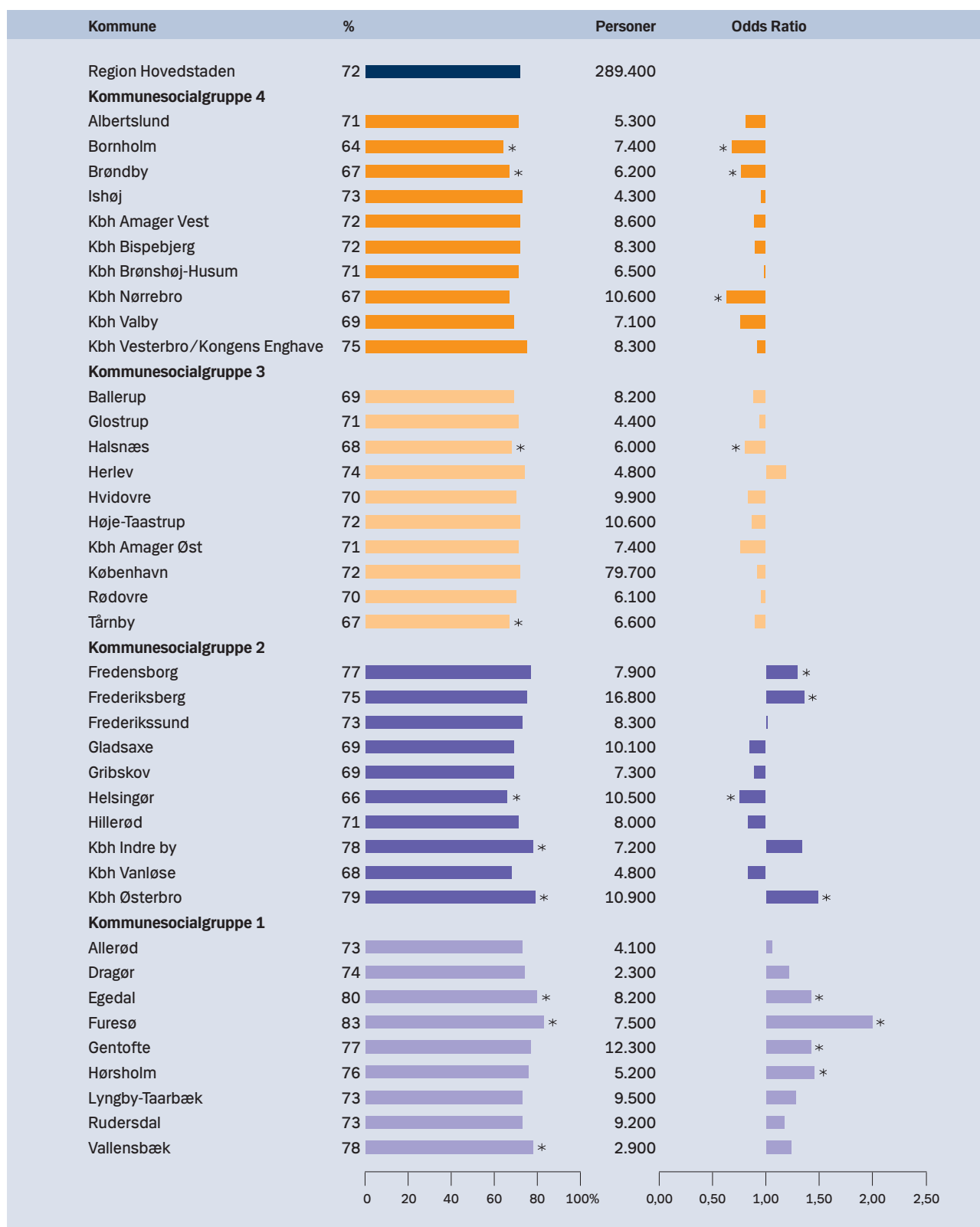
Etnisk baggrund: Der er ingen betydelig forskel på ønsket om at være mere aktiv blandt borgere med dansk eller anden etnisk baggrund.

Nogen at tale med ved behov: En mindre andel af de borgere, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med ved behov, ønsker at være mere fysisk aktive sammenlignet med de, som ofte eller for det meste har nogen at tale med ved behov.

Højt stressniveau: Der er ingen betydelig forskel på ønsket om at være mere aktiv blandt borgere med højt og mindre højt stressniveau.

Variation mellem kommunerne: Andelen af fysisk inaktive borgere, som ønsker at være mere aktive, varierer fra 64 % på Bornholm til 83 % i Furesø Kommune (tabel 7.3). Næsten alle de kommuner og bydele, der ligger signifikant under regionsgennemsnittet, tilhører kommunesocialgruppe 3 og 4, mens alle de kommuner, der ligger signifikant over regionsgennemsnittet, tilhører gruppe 1 og 2. Der er således en social gradient, som forbliver, når der tages højde for fordelingen af køn og alder i kommunerne.

Tabel 7.2 Borgere, som er fysisk inaktive, og som ønsker at være mere fysisk aktive


Tabel 7.3 Borgere i kommunerne, som er fysisk inaktive, og som ønsker at være mere fysisk aktive


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

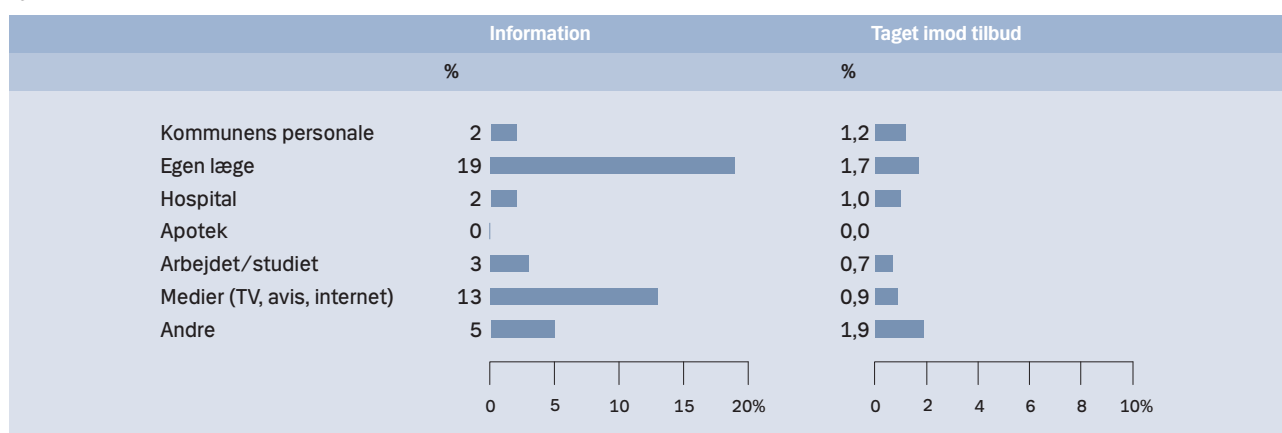
Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

7.2 Fysisk aktivitet og individorienterede tilbud

I sundhedsprofilen er der spurgt til, om personen inden for det seneste år har fået information om muligheden for at få hjælp til at ændre motionsvaner, samt om personen har taget imod tilbud om hjælp til at ændre motionsvaner fra henholdsvis kommunens personale, hospital, apotek, arbejde/studie, medier eller fra egen læge. I dette afsnit skelnes dog kun mellem information eller tilbud om hjælp fra alle kilder eller fra egen læge. Opgørelserne i dette afsnit er begrænset til borgere, som ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om moderat til hård fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen.

I alt 35 % af de borgere i Region Hovedstaden, som ikke lever op til sundhedsstyrelsens anbefaling, har inden for det seneste år fået information om mulighed for hjælp til ændring af motionsvaner, hvilket svarer til 133.700 personer. 6,7 % har inden for det seneste år taget imod tilbud om hjælp til at ændre motionsvaner, hvilket svarer til 25.800 (resultater ikke vist). Den primære informationskilde er egen læge, når det gælder information om muligheden for hjælp til at ændre motionsvaner (tabel 7.4). Derudover spiller medierne en rolle, mens de øvrige informationskilder har begrænset betydning

Tabel 7.4 Borgere, som er fysisk inaktive, og som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til at ændre motionsvaner



17 % af de borgere, som har talt med deres egen læge om muligheden for hjælp til at ændre motionsvaner, har også taget imod tilbud om hjælp. Til sammenligning har kun

4 % af de borgere, som ikke har talt med deres egen læge, taget imod tilbud om hjælp til at ændre motionsvaner (resultater ikke vist)

7.2.1. Individorienterede tilbud fra egen læge

Dette afsnit er begrænset til borgere, som ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet, og som har været hos egen læge inden for det seneste år. Afsnittet beskriver borgere, som af deres egen læge enten er blevet rådet til at dyrke motion, har fået information om muligheden for hjælp eller har fået hjælp til at ændre motionsvaner. Det er således et udtryk for, at fysisk aktivitet er blevet drøftet med egen læge.

I alt 19 % af de fysisk inaktive borgere har talt med deres egen læge om at ændre motionsvaner. Det svarer til 71.200 borgere (tabel 7.5).

Køn og alder: Der ses ingen kønsforskel på andelen af borgere, som har talt med deres egen læge om at ændre motionsvaner. Andelen stiger med alderen indtil 64-årsalderen, hvorefter den falder, jo ældre borgerne bliver.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der er en klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og det at tale med sin egen læge om at ændre motionsvaner. Næsten dobbelt så mange blandt borgere, som kun har fuldført grundskolen, har talt med deres egen læge om at ændre motionsvaner, sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse. Tilsvarende er der flere i den erhvervsaktive alder, som er uden erhvervstilknytning, der har talt med deres egen læge om at ændre motionsvaner, sammenlignet med beskæftigede.

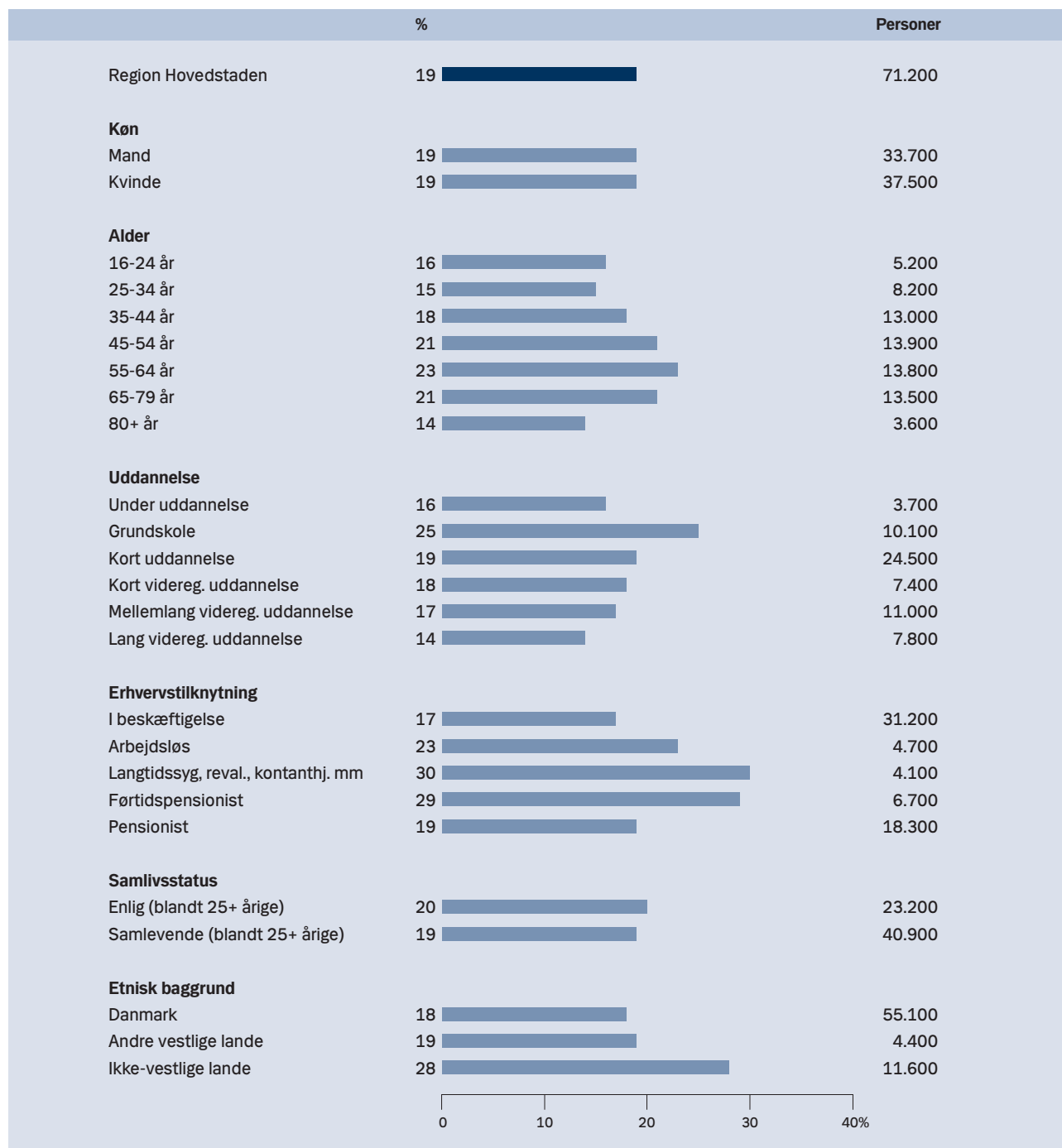
Samlivsstatus blandt 25+årige: Blandt enlige og samlevende er der ingen forskel på andelen af borgere, som har talt med deres egen læge om at ændre motionsvaner.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som har talt med deres egen læge om at ændre motionsvaner, er betydeligt større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk baggrund.

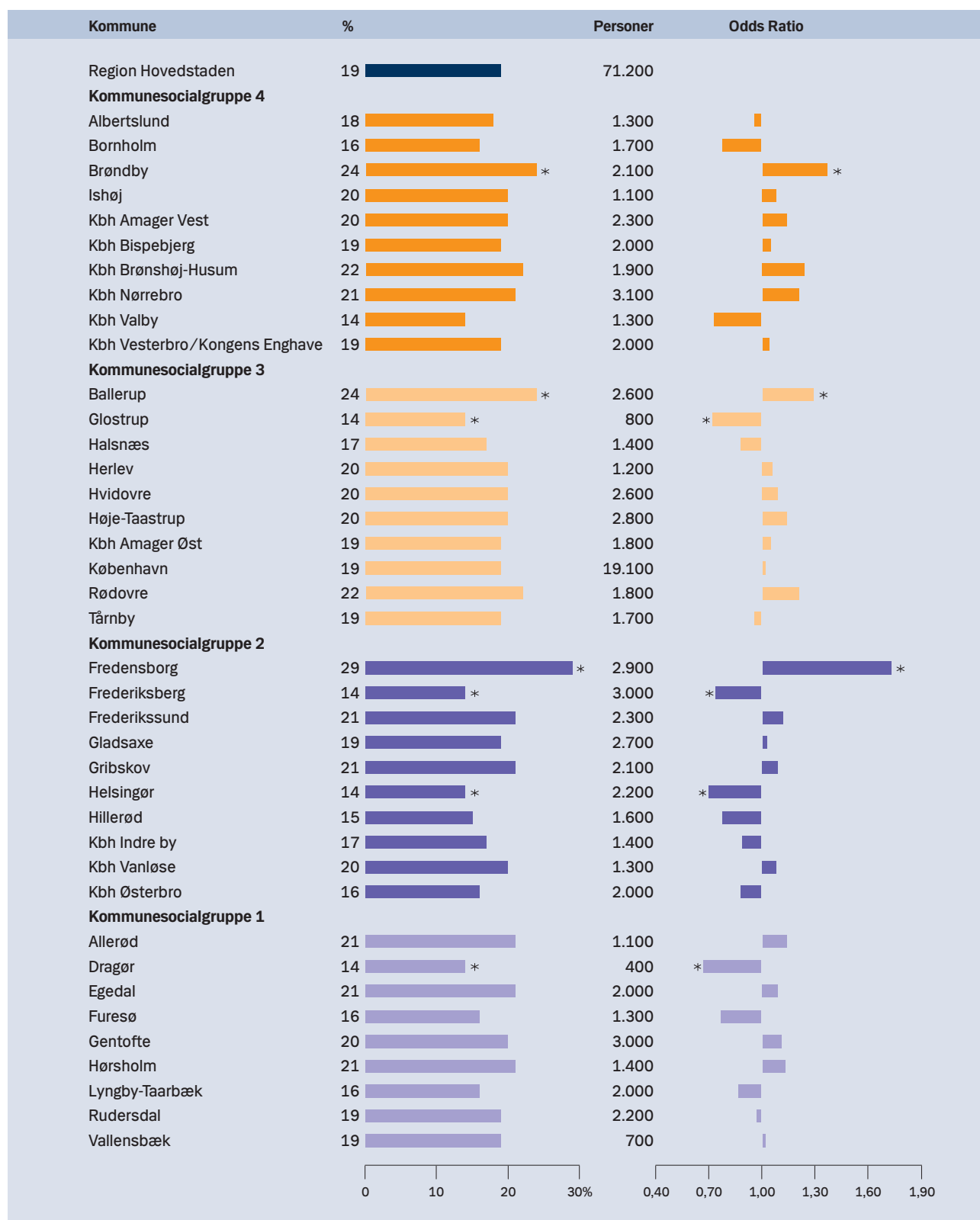
Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere, som har talt med deres egen læge om at ændre motionsvaner, varierer fra 14 % i bydelen Valby samt Glostrup, Frederiksberg, Helsingør og Dragør Kommune til 29 % i Fre-

densborg Kommune (tabel 7.6). Der ses ingen tydelig social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne heller ikke, når der justeres for kommunernes alders- og kønssammensætning.

Tabel 7.5 Borgere, som er fysisk inaktive, og som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner fra deres egen læge



Tabel 7.6 Borgere i kommunerne, som er fysisk inaktive, og som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner fra deres egen læge



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder



Kapitel 8

Forebyggelsespotentiale – Kroniske sygdomme



8 Forebyggelsespotentiale – Kroniske sygdomme

I sundhedsprofilen beskrives de otte folkesygdomme fra regeringens folkesundhedsprogram, herunder alle kræftsygdomme som en samlet sygdomsgruppe, samt hovedpine. Sygdommene opgøres ud fra spørgeskemaoplysninger.

I Region Hovedstaden har 57 % af borgerne på 16 år eller derover mindst én kronisk sygdom. Blandt borgerne på 65 år eller derover har 76 % mindst én kronisk sygdom (Sundhedsprofilen del 1, 2010). Allergi er den hyppigste sygdom blandt alle borgere, mens slidgigt er den hyppig-

For borgere i Region Hovedstaden gælder, at:

I alt 57 % har kroniske sygdomme

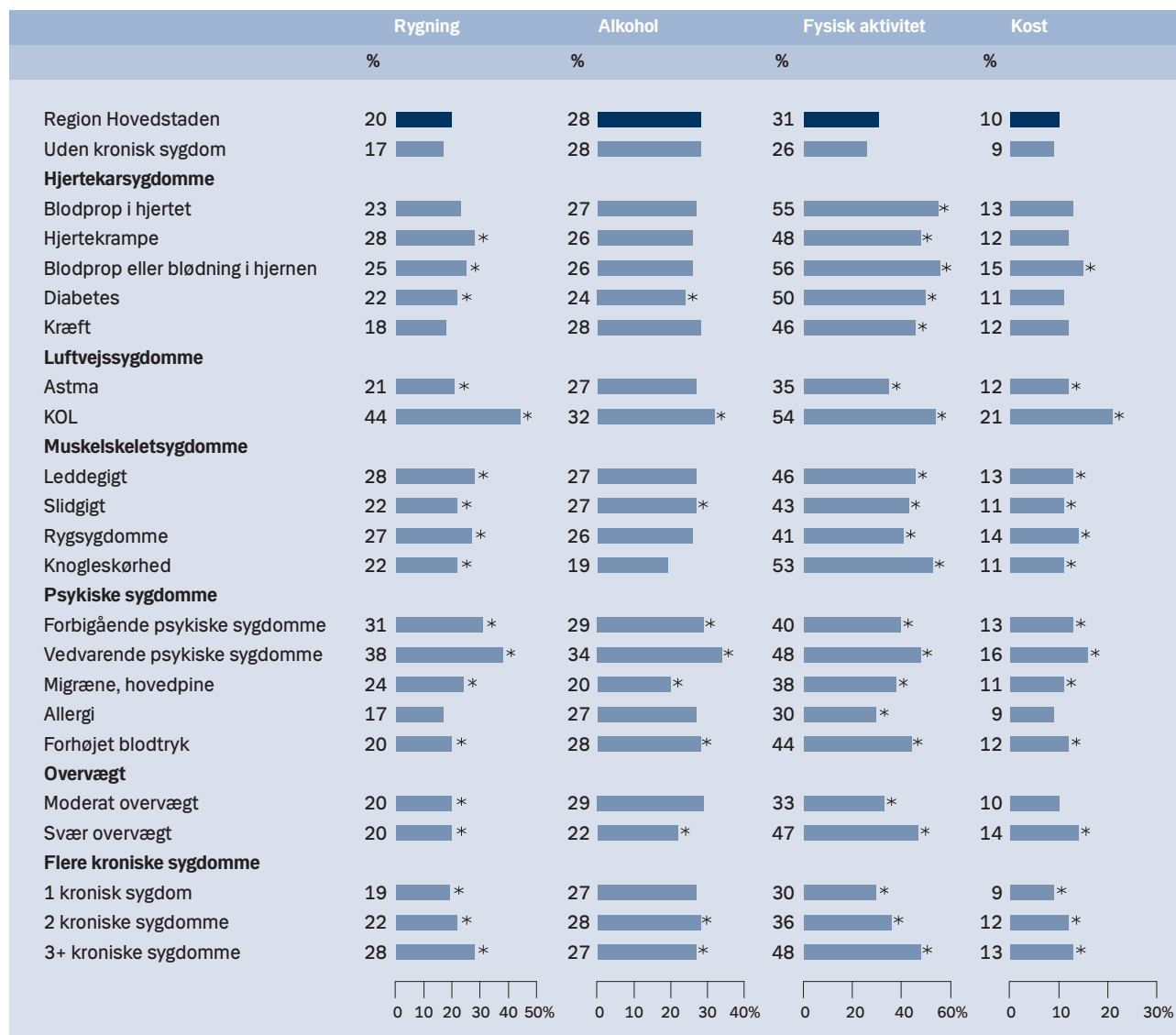
- 31 % har én kronisk sygdom
- 15 % har to kroniske sygdomme
- 12 % har tre eller flere kroniske sygdomme
- Allergi, slidgigt og rygsygdomme er de hyppigste sygdomme blandt borgere med kun én kronisk sygdom

ste sygdom blandt de ældre aldersgrupper. I aldersgruppen 65 år og opefter har henholdsvis 12 % diabetes, 11 % KOL, og 4 % har haft blodprop i hjertet. Hver 10. borger lever med tre eller flere kroniske sygdomme – svarende til 155.000 personer.

Som led i behandlingen af mange af de kroniske sygdomme er en hensigtsmæssig sundhedsadfærd afgørende for prognosen. Til trods for, at flere kliniske guidelines beskriver livsstilsændringer som en vigtig del af behandlingen, ses det i tabel 8.1 (fra Sundhedsprofilen del 1, 2010), at borgere med kroniske sygdomme generelt har en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme. Der er således et stort forebyggelsespotentiale blandt borgere med kroniske sygdomme.

I dette kapitel opgøres motivationen for ændringer af sundhedsadfærd blandt borgere med kroniske sygdomme, forhøjet blodtryk og overvægt. Da der er relativt få borgere med kroniske sygdomme og dermed få besvarelser i forhold til ønske om ændringer samt individorienterede tilbud, vil kommunale opgørelser være behæftet med stor usikkerhed. Derfor gives der ikke kommunale tal i dette afsnit.

Tabel 8.1 Borgere med kroniske sygdomme, som har en u hensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost



*Signifikant forskellig fra forekomsten blandt borgere uden kronisk sygdom, når der justeres for køn og alder i de forskellige sygdomsgrupper

8.1 Motivation for at ændre sundhedsadfærd blandt borgere med kroniske sygdomme

I sundhedsprofilen er der spurgt, om personen ønsker at ændre sundhedsadfærd samt for rygestop, om personen ønsker hjælp til rygestop. Opgørelser i dette afsnit er begrænset til borgere, som har en u hensigtsmæssig adfærd i forhold til hvert af de fire adfærdsområder.

Generelt er borgerne med kroniske sygdomme motiverede for at ændre sundhedsadfærden (tabel 8.2 og tabel 8.3). Der er et særligt stort ønske om at ændre ryge-, kost- og fysisk aktivitetsvaner, hvorimod motivation til ændring af alkoholvaner ikke er helt så populært. En meget høj andel af borgere med kronisk sygdom, som er overvægtige, ønsker at tabe sig.

Ønske om rygestop: Andelen af kronisk syge dagligrygere, som ønsker at stoppe med at ryge, er lidt lavere blandt de fleste sygdomsgrupper end blandt dagligrygere uden kroniske sygdomme (tabel 8.2). Mens tre ud af fire dagligrygere uden kroniske sygdomme ønsker at stoppe med at ryge, er det kun hver anden borger med blodprop/blødning i hjernen, som ønsker rygestop. Det er dog stadig flertallet af kronisk syge dagligrygere, som ønsker at stoppe med at ryge, blandt andet tre ud af fire borgere med luftvejsslidelser.

Ønske om hjælp til rygestop: Over halvdelen af de kronisk syge dagligrygere, som ønsker rygestop, vil gerne have hjælp til det, mens en mindre andel af borgere uden kroniske sygdomme ønsker hjælp til rygestop (tabel 8.2). Særligt borgere med KOL, blodprop/blødning i hjernen eller vedvarende psykiske sygdomme, som ønsker rygeophør, vil gerne have hjælp til det.

Ønske om at nedsætte alkoholforbruget: Motivationen for at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med kroniske sygdomme, som har en risikabel alkoholfærd, er væsentligt mindre end motivationen for rygestop blandt kronisk syge dagligrygere (tabel 8.2). Blandt borgere med eller uden kronisk sygdom, som har en risikabel alko-

holadfærd, er det kun omkring hver fjerde, der ønsker at nedsætte alkoholforbruget. Dette kan hænge sammen med, at mange af disse borgere ikke selv synes, at de har en risikabel alkoholfærd (tabel 8.1). Der er dog godt fire ud af ti borgere med forbigående eller vedvarende psykiske lidelser og risikabel alkohol adfærd, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget.

Ønske om at spise sundere: Motivationen for at ændre kostvaner er generelt mindre blandt kronisk syge med meget usunde kostvaner sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme. Det gælder blandt andet for borgere med hjertekarsygdomme eller diabetes, hvor kosten spiller en central rolle for sygdommens udvikling og behand-

Tabel 8.2 Kronisk syge borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, som ønsker rygestop, ønsker hjælp til rygestop eller ønsker at nedsætte alkoholforbruget

Kommune	Ønsker rygestop	Ønsker hjælp til rygestop	Ønsker at nedsætte alkoholforbrug
	%	%	%
Region Hovedstaden	76	49	26
Uden kronisk sygdom	78	43	23
Hjertekarsygdomme			
Blodprop i hjertet	70	55	21
Hjertekrampe	75	55*	25
Blodprop eller blødning i hjernen	52*	63*	25
Diabetes	67	54*	23
Kræft	63	60*	24
Luftvejssygdomme			
Astma	78	56*	28*
KOL	74*	65*	31*
Muskelskeletsygdomme			
Leddegigt	67	55*	28
Slidgigt	70	56*	29*
Rygsygdomme	76	55*	29
Knogleskørhed	62	59*	26
Psykiske sygdomme			
Forbigående psykiske sygdomme	77	57*	39*
Vedvarende psykiske sygdomme	72*	63*	46*
Migræne, hovedpine	81*	55*	31*
Allergi	78	50*	29*
Forhøjet blodtryk	70*	54*	29*
Overvægt			
Moderat overvægt	77*	49*	29*
Svær overvægt	74	57*	30*
Flere kroniske sygdomme			
1 kronisk sygdom	77	48*	26
2 kroniske sygdomme	76	55*	30*
3+ kroniske sygdomme	72	59*	33*

* Signifikant forskellig fra forekomsten blandt borgere uden kronisk sygdom, når der justeres for køn og alder i de forskellige sygdomsgrupper

ling. Under halvdelen af disse borgere ønsker at spise sundere. Kun halvdelen af borgere med moderat overvægt, som har meget usunde kostvaner, ønsker at spise sundere, mens to tredjedele af borgerne med svær overvægt ønsker at spise sundere.

Ønske om at være mere fysisk aktiv: Generelt ønsker en større andel af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd at ændre adfærd, når det gælder fysisk aktivitet, end når det gælder kostvaner. Der ses dog samme tendens, at en mindre andel af borgere med kroniske sygdomme end uden kronisk sygdom ønsker at ændre adfærd. Blandt borgere med hjertekarsygdomme, diabetes og muskelskeletsygdomme, hvor fysisk aktivitet spiller en

central rolle for behandlingen, ønsker to tredjedele at være mere fysisk aktive, og næsten otte ud af ti borgere med svær overvægt ønsker at være mere fysisk aktive.

Ønske om at tabe sig: En stor andel af overvægtige borgere med kroniske sygdomme ønsker at tabe sig. Det gælder for alle kroniske sygdomme. Færrest er dog motiverede blandt borgere med blodprop i hjertet, blodprop/blødning i hjernen og kræft sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme.

Der er således et stort forebyggelsespotentiale i forhold til forbedring af sundhedsadfærden blandt borgere med kroniske sygdomme.

Tabel 8.3 Kronisk syge borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller overvægt, som gerne vil spise sundere, være mere fysisk aktive eller tabe sig

Kommune	Ønske om at spise sundere	Ønsker om at være mere fysisk aktiv	Ønsker om at tabe sig
	%	%	%
Region Hovedstaden	58	72	85
Uden kronisk sygdom	60	76	85
Hjertekarsygdomme			
Blodprop i hjertet	48	62 *	78
Hjertekrampe	40	69 *	86 *
Blodprop eller blødning i hjernen	37	60 *	77
Diabetes	49 *	61	84 *
Kræft	46	61 *	77
Luftvejssygdomme			
Astma	60	73	89 *
KOL	46	63	83
Muskelskeletsygdomme			
Leddegigt	47	62	82
Slidgigt	50 *	64 *	84
Rygsygdomme	55	69	86
Knogleskørhed	51	63 *	79 *
Psykiske sygdomme			
Forbigående psykiske sygdomme	67 *	75	89
Vedvarende psykiske sygdomme	72 *	69	86
Migræne, hovedpine	64	76	90
Allergi	65	78	90 *
Forhøjet blodtryk	46	62 *	85 *
Overvægt			
Moderat overvægt	54	71 *	82 *
Svær overvægt	67 *	78	95 *
Flere kroniske sygdomme			
1 kronisk sygdom	56	72	86 *
2 kroniske sygdomme	59 *	72 *	88 *
3+ kroniske sygdomme	55 *	67 *	84

* Signifikant forskellig fra forekomsten blandt borgere uden kronisk sygdom, når der justeres for køn og alder i de forskellige sygdomsgrupper

8.2 Kroniske sygdomme og individorienterede tilbud

I sundhedsprofilen er der spurgt til, om personen har fået information om mulighed for hjælp til rygestop, ændring af alkohol-, kost- og motionsvaner og vægttab fra henholdsvis kommunens personale, hospital, apotek, arbejde/studie, medier eller fra egen læge. Der er ligeledes spurgt til, om borgeren har taget imod hjælp til ændring af sundhedsadfærd fra disse kilder. Da det hyppigst er egen læge, som informerer og giver tilbud, skelnes der kun mellem information eller hjælp fra alle kilder samt information eller hjælp fra egen læge. Alle opgørelser er begrænset til borgere med risikabel alkoholadfærd.

Information om hjælp til rygestop: Omkring to ud af tre borgere med kroniske sygdomme, som ryger dagligt, har modtaget information om muligheden for hjælp til rygestop, hvilket er lidt flere end blandt borgere uden kroniske sygdomme (tabel 8.4). Der er flest blandt borgere med luftvejslidelser og diabetes, som har fået information om muligheden for hjælp til rygestop, og der er færrest blandt borgere med kræft og med blodprop/blødning i hjernen. Hvis man sammenligner med, hvor mange der ønsker rygestop (tabel 8.2), er andelen, der har modtaget information om muligheden for hjælp, generelt mindre, mens den dog er større blandt KOL-patienter og borgere med blodprop/blødning i hjernen.

Tabel 8.4 Kronisk syge borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, som har fået information om muligheden for hjælp til at ændre adfærd

	Rygestop	Nedsætte alkoholforbrug	Spise sundere	Være mere fysisk aktiv
	%	%	%	%
Region Hovedstaden	65	26	31	35
Uden kronisk sygdom	62	25	30	31
Hjertekarsygdomme				
Blodprop i hjertet	70 *	20	41 *	47 *
Hjertekrampe	69 *	30 *	30	37 *
Blodprop eller blødning i hjernen	62	21	33	35 *
Diabetes	75 *	28 *	61 *	57 *
Kræft	60	22	29	33 *
Luftvejssygdomme				
Astma	74 *	26	33	39 *
KOL	80 *	32 *	38 *	42 *
Muskelskeletsygdomme				
Leddegigt	67 *	31 *	29	41 *
Slidgigt	67 *	26 *	31 *	37 *
Rygsygdomme	68 *	28 *	33 *	42 *
Knogleskørhed	65 *	27 *	32 *	30 *
Psykiske sygdomme				
Forbigående psykiske sygdomme	67 *	36 *	38 *	47 *
Vedvarende psykiske sygdomme	65	45 *	37	53 *
Migræne, hovedpine	70 *	30 *	37 *	42 *
Allergi	69 *	27 *	32	37 *
Forhøjet blodtryk	69 *	28 *	37 *	40 *
Overvægt				
Moderat overvægt	64	25	31 *	35 *
Svær overvægt	68 *	29 *	46 *	51 *
Fleere kroniske sygdomme				
1 kronisk sygdom	64	25	29	34 *
2 kroniske sygdomme	66 *	27 *	30	38 *
3+ kroniske sygdomme	71 *	33 *	38 *	44 *

* Signifikant forskellig fra forekomsten blandt borgere uden kronisk sygdom, når der justeres for køn og alder i de forskellige sygdomsgrupper

Information om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget: Sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme har kronisk syge borgere med risikabel alkoholadfærd i højere grad fået information om muligheden for hjælp til at nedsætte alkoholforbruget. Det gælder dog ikke for borgere med blodprop i hjertet, blodprop i hjernen/hjerneblødning eller kræft. Her er andelen mindre (tabel 8.4). Hvis man sammenligner med, hvor mange der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug (tabel 8.2), har en tilsvarende andel af borgere modtaget information om muligheden for hjælp.

Information om hjælp til at spise sundere: Knap hver tredje borger med meget usunde kostvaner har modtaget information om mulighed for hjælp til at spise sundere både blandt borgere med og uden kronisk sygdom. Der er dog lidt flere blandt borgere med blodprop i hjertet eller svær overvægt og dobbelt så mange blandt borgere med diabetes, som har modtaget information om mulighed for hjælp til at ændre kostvaner sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom. Når man sammenligner med andelen, som ønsker at spise sundere (tabel 8.2), så er der væsentligt færre, der har modtaget information om muligheden for hjælp til at spise sundere. Det gælder også for borgere med de sygdomsgrupper, hvor sunde kostvaner er en del af behandlingen, dog i lidt mindre grad end for de øvrige borgere. Der er således et oplysningspotentiale.

Tabel 8.5 Kronisk syge borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, som har taget imod tilbud om hjælp til at ændre adfærd

	Rygestop	Nedsætte alkoholforbrug	Spise sundere	Være mere fysisk aktiv
	%	%	%	%
Region Hovedstaden	9,0	2,9	5,0	6,7
Uden kronisk sygdom	6,8	1,9	3,9	4,0
Hjertekarsygdomme				
Blodprop i hjertet	23,1 *	2,5	11,9 *	13,7 *
Hjertekrampe	15,5 *	4,8 *	7,5	8,9 *
Blodprop eller blødning i hjernen	8,1	3,6	10,4 *	12,3 *
Diabetes	12,6 *	3,3	19,4 *	17,3 *
Kræft	10,3	3,0	8,1 *	9,2 *
Luftvejssygdomme				
Astma	13,8 *	5,0 *	8,8 *	9,9 *
KOL	20,3 *	9,3 *	8,7 *	13,1 *
Muskelskeletsygdomme				
Leddegigt	13,2 *	5,0 *	6,3	11,2 *
Slidgigt	12,7 *	3,6 *	7,1 *	9,5 *
Rygsygdomme	11,2 *	3,8 *	6,2	11,2 *
Knogleskørhed	13,6 *	4,6 *	14,4 *	8,9 *
Psykiske sygdomme				
Forbigående psykiske sygdomme	11,0 *	8,2 *	8,0 *	10,8 *
Vedvarende psykiske sygdomme	13,7 *	14,8 *	10,4 *	14,7 *
Migræne, hovedpine	9,9 *	4,5 *	6,2	8,2 *
Allergi	9,8 *	2,8 *	5,2	7,7 *
Forhøjet blodtryk	12,9 *	5,0 *	9,5 *	9,3 *
Overvægt				
Moderat overvægt	8,8	2,9	4,5	6,1 *
Svær overvægt	10,5 *	4,6 *	10,0 *	11,9 *
Fleere kroniske sygdomme				
1 kronisk sygdom	7,8	2,1	3,8	5,6 *
2 kroniske sygdomme	9,6 *	4,1 *	5,1	7,7 *
3+ kroniske sygdomme	14,5 *	7,0 *	10,0 *	13,3 *

* Signifikant forskellig fra forekomsten blandt borgere uden kronisk sygdom, når der justeres for køn og alder i de forskellige sygdomsgrupper

Information om hjælp til at være mere fysisk aktiv:

Lidt mere end hver tredje borger med kroniske sygdomme, som ikke er fysisk aktive ½ time om dagen, har modtaget information om mulighed for hjælp til at være mere fysisk aktiv. Dette er lidt flere end blandt borgere uden kroniske sygdomme. Der er flest blandt borgere med diabetes, vedvarende psykiske sygdomme og svær overvægt, som har fået information om muligheden for hjælp til at være mere fysisk aktiv, og der er færrest blandt borgere med kræft, blodprop/blødning i hjernen eller knogleskørhed. Sammenlignet med andelen, der ønsker at være mere fysisk aktiv (tabel 8.1), er der væsentligt færre, der har modtaget information om muligheden for hjælp. Også her er der et oplysningspotentiale

Tilbud om hjælp til at ændre adfærd: Det er generelt en lille andel af borgerne med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, som har taget imod tilbud om hjælp til at ændre adfærd (tabel 8.5). Der er dog en større andel af borgere med kroniske sygdomme, som har taget imod hjælp, sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom. Det gælder i særlig høj grad for hjælp til rygestop blandt borgere med KOL eller hjertekrampe; for hjælp til rygestop, sundere kostvaner eller mere fysisk aktivitet blandt borgere med blodprop i hjertet; for hjælp til sundere kostvaner eller mere fysisk aktivitet blandt diabetikere samt for hjælp til nedsættelse af alkoholforbrug, sundere kostvaner eller mere fysisk aktivitet blandt borgere med vedvarende psykiske sygdomme.

8.2.1 Individorienterede tilbud fra egen læge

Denne opgørelse er begrænset til borgere med kronisk sygdom og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, som har været hos egen læge inden for det seneste år. Opgørelsen viser borgere, som af deres egen læge enten er blevet rådet til at ændre adfærd, har fået information om muligheden for hjælp til at ændre adfærd eller har fået hjælp til at ændre adfærd. Det er således et udtryk for, at den uhensigtsmæssige sundhedsadfærd er blevet drøftet med egen læge.

Andelen af borgere, som har talt med deres egen læge om at ændre uhensigtsmæssig adfærd, varierer meget i forhold til de forskellige kroniske sygdomme, men er generelt større blandt borgere med kroniske sygdomme sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme (tabel 8.6).

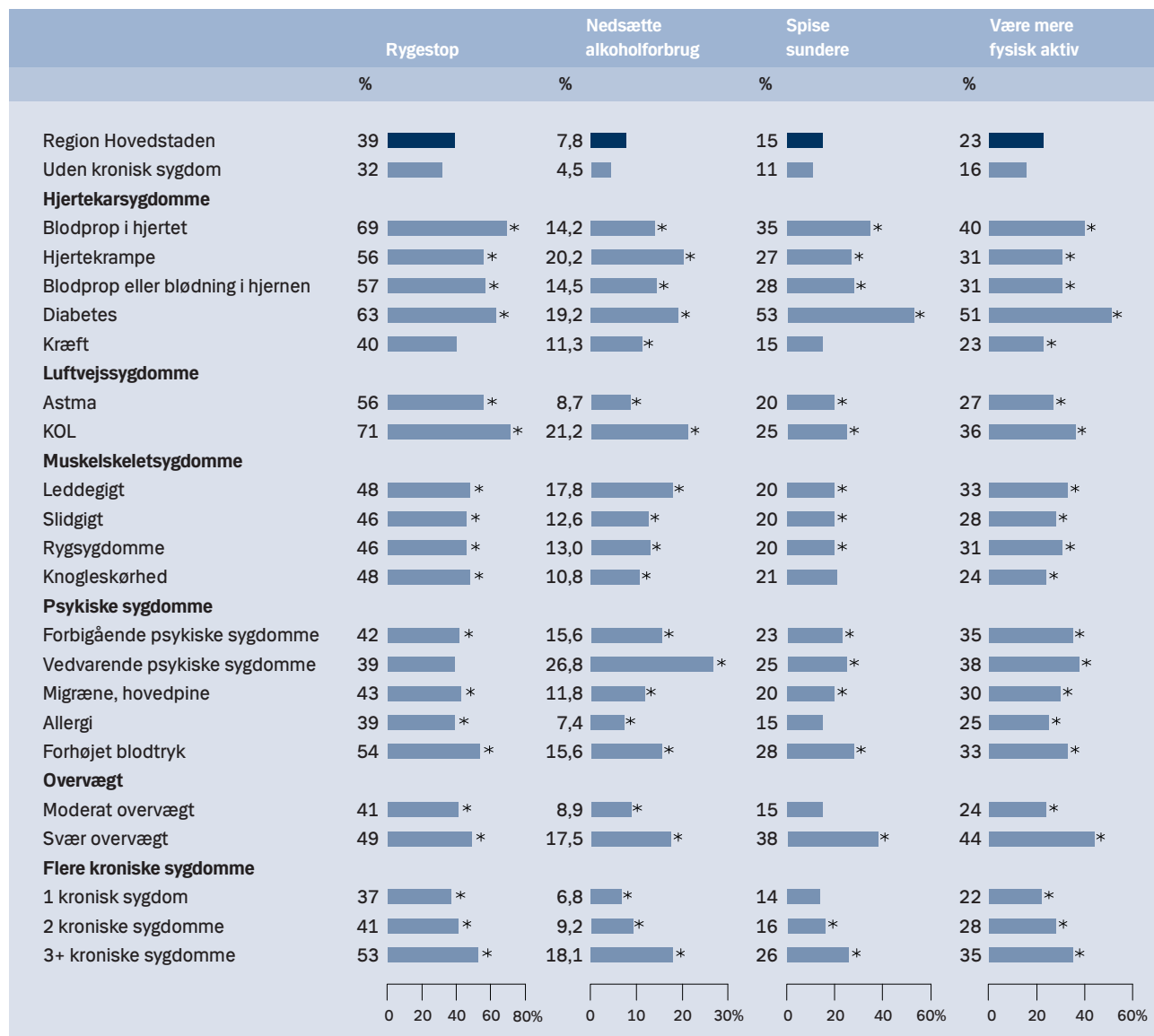
Borgere med blodprop i hjertet, diabetes eller KOL er de patientgrupper, hvor den største andel har talt med deres egen læge om at ændre uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, sammenlignet med borgere med andre kroniske sygdomme. Blandt borgere med f.eks. hjertekramper, muskel-

skeletsygdomme eller forhøjet blodtryk er det ikke så udbredt at tale med sin egen læge om adfærdsændringer, selvom helbredsgevinsten ved sund adfærd for disse patientgrupper er meget stor.

Dette kan tyde på, at den øgede fokus på adfærdsændringer i forløbsprogrammerne fra 2008-2009 i forhold til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost hos borgere med diabetes og i forhold til rygning hos borgere med KOL, har haft en effekt i almen praksis. Der er således et stort udviklingspotentiale inden for almen praksis i forhold til adfærdsændringer blandt andre sygdomsgrupper, eksempelvis borgere med hjertekramper, muskelskeletsygdomme eller forhøjet blodtryk, som i høj grad har gavn af en hensigtsmæssig sundhedsadfærd.

Samtidig er der også inden for alkoholadfærd et stort forebyggelsespotentiale igennem almen praksis for borgere med og uden kroniske sygdomme, idet det kun en mindre andel af borgere med risikabel alkoholadfærd har talt med deres egen læge om at nedsætte alkoholforbruget.

Table 8.6 Kronisk syge borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, som har fået information om muligheden for hjælp eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af sundhedsadfærd af deres egen læge



* Signifikant forskellig fra forekomsten blandt borgere uden kronisk sygdom, når der justeres for køn og alder i de forskellige sygdomsgrupper



Kapitel 9

Anbefalinger til kommunerne – Rygning



9 anbefalinger til kommunerne

– Rygning

9.1 Hvorfor er tobaksforebyggelse relevant for kommunen?

Tobaksrygning øger risikoen for sygdom, invaliditet og tidlig død og er årsag til omkring 14.000 dødsfald hvert år i Danmark (Forebyggelseskommissionen, 2009; Kjølner et al., 2007). De hyppigste dødsårsager på grund af rygning er: hjertekarsygdom, kræft (bl.a. lunge-, nyre-, blære-, bugspytkirtel-, strube-, mave-, og spiserørskræft) samt kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Rygning skader hele kroppen og øger også risikoen for f.eks. mavesår, rygmerter, knoglebrud, grå stær, impotens, tab af tænder, psoriasis, barnløshed, for tidlig fødsel m.m. (The 2004 United States Surgeon Generals's Report, 2004; Moritsugu, 2007; Hausteim, 2001).

Ca. 2000 borgere dør hvert år herhjemme på grund af passiv rygning (Kjølner et al., 2007). Mange store, veludførte videnskabelige undersøgelser har vist, at udsættelse for passiv rygning hos voksne øger risikoen signifikant for alvorlig sygdom som lungekræft og blodprop i hjertet, dvs. der er stærk evidens på området*. Der er også stærk evidens for, at børn, der udsættes for passiv rygning, har højere risiko for at blive syge og for at blive indlagt. Der er fundet sikker sammenhæng mellem børns udsættelse for passiv røg og vuggedød, lungebetændelse, mellemørebetændelse, hoste, bronkitis samt udvikling og forværring af astma (Moritsugu, 2007; Clemmensen et al., 2006).

Selvom rygeforekomsten i Danmark længe har været faldende, er rygning fortsat den risikofaktor, hvor forebyggelsesindsatser kan bidrage mest til at reducere sygelighed og dødelighed (Forebyggelseskommissionen, 2009; Kjølner et al., 2007). Hvis man vil øge sundheden blandt kommunens borgere, er en systematisk indsats over for rygning helt central. På tobaksområdet har man solid videnskabelig dokumentation for, at indsatser over for rygning virker og er omkostningseffektive (Forebyggelseskommissionen, 2009).

De helbredsmæssige følger af rygning er en meget stor belastning for samfundet og er f.eks. årsag til 2,8 millioner fraværdsdage fra arbejde og 5.000 tilfælde af førtidspension hvert år (Juel et al., 2006). Det er beregnet, at en kommune med 30.000 borgere vil have direkte årlige omkostninger på næsten 14 millioner kroner forårsaget af rygning (Rasmussen, 2006b).

Sundhedsprofil 2010

Resultater fra sundhedsprofilen 2010 viser, at rygeforekomsten er faldende. Dette skyldes angiveligt primært, at andelen af aldrigrygere bliver større i befolkningen, og at rygerne dør tidligere end ikkerygerne. Andelen af tidligere rygere har ikke ændret sig siden 2007. Der er en stor social ulighed i rygning. Personer med kort uddannelse, enlige og arbejdsløse har især høj rygeforekomst. Tre ud af fire rygere ønsker at holde op med at ryge, og næsten halvdelen vil gerne have hjælp til rygestop (tabel 3.1). Især de yngre borgere vil gerne holde op med at ryge.

Desuden viser profilen, at færre borgere udsættes for passiv røg, og færre børn udsættes for passiv røg i hjemmet. Den sociale skævhed, der ses ved aktiv rygning, genfindes ved passiv rygning. Sundhedsprofilen viser, at andelen af hjem med børn, hvor der bliver røget, er otte gange så høj blandt borgere, som kun har fuldført grundskolen, sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse. Der er således en social gradient i udsættelse for passiv røg.

Kommunetal:

I en kommune med 50.000 borgere vil der være ca. 10.000 dagligrygere. 7.500 borgere har et ønske om at holde op med at ryge, og 3.700 ønsker hjælp til rygestop

* Signifikante og entydige resultater af mange store, gerne randomiserede, kontrollerede videnskabelige undersøgelser betegnes som 'stærk evidens'. 'Nogen evidens' eller 'svag evidens' betyder, at der enten er udført få af disse videnskabelige undersøgelser, eller at de har haft lidt modstridende eller ikke altid signifikante resultater.

9.2 Strategier i tobaksforebyggelsen

Efter flere årtiers intensiv indsats over for rygning har man flere steder i verden opnået imponerende resultater. De bedste er opnået i Californien, USA, hvor mindre end 10 % nu er dagligrygere. I British Columbia, Canada er mindre end 11 % rygere og i New South Wales, Australien, er tallet mindre end 14 % (Chapman, 2007). Der er evidens for, at disse fald i andelen af rygere har medført et signifikant fald i dødeligheden af hjertekarsygdom og lungekræft (Fichtenberg & Glantz, 2000; Barnoya & Glantz, 2004; Barnoya & Glantz, 2006). Indsatsen i Californien har været den økonomisk bedst finansierede på grund af øremærket tobaksskat og den bedst koordinerede (Levy et al., 2007). Tilgangen har været at ændre den sociale norm, således at rygning ikke længere blev anset for at være 'in'. Den koordinerede indsats har bestået af: høj pris på tobak, håndhævet røgfrihed i offentlige rum, massive oplysningskampagner, tilbud om støtte til rygestop, begrænset adgang til tobak for unge, tobaksforskning m.m. En kommune har mulighed for at bidrage med flere, men ikke alle, af de nævnte indsatser.

Lav andel af rygere er fundet at være forbundet med højere nikotinafhængighed blandt rygerne (Fagerström & Furberg, 2008). Det vil sige, at de få, der fortsat ryger, har svært ved at holde op. Jo højere andel af rygere kommunen har, desto nemmere burde det altså være at mindske andelen af rygere.

9.2.1 Organisering og aktører

Den optimale tobaksforebyggende indsats inddrager mange aktører og forvaltningsområder både internt og eksternt. Af interne aktører kan f.eks. nævnes: Sundhedsforvaltning, sundhedskonsulenter, dagplejere, medarbejdere i de kommunale institutioner, hjemmehjælpere, hjemmesygeplejersker, skolebestyrelser osv. Eksterne aktører kan f.eks. være: Rygestopbasen til national registrering af rygestopresultater, rygestopinstruktøruddannelse i Kræftens Bekæmpelse, regioner, lokalråd osv.

Helt overordnet bør kommunalbestyrelserne vedtage overordnede politikker på rygeområdet. Kommunalbestyrelserne bør ligeledes afsætte tilstrækkelige økonomiske ressourcer til tobaksforebyggelse, så der både kan allokeres

Inden for tobaksforebyggelsen er de tre grundlæggende elementer: For det første at fremme rygestop, for det andet at fremme røgfri miljøer og for det tredje forebyggelse af rygestart.

Mange væsentlige virkemidler i tobaksforebyggelsen, som eksempelvis høj pris på tobak, kræver centrale politiske beslutninger, men kommunen og regionen har en lang række muligheder for også at bidrage på en afgørende måde (Juel et al., 2006; Kronborg, et al., 2006).

Selvevaluering og benchmarking af kommunens arbejde bør udføres løbende. Inspiration til dette kan hentes i "Ti skridt til god kommunal tobaksforebyggelse – den gode kommunale model" (Kronborg et al., 2006).

Kommunens handlemuligheder:

1. Etablere sunde rammer
2. Give information til borgerne
3. Give rygestoptilbud til borgere og ansatte

personaleressourcer og udføres tobaksforebyggende arbejde, og så arbejdet kan evalueres og kvalitetssikres.

Det vil være hensigtsmæssigt at ansætte en sundhedskonsulent på rygeområdet, der varetager bl.a. planlægning, koordination, administration og politisk betjening af rygeområdet.

Et velfungerende samarbejde mellem kommune, sygehus og primær praksis bør etableres for derved at sikre sammenhængende patientforløb for bl.a. kronisk syge.

Der bør vælges en organisering, der giver en entydig placering af ansvar for de indsatser, kommunen iværksætter.

9.3 Sunde rammer

At skabe sunde rammer i form af røgfri miljøer er essentielt, dels for at sikre at ingen ufrivilligt udsættes for passiv

rygning, dels for at understøtte de rygestopaktiviteter, kommunen tilbyder til sine borgere og ansatte.

9.3.1 Hvilken viden er der på området?

Talrige undersøgelser fra mange lande viser, at rygeforbud i offentligt rum på kort tid mindsker udsættelsen for sundhedsskadelige tobakspartikler hos personer, der arbejder i f.eks. restauranter og barer, hvilket medfører færre gener fra bl.a. åndedrætssystemet. Desuden er der stærk evidens for, at færre borgere indlægges med blodprop i hjertet (Callinan et al., 2010; Meyers et al., 2009).

Det er ikke endelig afklaret, om et offentligt rygeforbud vil få rygeprævalensen til at falde, selvom dette er set i nogle lande (Lemstra et al., 2008; Gorini et al., 2007). Resultaterne fra Sundhedsprofilen tyder ikke på, at signifikant flere er holdt op med at ryge, efter at der blev indført rygeforbud i offentlige rum i 2007.

Der er nogen evidens for, at strikt, håndhævet rygeforbud i offentlige rum får færre unge til at begynde at ryge (Siegel et al., 2005 og 2008; Chaloupka & Wechsler, 1997). Unge, der ser voksne rollemodeller ryge, er mere tilbøjelige til selv at begynde at ryge (Sullivan et al., 2010; Moore et al., 2001; Sargent, 2006). Dette gælder både for ældre, lærere og f.eks. personer på film.

Rygerum, rygekabiner og tilladelser til at ryge på enkeltkontorer må frarådes (Moritsugu, 2007; Clemmensen et al., 2006). Dels kan røg ikke holdes inde, da de stærkt sundhedsskadelige tobakspartikler siver ud overalt, dels vil rengøringspersonalet fortsat blive udsat for helbreds-skade p.g.a. tobakspartikler, der hvirvles op ved rengøring.

9.3.2 Hvad kan kommunen gøre?

Kommunen har flere handlemuligheder. I tabellen nedenfor er angivet de på nuværende tidspunkt bedste anbefa-

linger til kommunale aktiviteter, der skaber sunde rammer.

Forslag til konkrete kommunale opgaver:

1. Alle kommunens arbejdspladser og institutioner er helt røgfri
 - Rygerum og rygekabiner bliver gradvist nedlagt
 - Tilladelser til at ryge på enkeltkontorer inddrages
2. Alle kommunens kultur-, fritids- og sportsinstitutioner er helt røgfri
3. Der arbejdes på at fremme røgfrihed i den private sektor og på ungdomsuddannelser
4. Der arbejdes på at oplyse forældre til nyfødte/små børn, specielt de kortuddannede forældre, om helbreds-skaderne ved passiv rygning
5. Der ansættes en sundhedskonsulent, som kan:
 - Udføre opsøgende arbejde på ovenfor nævnte arbejdspladser, uddannelsessteder og institutioner
 - Sikre uddannelse af personale, der formidler viden om helbredsskade ved passiv rygning

9.4 Information til borgerne

Oplysning af borgerne er én af de vigtige opgaver, som kommunen kan være med til at løfte.

9.4.1 Hvilken viden er der på området?

Der er god evidens for, at intensiv og gentagen påvirkning med kampagner af høj kvalitet har indflydelse på andelen af rygere, selvom indflydelsen ikke er så stor (Bala et al., 2008). Oplysning ser ud til at virke bedst som del af en koordineret indsats på flere områder. Der er stigende evidens for, at oplysningskampagner har mindst effekt på borgere med kort uddannelse (Niederdeppe et al., 2008).

Der er nogen evidens for, at oplysningskampagner kan være effektive til at hindre unge mennesker i at begynde at ryge (Sowden & Arblaster, 2000).

Det er en god idé at målrette kampagner/oplysning til bestemte målgrupper, f.eks. børn/unge, unge mødre, kortuddannede rygere.

Kampagner, der oplyser om, hvor man kan søge hjælp til rygestop, har medført, at flere rygere kontakter disse steder, f.eks. STOP linjen eller lokale rygestophold. Information skal gentages med jævne mellemrum, hvis effekten skal opretholdes.

9.4.2 Hvad kan kommunen gøre?

Kommunen kan dels informere om helbredsskaden ved aktiv og passiv rygning, dels om de rygestoptilbud, der findes i kommunen og nationalt.

Forslag til konkrete kommunale opgaver:

1. Opfordre borgere og ansatte til rygestop med information om helbredsskade og/eller andre negative effekter af rygning samt fordele ved rygestop
2. Opfordre borgere til ikke at udsætte andre, specielt børn, for tobaksrøg med information om helbredsskade ved passiv rygning
3. Opfordre unge borgere til ikke at begynde at ryge
4. Oplyse borgere og ansatte om, hvor man kan få hjælp til at holde op med at ryge lokalt, f.eks. rygestophold
5. Oplyse borgere og ansatte om, hvor man kan få hjælp til at holde op med at ryge nationalt. Gratis rygestoprådgivning på STOP linjen, telefon 80 31 31 31
6. Sørge for, at pjecer, plakater o.lign. bliver formidlet til kommunens praktiserende læger, tandlæger, apoteker, biblioteker, arbejdsløshedskasse, socialkontorer, kommunekontorer og andre offentlige rum

9.5 Den individorienterede forebyggelse

Rygestop har signifikant effekt på helbredet (Doll et al., 2004; The 2004 United States Surgeon General's Report, 2004; The Surgeon General's 1990 Report, 1990). Jo tidligere rygeren holder op med at ryge, desto mindre er skaden ved rygning, men selv ældre/gamle personer med tobaksrelateret sygdom har helbredseffekt af rygestop (Doll et al., 2004; Thomson & Rigotti, 2003). Rygestop indgår som en central del i revalidering af kronisk syge borgere.

Afhængighed af tobak er en medicinsk diagnose, som vi har pligt til at tilbyde at behandle. Otte til ni ud af rygerne fortryder, at de nogensinde begyndte at ryge (Fong et al., 2004). Tre ud af fire af alle rygere i regionen har et ønske om at holde op med at ryge. Desværre har mange svært ved at tage beslutningen om, at det er nu, de skal holde op med at ryge, og de, der forsøger at holde op, oplever meget ofte tilbagefald (Sundhedsstyrelsen, 2011). Kommunen kan være med til at gøre rygestopprocessen for den enkelte lettere og mere effektiv.

Sundhedsprofilen viser, at der er store sociale forskelle på forekomsten af dagligrygning, både hvad angår uddannelse og erhvervstilknytning.

9.5.1 Hvilken viden er der på området?

Tobaksforskningen har været intensiv i mange årtier, og der er stor viden på området. Der er i andre lande, bl.a. USA, Canada og England, udkommet meget grundigt gennemarbejdede guidelines baseret på eksisterende forskningsresultater (Tran et al., 2010; 2008 Update Panel, 2008; NICE, 2006 og 2008; New Zealand, Ministry of Health, 2007; Zwar et al., 2004; Smoking Cessation Guidelines, 2000; Fiore et al., 2008a, 2008b og 2009). Disse guidelines har dannet grundlag for en ny dansk rapport udgivet af Sundhedsstyrelsen: "Behandling af tobaksafhængighed. Anbefalinger til en styrket klinisk praksis". (Pisinger et al., 2010).

Ikke kun læger, men mange andre personalegrupper som f.eks. plejehjems personale, hjemmesygeplejersker, tandlæger, apoteksansatte og fysioterapeuter er vigtige i den fælles, systematiske kommunale rygestopindsats. Eksempelvis kan en rygestoprådgiver-uddannet sygeplejerske med godt kendskab til borgerens helbred tilbyde en længere, opfølgende rygestoprådgivning, mens plejepersonale kan tilbyde en få minutters minimal rygestoprådgivning. I alle tilfælde er en systematisk registrering af borgernes rygestatus et vigtigt udgangspunkt.

Der er f.eks. tre gange så mange dagligrygere blandt borgere, der kun har fuldført grundskolen, sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse.

I en kommune med 50.000 borgere vil der være ca. 10.000 rygere. Hvert år vil omkring en tredjedel, dvs. ca. 3.000 rygende borgere, forsøge at holde op med at ryge (Kronborg et al., 2006), og næsten halvdelen af de rygere, som ønsker at stoppe, har i Sundhedsprofilen givet udtryk for, at de ønsker støtte. Disse rygere bør ikke være i tvivl om, hvor og hvordan de kan få den bedste hjælp til rygestop.

Beregninger har vist, at et rygestopkursus er den suverænt billigste vej til at forlænge danskernes levetid, idet man vinder et godt leveår for kun 10.000 kr. (Rasmussen, 2006a). Det vurderes, at ca. 150 rygere vil tilmelde sig rygestophold hvert år i en kommune med 50.000 borgere, men kommunen kan arbejde på at øge denne andel, da rygestophold er både effektive og omkostningseffektive (Kjaer et al., 2007; Olsen et al., 2006).

De vigtigste evidensbaserede anbefalinger og konklusioner i denne rapport er:

- Afhængighed af tobak er en kronisk sygdom, der ofte kræver talrige rygestopforsøg, og indebærer livslang risiko for tilbagefald. En effektiv indsats forudsætter derfor gentagne tilbud om rygestopstøtte
- Der eksisterer effektiv behandling, der øger sandsynligheden for varigt/langvarigt rygestop. Disse behandlinger er effektive på tværs af befolkningsforskelle
- Behandling af tobaksafhængighed er både klinisk effektivt og særdeles omkostningseffektivt i forhold til andre forebyggelsestiltag og andre behandlinger i sundhedsvæsenet
- Det er essentielt, at klinikere og sundhedspersonale systematisk identificerer og dokumenterer rygestatus. Klinikere bør opmuntre alle rygere til rygestop og bør anbefale brug af evidensbaseret rygestopstøtte som beskrevet i disse guidelines, da det øger rygestopraten signifikant
- Den mest effektive behandling af tobaksafhængighed er kombinationen af rygestoprådgivning og rygestopmedicin
- Rygestoprådgivning er dokumenteret effektiv i sig selv, både individuel, i grupper og telefonisk. De vigtigste elementer er praktisk rådgivning (problemløsning og træning af færdigheder) og social støtte

- Kort rygestopintervention på få minutter er effektiv, og alle klinikere bør, som minimum, tilbyde dette til alle rygere
- Rygestopmedicin er dokumenteret effektiv i sig selv. Der findes tre typer medicin som førstevalg (Nikotinprodukter, Bupropion og Vareniclin). Valg af medicin afhænger bl.a. af rygerens afhængighed, ønsker, tidligere erfaringer samt eventuelle kontraindikationer
- Der er ikke tilstrækkelig evidens til rutinemæssigt at anbefale brug af rygestopmedicin til: unge, gravide, små-rygere (<10 cigaretter dagligt) og brugere af røgfri tobak/snus
- Rygere, der ikke aktuelt er motiverede for rygestop, bør tilbydes motiverende samtale, da dette øger sandsynligheden for et rygestopforsøg i fremtiden

9.5.2 Hvad kan kommunen gøre?

Kommunen har mange handlemuligheder. I tabellen nedenfor er angivet de på nuværende tidspunkt bedste

anbefalinger til kommunens aktiviteter på rygestopområdet.

Forslag til konkrete kommunale opgaver:

1. Udbrede kendskab til kommunale og nationale rygestoptilbud blandt borgerne
2. Tilbyde rygestoprådgivning til alle kommunens borgere
3. Tilbyde rygestoprådgivning til alle kommunens ansatte
4. Integrere rygestoptilbud i det sammenhængende patientforløb
5. Proaktivt rekruttere rygere til rygestopkurser gennem samarbejde med læger, sygehuse, sundhedsplejersker, jobcentre, tandpleje m.v.
6. Tilbyde kommunal rygeafvænning i grupper eller individuelt. Dette kan foregå i sundhedscentre, på arbejdspladser eller udliciteres til f.eks. apoteker
7. Medvirke til at tilbyde rygestoptilbud i den private sektor og på ungdomsuddannelser
8. Tilbyde rygestoprådgivning målrettet personer med specielle behov, f.eks. socialt udsatte, etniske minoriteter eller psykisk syge
9. Iværksætte tobaksforebyggende indsatser for børn og unge
10. Sikre kompetenceudvikling af medarbejdere, der henviser borgere til rygestoptilbud
11. Sikre uddannelse af rygestoprådgivere samt efteruddannelse og kvalitetssikring af rygestoprådgivernes kompetencer for at opnå optimale rygestopresultater

Stoplinien (Telefon 80 31 31 31):

- National rygestoprådgivning
- Rutinerede rådgivere giver rygestoprådgivning i telefonen
- Dette er et gratis tilbud, som kommunens rygere bør have kendskab til

Henvisninger til gode rapporter og hjemmesider

- For at læse mere om anbefalinger, strategier og redskaber til kommunernes tobaksforebyggende indsats kommunal tobaksforebyggelse anbefales: "Ti skridt til god kommunal tobaksforebyggelse – den gode kommunale model". http://sund-by-net.dk/uploads/tx_ttproducts/datasheet/Den_gode_kommunale_model_til_tobaksforebyggelse.pdf
- KL (kommunernes landsorganisation) har udarbejdet forslag til grundlæggende indsatser i den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne, også for rygning: http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_39848/ImageVaultHandler.aspx
- På denne hjemmeside kan man finde alle kommuners tilbud om rygestop www.sundhed.dk/soft
- Videnssøgeren – find viden om effektive forebyggelsesindsatser. Sundhedsstyrelsen www.sst.dk (10. december 2010): <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Evidens%20og%20metode/Evidensbaseret%20forebyggelse/Vaerktoejer/Videnssoegeren.aspx>
- En grundig guide til personer, der arbejder med rygestop. Udgivet af Sundhedsstyrelsen: "Behandling af tobaksafhængighed. Anbefalinger til en styrket klinisk praksis" www.sst.dk

Gode steder at få større viden om tobak og hjælp til rygestop

- **Stoplinien:** Telefonisk rygestoprådgivning: 80 31 31 31. Rutinerede rådgivere giver rygestoprådgivning i telefonen. Dette er et gratis, nationalt tilbud
- **Stopliniens internet** www.stoplinien.dk
På internetsiden kan man finde gode råd til rygestop, skrive til Stopliniens rådgivere og finde rygestoptilbud i landets forskellige regioner. Der ligger også alle relevante rapporter vedrørende rygning, udgivet af Sundhedsstyrelsen
- **Stopliniens SMS-service "Slut med smøger"**, ring 80 31 31 31 og bliv tilmeldt eller sms til 1204: Røgfri nu + stopdato (beskeder og opmuntringer i forbindelse med rygestop)
- **Sundhedsstyrelsens hjemmeside:** Søg på emnet: Tobak. www.sst.dk
Her ligger alle relevante rapporter vedrørende rygning, udgivet af Sundhedsstyrelsen. Desuden kan man her bl.a. finde Rygestopguiden (på flere sprog), fakta om tobak, om rygning og helbred og om rygning og rygestop
- **Sundheds- og forebyggelsestilbud i kommunerne** www.sundhed.dk/soft
Alle kommuner i landet har deres sundheds- og forebyggelsestilbud liggende, herunder tilbud om rygestop
- **Dit Digitale Stopprogram** er et internetbaseret rygestopprogram skræddersyet til den enkelte ryger www.ddsp.dk. Programmet er udviklet i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Apotekerforeningen og Kræftens Bekæmpelse
- **Online snak om rygning og rygestop** for KOL patienter og deres pårørende: www.snakomkol.dk
- **Kræftens Bekæmpelses hjemmeside** www.cancer.dk, søg under rygning. Her findes også tilbud om **rygestopinstruktøruddannelse**. Der findes både grund- og suppleringskurser til rygestoprådgivere
- **Efteruddannelse af rygestopinstruktører:** www.rygestopkonsulenterne.dk. En ny uddannelse målrettet personer, der har arbejdet med rygestop i nogen tid
- **Hjemmeside for unge rygere**, som tilbyder information, råd og sms'er til unge, som vil være røgfri www.Xhale.dk



Kapitel 10

Anbefalinger til kommunerne – Alkohol



10 anbefalinger til kommunerne – Alkohol

10.1 Hvorfor er forebyggelse af alkoholproblemer relevant for kommunen?

Alkohol er en væsentlig risikofaktor for folkesundheden i Danmark. Det danske alkoholforbrug medfører årligt 3.000 dødsfald, som er relateret direkte til et for højt alkoholindtag (skrumpelever, alkoholforgiftning, alkoholisme, betændelse i bugspytkitlen), hvilket svarer til 5 % af alle dødsfald. Derudover er et højt alkoholindtag en medvirkende årsag til en række andre sygdomme, herunder mange kræftformer, skader på immunsystemet, hjerneblødning, hjerterytmeforstyrrelser, knogleskørhed, forhøjet blodtryk m.v., og alkohol er årsag til mere end 10 % af danskernes samlede sygdomsbyrde (Sundhedsstyrelsen, 2010; Kjølner, Juel, & Kamper-Jørgensen, 2007). WHO fastslår i en rapport fra 2006, at der ikke eksisterer noget risikofrit alkoholforbrug eller sagt på en anden måde: der er ikke noget, som kan betegnes som et "sundt alkoholforbrug" (WHO, 2006).

På landsplan vurderes, at ca. 860.000 borgere er storforbrugere af alkohol (det vil sige, drikker over genstandsgrænserne: 14 for kvinder og 21 for mænd) (Hvidtfeldt, et al., 2008). Det høje alkoholforbrug i Danmark skønnes at koste sundhedsvæsenet 947 mio. kr. De borgere, som drikker mere end genstandsgrænserne (14/21 genstande/uge), har årligt ca. 325.000 ekstra sygefraværsdage og mere end 150.000 ekstra kontakter til deres praktiserende læge. Alkohol medfører således store udgifter for kommunen bl.a. p.g.a. medfinansieringen af hospitalsvæsenet samt udgifter til alkoholbehandling.

Alkohol belaster desuden kommunernes budgetter igennem øget vold, husspektakler og kriminalitet generelt. Alkohol har en meget alvorlig social slagside, herunder bliver en række borgere p.g.a. alkohol fastholdt uden for arbejdsmarkedet, og en stor gruppe danske børn (minimum 60.000 børn og unge) vokser op i hjem med misbrugsproblemer eller bliver anbragt uden for hjemmet af samme grund (SundByNetværket, 2008; Broholm, 2008; Madsen, 2002).

Kommunen spiller en afgørende rolle i forhold til forebyggelse af alkoholproblemer. Et politisk fokus på alkohol som et sundhedsmæssigt og socialt problem, er det første afgørende skridt til succes. Dernæst er udarbejdelse af en tværgående alkoholpolitisk handleplan central (SundByNetværket, 2008).

Der er på alkoholområdet både fra Sundby Netværket (SundByNetværket, 2008) og Sundhedsstyrelsen (Madsen, 2002) udarbejdet gode og konkrete vejledninger til, hvad kommunen kan gøre. Nedenstående er nogle af hovedtrækkene fra disse rapporter, samt anbefalinger fra især Kommunernes Landsforening (2009), WHO (WHO, 2009) og National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (NICE, 2010) forsøgt samlet i et kort resumé.

Sundhedsprofil 2010

I den aktuelle sundhedsprofil for kommunerne i Region Hovedstaden 2010 har hver tredje borger en risikabel alkoholadfærd. Det vil sige, at borgeren enten drikker over genstandsgrænserne (14/21), er rusdrikkere eller viser tegn på alkoholafhængighed. Især blandt de helt unge er der mange, som har et storforbrug og er rusdrikkere. Dette falder allerede ved 25-års alderen. Tegn på alkoholafhængighed er derimod hyppigst blandt de midaldrende. Tegn på alkoholafhængighed er hyppigst blandt borgere med en lang videregående uddannelse, hvorimod der ikke er nogen social gradient i forhold til overskridelse af genstandsgrænserne.

Det er bemærkelsesværdigt, at knap halvdelen af borgerne med risikabel alkoholadfærd finder deres alkoholvaner fornuftige. En ud af hver fjerde borger med risikabel alkoholadfærd vil gerne ændre sin alkoholadfærd, og hver tredje har prøvet at nedsætte sit alkoholforbrug.

Kommunetal:

I en kommune med 50.000 borgere vil der være ca. 8.500 borgere, som har en risikabel alkoholadfærd, og 2.200, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget. 3.600 borgere synes, at de har fornuftige alkoholvaner trods det faktum, at de har en risikabel alkoholadfærd

10.2 Strategier til at reducere alkoholforbruget og forebygge alkoholproblemer

Det høje alkoholforbrug i Danmark, og den store andel af danskere med alkoholproblemer kan skyldes en række forskellige faktorer. En vigtig årsag er den danske alkoholkultur, hvor alkohol er en integreret del af hele den sociale kultur, og afholdenhed kan betyde udelukkelse af fællesskabet. Alkoholkulturen understøttes desuden af, at alkohol i Danmark er let tilgængelig til en forholdsvis lav pris. Faktorer, som kan øge risikoen for alkoholproblemer for den enkelte, er bl.a. stress, personlige kriser eller genetisk disponering (Broholm, 2009).

Kommunen har en række muligheder for at bidrage til at reducere alkoholforbruget og forebygge alkoholproblemer blandt kommunens borgere.

Kommunens handlemuligheder i relation til alkoholforebyggelse:

1. Sørg for sunde rammer, som mindsker tilgængeligheden af alkohol og forebygger alkoholproblemer
2. Give information og skabe opmærksomhed om de sundhedsmæssige og sociale problemer ved et højt alkoholindtag
3. Sørg for systematisk opsporing og tidlig rådgivning af borgere med alkoholproblemer

10.2.1 Organisering og aktører

Erfaringer og forskning på området viser, at for at opnå en effektiv forebyggelse af alkoholproblemer i kommunen er det afgørende at inddrage flere områder af den kommunale forvaltning.

En alkoholpolitisk handlingsplan bør udarbejdes, og det skal herunder sikres, at der er bred politisk opbakning omkring denne. Handlingsplanen skal forankres i en tværgående organisation, og det er vigtigt, at de forskellige indsatsler bygger på et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

De involverede aktører vil bl.a. være sundhedsforvaltningen, børne- og ungeforvaltningen, skolebestyrelser, SSP, fritids- og ungdomsklubber, idrætscentre osv.

For at komme i gang anbefales det, at der nedsættes en arbejdsgruppe og evt. ansættes en koordinator eller sundhedskonsulent, som kan sikre planlægning og implementering samt sikre det tværsektorielle samarbejde og forankring (SundByNetværket, 2008).

10.3 Sunde rammer

Strukturelle tiltag, som skaber et understøttende miljø, der gør det lettere for den enkelte at begrænse alkoholindtaget, er den mest effektive metode til at reducere alkoholindtaget og alkoholproblemerne blandt kommunens borgere. Udbuddet af alkohol i nærmiljøet, på arbejdspladsen, sko-

ler, klubber, idrætscentre, og alle andre steder, hvor borgerne færdes er således en afgørende faktor for indtaget af alkohol. Derudover er både pris, alkoholkulturen og markedsføring af alkoholprodukter, især til unge, vigtige faktorer (WHO, 2006; WHO, 2009; NICE, 2010; Broholm, 2009).

10.3.1 Hvilken viden er der på området?

De mest effektive metoder til at reducere alkoholindtaget og begrænse antallet af borgere med alkoholproblemer er at mindske tilgængeligheden af alkohol (Broholm, 2009; WHO, 2009; NICE, 2010). Der er god dokumentation for en effekt af at reducere antallet af salgssteder eller det tidsrum, hvor alkohol kan købes i butikkerne (NICE, 2010; Broholm, 2009). Andre strategier, som kommunen ikke har mulighed for at regulere, er prisniveauet og aldersgrænsen for køb af alkohol. Der er rigtig god dokumentation for, at høje priser på alkohol reducerer indtaget og vurderes af nogle som den mest effektive metode til at forebygge alkoholrelaterede skader (WHO, 2009; NICE, 2010). Vedtagelse af aldersgrænser for køb af alkohol er desuden en måde at begrænse tilgængeligheden, som har vist sig effektiv. Bedste resultater er opnået i lande, hvor aldersgrænsen har været 21 år (Cancer Care Research Centre, 2006; Broholm, 2009).

Regulering af markedsføringen af alkohol er en anden effektiv metode til at skabe sundere rammer. Alkoholreklamer virker normsættende og medvirker til at skabe positive associationer i forhold til alkohol (f.eks. livet bliver sjovere, man slapper af, det er mandigt at drikke) (Broholm, 2009). En undersøgelse med data fra 20 lande over 26 år konkluderer, at forbud mod alkoholreklamer nedsætter alkoholforbruget (Anderson & Baumberg, 2006). Lande med et generelt forbud mod alkoholreklamer har et lavere forbrug og lavere antal af biluheld end lande, der kun havde forbud mod spiritusreklamer (Broholm, 2009). Der er særlig god dokumentation for, at alkoholreklamer påvirker børn og unge (NICE, 2010). Således er "udsættelse" for alkoholreklamer associeret med tidligere alkoholdebut og øget indtag hos de, der allerede drikker, og al evidens peger på, at børn og unge bør beskyttes mod alkoholreklamer (NICE, 2010).

10.3.2 Hvad kan kommunen gøre?

Kommunen har mange handlemuligheder for at begrænse tilgængeligheden af alkohol og skabe understøttende miljøer for at begrænse alkoholindtaget. Overordnet er udvikling og implementering af en tværgående alkoholpolitisk handleplan en grundsten, som skal sikre, at der skabes bevidsthed om de negative sundhedsmæssige og sociale konsekvenser af højt alkoholindtag og konkrete planer om initiativer.

Kommunen kan mindske udbuddet af alkohol gennem regulering af de givne alkoholbevillinger og fratagelse af misligholdte alkoholbevillinger. Kommunen kan gennem bevillingsnævnet gå ind i et samarbejde med restaurationsbranchen med henblik på ansvarlig udskænkning (her-

under undgå tiltag som "happy hour" og "double ups") og vedtage fælles forholdsregler for at sikre, at udskænkning til personer under 18 år undgås. Kommunen kan f.eks. gennem lokalplansvedtagelser reducere synligheden af alkoholreklamer. Og kommunen kan påvirke alkoholkulturen på offentlige institutioner og arbejdspladser ved at tage initiativ til, at der udarbejdes alkoholpolitikker. I tabellen nedenfor er samlet nogle fagligt begrundede anbefalinger til, hvordan kommune kan sikre gode rammer for at sunde alkoholvaner inspireret af rapporter fra Sund By Netværket (2008), Kommunernes Landsforening (2009), Sundhedsstyrelsen (Madsen, 2002), NICE (2010) og WHO (2009).

Forslag til konkrete kommunale opgaver:

1. Overordnet:

- Der udarbejdes en tværgående alkoholpolitik med bred politisk opbakning for alle kommunens indsatser på alkoholområdet
- Der nedsættes et tværfagligt alkoholråd, som skal sikre et samarbejde på tværs af sektorer, og at den alkoholpolitiske handleplan implementeres og bør bl.a. inkludere personer fra det sociale område, børn og unge, beskæftigelse og forebyggelse
- Ansættelse af en alkoholkonsulent med ansvar for den konkrete planlægning, iværksætning, koordinering af det tværsektorielle samarbejde samt forankring af indsatserne. Desuden med ansvar for at knytte forebyggelse og behandling sammen gennem opsøgende aktiviteter
- At bevillingsnævnet også omfatter fagpersoner med ekspertise inden for forebyggelse og alkoholbehandling

2. For børn og unge:

- At kommunen tager initiativ til, at der udarbejdes og implementeres alkoholpolitikker i alle skoler, daginstitutioner, ungdomsuddannelser, ungdomsklubber
- At kommunernes bevillingsnævn udarbejder en restaurationsplan, som begrænser alkoholbevillinger i områder med børne- og ungeinstitutioner
- Tilbyde kompetenceudvikling til personer med en alkoholbevilling i deres ansvar og vigtigheden af at undgå udskænkning til mindreårige
- At markedsføring af alkohol minimeres, hvor børn og unge færdes
- At udskænkning af alkohol minimeres/undgås de steder, hvor børn og unge færdes

3. For voksne og ældre:

- At der udarbejdes og implementeres alkoholpolitikker på alle kommunens arbejdspladser
- At kommunernes bevillingsnævn udarbejder en restaurationsplan, som begrænser alkoholbevillinger i boligområder

10.4 Information til borgerne

Kampagner og anden form for information om alkohols skadelige virkninger har været en udbredt strategi. Dette gøres typisk ud fra en betragtning om, at har man tilstrækkelig viden, kan den enkelte selv tage stilling til eget

forbrug. Kampagner kan også skabe offentlig opmærksomhed og normændringer i samfundet, så det bliver tydeligt for offentligheden, hvilke negative konsekvenser der er af et højt alkoholindtag

10.4.1 Hvilken viden er der på området?

Evidensen for, at alkoholkampagner og information til borgerne skaber forandring af adfærd, er lille. Ikke mindst i sammenligning med strukturelle ændringer. Dog er der

ikke belæg for helt at undlade kampagner og oplysningsindsatser, men disse bør understøttes af strukturelle tiltag (WHO, 2009).

10.4.2 Hvad kan kommunen gøre?

Gennemførelse af kampagner er primært Sundhedstyrelessens opgave.

Forslag til konkrete kommunale opgaver:

- Sørge for, at der er let tilgængelig information om tilbud om alkoholbehandling, og ligeledes at der er informationsmateriale om alkohols skadelige virkninger hos bl.a. praktiserende læger
- Sørge for, at der i skolerne er et grundigt undervisningsprogram på alkoholområdet

10.5 Den individorienterede forebyggelse

Udover at sørge for sunde rammer og give information til borgerne, er det relevant med tilbud om individuel alkoholbehandling til borgere med et risikabelt alkoholforbrug og/eller alkoholafhængighed. Især har det vist sig, at

tidlig intervention er vigtig, og at en kort samtale hos egen læge eller anden sundhedsfaglig person kan være effektiv til reducere af alkoholindtaget hos storforbrugere.

10.5.1 Hvilken viden er der på området?

Et nøglebegreb inden for den individuelle indsats på alkoholområdet er "screening og tidlig indsats". Jo tidligere personer med et risikabelt alkoholforbrug opspores og tilbydes hjælp, jo mere tilbøjelige er disse til at tage imod hjælp, og jo bedre forebygges alvorlige alkoholskader (NICE, 2010). Litteraturen viser, at selv korte individuelle samtaler mellem en sundhedsfaglig person og borgere med et stort forbrug af alkohol kan mindske borgerens indtag signifikant. Således viste en gennemgang af syv undersøgelser af høj kvalitet, at en kort rådgivning gav en 22 % reduktion i alkoholforbruget hos borgere, der drak mere end genstandsgrænserne, men som endnu ikke havde udviklet afhængighed (Bardor et al., 2003). Screening og kortvarig rådgivning er generelt den bedst dokumenterede behandlingsform (WHO, 2009; Broholm, 2009). Til screening anbefales det at bruge AUDIT, som er et valideret screeningsredskab bestående af ti spørgsmål (Broholm, 2009).

Alkoholinitiativer på arbejdspladsen er mindre undersøgt og dokumenteret. Undersøgelser har vist, at såfremt en medarbejder har behov for støtte til at ændre et alkoholproblem, så får man det bedste resultat, når det sker i et

samarbejde med arbejdsgiveren (Sundhedsstyrelsen, 2008).

Selvom der er god dokumentation for screening og kortvarig rådgivning, er kost-effektiviteten af denne indsats lav, fordi den kræver, at et stort antal borgere skal have individuel kontakt. I modsætning til dette vil strukturelle tiltag - som at reducere tilgængeligheden og øge prisen på alkohol - være langt mere kost-effektivt (WHO, 2009).

Har borgeren udviklet alkoholafhængighed, skal denne i alkoholbehandling. Alkoholbehandling har generelt en god effekt, hvis den gennemføres på et kvalificeret niveau (Sundhedsstyrelsen, 2008). De to terapeutiske behandlingsmetoder, der har vist størst effekt, er kognitiv terapi og Minnesotamodellen (Sundhedsstyrelsen, 2008). Desuden er der dokumenteret effekt af at bruge medicinske produkter som antabus, acamprosat og naltrexon (Broholm, 2009). Der er desuden dokumenteret en positiv effekt af at starte alkoholbehandlingen med den motive-rende samtale samt at tilbyde familieorienteret alkoholbehandling (Broholm, 2009).

10.5.2 Hvad kan kommunen gøre?

Kommunen kan overordnet sørge for, at der er målrettede individuelle tilbud til både familier, unge og voksne med

alkoholproblemer samt tilbyde kompetenceudvikling til relevante personalegrupper.

Forslag til konkrete kommunale opgaver:

1. Overordnet:

- At der er en aftale om samarbejde mellem de forskellige behandlingsenheder (såsom sygehuse, praktiserende læger, døgnbehandlingsinstitutioner, private behandlingssteder) omkring henvisning til behandling, den sociale støtte af familien herunder især børnene, samt en sammenhængende efterbehandling

2. For børn og unge:

- At der i grundskolen er alkoholforebyggende indsatser og undervisning, som bygger på materiale, der er evalueret, og at forældrene inddrages
- Nøglepersoner i vuggestuer, børnehaver og skoler samt sundhedsplejersker uddannes til at opspore børn med omsorgssvigt hos forældre, der har alkoholproblemer, og at disse familier tilbydes hjælp
- At der er opfølgende aktiviteter i forhold til udsatte unge med alkoholproblemer, og at der tilbydes et særligt behandlingstilbud til de unge

3. For voksne:

- Der bør være systematiske tilbud til borgere med behov for alkoholbehandling i kommunen og indsatsen, som tilbydes, bør have en dokumenteret effekt
- Medarbejdere i kommunen med borgerkontakt, herunder medarbejdere på jobcentre, sundhedscentre og på det sociale område, kompetenceudvikles med henblik på at kunne identificere mulige alkoholproblemer og at kunne italesætte dette over for borgeren
- Tilbud om nøglepersonkurser på alle kommunens arbejdspladser med henblik på, at disse nøglepersoner kan yde aktiv hjælp til medarbejdere med alkoholproblemer
- Samarbejde med de praktiserende læger med henblik på tidlig opsporing af alkoholproblemer

4. For ældre:

- At medarbejdere i ældreplejen kompetenceudvikles med henblik på at kunne identificere mulige alkoholproblemer og italesætte disse
- At spørgsmål om alkoholforbrug indarbejdes i spørgeskemaet, som bruges ved faldulykker og medicinforbrug

Henvisninger til gode rapporter, bøger og hjemmesider

For at læse mere om god kommunal forebyggelse på alkoholområdet anbefales:

- Sund By Netværket: 15 skridt til forebyggelse af alkoholproblemer – den gode kommunale model. Anbefalinger, strategier og redskaber til kommunernes alkoholforebyggende indsats. 2008
http://sund-by-net.dk/uploads/tx_ttproducts/datasheet/15skridtitilforebyggelseafalkoholproblemer.pdf
- Sundhedsstyrelsen: Alkoholpolitiske handleplaner – en håndbog for kommuner. 2002
<http://www.sst.dk/publ/Publ2003/alkoholpolitiskehandleplaner/index.htm>
- National Institute for Health and Clinical Excellence: Alcohol-use disorders: Preventing the development of hazardous and harmful drinking. 2010
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13001/48984/48984.pdf>
- WHO: Handbook for action to reduce alcohol-related harm. 2009
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf
- Bog: Sundhedsfremme og Forebyggelse. Kapitel 16 af Kit Broholm. Gads Forlag. 2009
- Sundhedsstyrelsens hjemmeside (alkohol): <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Alkohol.aspx>
- KL (kommunernes landsorganisation) har udarbejdet forslag til grundlæggende indsatser i den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne, også for alkohol (10.december 2010):
http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_39848/ImageVaultHandler.aspx
- Videnssøgeren – find viden om effektive forebyggelsesindsatser. Sundhedsstyrelsen
www.sst.dk (10. december 2010): <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Evidens%20og%20metode/Evidensbaseret%20forebyggelse/Vaerktoejer/Videnssoegeren.aspx>



Kapitel 11

Anbefalinger til kommunerne – Sund mad



11 Anbefalinger til kommunerne – Sund mad

11.1 Hvorfor er forebyggelse gennem sundere mad relevant for kommunen?

Maden, vi spiser, har en afgørende betydning for den aktuelle sundhed samt for sundhed og sygdom og dermed livskvalitet senere i livet. Kosten spiller blandt andet en vigtig rolle for udviklingen af overvægt og en række kroniske sygdomme som type 2 diabetes, hjertekarsygdom, kræft samt muskel- og skeletsygdomme (WHO, 2003; Toft, 2009).

WHO vurderer, at ca. 10-15 % af alle tabte leveår i Europa kan tilskrives den mad, vi spiser. Omkring 30 % af alle dødsfald som følge af hjertekarsygdomme vil kunne forebygges gennem sundere mad. I Danmark vurderes det, at hvis alle danskere spiser 500 gram frugt og grønt om dagen, vil 3.000 hjertedødsfald hvert år kunne forebygges (Ovesen et al., 2002). Ligeledes vurderes det, at hvis danskerne følger anbefalingerne for indtaget af fedt (max. 30 % af energiindtaget) og mættet fedt (max. 10 % af energiindtaget), vil henholdsvis 9 og 22 % af dødsfaldene forårsaget af hjertesygdom i Danmark kunne forebygges. Mere end halvdelen af den voksne danske befolkning i dag er overvægtige, og forekomsten af overvægt og fedme blandt børn er et stigende problem (Mølgaard et al., 2007).

Kommunen har en central rolle i forhold til at skabe gode rammer for, at borgerne kan spise sundt. Således kan kommunen sørge for, at der udvikles klare kostpolitikker i alle skoler, institutioner, idrætshaller og de kommunale arbejdspladser, og at disse faktisk bliver både prioriteret og håndhævet. Desuden kan kommunen f.eks. prioritere, at der er koldt drikkevand tilgængeligt i offentlige bygninger som alternativ til sukkerholdige drikke, og at der tilbydes

frugt- og grøntsagsordninger i kommunens skoler og institutioner. Derved har kommunen en afgørende indflydelse på udbuddet af sund mad i kommunen og dermed på borgernes spisevaner og sundhed. I sidste ende vil en aktiv og effektiv indsats for at gøre det nemt at spise sundt for kommunens borgere således betyde mindre sygdom, færre udgifter og mere tilfredse borgere (Grønbæk, 2008).

Sundhedsprofil 2010

I den aktuelle sundhedsprofil for kommunerne i Region Hovedstaden 2010 ses det, at hver tiende borger har meget usunde kostvaner, hvilket vil sige, at de stort set ikke lever op til nogle af kostrådene. Samtidig ses det, at meget usunde kostvaner er dobbelt så hyppige blandt mænd som blandt kvinder. Der er en udtalt social gradient i forekomsten af usunde kostvaner. Borgere med kroniske sygdomme har oftere meget usunde kostvaner end borgere uden kroniske sygdomme. Sundhedsprofilen viser ligeledes, at der er et stort forebyggelsespotentiale – hele 60 % af de borgere, som har meget usunde kostvaner, ønsker at spise sundere.

Kommunetal:

I en kommune med 50.000 borgere vil der være 5.000 borgere med meget usunde kostvaner, og ca. 2.900, som ønsker at spise sundere

11.2 Strategier til at fremme sunde madvaner

Mad er ikke bare mad. Spisevaner er et resultat af en lang række faktorer udover dét at skulle stille sin sult og hensynet til egen og familiens sundhed. Mad og spisevaner afspejler kulturel identitet og sociale relationer, og mad og måltider er i høj grad sociale handlinger, som har stor betydning for dannelse og opretholdelse af sociale fællesskaber, som f.eks. familien. Dét, man spiser, afhænger af, hvem man er, hvem man er sammen med, hvor, hvornår og hvorfor. Når f.eks. menuer og retter vælges, sker det blandt andet ud fra hensyn til kulturelle normer, familiens præferencer samt tidsmæssige og økonomiske ressourcer.

I det daglige foretager vi således en række mere eller mindre bevidste kostvalg. Disse valg styres af et kompliceret net af påvirkninger fra vore omgivelser og vor personlige livshistorie. Hvis man ønsker at fremme sundere spisevaner blandt borgerne, er det vigtigt at være bevidst om dette komplekse samspil og at inddrage forskellige strategier, som virker på forskellige niveauer.

Kommunen har i den forbindelse en lang række muligheder for at bidrage på afgørende måder.

Erfaringer og forskning på området viser, at den mest effektive indsats opnås ved at kombinere forskellige virkemidler, herunder slagkraftige, vedvarende kampagner om

Kommunens handlemuligheder i relation til at fremme sunde madvaner:

1. Etablere sunde rammer, som fremmer sunde spisevaner
2. Give information til borgerne om betydningen af sund mad
3. Etablere individuelle tilbud om kostvejledning til borgere i særlig risiko for sygdomme relateret til spisevanerne

betydningen af sund mad, sikring af gode rammer for sunde fødevalg og individuelle vejledningstilbud til særligt udsatte borgere (sund livsstil). Det betyder, at der er brug for at inddrage mange forskellige aktører og forvaltningsområder i kommunen. Aktører som sundhedscentre, skoler, daginstitutioner, fritidsinstitutioner, idrætsklubber, idrætscentre, plejehjem, kommunale arbejdspladser og praktiserende læger bør tænkes ind. Det kan derfor være hensigtsmæssigt at ansætte en sundhedskonsulent på kostområdet, som kan være bindeled mellem de forskellige aktører og sikre, at målsætningen om sundere mad til borgerne bliver implementeret i alle led.

11.3 Sunde rammer

De senere år har der været et stigende fokus på at "gøre det sunde valg til det lette valg". Strategien er at fremme sundheden blandt borgerne gennem miljøer, rammer og vilkår, som understøtter det sunde valg. I forebyggelsen er det derfor relevant at tage udgangspunkt i steder, hvor borgerne opholder sig i dagligdagen. Det er derfor relevant at arbejde med tilgængeligheden af sunde/usunde

fødevarer i skoler, på arbejdspladser, i supermarkeder osv. Denne strategi giver desuden mulighed for at påvirke grupper af borgere, som det er svært at nå gennem oplysning og individuel vejledning, og som oftest også er de borgere med mest usunde spisevaner, herunder socialt mindre ressourcestærke borgere.

11.3.1 Hvilken viden er der på området?

Der er efterhånden ret god dokumentation for, at større tilgængelighed af sund mad fremmer sundere fødevarervalg blandt borgerne (Story et al., 2008). Oplagte arenaer for en kommunal indsats på dette område er daginstitutioner, skoler, fritidsordninger, idrætsklubber, idrætscentre, kommunale arbejdspladser, plejehjem, men også den kommunale madservice.

Børn får mellem 40 og 50 % af deres samlede energiindtag i daginstitutioner og skoler, og tilgængeligheden af sunde fødevarer her er derfor meget central for børnenes samlede spisevaner. Systematiske gennemgange af den videnskabelige litteratur viser, at der er en positiv effekt af at øge tilgængeligheden af f.eks. frugt og grønt eller sund mad generelt for børn mellem 4 og 10 år. En multi-komponent indsats på skoleområdet, som indeholder følgende elementer: klassebaseret undervisning i adfærdændring, muligheder for at vælge flere sunde fødevarer i kantinen og etablering af billige frugtordninger, har den største effekt på at fremme børnenes frugt og grønt indtag. Indsatser, som kun inkluderer enkelte elementer, har derimod kun ringe effekt (Christensen et al., 2010).

Voksne danskere spiser på hverdage 25-40 % af deres mad på arbejdspladsen. Arbejdspladsen er således også en central arena, hvor tilgængeligheden af sund mad har vist sig at være en afgørende faktor for de ansattes spisevaner (Roos et al., 2004). Eksempelvis fandt et amerikansk studie, at ved at øge antallet af frugt- og salat-valgmulighederne i kantinen og samtidig nedsætte prisen på disse steg salget af frugt og salat med en faktor tre (Jeffery et al., 1994). En anden mulighed er at ændre udbud og opskrif-

ter, således at maden i kantinen f.eks. bliver mindre fedtholdig. En sådan passiv ændring kan reducere fedtindtaget med 6-12 energiprocent (Snyder et al., 1992; Whitaker et al., 1993). En systematisk gennemgang af den videnskabelige litteratur, som omhandler sunde rammer på arbejdspladser, herunder mærkning af fødevarer i kantinen, øget tilgængelighed og mere central placering af sunde fødevarer i kantinen samt sunde fødevarer/snacks i automater placeret på arbejdspladsen, konkluderede, at sådanne miljøstrategier har en effekt på indtaget af frugt, grønt og fedt på arbejdspladser (Engbers et al., 2005).

For ældre, som er blevet afhængige af offentlig pleje i eget hjem eller af madservice, er den kommunale indsats helt central. Ældre med kronisk og akut sygdom er i særlig risiko for dårlig ernæringstilstand, hvilket er helt afgørende for deres funktionsevne både fysisk, mentalt og socialt, samt deres sygelighed og livskvalitet (Beck & Kofod, 2002). Også her peger den videnskabelige litteratur på, at forbedring af spisemiljøet kan øge plejehjemsbeboeres indtag af mad og drikke og dermed forbedre ernæringstilstanden. Tilbud om små, hyppige, energitætte måltider kan forbedre de ældres ernæringstilstand og funktionsevne, ligesom der er god erfaring med at inddrage de ældre i madlavningen for derved at øge deres appetit (Beck & Kofod, 2002). Også for ældre, som bor i eget hjem, men modtager en form for måltidsservice, er kvaliteten af den mad, der serveres, afgørende for de ældres ernæringstilstand. Kvaliteten af denne kan sikres ved at sætte krav til, at måltidsservice opfylder kriterierne i Fødevarestyrelsens "Målsætninger for sund kantinedrift" (Fødevarestyrelsen, 2007).

11.3.2 Hvad kan kommunen gøre?

Kommunen har mange handlemuligheder. I tabellen nedenfor er samlet nogle fagligt begrundede forslag til, hvordan kommunen kan sikre gode rammer for at spise sundt, inspireret af rapporter fra Sund By Netværket (2009), Kommunernes Landsforening (2009), Ernæringsrådet (Grønbæk, 2008), Fødevarestyrelsen (Christensen et al., 2010) og National Institute for Health and Clinical Excellence (2007).

Overordnet er udvikling og implementering af kostpolitikker i alle offentlige institutioner og arbejdspladser en grundsten, som skal sikre, at fokus på betydningen af at spise sundt fastholdes, og at indsatsen forankres.

Forslag til konkrete kommunale opgaver:

1. For børn i førskolealderen:

- At der udarbejdes og implementeres kostpolitikker i daginstitutioner
- At maden og drikkevarerne, som børnene tilbydes i institutionen, lever op til kriterierne i Fødevarestyrelsens "Målsætninger for sund kantinedrift" (2007)
- At medarbejderne i institutionerne tilbydes kompetenceudvikling i sund mad
- Ingen tilbud om slik, chips og sodavand/saft i institutionerne
- At forældrene inddrages i aktiviteter med fokus på sund mad

2. For skolebørn og unge:

- At der udarbejdes og implementeres kostpolitikker i skolerne, gerne som et samarbejde mellem lærere, elever og forældre
- At lærerne tilbydes kompetenceudvikling i sund kost
- At maden og drikkevarerne, som børnene tilbydes i skoleboden eller kantinen samt i fritidsordningen, lever op til kriterierne i Fødevarestyrelsens "Målsætninger for sund kantinedrift" (2007)
- At eleverne modtager grundig undervisning i sund mad, både praktisk og teoretisk
- At sukkersødede drikkevarer forbydes, og at koldt drikkevand er nemt tilgængeligt på skolen
- At skolen har en frugt- og grøntsagsordning, optimalt som et gratis tilbud eller med kommunalt tilskud
- At udbuddet af slik, chips, sodavand og fastfood begrænses til et minimum i idræts- og sportshaller, og at der i stedet tilbydes frugt, grønt og friskt vand i forbindelse med træning
- At indføre reguleringer, så eleverne ikke forlader skolen for at købe fastfood eller slik

3. For voksne:

- At der udarbejdes og implementeres kostpolitikker på alle kommunale arbejdspladser, gerne i samarbejde med medarbejderne
- At maden på arbejdspladser med kantiner lever op til kriterierne i Fødevarestyrelsens "Målsætninger for sund kantinedrift" (2007)
- At der arbejdes på en bevidst prispolitik for fødevarer, således at prisen på sunde fødevarer reduceres
- Hvor der ikke er kantine: Gode og behagelige rammer for spisning

4. For ældre:

- At medarbejdere i hjemmeplejen og på plejehjem tilbydes kompetenceudvikling i sund kost til ældre
- At maden, som tilbydes de ældre på plejehjemmet eller gennem madservice, lever op til kriterierne i Fødevarestyrelsens "Målsætninger for sund kantinedrift" (2007)
- At der gives information og skabes fokus på betydningen af sund mad og tilstrækkelig væskeindtag til ældre

11.4 Information til borgerne

Der har i Danmark været gennemført en lang række forskellige ernæringskampagner for at fremme sundere spisevaner blandt borgerne. Eksempelvis har der været fokus på information om gevinsten ved at øge indtaget af fisk, frugt, grønt og fuldkorn samt reducere fedtindtaget.

11.4.1 Hvilken viden er der på området?

Evalueringerne af de gennemførte kampagner har generelt vist skuffende resultater i forhold til konkrete adfærdssændringer. Dog er der eksempler på, at en slagkraftig og vedvarende oplysningsindsats kan påvirke kostvanerne i befolkningen (Christensen et al., 2010). En systematisk litteraturgennemgang fra "National Institute for Health and Clinical Excellence" (NICE, Taylor et al., 2006) konkluderer, at indsatser, som varer i længere perioder, som opnår høj grad af opmærksomhed, og som har klare, interessante og troværdige budskaber, har størst sandsynlighed for at være effektive.

Centrale faktorer, som øger effektiviteten af indsatsen, er:

- Hyppigheden (gentagne kampagner)
- Varigheden
- Brugen af forskellige kilder (ex. massemedier, skriftligt materiale, Internet kommunikation)
- At budskabet er klart

11.4.2 Hvad kan kommunen gøre?

Gennemførelse af informationskampagner på fødevarerområdet vil normalt ikke være kommunens opgave, men hører i stedet under Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen.

Information til borgerne kan dog også være i form af pjecer, som informerer borgerne om tilbud om diætistvejledning eller pjecer til patientgrupper med særlige ernæringsmæssige behov.

Meget tyder på, at oplysningskampagner ikke kan stå alene, men må suppleres med andre indsatser, som f.eks. øget tilgængelighed af sunde fødevarer (Jepson et al., 2006). Ernæringskampagnerne har generelt været kritiseret for primært at nå de veluddannede, som i forvejen spiser sundt. Dermed kan kampagnerne bidrage til den sociale ulighed i sundhed. Der er enighed om, at sundhedskampagner er nyttige i kombination med andre strategier, der sigter mod sunde spisevaner (Cavill & Bauman, 2004).

Forslag til konkrete kommunale opgaver:

- Sikre, at borgerne har nem adgang til informationer om, hvilke tilbud der er i relation til kostområdet
- Sikre, at der er relevant informationsmateriale for relevante patientgrupper og andre grupper med særlige behov hos f.eks. de praktiserende læger, i sundhedscentre, ældrecentre, institutioner og i sundhedsplejen

11.5 Den individorienterede forebyggelse

Udover gode rammer for sunde spisevaner er det relevant med tilbud om individuel kostvejledning til grupper af

borgere med særlig høj risiko, herunder overvægtige og forskellige patientgrupper.

11.5.1 Hvilken viden er der på området?

Individuel vejledning kan være effektiv til at forbedre borgernes spisevaner blandt personer i risiko for sygdom eller patienter, i hvert fald på kort sigt. Den langsigtede effekt er mindre klar.

Flere systematiske gennemgange peger på, at individorienterede indsatser, som inddrager flere interventionskomponenter (multikomponentinterventioner), er mere effektive, end når indsatsen bygger på et enkelt element. Eksempler på interventionskomponenter, som ser ud til at have

effekt, er: Individuel vejledning, undervisning, registrering af kostvaner, at involvere familien, at fremme den sociale støtte, gruppevejledning, madlavningskurser, og at deltagerne sætter personlige mål. Der er desuden lovende resultater af selvhjælpsmateriale og individualiserede, computergenererede budskaber i kombination med en minimal grad af personlig kontakt. Afgørende for at opnå en effekt af den individuelle vejledning er dog, at strukturer og rammer i borgerens nærmiljø understøtter sundere kostvaner.

11.5.2 Hvad kan kommunen gøre?

Kommunen kan overordnet sørge for, at der er målrettede individuelle tilbud om kostvejledning til personer i særlig

risiko samt tilbyde kompetenceudvikling til relevante personalegrupper (se ovenstående).

Forslag til konkrete kommunale opgaver:

1. For børn i førskolealderen:
 - At sundhedsplejersker tilbydes kompetenceudvikling i sund mad, og at der sættes fokus på sund mad i vejledningen af forældrene
 - At sundhedsplejersker, læger og personale i daginstitutioner undervises i tidlig opsporing af overvægt hos børn
 - At der er tilbud til overvægtige forældre om undervisning og vejledning i sund mad og forebyggelse af overvægt hos børnene
2. For skolebørn og unge:
 - At der i kommunen er tilbud til familier med overvægtige børn, som bygger på evidensbaseret viden
3. For voksne:
 - At der er nem adgang til individuel vejledning for patientgrupper, hvor kostvejledning er relevant samt til overvægtige borgere
 - At de tilbud, der findes, bygger på evidensbaseret viden
4. For ældre:
 - Undervisning af hjemmesygeplejersker og hjemmehjælpere i sund kost til ældre og i opsporing af ældre med dårlig ernæringsstatus

Henvisninger til gode rapporter, bøger og hjemmesider

For at læse mere om god kommunal forebyggelse på kostområdet anbefales:

- Sund By Netværket: 12 skridt til fremme af sund kost og fysisk aktivitet – den gode kommunale model
<http://www.cancer.dk/NR/ronlyres/4494784C-CAEE-41B6-9B15-46780701C610/0/12skridtsundbynetv%C3%A6rk.pdf>
- Kommunernes Landsorganisation: Forslag til grundlæggende indsatser i den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne: http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_39848/ImageVaultHandler.aspx
- Fødevareministeriet: Sund livsstil – hvad skaber forandring:
http://www.regionh.dk/NR/ronlyres/16437B14-1A2F-47D2-BD9B-E1AF2FB25381/0/Sund_livsstil__hvad_skaber_forandring.pdf
- Motions- og Ernæringsrådet:
Gør det let at vælge sundt i jeres kommune.
OG: Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge
<http://www.meraadet.dk/default.asp?id=1311>
- Bog: Sundhedsfremme og Forebyggelse. Lisbeth Villemoes Sørensen. Gads forlag 2009
- Fødevarestyrelsens hjemmeside om sund kost: www.altomkost.dk
- KL (kommunernes landsorganisation) har udarbejdet forslag til grundlæggende indsatser i den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne, også for kost (10. december 2010):
http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_39848/ImageVaultHandler.aspx
- Videnssøgeren – find viden om effektive forebyggelsesindsatser. Sundhedsstyrelsen www.sst.dk (10. december 2010): <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Evidens%20og%20metode/Evidensbaseret%20forebyggelse/Vaerktoejer/Videnssoegeren.aspx>



Kapitel 12

Anbefalinger til kommunerne – Bevægelse

12 Anbefalinger til kommunerne – Bevægelse

12.1 Hvorfor er det relevant for kommunen at fremme bevægelse?

Bevægelse omfatter enhver form for fysisk udfoldelse, hvad enten bevægelsen foregår som struktureret sport og motion, på arbejde, i forbindelse med transport eller ved andre hverdagsaktiviteter som f.eks. rengøring, havearbejde og leg med børn.

Med øget velfærd og teknologisk udvikling er kravet til varieret og hyppig bevægelse gradvist forsvundet fra vores hverdag. Automatisering af vores arbejdsprocesser, bilisme, TV, PC'er og internet har medvirket til, at vi i dag kan fungere med et minimum af bevægelse og fysisk aktivitet. Indkøb, bank- og postbesøg og til en vis grad social kontakt med omverdenen kan i store træk klares fra sofaen med en PC og en mobiltelefon ved hånden. Samtidigt stilles der store krav til vores 'udholdenhed', når det gælder om at sidde ned og være kropsligt inaktive. De fleste børn, voksne og ældre sidder ned mange timer dagligt. Det gælder i skolen, under uddannelsesforløb, i arbejdslivet, i fritiden, og når vi færdes i det offentlige rum med bil eller offentlig transport. Denne udvikling har haft nogle alvorlige konsekvenser for vores helbred, og såvel mangel på bevægelse som langvarig stillesidning er med til at øge forekomsten af overvægt og kronisk sygdom.

Det er estimeret, at ca. 4.500 dødsfald årligt i Danmark kan tilskrives fysisk inaktivitet. Det svarer til 7-8 % af alle dødsfald i Danmark. Fysisk inaktive dør i gennemsnit fem til seks år tidligere end fysisk aktive (Juel et al., 2006).

Sundhedsprofil 2010

I den aktuelle sundhedsprofil for kommunerne i Region Hovedstaden 2010 ses en stigning siden 2007 i andelen af borgere, som opfylder Sundhedsstyrelsens anbefaling om minimum 30 minutters fysisk aktivitet dagligt af moderat intensitet. Samtidig ses dog også en stigning i andelen af borgere, som er stillesiddende mere end fire timer dagligt i fritiden. Disse fund afspejler formentlig en ændring hen imod en generelt mere stillesiddende hverdag, som hos mange af regionens borgere (69 %) afbrydes af daglige aktivitets-seancer af kortere varighed, f.eks. i form af en daglig cykel- eller løbetur på 30 minutter.

Kommunetal:

I en kommune med 50.000 borgere vil der være ca. 15.500 borgere, der ikke er aktive mindst 30 minutter om dagen, og 11.200, der ønsker at være mere fysisk aktive

12.2 Strategier til fremme af bevægelse

Vores bevægelsesmønstre og fysiske aktivitetsniveau betinges og påvirkes af en række faktorer i det omgivende samfund, i nærmiljøet og hos den enkelte selv. Hvor fysisk aktive vi er, bestemmes af et samspil mellem de krav til bevægelse, vi møder i hverdagen, de muligheder for bevægelse, vores omgivelser byder på, den sociale og kulturelle kontekst vi lever i, og den måde vi som individer er og agerer. Visse faktorer kan ikke ændres; det gælder f.eks. en persons køn, alder og gener eller det vejrlig og den geografi, vi som individer er underlagt. Andre faktorer er derimod modificerbare og dermed i princippet tilgængelige for forandring og forebyggelse.

Når det gælder fremme af bevægelse blandt borgerne, har kommunen en lang række muligheder for at bidrage på afgørende måder.

Kommunens handlemuligheder i relation til at fremme bevægelse:

1. Etablere sunde rammer, som fremmer bevægelse
2. Give information til borgerne om muligheder for bevægelse
3. Etablere individuelle tilbud om bevægelse til borgere i særlig risiko for inaktivitetsrelateret sygdom

12.2.1 Organisering og aktører

Ideelt set bør fremme af bevægelse tænkes ind i alle forvaltninger i en kommune (se figur 2.2). Derudover involverer den optimale indsats til fremme af bevægelse mange andre aktører: Daginstitutioner, skoler, fritidsinstitutioner, kommunale arbejdspladser, sundhedscentre, plejehjem og praktiserende læger er blot nogle af dem.

En høj grad af tværsektorielt samarbejde mellem de kommunale forvaltninger er en forudsætning for vellykket

etablering af især bevægelsesfremmende fysiske rammer. Sideløbende med kravet om aktivitetsfremmende fysiske rammer, må byplanlæggere og arkitekter tilgodese æstetiske hensyn, miljømæssig bæredygtighed og hensynet til borgernes sikkerhed.

Der bør vælges en organisering, der giver en entydig placering af ansvar for de indsatser, kommunen iværksætter.

12.3 Sunde rammer

Sunde rammer, som fremmer bevægelse, er rammer, som inviterer til bevægelse og dermed "gør det sunde valg til det nemme valg". De omgivende fysiske rammer kan både opleves som en barriere for fysisk udfoldelse og som en motiverende faktor, der inviterer til bevægelse. Grønne, smukke, sikre og let tilgængelige omgivelser virker fremmende for fysisk aktivitet, mens kedelige omgivelser med mangel på udfordringer virker hæmmende for fysisk udfoldelse (Trost et al., 2002; King et al., 2000). En "gold" skolegård med asfalt og beton fremmer ikke lysten til bevægelse og fysisk aktivitet, hvorimod et areal med f.eks. varieret underlag og bevoksning, klatrestativer og bold-

bane i højere grad kalder på lysten til at bevæge sig. Cykelstier inviterer borgeren til at bruge cyklen som dagligt transportmiddel. Gode muligheder for cykelparke-ring, 'grønne lyskurvebølger', belysning på cykelstier og snerydning om vinteren kan ligeledes være med til at gøre cykling til et attraktivt transportmiddel året rundt. Velfungerende og udbygget kollektiv trafik kan betyde, at færre borgere vælger bilen som dagligt transportmiddel, og brug af offentlige transportmidler øger – alt andet lige – sandsynligheden for, at man er fysisk aktiv, f.eks. at man går til busstoppestedet eller cykler til S-togsstationen.

12.3.1 Hvilken viden er der på området?

En række undersøgelser – både udenlandske og danske – tyder på, at ændringer i de fysiske omgivelser fører til, at borgerne bevæger sig mere. Der er dog behov for flere undersøgelser, som dokumenterer sundhedsgevinsten ved ændringer i de fysiske rammer (NICE, 2009a).

På transportområdet er bl.a. effekten af trafikdæmpning, vejafgifter og anlæggelse af cykelstier på fysisk aktivitetsniveau undersøgt. På kort sigt ser det ud til, at disse former for strukturelle ændringer i miljøet kan føre til et øget aktivitetsniveau. En vigtig sidegevinst er en reduktion i antallet af tilskadekomne i trafikken. Byplanlægning, som understøtter muligheder for fysisk aktivitet, tilgængelighed af trapper i offentlige bygninger samt

hensigtsmæssig udformning og design af bygninger som arbejdspladser og skoler, har formentlig også en positiv effekt på fysisk aktivitetsniveau. Specifikt er der fundet sikker positiv effekt af skiltning med opfordring til at tage trappen frem for elevatoren eller rulletrappen (Sundhedsstyrelsen, 2007).

For børn anbefales på baggrund af litteraturen, at der på skoler er faciliteter og udstyr til rådighed, der tilskynder, at børn og unge på alle klassetrin udvikler deres fysiske færdigheder. Faciliteter og rammer skal være udfordrende og stimulere behovet for at udforske egne færdigheder. Motivationen kan opretholdes ved at variere tilbuddene om fysisk aktivitet (NICE, 2009b).

12.3.2 Hvad kan kommunen gøre?

Forslag til konkrete kommunale opgaver:

1. Udarbejde **politikker** og handlingsplaner for bevægelse og fysisk aktivitet, evt. også i form af begrænsninger i stillesiddende tid, f.eks. regler for brug af computer, i:
 - Daginstitutioner
 - Skoler (og specifikt for idrætsundervisning) og andre uddannelsesinstitutioner
 - Fritidsinstitutioner
 - Arbejdspladser
 - Plejehjem og ældrecentre

Politikkerne bør indeholde en plan med klare mål og metoder til at fremme bevægelse
2. Skabe og vedligeholde fysiske rammer, som tilgodeser bevægelse og fysisk aktivitet i forbindelse med **transport** frem og tilbage fra skole og/eller arbejdsplads:
 - Forbud mod/begrænsning af bilkørsel omkring skoler
 - Stisystemer mellem boligkvarterer og skoler. SuffICIENT belysning og snerydning i vintermånederne
 - Prioritering af cyklist i byer, fx ved udbygning af cykelstier, 'grønne lyskurvebølger', muligheder for cykelparkering, sufficient belysning og snerydning af cykelstier i vintermånederne
 - Forbedring af kollektiv trafik
 - Begrænse antal af parkeringspladser (biler)
3. Fremme bevægelse på **arbejdspladser** gennem sunde rammer og hensigtsmæssig indretning:
 - Opfordre til at tage trappen frem for elevatoren
 - Mødelokaler indrettes med mulighed for stående møder og konferencer
 - Mulighed for 'walk-and-talk-møder'
4. Indtænke fremme af fysisk aktivitet ved **byplanlægning**:
 - Placering af indkøbsmuligheder, butikker tilgængelige til fods eller på cykel (tæt på boligområder)
 - Rum til bevægelse og ophold i byen
 - Grønne områder
 - Løbestier
5. Skabe fysiske rammer, som fremmer bevægelse og udfordrer brug af kroppen på forskellige måder i **skoler**:
 - Indretning af og faciliteter i skolegård, som stimulerer bevægelse
 - Udstyr og faciliteter i idrætslokaler, som medvirker til udvikling af fysiske færdigheder
 - Indretning af klasselokaler og skole i øvrigt, som begrænser fastlåst siddestilling, men giver mulighed for varieret bevægelse

12.4 Information til borgerne

Information til borgerne i form af sundhedskampagner har hyppigt været anvendt som metode til at udbrede viden om den sundhedsmæssige gevinst ved bevægelse og

fysisk aktivitet og til at formidle de gældende officielle anbefalinger om fysisk aktivitet.

12.4.1 Hvilken viden er der på området?

Der er generelt sparsom viden om effekten af kampagner til fremme af bevægelse og fysisk aktivitet. Selvom der ikke er sikker og målbar effekt af kampagnerne i form af øget bevægelse, så er kampagner formentlig effektive som middel til at skabe opmærksomhed omkring fysisk aktivitet og de sundhedsmæssige gevinster ved en fysisk aktiv livsstil.

På samme måde som ernæringskampagnerne er kampagner om bevægelse og fysisk aktivitet blevet kritiseret for primært at nå den veluddannede del af befolkningen, som i forvejen er mest fysisk aktive og dermed bidrage til den sociale ulighed i livsstil og sundhed. Der er dog enighed om, at sundhedskampagner kan være en nyttig del af en samlet pakke, der sigter mod at fremme bevægelse og fysisk aktivitet, og at langvarige kampagner er mest virksomme (Cavill & Bauman, 2004).

12.4.2 Hvad kan kommunen gøre?

Forslag til konkrete kommunale opgaver:

Kommunen bør skabe overblik over og informere om muligheder for fysisk aktivitet i kommunen. Information bør være tilgængelig:

- Hos praktiserende læger
- På genoptræningscentre
- På ældrecentre
- I institutioner

12.5 Den individorienterede forebyggelse

Denne strategi retter sig mod borgere med kendte risikofaktorer eller kendt risikoadfærd, f.eks. fysisk inaktive personer med forhøjet blodtryk, svær overvægt eller diabetes, som har en øget risiko for at udvikle manifest hjertekarsygdom. Borgere i risiko for at udvikle kronisk sygdom

identificeres af professionelle som den praktiserende læge eller for børns vedkommende en kontaktlærer eller den kommunale sundhedstjeneste (Sundhedsstyrelsen, 2005). Herfra henvises de til et individuelt tilbud, f.eks. 'motion på recept'.

12.5.1 Hvilken viden er der på området?

Flere videnskabelig undersøgelser konkluderer, at det er muligt ved hjælp af professionel rådgivning at påvirke voksne til et højere aktivitetsniveau. Der er typisk tale om let til moderat forøget aktivitetsniveau på kort sigt, hvori- mod langtidseffekten er mere usikker (Kahn et al., 2002; Kallings, 2008; SBU, 2007).

Ved 'motion på recept' (MPR) henviser praktiserende læger inaktive patienter med livsstilssygdomme eller med risiko for at udvikle livsstilssygdomme til individuelt tilrettelagt superviseret træning og rådgivning om fysisk aktivitet, evt. suppleret med kostvejledning. I tidlige undersøgelser af effekten af MPR blev der fundet en beskedent positiv effekt på fysisk aktivitetsniveau og kon-

dition umiddelbart efter interventionens ophør, mens effekten på lang sigt var tvivlsom. Det er imidlertid vanskeligt at sammenligne de forskellige MPR-tilbud, da de varierer betydeligt med hensyn til målgruppe, specifikt indhold, intensitet, varighed og grad af opfølgning. En ny rapport fra Sundhedsstyrelsen sammenfatter resultaterne fra de danske MPR-tilbud siden 2002 og konkluderer, at der samlet set ikke er overbevisende evidens for en effekt af MPR, især ikke for en vedvarende effekt. Samtidigt konkluderes dog, at der er god grund til fortsat at styrke arbejdet med fysisk aktivitet som forebyggende indsats, da de fleste andre undersøgelser finder gunstig helbreds-effekt af fysisk aktivitet og bevægelse. (Sundhedsstyrelsen, 2010).

12.5.2 Hvad kan kommunen gøre?

Forslag til konkrete kommunale opgaver:

Alt efter den enkelte kommunes befolknings-sammensætning, behov osv.:

- Etablering af 'motion på recept' (evt. + kost)
- Etablering af patientundervisning (KOL, hjerterehabilitering, Type 2 diabetes)
- På kronikerområdet vil bevægelse/fysisk aktivitet i mange tilfælde være en del af tilbuddet i forløbsprogrammer

Henvisninger til gode rapporter, bøger og hjemmesider:

- 12 skridt til fremme af sund kost og fysisk aktivitet – den gode kommunale model – anbefalinger på basis af litteraturen og lokale erfaringer.
Sund By Netværket og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København 2009
- Fysisk aktivitet og sundhed i Europa. Evidens og handling. World Health Organization 2006. Sund By Netværket, 2008
- Resultatopsamling af Motion på Recept i Danmark. Sundhedsstyrelsen, 2010. http://www.sst.dk/publ/Publ2010/CFF/Mpr/MPR_resultatOps2010_version2.pdf
- Sundhedsstyrelsens hjemmeside (fysisk aktivitet)
<http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Fysisk%20aktivitet.aspx>
- Sund livsstil – hvad skaber forandring?
Fødevareministeriet og Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, 2009.
http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/16437B14-1A2F-47D2-BD9B-E1AF2FB25381/0/Sund_livsstil_hvad_skaber_forandring.pdf
- Bevægende Rammer – Omgivelsernes betydning for fysisk aktivitet og sundhed. Af Jens Troelsen, Syddansk Universitet, 2010. ISBN: 978-87-7674-501-1
- KL (kommunernes landsorganisation) har udarbejdet forslag til grundlæggende indsatser i den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne, også for fysisk aktivitet (10. december 2010):
http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_39848/ImageVaultHandler.aspx
- Videnssøgeren – find viden om effektive forebyggelsesindsatser. Sundhedsstyrelsen
www.sst.dk (10. december 2010): <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Evidens%20og%20metode/Evidensbaseret%20forebyggelse/Vaerktoejer/Videnssoegeren.aspx>

Referencer

Kapitel 1

Det Nationale Forebyggelsesråd (2009). *Det er tid til handling – Forebyggelse er en politisk vindingsag*. København

Forebyggelseskommissionen (2009). *Vi kan leve længere af sundere – Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats*. København

Indenrigs- og sundhedsministeriet, Regeringen. (2002). *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. København.

Richard L, Potvin L, Kishchuk N, Prlic H, Green L.W (1996). Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 318-328.

Sundhedsloven (2005). Lov nr 546 af 24. juni 2005.

Kapitel 2

Capewell S, Graham H. (2010). Will Cardiovascular Disease Prevention Widen Health Inequalities? *PLoS Med*, 7(8), e1000320.

Capewell S, McPherson K (2010). Cut junk food, says NICE guidance on cardiovascular disease prevention. *Heart*, 96(21), 1762-1763.

Det Nationale Forebyggelsesråd (2010). *Det er tid til handling – forebyggelse er en politisk vindingsag*. København.

Diabetes Prevention Program Research Group (2003). Within-Trial Cost-Effectiveness of Lifestyle Intervention or Metformin for the Primary Prevention of Type 2 Diabetes. *Diabet Care*, 26(9), 2518-2523.

Ebrahim S, Beswick A, Burke M, Davey Smith G (2007). *Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease* (Review). The Cochrane library.

Franco M, Ordunez P, Caballero B, Tapia Granados JA, Lazo M, Bernal JL, et al. (2007). Impact of Energy Intake, Physical Activity, and Population-wide Weight Loss on Cardiovascular Disease and Diabetes Mortality in Cuba, 1980-2005. *Am J Epidemiol* Dec 15, 166(12), 1374-80.

Franco M, Ordunez P, Caballero B, Cooper RS (2008). Obesity reduction and its possible consequences: What can we learn from Cuba's Special Period? *CMAJ* Apr 8, 178(8), 1032-4.

Indenrigs- og sundhedsministeriet, Regeringen. (2002). *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. København.

Nyt om Forebyggelse (2007) nr. 13. Tema: *Inter99 – fem-årsundersøgelsen*. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.

Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY, An ZX et al. (1997). Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabet Care*, 20(4), 537-544.

Rose G (1981). Strategy of prevention: Lessons from cardiovascular disease. *Br. Med J (Clin Res Ed)* 282, 1847-1851.

SBU-Rapport (1997). *Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program – en systematisk litteraturoversikt*. SBU-Rapport nr. 134. Stockholm, Sverige.

Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (2006). *Health in All Policies, Prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health. Finland.

Sundhedsloven (2005). Lov nr 546 af 24. juni 2005.

Sundhedsstyrelsen (2005). *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. København.

Sundhedsstyrelsen (2007). Hanak Mette L, Falk J, Størup M, Bruun JJ. *Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2*. København.

Sundhedsstyrelsen (2008). Gulis G, Gry P, Kræmer, SR. *Sundhedskonsekvensvurdering – fra teori til praksis*. København.

Sørensen LW, Brohol K, Guldager E, Jørgensen T, Kronborg T, Pedersen KM, Rolighed A, Toft U, Tværmose P, Aadahl M (2009). *Sundhedsfremme og forebyggelse*, Gads forlag, København.

Thaler RH, Sunstein CR (2008). *Nudge: Improving Decision About Health, Wealth, and Happiness*. Yale University Press, New Heaven & London.

Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Inen H, Ilanne-Parikka P et al. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 344(18): 1343-1350.

Vallgård S, Krasnik A (red) (2007). *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik 2007*. København: Munksgaard Danmark.

Wansink B (2008). *Hovedløse spisevaner – Hvorfor vi spiser mere end vi tror*. Valby: Borgens forlag.

Internetlinks:

www.IKAS.dk (10.december 2010):

<http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel.aspx>

www.Inter99.dk (10. december 2010):

<http://www.regionh.dk/fcfs/Indhold/Til+forskere/Befolkningsbaseret+epidemiologisk+forskning/Undersoegelser+og+publikationer/Inter99/>

www.Inter99.dk (10.december 2010):

<http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/38A72E0E-C2AB-4F4C-A662-2F23AC05C4DF/0/Resultater.pdf>

www.sundhedsprojekt-ebeltoft.dk (10.december 2010):

<http://www.sundhedsprojekt-ebeltoft.dk/resultater/medundermenu.htm>

Kapitel 9

2008 Update Panel LaS. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med* 2008, 35(2),158-176.

Bala M, Strzeszynski L, Cahill K (2008). Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, (1), CD004704.

Barnoya J, Glantz S (2004). Association of the California tobacco control program with declines in lung cancer incidence. *Cancer Causes Control* 15(7), 689-695.

Barnoya J, Glantz SA (2006). Cardiovascular effects of second-hand smoke help explain the benefits of smoke-free legislation on heart disease burden. *J Cardiovasc Nurs* 21(6),457-462.

Callinan JE, Clarke A, Doherty K, Kelleher C (2010). Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst Rev* 4, CD005992.

Chapman S (2007). Falling prevalence of smoking: how low can we go? *Tob Control* 16(3), 145-147.

Chaloupka FJ, Wechsler H (1997). Price, tobacco control policies and smoking among young adults. *J Health Econ*, 16(3), 359-373.

Clemmensen I H, Bentzen J, Brink AL et al., editor (2006). *Passiv rygning - Hvidbog*. 16 health organisations. Statens Institut for Folkesundhed. København.

Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 328 (7455),1519.

Fagerstrom K, Furberg H (2008). A comparison of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction* 103(5), 841-845.

Fichtenberg CM, Glantz SA (2000). Association of the California Tobacco Control Program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease. *N Engl J Med*, 343(24),1772-1777.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. (2008a). *Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline: 2008 update*. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB (2009). *Treating Tobacco Use and Dependence. Quick Reference Guide for Clinicians. 2008 Update*. Rockville, MD, U.S.Department of Health and Human Services. Public Health Service.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. (2008b). Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care* 53(9), 1217-1222.

Fong GT, Hammond D, Laux FL, Zanna MP, Cummings KM, Borland R et al. (2004). The near-universal experience of regret among smokers in four countries: Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res* 6 Suppl 3, S341-S351.

Forebyggelseskommissionen (2009). *Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. København.

Gorini G, Chellini E, Galeone D (2007). What happened in Italy? A brief summary of studies conducted in Italy to evaluate the impact of the smoking ban. *Ann Oncol* 18(10),1620-1622.

Haustein KO (2001). *Tobacco or Health? Physiological and Social Damages Caused by Tobacco Smoking*. Springer.

Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H (2006). *Folkesundhed og risikofaktorer - tal på sundhed til kommunen*. København: Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen.

Kjaer NT, Evald T, Rasmussen M, Juhl HH, Mosbech H, Olsen KR (2007). The effectiveness of nationally implemented smoking interventions in Denmark. *Prev Med* 45(1), 12-14.

Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, editors (2007). *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

- Kronborg T, Tværmose P., Falck J., editors (2006). *Ti skridt til god tobaksforebyggelse – den gode kommunale model*. Anbefalinger, strategier og redskaber til kommunernes tobaksforebyggende indsats. Sund By Netværket.
- Lemstra M, Neudorf C, Opondo J (2008). Implications of a public smoking ban. *Can J Public Health*, 99(1), 62-65.
- Levy DT, Hyland A, Higbee C, Remer L, Compton C (2007). The role of public policies in reducing smoking prevalence in California: results from the California tobacco policy simulation model. *Health Policy* 82(2),167-185.
- Meyers DG, Neuberger JS, He J (2009). Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 54(14),1249-1255.
- Moore L, Roberts C, Tudor-Smith C (2001). School smoking policies and smoking prevalence among adolescents: multilevel analysis of cross-sectional data from Wales. *Tob Control* 10(2),117-123.
- Moritsugu KP (2007). The 2006 Report of the Surgeon General: the health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke. *Am J Prev Med* 32(6), 542-543.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). *Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings*. NICE Public Health Intervention Guidance 1. London, England.
- New Zealand, Ministry of Health (2007). *New Zealand Smoking Cessation Guidelines*. Wellington, Ministry of Health.
- NICE (2008). Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London, England, National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE public health guidance 10.
- NICE (2006). Smoking cessation services. Quick reference guide. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE public health guidance 10. London, England.
- Niederdeppe J, Kuang X, Crock B, Skelton A (2008). Media campaigns to promote smoking cessation among socio-economically disadvantaged populations: what do we know, what do we need to learn, and what should we do now? *Soc Sci Med* 67(9), 1343-1355.
- Olsen KR, Bilde L, Juhl HH, Kjaer NT, Mosbech H, Ewald T et al. (2006). Cost-effectiveness of the Danish smoking cessation interventions: subgroup analysis based on the Danish Smoking Cessation Database. *Eur J Health Econ* 7(4), 255-264.
- Pisinger C, Døssing M, Holm NU, Bastrup V, Glümer C (2010). *Behandling af tobaksafhængighed. Anbefalinger til en styrket klinisk praksis*. København.
- Rasmussen JG (2006). Rygestop giver de billigste leveår. Interview med Henrik Hauschildt Juhl, DSI. *Dagens Medicin* Nov 8.
- Rasmussen SR (2006). Økonomi og sundhedsgevinster i kommunal tobaksforebyggelse. 20-9-2006.
- Sargent JD (2006). Smoking in film and impact on adolescent smoking: with special reference to European adolescents. *Minerva Pediatr* 58(1), 27-45.
- Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Biener L, Rigotti NA (2005). Effect of local restaurant smoking regulations on progression to established smoking among youths. *Tob Control* 14(5), 300-306.
- Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Hamilton WL, Biener L (2008). Local restaurant smoking regulations and the adolescent smoking initiation process: results of a multilevel contextual analysis among Massachusetts youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 162(5), 477-483.
- Smoking Cessation Guidelines. How to treat your Patient's Tobacco Addiction (2000). University of Toronto, Optimal Therapy Initiative. Department of Family and Community Medicine. A Pegasus Healthcare International Publication.
- Sowden AJ, Arblaster L (2000). Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD001006.
- Sullivan KM, Bottorff J, Reid C (2010). *Does Mother's Smoking Influence Girls' Smoking More Than Boys' Smoking? A 20-Year Review of the Literature Using a Sex- and Gender-Based Analysis*. Subst Use Misuse.
- Sundhedsstyrelsen (2011). *Behandling af tobaksafhængighed – Anbefalinger til en styrket klinisk praksis*. København.
- The 2004 United States Surgeon General's Report: *The Health Consequences of Smoking*. Office on Smoking and Health, editor. (2004). Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention.
- The Surgeon General's 1990 Report on The Health Benefits of Smoking Cessation. Executive Summary. *MMWR Recomm Rep* 39 (RR-12), i-12.
- Thomson CC, Rigotti NA (2003). Hospital- and clinic-based smoking cessation interventions for smokers with cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis* 45(6), 459-479.

Tran K, Asakawa K, Cimon K, Moulton K, Kaunelis D, Pipe A et al. (2010). *Pharmacologic-based Strategies for Smoking Cessation: Clinical and Cost-effectiveness Analyses*. Issue 130. Ottawa, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. CADTH Technology Report.

Zwar N, Richmond R, Borland R, Stillman S, Cunningham M, Litt J (2004). *Smoking Cessation Guidelines for Australian General Practice. Practice Handbook*. 2004 Edition. Australian Government. Department of Health and Ageing.

Kapitel 10

Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies. London, England.

Bardor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Glesbrecht, N., & Graham, K. e. a. (2003). *Alcohol: No ordinary commodity - research and public policy* Oxford og London: Oxford University Press.

Broholm, K. (2008). *Alkohol og Helbred*. Sundhedsstyrelsen. København.

Broholm, K. (2009). *Alkohol. Forbrug og alkoholkultur i Danmark*. In L.Sørensen (Ed.), *Sundhedsfremme og Forebyggelse*, Gads Forlag.

Cancer Care Research Centre (2006). A review of the effectiveness of interventions, approaches and models at individual, community and population level that are aimed at changing health outcomes through changing knowledge attitudes and behavior.

Hvidtfeldt, U., Hansen, A., Grønbæk, M., & Tolstrup, J. (2008). *Alkoholforbrug i Danmark. Kvantificering og karakteristisk af storforbrugere og afhængige*. København: Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet.

Kjøller, M., Juel, K., & Kamper-Jørgensen, F. (2007). *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Kommunernes Landsforening (2009). *Forslag til grundlæggende indsatser i den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne*. København.

Madsen, A. (2002). *Alkoholpolitiske handleplaner - en håndbog for kommuner*. Sundhedsstyrelsen.

NICE (2010). *Alcohol-use disorders: Preventing the development of hazardous and harmful drinking* (Rep. No. 24). National Institute for Health and Clinical Excellence.

SundBy Netværket (2008). *15 skridt til forebyggelse af alkoholproblemer - den gode kommunale model*. Anbefalinger, strategier og redskaber til kommunernes alkoholforebyggende indsats.

Sundhedsstyrelsen (2008). *Alkoholpolitik og alkoholproblemer på arbejdspladsen København*: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2010). *Tal på Alkohol i kommunerne*. Webudgivelser Sundhedsstyrelsen.

WHO (2006). *Framework for alcohol policy in the WHO European region* København: World Health Organization.

WHO (2009). *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*. World Health Organization.

Kapitel 11

Beck A, Kofod J (2002). *Måltidsservice på plejecentre. Status og forslag til initiativer*. Fødevarerdirektoratet. København.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). *Behaviour change at population, community and individual levels*. London, England.

Cavill N, Bauman A (2004). Changing the way people think about health-enhancing physical activity: do mass media campaigns have a role? *J Sports Sci* 22(8), 771-790.

Christensen C, Husby I, Wistoft K, Meillier L, Aadahl M, Jørgensen T et al. (2010). *Sund livsstil - hvad skaber forandring?* Fødevarerministeriet. København.

Engbers LH, van Poppel MN, Chin APM, van MW (2005). Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. *Am J Prev Med* 29(1), 61-70.

Fødevarerstyrelsen. *Målsætninger for Sund Kantinedrift*. (2007). http://www.altomkost.dk/Arbejdsplads/Foredelse_og_medarbejdere/Maalsætninger_for_sund_kantinedrift/Forside.htm

Grønbæk M (2008). *Gør det let at vælge sundt i jeres kommune*. Motions- og Ernæringsrådet. København.

Jeffery RW, French SA, Raether C, Baxter JE (1994). An environmental intervention to increase fruit and salad purchases in a cafeteria. *Prev Med* 23(6), 788-792.

Jepson R, Kearney N, Rowa-Dewar N, MacGillivray S (2006). *A review of the effectiveness of interventions, approaches and models at individual, community and population level that are aimed at changing knowledge attitudes and behaviour*. National Institute for Clinical Excellence. London, England.

Kommunernes Landsforening (2009). *Forslag til grundlæggende indsatser i den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne*. København.

Mølgaard C, Dela F, Froberg K, Heitmann B, Holm L, Holstein B et al. (2007). *Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge oplæg til strategi*. Motions- og Ernæringsrådet, København.

Ovesen L, Andersen N, Dragsted L, Godtfredsen J, Haraldsdottir J, Stender S et al. (2002). *Frukt, grønt og helbred - opdatering af vidensgrundlaget*. Søborg, Fødevarerdirektoratet.

Roos E, Sarlio-Lahteenkorva S, Lallukka T (2004). Having lunch at a staff canteen is associated with recommended food habits. *Public Health Nutr* 7(1), 53-61.

Snyder MP, Story M, Trenekner LL (1992). Reducing fat and sodium in school lunch programs: the LUNCHPOWER! Intervention Study. *J Am Diet Assoc* 92(9), 1087-1091.

Story M, Kaphingst KM, Robinson-O'Brien R, Glanz K (2008). Creating healthy food and eating environments: policy and environmental approaches. *Annu Rev Public Health* 29, 253-272.

Sundby Netværket (2009). *12 skridt til fremme af sund kost og fysisk aktivitet - den gode kommunale model*. Anbefalinger på basis af litteraturen og lokale erfaringer. København.

Taylor D, Bury M, Campling N, Carter S, Garfield S, Newbould J et al. (2006). *The influence of social and cultural context on the effectiveness of health behaviour changes interventions in relation to diet, exercise and smoking cessation*. National Institute for Clinical Excellence. London, England.

Toft U (2009). Kost. I: Sørensen L, editor. *Sundhedsfremme og Forebyggelse*. Copenhagen: Gads Forlag 144-173.

Whitaker RC, Wright JA, Finch AJ, Psaty BM (1993). An environmental intervention to reduce dietary fat in school lunches. *Pediatrics* 91(6), 1107-1111.

World Health Organisation. Joint WHO/FAO Expert Consultation. Diet, nutrition and the prevention of chronic Diseases. *Technical Report Series No 916*. (1-2-2003). Geneva, WHO.

Kapitel 12

Cavill N, Bauman A (2004). Changing the way people think about health-enhancing physical activity: do mass media campaigns have a role? *J Sports Sci Aug* 22(8):771-90.

Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H (2006). Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed. København.

Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE et al. (2002). The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *Am J Prev Med May* 22(4 Suppl):73-107.

Kallings L (2008). *Physical Activity on Prescription - studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors*. Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.

King AC, Castro C, Wilcox S, Eyler AA, Sallis JF, Brownson RC (2000). Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different racial-ethnic groups of U.S. middle-aged and older-aged women. *Health Psychol Jul*, 19(4):354-64.

NICE (2009a). *Promoting and creating built and natural environments that encourage and support physical activity*. Public Health Guidance 8. National Institute of Clinical Health and Excellence 2008.

NICE (2009b). *Promoting physical activity, active play and sport for pre-school and school-age children and young people in family, pre-school school and community settings*. Public Health Guidance 17. National Institute of Clinical Health and Excellence.

NICE (2008). *Workplace health promotion: How to encourage employees to be physically active*. Public Health Guidance 13. National Institute of clinical Health and Excellence.

SBU (2007). *Methods of Promoting Physical Activity*. A systematic review. Stockholm, Sverige.

Sundhedsstyrelsen (2005). *Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2007). *Effekt af interventioner som bruger omgivelserne til fremme af fysisk aktivitet - et kommenteret resume*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2010): Resultatopsamling af Motion På Recept i Danmark. København. Sundhedsstyrelsen.

Trost SG, Owen N, Bauman AE, Sallis JF, Brown W (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: Review and update. *Med Sci Sports Exerc Dec*, 34(12), 1996-2001.



**Region
Hovedstaden**



**FORSKNINGSCENTER FOR
FOREBYGGELSE OG SUNDHED**

Region Hovedstaden
Koncern Plan & Udvikling
Forskningscenter for Forebyggelse
og Sundhed
Nordre Ringvej 57, bygning 84/85
2600 Glostrup

Telefon: 3863 3260
Telefax: 3863 3977
www.fcfs.dk