

Region Hovedstaden
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed



Sundhedsprofil for region og kommuner 2010

**Sundhedsprofil
for region og kommuner
2010**



Titel Sundhedsprofil for region og kommuner 2010

Copyright: © 2010 Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
Alle rettigheder forbeholdes
ISBN 978-87-987-4149-7

Forfattere: Lene Hammer-Helmich
Lone Prip Buhelt
Anne Helms Andreasen
Kirstine Magtengaard Robinson
Helle Hilding-Nørkjær
Charlotte Glümer

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

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

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



Torben Jørgensen
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.

Sundhedsprofil for region og kommuner 2010 (del 1) beskæftiger sig med følgende temaer: Demografi og sociale forhold, sundhedsadfærd, generelt helbred, biologiske mål, kroniske sygdomme og sexsygdomme. Sundhedsprofil 2010- Forebyggelse (del 2) beskæftiger sig med forebyggelsespotentialer og forebyggelsesstrategier.

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.

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 millioner 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. Der er stor forskel på deltagelsesprocenten i de enkelte kommuner. Der er generelt flere kvinder end mænd, som har besvaret spørgeskemaet, ligesom andelen er større blandt borgere i alderen 45-74 år end blandt de yngste og de ældste aldersgrupper. Ved analyse af spørgeskemadata er der derfor vægtet for non-respons og stikprøvestørrelse, så resultaterne er repræsentative for hele stikprøven og for befolkningen i regionen og i de enkelte kommuner.

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, rapportens struktur samt gennemlæsning og kommentering af udvalgte kapitler i rapporten.

Demografi og sociale forhold

Sundhed og sygelighed er ikke fordelt tilfældigt. En lang række demografiske og sociale forhold har betydning for borgernes sundhedstilstand og sundhedsadfærd. En del af forklaringen på de forskelle, der ses mellem kommunerne, kan således forklares med disse forskelle i demografi og sociale forhold.

Alder er den faktor, der har størst betydning for udviklingen af kronisk sygdom. Alderssammensætningen for borgerne på 16 år og derover varierer mellem kommunerne. I nogle kommuner er knapt halvdelen af borgerne 55 år eller derover, mens det i andre kommuner kun er 1/5 af borgerne.

Samlivsstatus kan give et indtryk af ressourcerne, der er tilgængelige i de enkelte hjem i kommunerne. Andelen af borgere i alderen 25-64 år, som bor alene med børn, varierer på tværs af bydele og kommuner fra 3,7 % til 7,8 %.

Etnisk baggrund kan have betydning for forekomsten af sygdomme som følge af forskelle på sundhedsadfærd, levekår eller forskelle i genetisk disposition for specifikke sygdomme. Andelen af borgere i regionen med anden etnisk baggrund end dansk er steget siden 2007. Samtidig er der stor variation i andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund på tværs af kommunerne fra 2 % til 22 %.

Uddannelse er et udtryk for social position. Det skyldes blandt andet, at uddannelse har indflydelse på muligheden for at få bestemte typer af jobs og dermed også på indkomstniveau og et givent niveau af materielle ressourcer. Andelen af borgere, som kun har en grundskoleuddannelse, varierer på tværs af kommunerne fra 2,3 % til 20,6 %. Tilsvarende varierer andelen af borgere med lang videregående uddannelse fra 4 % til 38 %. Der er således meget store sociale forskelle på tværs af kommunerne, hvad uddannelse angår.

Erhvervstilknytning kan beskrives som den strukturelle forbindelse mellem uddannelse og indkomst og er via denne forbindelse indirekte knyttet til borgernes muligheder i relation til egen sundhed. Dertil kommer den direkte forbindelse mellem erhvervstilknytning og helbred som følge af det fysiske og psykiske arbejdsmiljø på arbejdspladsen. Andelen af borgere under 65 år, der ikke er tilknyttet arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet, varierer på tværs af kommunerne fra 14 % til 27 %.

Bruttoindkomst er et udtryk for de materielle ressourcer, som borgeren disponerer over. Bruttoindkomsten kan påvirke borgerens muligheder for at foretage "sunde valg"

som f.eks. køb af sunde fødevarer eller valg af bolig i trygge og rekreative omgivelser. Der er stor variation i den gennemsnitlige årlige bruttoindkomst på tværs af kommunerne. Mens den gennemsnitlige bruttoindkomst er under 200.000 kr. i nogle kommuner, er den på næsten 400.000 kr. i andre kommuner.

Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd er de handlinger, et menneske udfører for sig selv eller andre, som på kort eller længere sigt påvirker sundheden. Sundhedsadfærd kan således både være adfærd, som har en positiv effekt på sundheden, og adfærd, som har en negativ effekt på sundheden.

Ryning: I Region Hovedstaden ryger 20 % af borgerne dagligt, mens 46 % aldrig har røget. Der er en lidt større andel mænd end kvinder, som ryger dagligt, samt flest blandt de midaldrende borgere. Der ses en social gradient i forhold til rykning. Andelen af borgere, som ryger dagligt, mindskes med stigende uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet. Andelen af borgere, som ryger dagligt, er stor blandt enlige og blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Der er sket et fald på 3,1 % i andelen af dagligrygere siden 2007.

I Region Hovedstaden udsættes 10 % af ikkerygerne for daglig passiv rygning. Andelen af ikkerygere, som udsættes for daglig passiv rygning, er næsten dobbelt så stor blandt unge i forhold til alle andre aldersgrupper. Siden 2007 er der sket et fald på 5,2 % i andelen af ikkerygere, som udsættes for passiv rygning. I Region Hovedstaden bliver der røget indendørs i hjemmet hos 12 % af de borgere i alderen 25-64 år, som bor sammen med børn. Forekomsten af rygning i hjem med børn varierer fra 4 % til 23 % i kommunerne. Siden 2007 er der sket et fald på 5,3 % i forekomsten af rygning i hjem med børn.

Alkohol: 13 % af borgerne i Region Hovedstaden har et storforbrug af alkohol, 15 % rusdrikker, og 17 % har tegn på alkoholafhængighed. 29 % af borgerne overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser for lavrisikoforbrug. Alle typer af alkoholadfærd er mest udbredt blandt mænd. For storforbrug, overskridelse af lavrisikoforbrug og rusdrikkeri gælder, at forekomsten er særligt høj blandt de 16-24-årige. Tegn på alkoholafhængighed er mest udbredt blandt borgere i alderen 45-79 år. Borgere med en kort uddannelse har høj forekomst af risikabel alkoholadfærd. For tegn på alkoholafhængighed er der dog en tendens til, at forekomsten stiger med uddannelseslængden. Der er sket et fald på 3 % i andelen af borgere, som rusdrikker, mens der ikke er sket ændringer i forhold til tegn på alkoholafhængighed.

Kost: I Region Hovedstaden har 28 % af borgerne sunde kostvaner, mens 10 % af borgerne har meget usunde kost-

vaner. Andelen af borgere med meget usunde kostvaner er dobbelt så stor blandt mænd som blandt kvinder og størst blandt den yngste og den ældste del af borgerne. Samtidig ses en social gradient i forhold til kost. Blandt borgere med lavere uddannelsesniveau og borgere uden tilknytning til arbejdsmarkedet spiser en stor andel meget usundt. Næsten dobbelt så mange enlige som samlevende har meget usunde kostvaner, og en større andel af borgere med dansk baggrund har meget usunde kostvaner sammenlignet med borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Andelen af borgere med meget usunde kostvaner varierer fra 6 % til 17 % i kommunerne.

I Region Hovedstaden spiser 84 % af borgerne ikke seks stykker frugt og grønt dagligt, og 37 % spiser ikke 200-300 gram fisk om ugen, som Sundhedsstyrelsen anbefaler. 17 % af borgerne spiser fastfood mindst én gang om ugen, og 3,1 % af borgerne spiser fastfood mindst tre gange om ugen. 10 % af borgerne drikker sodavand eller andre sukkerholdige drikke mindst fem gange om ugen, mens 19 % af borgerne spiser slik eller kager mindst fem gange om ugen. Siden 2007 er andelen af borgere, som drikker sodavand mere end fem gange om ugen, faldet med 4,7 %.

Fysisk aktivitet: Knap én ud af tre af Region Hovedstadens borgere lever ikke op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om 30 minutters moderat fysisk aktivitet dagligt. Der er flere kvinder end mænd, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og andelen stiger med alderen. Der ses en social gradient i forhold til fysisk aktivitet. Andelen af borgere, der er fysisk inaktive, falder med stigende uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet. Andelen af borgere, der ikke lever op til anbefalingerne for fysisk aktivitet, er størst blandt enlige og blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Siden 2007 er andelen af borgere, der er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, faldet med 3,1 %.

I Region Hovedstaden har 27 % af borgerne mere end fire timers stillesiddende aktiviteter om dagen i fritiden, 44 % har mindst seks timers stillesiddende arbejde om dagen, mens 23 % har sammenlagt mindst ti timers stillesiddende adfærd om dagen. Siden 2007 er andelen af borgere med mere end fire timers stillesiddende fritidsaktiviteter dagligt steget med 3,2 %, mens andelen af borgere med mindst seks timers stillesiddende arbejde er steget med 2,8 %. Blandt Region Hovedstadens borgere er der 24 %, der hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted. Andelen af borgere, der hverken cykler eller går til og fra arbejde, er faldet med 1,5 % siden 2007.

Euforiserende stoffer: I Region Hovedstaden har 55 % af de unge eksperimenteret med hash, mens 18 % har eksperimenteret med andre stoffer end hash. En større andel af mænd end kvinder har prøvet hash og andre stof-

fer, og en større andel af de 25-34-årige har prøvet hash og andre stoffer sammenlignet med de 16-24-årige. Hash og andre stoffer er mest udbredt blandt unge med dansk baggrund. 8,6 % af de 16-34-årige har taget stoffer inden for den seneste måned.

Ubeskyttet sex: I Region Hovedstaden brugte 21 % af de unge ikke prævention ved seneste samleje, selvom de ikke ønsker et barn, mens 11 % af de unge ikke brugte kondom ved seneste samleje, selvom de har skiftende seksualpartnere. En større andel af mændene brugte ikke prævention ved seneste samleje, sammenlignet med kvinderne. Sex uden prævention er mere udbredt blandt de 25-34-årige end blandt de 16-24-årige.

Generelt helbred

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

Selvurderet helbred: I Region Hovedstaden vurderer 15 % af borgerne, at de har et mindre godt eller dårligt helbred. Andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred er lidt større blandt kvinder end mænd, og andelen stiger med alderen. Der ses en social gradient i forhold til selvvurderet helbred. Andelen af borgere, som har et mindre godt eller dårligt helbred, falder med stigende uddannelsesniveau og med tilknytning til arbejdsmarkedet. Andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred er størst blandt enlige og borgere med ikke-vestlig baggrund. Der ses ingen ændringer siden 2007 i andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred. En stor andel af borgere med et mindre godt eller dårligt helbred har samtidig usund adfærd i forhold til rygning, kost og fysisk aktivitet.

Fysisk og mentalt helbred: Generelt har en større andel af kvinder end mænd dårligt fysisk og mentalt helbred. Andelen af borgere med dårligt fysisk helbred stiger med alderen. Dårligt mentalt helbred er derimod mest udbredt blandt de yngste og ældste borgere. Der ses en tydelig social gradient i forhold til både dårligt fysisk og mentalt helbred. Andelen af borgere med dårligt fysisk og mentalt helbred mindskes med stigende uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet. Andelen af borgere med dårligt fysisk og mentalt helbred er næsten dobbelt så stor blandt enlige og blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Stress: Flere kvinder end mænd har et højt stressniveau, og en stor andel af borgere med kortere uddannelse og ingen arbejdsmarkedstilknytning har et højt stressniveau. En stor andel af enlige og borgere med ikke-vestlig baggrund har et højt stressniveau.

Symptomer: I Region Hovedstaden har 27 % af borgerne været generet af smerter fra bevægeapparatet, mens 6,7 % af borgerne har været generet af hovedpine inden for de seneste 14 dage. Andelen af kvinder, der har haft hovedpine inden for de seneste 14 dage, er større end andelen af mænd. Andelen af borgere med smerter i bevægeapparatet stiger med alderen. Andelen af borgere med smerter falder med stigende uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet. En stor andel af enlige og borgere med ikke-vestlig baggrund oplever smerter fra bevægeapparatet.

15 % af Region Hovedstadens borgere har inden for de seneste 14 dage været meget generet af psykiske symptomer. En større andel af kvinder end mænd er meget generet af psykiske symptomer, og andelen falder med stigende uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet. Andelen af borgere, som er meget generet af psykiske symptomer, er størst blandt enlige og borgere med ikke-vestlig baggrund.

Sygefravær: I Region Hovedstaden har 19 % af de erhvervsaktive borgere haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, og 5,1 % af borgerne har haft mere end 25 dages sygefravær inden for det seneste år. Andelen af borgere, som har haft sygefravær, er størst blandt kvinder og ældre. Andelen af borgere med sygefravær inden for de seneste 14 dage varierer fra 14 % til 26 % i kommunerne.

Biologiske mål

De første tegn på, at kroppen er i meget høj risiko for at udvikle kronisk sygdom, kan måles ved ændringer i biologiske mål som vægt og blodtryk.

Overvægt: Når der skelnes mellem moderat og svær overvægt, er 30 % af borgerne i Region Hovedstaden moderat overvægtige, mens 11 % er svært overvægtige. Sammenlignet med kvinder er andelen af mænd med moderat overvægt større, mens andelen af svært overvægtige er næsten den samme blandt mænd og kvinder. Andelen af borgere med både moderat og svær overvægt stiger med alderen. Svær overvægt falder med højere uddannelsesniveau, mens tendensen er mindre tydelig for moderat overvægt. Andelen af moderat overvægtige er størst blandt pensionister, mens den for svært overvægtige er størst blandt borgere i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet. Siden 2007 er der ingen ændringer sket i forekomsten af moderat og svær overvægt.

Forhøjet blodtryk: I Region Hovedstaden har 16 % af borgerne forhøjet blodtryk. Andelen af borgere med forhøjet blodtryk er lige stor blandt kvinder og mænd, og andelen stiger med alderen. Der ses en social gradient i forhold til forhøjet blodtryk. Andelen af borgere med forhøjet blodtryk falder med stigende uddannelse. Andelen er mindst blandt beskæftigede og arbejdsløse og størst blandt pensio-

nister. Andelen af borgere med forhøjet blodtryk varierer betydeligt på tværs af kommunerne fra 9 % til 23 %.

Kroniske sygdomme

I sundhedsprofilen er fokus lagt på de hyppigst forekommende kroniske sygdomme. Det drejer sig om hjertekar-sygdomme, diabetes, kræft, kroniske lungesygdomme (KOL og astma), muskelskeletsygdomme (gigt, rygsygdomme og knogleskørhed), psykiske sygdomme (forbigående og vedvarende), hovedpine og allergi.

I Region Hovedstaden har 57 % af borgerne på 16 år og derover mindst én kronisk sygdom, og 12 % lever med mindst 3 kroniske sygdomme. For de 65+årige har 76 % af borgerne mindst én kronisk sygdom. Allergi er den hyppigste kroniske sygdom blandt alle borgere, hvorimod slidgigt er den hyppigste lidelse blandt de ældre aldersgrupper. I aldersgruppen 65+ år har henholdsvis 12 % sukker-syge, 11 % KOL og 46 % slidgigt. Der er sociale forskelle i forhold til forekomsten af kroniske sygdomme. Forekomsten falder generelt med stigende uddannelsesniveau og er hyppigst blandt borgere uden for arbejdsmarkedet.

Der er et stort forebyggelsespotentialer blandt patienter med kroniske sygdomme, idet de generelt oftere har uhen-

sigtsmæssig sundhedsadfærd end borgere uden kroniske sygdomme. Borgere med kroniske sygdomme har desuden hyppigere et dårligt helbred og er hyppigere stressede end borgere uden kronisk sygdom.

Sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom har en større andel af borgere med kronisk sygdom haft sygefravær – både inden for de sidste 14 dage og sygefravær på mere end 25 dage det seneste år. En større andel af borgere med kronisk sygdom har desuden brug for hjælp til daglige gøremål, og færre har et stærkt socialt netværk. Borgere med hjertekarsygdomme, KOL, leddegigt og vedvarende psykiske sygdomme har generelt brug for mest hjælp til daglige gøremål.

Sexsygdomme

I Region Hovedstaden har 28 % af de unge fået konstateret en eller flere seksuelt overførte sygdomme. Klamydia er den mest udbredte sexsygdom, som 18 % af de unge har fået konstateret, mens 11 % har haft kønsvorter, og 5 % har haft herpes på kønsorganerne. En større andel af kvinderne har fået konstateret sexsygdomme, herunder klamydia, sammenlignet med mænd. Andelen af unge, som har fået konstateret en sexsygdom, varierer på tværs af kommunerne fra 16 % til 36 %.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Indledning	11
1.1 Formål	12
1.2 Baggrund	12
1.3 Indhold	12
1.3.1 Opbygning af rapporten	12
1.3.2 Analysefokus	13
1.4 Materiale	13
1.4.1 Spørgeskemadata	14
1.4.2 Registerdata	16
1.4.3 Spørgeskemadata fra 2007	16
1.5 Metode	16
1.5.1 Vægtning	16
1.5.2 Præsentation af resultater på regionsniveau	16
1.5.3 Præsentation af resultater på kommuneniveau	18
1.6 Medarbejdere	20
Kapitel 2: Demografi og sociale forhold	21
2.1 Demografi	22
2.1.1 Indbyggertal	22
2.1.2 Alder	23
2.1.3 Samlivsstatus	25
2.1.4 Etnisk baggrund	27
2.2 Sociale forhold	29
2.2.1 Uddannelse	29
2.2.2 Erhvervstilknytning	32
2.2.3 Bruttoindkomst	35
2.3 Kommunesocialgrupper	37
Kapitel 3: Sundhedsadfærd	41
3.1 Rygning	43
3.1.1 Dagligrygere	44
3.1.2 Ikkerygere	47
3.1.3 Daglig passiv rygning blandt ikkerygere	50
3.1.4 Rygning i hjem med børn	53
3.2 Alkohol	56
3.2.1 Borgernes alkoholadfærd	58
3.2.2 Risikabel alkoholadfærd	66
3.2.3 Risikabel alkoholadfærd i hjem med børn	69
3.3 Kost	72
3.3.1 Generelle kostvaner	73
3.3.2 Frugt, grøntsager og fisk	76
3.3.3 Fastfood	81
3.3.4 Sodavand, slik og kager	84
3.4 Fysisk aktivitet	88
3.4.1 Fysisk aktivitet i fritiden – 30 minutter om dagen	89
3.4.2 Borgere med stillesiddende aktiviteter i fritiden – mere end fire timer om dagen	92
3.4.3 Borgere med stillesiddende arbejde – mindst seks timer om dagen	95
3.4.4 Borgere med stillesiddende adfærd – sammenlagt ti timer om dagen	98
3.4.5 Transport til og fra arbejde	101
3.5 Euforiserende stoffer	104
3.5.1 Udbredelse af euforiserende stoffer	105
3.5.2 Forbrug af hash og andre stoffer den seneste måned	108
3.6 Ubeskyttet sex	111

Kapitel 4: Generelt helbred	115
4.1 Selvvurderet helbred	116
4.2 Fysisk og mentalt helbred	121
4.3 Stress	126
4.4 Symptomer	130
4.4.1 Symptomer fra bevægeapparatet og hovedpine	130
4.4.2 Psykiske symptomer	135
4.5 Sygefravær	138
Kapitel 5: Biologiske mål	143
5.1 Overvægt	144
5.2 Forhøjet blodtryk	149
Kapitel 6: Kroniske sygdomme	153
6.1 Forekomsten af kroniske sygdomme	156
6.1.1 Hjertekarsygdomme	157
6.1.2 Diabetes	164
6.1.3 Kræft	167
6.1.4 KOL og astma	170
6.1.5 Muskelskeletsygdomme	175
6.1.6 Psykiske sygdomme	184
6.1.7 Allergi og hovedpine	189
6.1.8 Flere kroniske sygdomme	194
6.2 Kroniske sygdomme, sundhedsadfærd og overvægt	197
6.2.1 Sundhedsadfærd og de forskellige kroniske sygdomme	197
6.2.2 Overvægt og de forskellige kroniske sygdomme	198
6.3 Kroniske sygdomme og helbred	199
6.3.1 Generelt helbred og mindst tre kroniske sygdomme	200
6.4 Kroniske sygdomme, symptomer og sygefravær	205
6.4.1 Symptomer og de forskellige kroniske sygdomme	205
6.4.2 Sygefravær og de forskellige kroniske sygdomme	207
6.4.3 Sygefravær og mindst tre kroniske sygdomme	208
6.5 Kroniske sygdomme og begrænsninger i daglige gøremål	209
6.5.1 Begrænsninger i daglige gøremål og de forskellige kroniske sygdomme	209
6.5.2 Begrænsninger i daglige gøremål og mindst tre kroniske sygdomme	211
6.6 Kroniske sygdomme og socialt netværk	214
6.6.1 Socialt netværk og de forskellige kroniske sygdomme	214
6.6.2 Socialt netværk og mindst tre kroniske sygdomme	216
Kapitel 7: Sexsygdomme	219
Referencer	224
Kapitel 8: Bilag	225
Bilag 1 Planlægningsområder og hospitalsoptageområder i relation til hospitalsplanlægningen for Region Hovedstaden	226
Bilag 2 Klassificering af uddannelsesniveaue på baggrund af spørgeskemaoplysninger	227
Bilag 3 Klassificering af erhvervstilknytning på baggrund af spørgeskemaoplysninger	228



Kapitel 1

Indledning



1 Indledning

1.1 Formål

Formålet med sundhedsprofilen er at fungere som et planlægningsredskab for både kommuner og region. Sundhedsprofilen for region og kommuner 2010 bidrager med detaljeret viden om de voksne borgeres sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd i regionen som helhed og i de enkelte kommuner. Denne viden er sat i relation til en række demografiske og sociale forhold. Sundhedsprofilen kan eksempelvis danne basis for kommunernes sundhedspolitik eller skabe overblik i forbindelse med regionens overordnede hospitalsplanlægning. Endelig er sundheds-

profilen, som både er kommunal og regional, et unikt redskab som grundlag for sundhedsaftalerne mellem kommunerne, praksissektoren og regionen.

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

1.2 Baggrund

Den første sundhedsprofil for Region Hovedstaden blev udarbejdet i 2007/2008 og dækkede samtlige 29 kommuner og 10 bydele i regionen. Denne anden sundhedsprofil for region og kommuner er en fortsættelse af den kortlægning af borgernes sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd, som blev præsenteret i den første sundhedsprofil. Yderligere er den en del af et nationalt samarbejde, som har til formål at udarbejde sundhedsprofiler i alle landets fem regioner på samme tid og dermed gøre det muligt at sammenligne borgernes sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd på tværs af hele landet.

Sundhedsprofilen er således en del af et nationalt koncept, hvor indhold, 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.

Samtidig har Region Hovedstadens sundhedsprofil sit eget regionale og lokale præg gennem et tæt samarbejde mellem region og kommuner omkring valg af særlige fokusområder i profilen samt valg af struktur og formidlingsform i denne rapport. Der er i denne sundhedsprofil lagt vægt på at bevare kontinuiteten i forhold til den første sundhedsprofil for Region Hovedstaden. Dermed er det muligt at beskrive udviklingen siden 2007 i regionen generelt og i de enkelte kommuner på en række centrale områder.

Den næste sundhedsprofil planlægges udført i 2013.

1.3 Indhold

1.3.1 Opbygning af rapporten

En sundhedsprofil viser ikke alene borgernes aktuelle sundhedstilstand, men afdækker også mulige indsatsområder, som vil kunne forbedre sundheden og mindske sygeligheden på kort og på lang sigt.

De seneste års omfattende forskning inden for årsager til kroniske sygdomme danner grundlag for omstående overordnede forklaringsmodel. Figuren skal læses fra venstre mod højre.

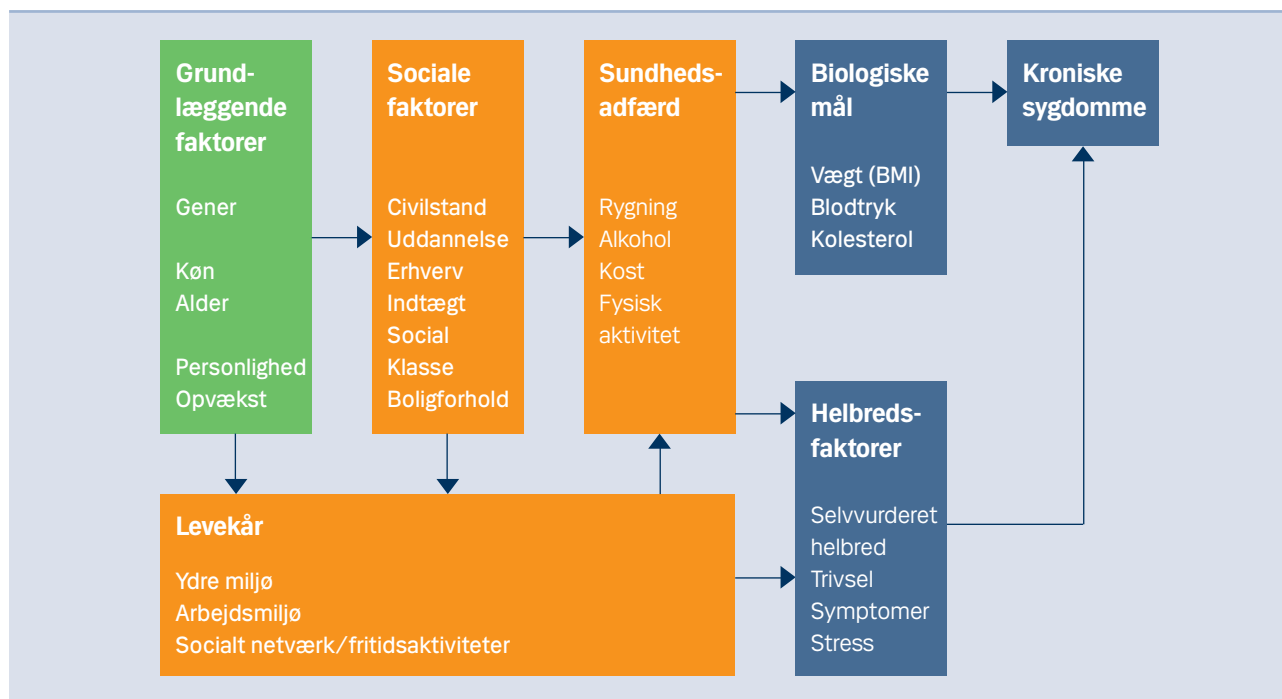
Figuren viser sammenhængen mellem individuelle og sociale faktorer, levestandard, sundhedsadfærd, helbreds-faktorer, biologiske mål og kroniske sygdomme og peger derigennem på, hvordan en lang række faktorer påvirker udviklingen af kroniske sygdomme. Hvis der iværksættes en effektiv forebyggende og sundhedsfremmende indsats

over for borgernes adfærd og rammerne omkring borgernes liv, vil der på sigt kunne registreres en forbedring i helbreds-faktorer og biologiske mål samt en reduktion i andelen af borgere, der udvikler kronisk sygdom. Sundhedsprofilen består af to dele:

Del 1 "Sundhedsprofil for region og kommuner 2010" er en deskriptiv rapport, som er inddelt i kapitler, der hver især beskriver de forskellige elementer i årsagsmodellen (med undtagelse af levestandard, som ikke indgår i denne sundhedsprofil). Denne del kan med fordel bruges som opslagsværk.

Del 2 "Sundhedsprofil 2010 – Forebyggelse" har fokus på forebyggelse og indeholder en beskrivelse af forebyggelses-potentialet samt anvisninger til, hvad kommunerne konkret kan gøre i forhold til forebyggelse.

Figur 1.1. Årsagsmodel til udvikling af kronisk sygdom



1.3.2 Analysefokus

Der er i sundhedsprofilen lagt vægt på at belyse forebyggelsespotentialet i såvel kommuner som region. Det betyder, at fokus i de enkelte kapitler primært vil være på de borgere, som har størst behov for forebyggelsesindsatser, eksempelvis borgere med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Det er dog ikke et udtryk for, at det er uvæsentligt at fokusere på borgere uden sundhedsproblemer eller uden uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Da disse borgere ofte er ressourcerstærke, kan de være med til at fremme den fælles indsats i forhold til at højne sundheden generelt, hvilket er en vigtig del af forebyggelsesarbejdet. Det er dog ikke fokus i denne rapport.

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

Et gennemgående træk i sundhedsprofilen er fokus på den sociale ulighed i sundhed både på individniveau, men også på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden. Kommu-

nerne er derfor inddelt i fire kommunesocialgrupper på baggrund af andel borgere, der er uden for arbejdsmarkedet, andel borgere med kort uddannelse samt gennemsnitlig bruttoindkomst i kommunerne. For nærmere beskrivelse af kommunesocialgrupper, se afsnit 2.3.

Et andet gennemgående træk er beskrivelse af udviklingen siden 2007 i regionen generelt og i de enkelte kommuner på de områder, hvor det er muligt. Der vil dog være områder, hvor det ikke er muligt at se på ændringer siden 2007, da der er ændret på spørgsmålsformuleringerne. Derudover er forekomsten af kroniske sygdomme i denne sundhedsprofil beregnet ud fra spørgeskemaet, hvorimod der i 2007 blev anvendt registeroplysninger til at beregne forekomsten (se kapitel 6). Denne ændring skyldes den nationale standardisering, der er beskrevet i afsnit 1.4, og bevirker, at der ikke kan beskrives ændringer siden 2007 for kroniske sygdomme. Endelig kan der kun opgøres ændringer for borgere i alderen 25-79 år, da sundhedsprofilen i 2007 kun omfattede borgere i denne aldersgruppe. Da de to spørgeskemaundersøgelser er foretaget på forskellige årstider, kan det ikke udelukkes, at nogle ændringer delvist skyldes sæsonvariationer.

1.4 Materiale

De forskellige temaer i sundhedsprofilen er belyst med udgangspunkt i data fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2010" samt data fra centrale registre. 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.

1.4.1 Spørgeskemadata

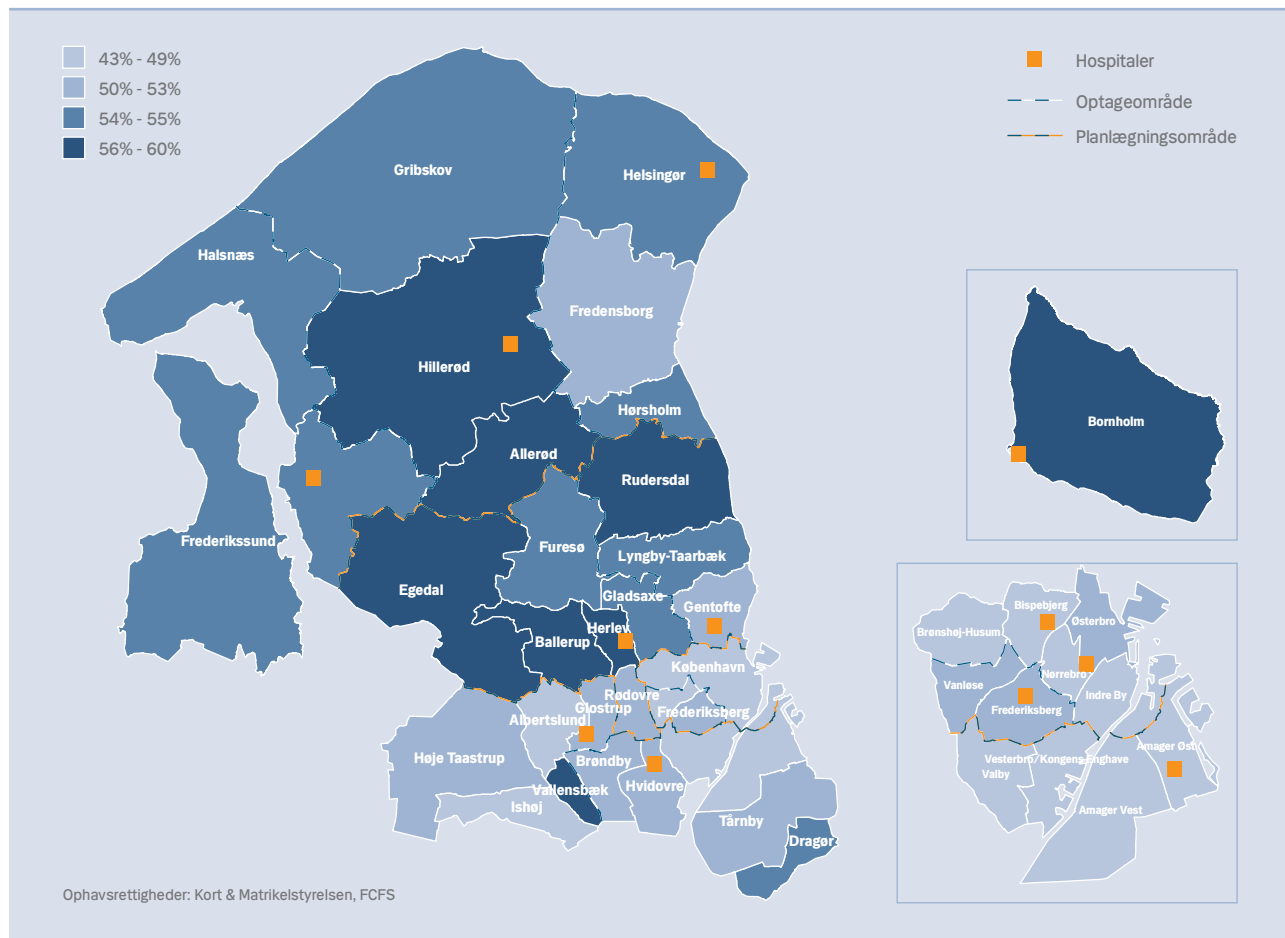
Sundhedsprofilen er hovedsageligt baseret på data fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2010". Spørgeskemaundersøgelsen er udarbejdet i overensstemmelse med et nationalt koncept, som er fastlagt af det nationale koordinerende udvalg.

Det nationale koncept indeholder en kerne af 52 fælles spørgsmål, som anvendes i spørgeskemaundersøgelserne "Hvordan har du det? 2010" i alle fem regioner. Det nationale koncept rummer aftaler om stikprøvestørrelser på minimum 2.000 personer pr. kommune, en fælles udsendelsesprocedure, der som minimum indebærer en ordinær udsendelse, et påmindelsespostkort, og mindst én rykker-skrivelse samt en fælles dato for den ordinære udsendelse. Desuden er der udarbejdet fælles regler for automatisk fejlretning og manuel verificering af disse spørgsmål, samt fælles vægtning for nonrespons som beskrevet i 1.5.1. Endelig er det nationalt besluttet, at de regionale sundhedsprofiler i 2010 skal beskrive borgere på 16 år og derover. Dette er en udvidelse siden 2007, hvor sundhedsprofilen fra Region Hovedstaden koncentrerede sig om borgere i alderen 25-79 år.

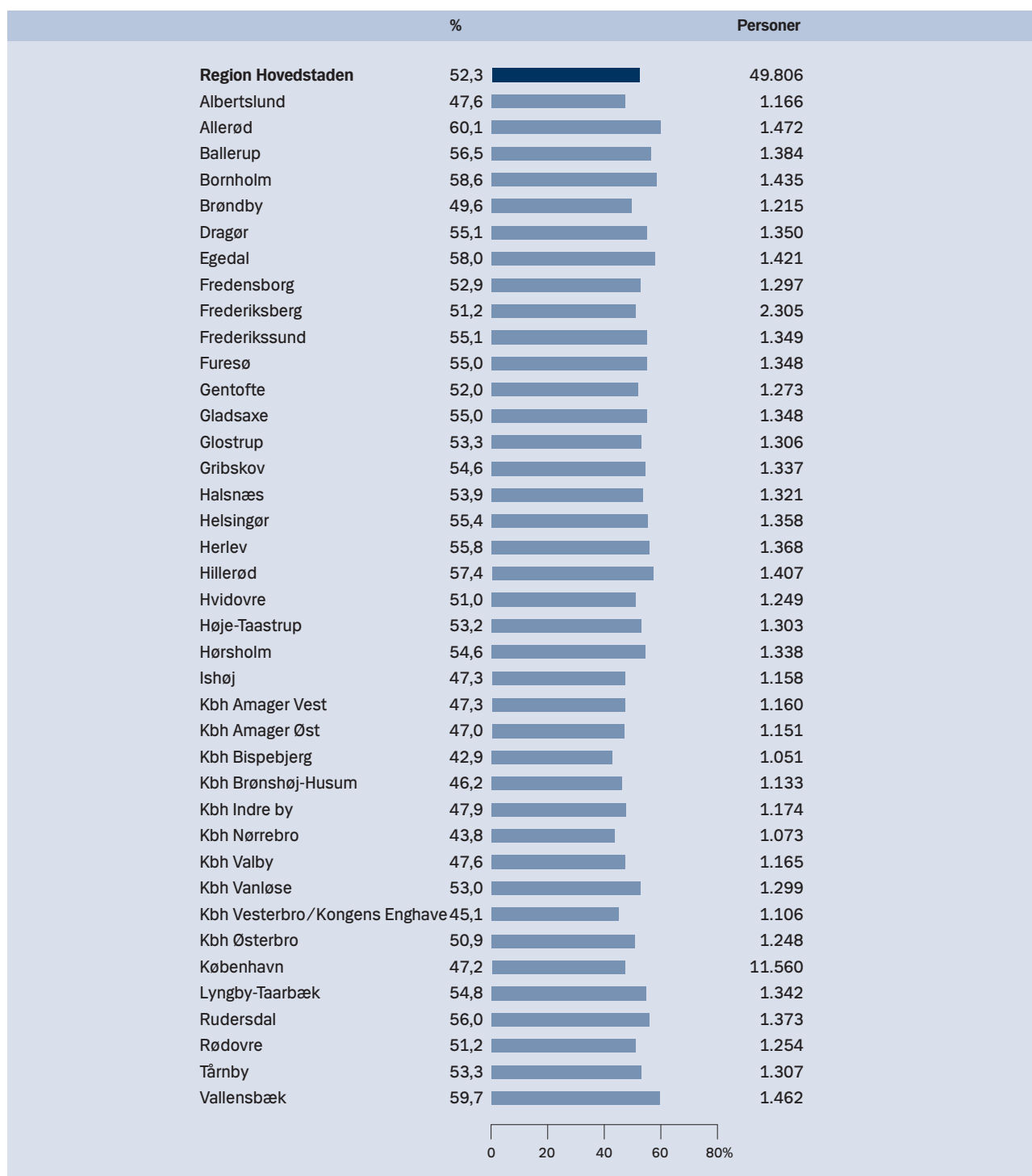
I Region Hovedstaden er der udsendt to forskellige versioner af spørgeskemaet "Hvordan har du det? 2010": Et til borgere på 16-34 år og ét til borgere på 35 år og derover. Hovedparten af spørgsmålene er ens i de to skemaer, men enkelte emner indgår kun i ét af skemaerne. Spørgeskemaerne er sendt til 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. Stikprøvestørrelsen er øget i forhold til det nationale minimum på 2.000 pr. kommune for at sikre, at kvaliteten af resultaterne svarer til undersøgelsen fra 2007, hvor spørgeskemaet kun blev sendt ud til borgere i alderen 25-79 år.

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. Det var muligt at besvare spørgeskemaet i papirform eller elektronisk via internettet. I alt 17,5 % af de borgere, som deltog i undersøgelsen, valgte at benytte internettet.

Figur 1.2 Borgere, som har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2010"



Tabel 1.1 Borgere, som har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2010"



Der er stor forskel på deltagelsesprocenten i de enkelte kommuner (tabel 1.1). 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 af borgere, som har svaret, stiger desuden med alderen indtil 75-års alderen, hvorefter den 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 sprogvanskeligheder, idet spørgeskemaet blev udsendt på dansk.

Der er en social gradient i andelen af borgere, der svarer på spørgeskemaerne. Deltagelsesprocenten stiger med stigende bruttoindkomst. Ligeledes er der en højere deltagelse

sesprocent 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.

1.4.2 Registerdata

Oplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen er suppleret med oplysninger fra CPR-registeret i forhold til etnisk baggrund, køn og alder. Derudover er kommunesocial-

grupperne dannet på baggrund af oplysninger fra Uddannelsesstatistikregisteret og Indkomststatistikregisteret.

1.4.3 Spørgeskemadata fra 2007

Til at beskrive ændringer over tid er der anvendt spørgeskemadata fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?", som blev gennemført i de 29 kommuner i Region Hovedstaden. Her blev der udsendt spørgeskemaer til en tilfældig stikprøve blandt borgere i alderen 25-79 år. Der er udsendt ca. 1.800 spørgeskemaer til hver kommune og til hver af de 10 bydele i Københavns Kommune. Til Frederiksberg Kommune blev der sendt 3.000 skemaer. Spørge-

skemaundersøgelsen blev gennemført i Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Hørsholm og Vallensbæk Kommune i løbet af sommeren og efteråret 2006. I de øvrige kommuner i regionen blev undersøgelsen gennemført i september 2007.

I alt blev der udsendt spørgeskemaer til 69.800 borgere i hele regionen, og ligesom i 2010-undersøgelsen valgte 52,3 % at returnere et udfyldt skema.

1.5 Metode

1.5.1 Vægtning

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 stik-

prøve 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.

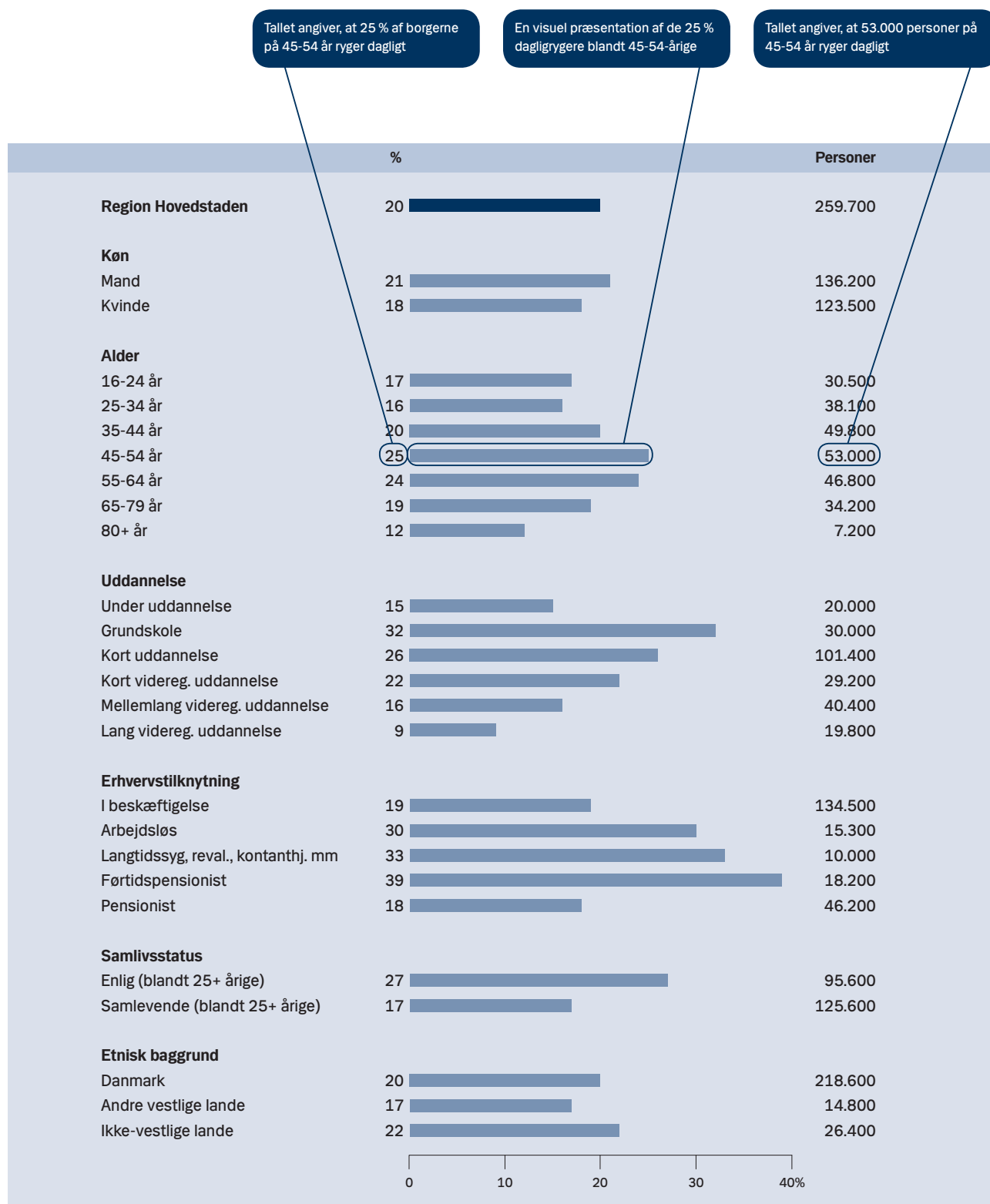
Resultaterne bliver således repræsentative for hele stikprøven og dermed også for befolkningen i de enkelte kommuner på trods af den varierende deltagelsesprocent på tværs af forskellige kommuner og befolkningsgrupper.

1.5.2 Præsentation af resultater på regionsniveau

I sundhedsprofilen præsenteres forekomsten af forskellige typer af sundhedsadfærd, sundhed og sygelighed i Region Hovedstaden som helhed. Som vist i figur 1.1 er der en række demografiske og sociale forhold, som har betydning for sundhedsadfærd samt udvikling af kroniske sygdomme. Derfor opgøres fordelingen af de fleste forhold i

sundhedsprofilen på køn, alder, uddannelsesniveau, erhvervstilknytning, samlivsstatus samt etnisk baggrund. På denne måde illustreres det, hvilke befolkningsgrupper der har det største forebyggelsespotentiale. Disse fordelinger vises i såkaldte regionstabeller som eksemplet i tabel 1.2.

Tabel 1.2 Læsevejledning for regionstabeller. Eksempel: Borgere, som ryger dagligt (tabel 3.1 i rapporten)



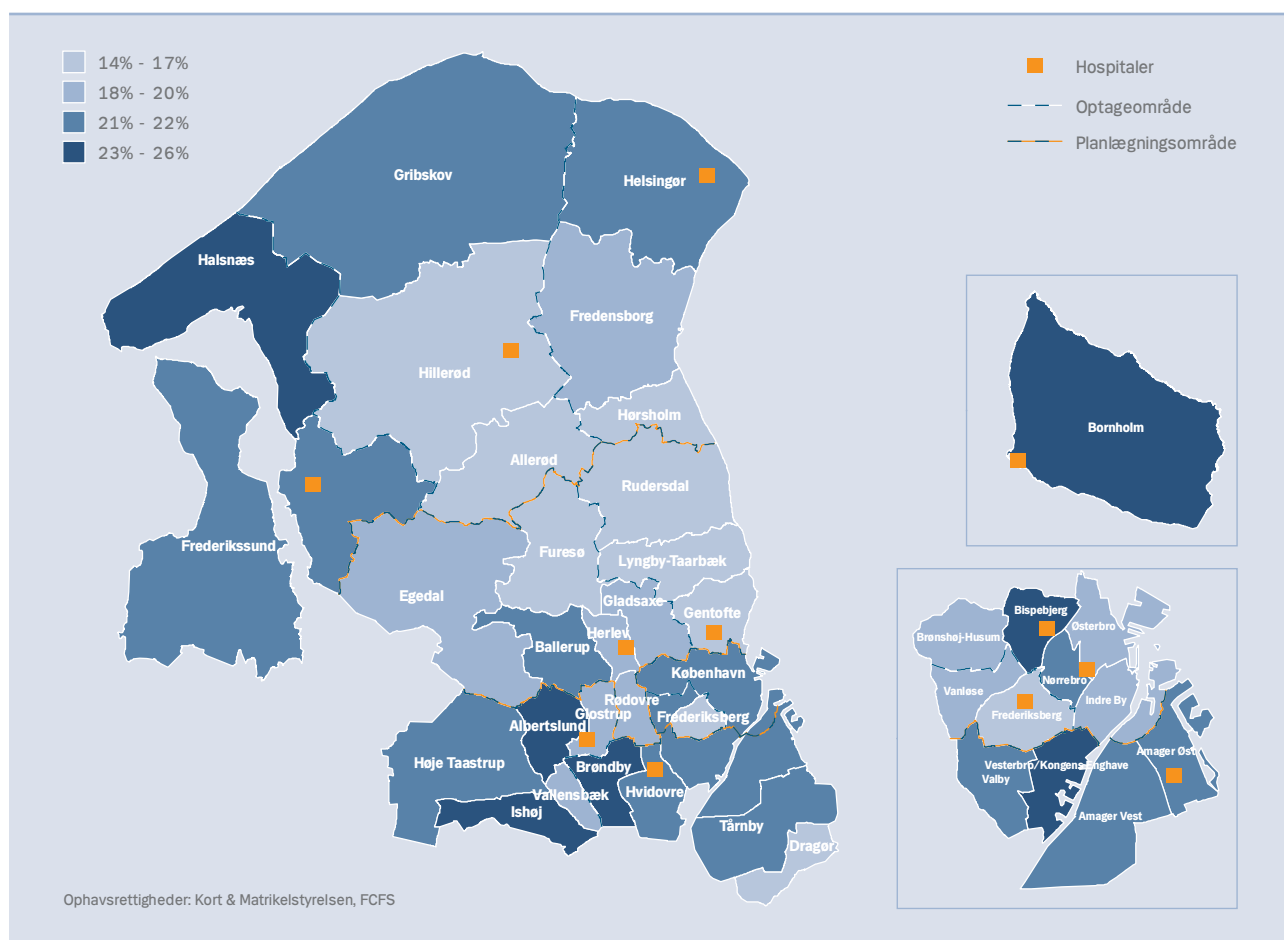
1.5.3 Præsentation af resultater på kommuneniveau

I sundhedsprofilen præsenteres resultater opgjort på kommuneniveau for langt de fleste emner. Det gøres dels ved hjælp af et regionskort og dels ved hjælp af en såkaldt kommunetabel. På regionskortet er kommuner og bydele inddelt i fire grupper på baggrund af forekomsten af den indikator, som beskrives, eksempelvis dagligrygere (figur 1.3). Hver kategori er tildelt en farve, så de kommuner og bydele, hvor forekomsten er størst, har den mørkeste nuance, mens de kommuner og bydele, hvor forekomsten er mindst, har den lyseste nuance. I forhold til eksemplet

med dagligrygere har kommunerne med den mørkeste blå nuance på figur 1.3 23-26 % dagligrygere. Kommuner og bydele med den lyseste blå nuance har 14-17 % dagligrygere. På kortet er derudover indtegnet hospitaler, medicinske optageområder for hospitalerne samt de fire hospitaletplanlægningsområder.

Kommunetabellerne indeholder en mere detaljeret præsentation af resultaterne opgjort på kommuneniveau, som vist i tabel 1.3.

Figur 1.3 Eksempel på regionskort, der illustrerer fordelingen af borgere i de enkelte kommuner og bydele, som ryger dagligt

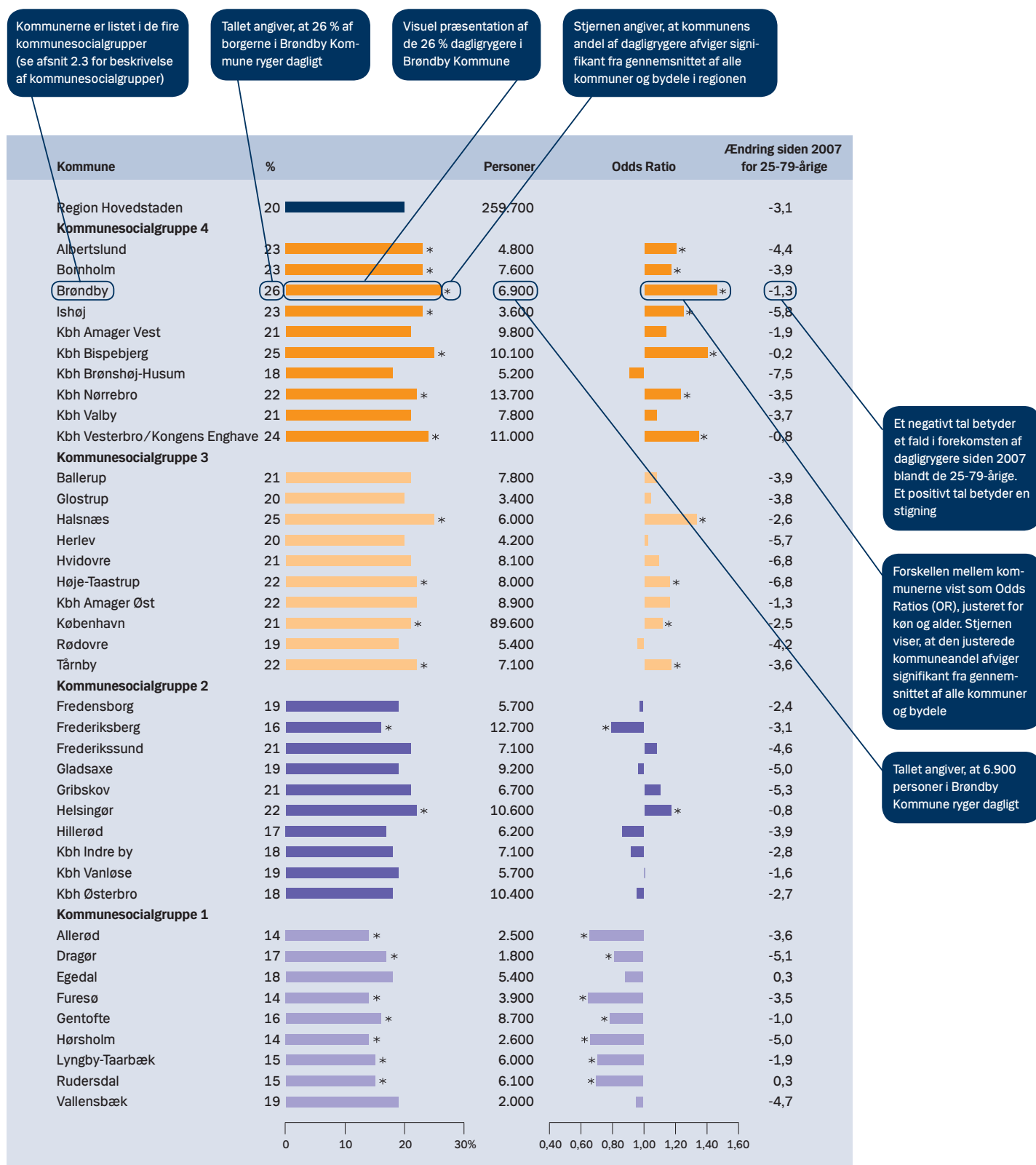


Fortolkningen af OR er, at hvis $OR > 1$ for en kommune, så er sandsynligheden for, at en borger i kommunen har f.eks. mindre godt selv vurderet helbred større i denne kommune i forhold til gennemsnittet af kommunerne i regionen, når der er taget højde for, at kommunerne ikke har lige mange mænd og kvinder og ikke har lige mange unge og ældre. Hvis $OR < 1$, så er sandsynligheden for, at en borger har mindre godt selv vurderet helbred mindre, når der tages højde for fordelingen af køn og alder i kommunerne.

Da ændringerne kun er opgjort for de 25-79-årige, mens kommuneandelene er opgjort for alle borgere på 16 år eller derover, kan forekomsten af eksempelvis mindre godt selv vurderet helbred i Brøndby Kommune i 2007 ikke udledes ved at lægge ændringen sammen med kommuneandelen.

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

Tabel 1.3 Læsevejledning for kommunetabeller. Eksempel: Borgere i kommunerne, som ryger dagligt (tabel 3.2 i rapporten)



1.6 Medarbejdere

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

Hovedkræfterne bag den regionale sundhedsprofil har været projektleder, cand. scient. san. publ. Lene Hammer-Helmich, videnskabelig medarbejder, MPH Lone Prip Buhelt, ledende statistiker Anne Helms Andreasen og forskningsleder overlæge, ph.d. Charlotte Glümer. I projektgruppen har også været cand. polyt., MPH Helle Hilding-Nørkjær, som har bidraget til planlægning og gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen og cand. scient. san. publ. Kirstine Magtengaard Robinson, som har bidraget til skriveprocessen. Studentermedhjælper Bodil Helbech Hansen har talt med de mange borgere, som ringede vedrørende spørgeskemaundersøgelsen. IT-medarbejder Gert Virenfelt og ledende datamanager Carsten Agger har samlet og håndteret de store mængder data fra henholdsvis registre og spørgeskemaundersøgelse. GIS-konsulent Peter Erbs-Maibing har lavet kort, sekretær Birgitte Pickering har læst korrektur, og sekretær Elisabeth Dahl Nielsen har været ansvarlig for hjemmesiden.

Et ekspertpanel bestående af seniorforsker Charlotta Pisinger, seniorforsker Mette Aadahl og post.doc.forsker Ulla Toft har givet input og faglig sparring i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten.

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

Demografi og sociale forhold



2 Demografi og sociale forhold

- 34 % af borgerne er 55 år eller derover, og 19 % er 65 år eller derover
- 6 % af borgerne i alderen 25-64 år bor alene med børn
- 9 % af borgerne har en ikke-vestlig baggrund
- 7,6 % af borgerne har kun en grundskoleuddannelse, mens 18 % har en lang videregående uddannelse
- 19 % af borgerne er ikke tilknyttet arbejdsmarkedet eller en uddannelsesinstitution

Sundhed og sygelighed er ikke fordelt tilfældigt. En lang række demografiske og socioøkonomiske forhold har betydning for borgernes sundhedstilstand og sundhedsadfærd. En del af forklaringen på de forskelle, der ses mellem kommunerne, kan således forklare med disse forskelle. I dette kapitel beskrives fordelingerne af borgerne i forhold til demografi og sociale forhold i Region Hovedstadens 29 kommuner og 10 bydele, herunder variationer mellem kommunerne og i enkelte tilfælde ændringer siden 2007. Kapitlet er, hvor det er muligt, baseret på oplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2010". Det drejer sig om oplysninger vedrørende samlivsstatus, uddannelse og erhvervstilknytning. Derudover er der suppleret med oplysninger fra befolkningsstatistikregistret og indkomststatistikregisteret i Danmarks Statistik vedrørende indbyggertal, alder, etnisk baggrund og indkomst.

2.1 Demografi

Demografi betyder befolkningsbeskrivelse og knytter sig til informationer om befolkningsforhold, befolkningsstørrelse, sammensætning og udvikling. I dette afsnit beskrives indbyggertal, aldersfordeling, samlivsforhold og etnisk baggrund på tværs af kommunerne i regionen.

2.1.1 Indbyggertal

Region Hovedstaden har knap 1,7 millioner indbyggere, hvoraf de knap 1,4 millioner er 16 år eller derover og udgør befolkningsgrundlaget for sundhedsprofilen.

Der er 29 kommuner og 10 bydele i Region Hovedstaden. Københavns Kommune er den største og udgør med sine godt 430.000 indbyggere omkring 1/3 af regionens befolkning på 16 år eller derover. For de resterende kommuner svinger indbyggertallene fra ca. 11.000 borgere i Dragør og Vallensbæk Kommune til ca. 81.000 borgere i Frederiksberg Kommune (tabel 2.1).

Tabel 2.1 Borgere på 16 år og derover i de 29 kommuner og 10 bydele i Region Hovedstaden

Kommune	Antal indbyggere
Region Hovedstaden	1.354.700
Albertslund	21.800
Allerød	18.300
Ballerup	38.000
Bornholm	34.900
Brøndby	27.200
Dragør	10.800
Egedal	31.400
Fredensborg	30.700
Frederiksberg	81.100
Frederikssund	34.900
Furesø	29.500
Gentofte	55.900
Gladsaxe	50.800
Glostrup	17.400
Gribskov	32.600
Halsnæs	25.000
Helsingør	48.600
Herlev	21.300
Hillerød	36.700
Hvidovre	39.800
Høje Tåstrup	37.500
Hørsholm	19.400
Ishøj	16.200
Kbh Amager Vest	46.800
Kbh Amager Øst	42.400
Kbh Bispebjerg	42.000
Kbh Brønshøj-Husum	30.200
Kbh Indre by	40.700
Kbh Nørrebro	62.000
Kbh Valby	38.800
Kbh Vanløse	30.100
Kbh Vesterbro/Kong	46.600
Kbh Østerbro	57.700
København	437.300
Lyngby-Tårnbæk	42.100
Rudersdal	42.600
Rødovre	29.300
Tårnby	32.400
Vallensbæk	11.000

2.1.2 Alder

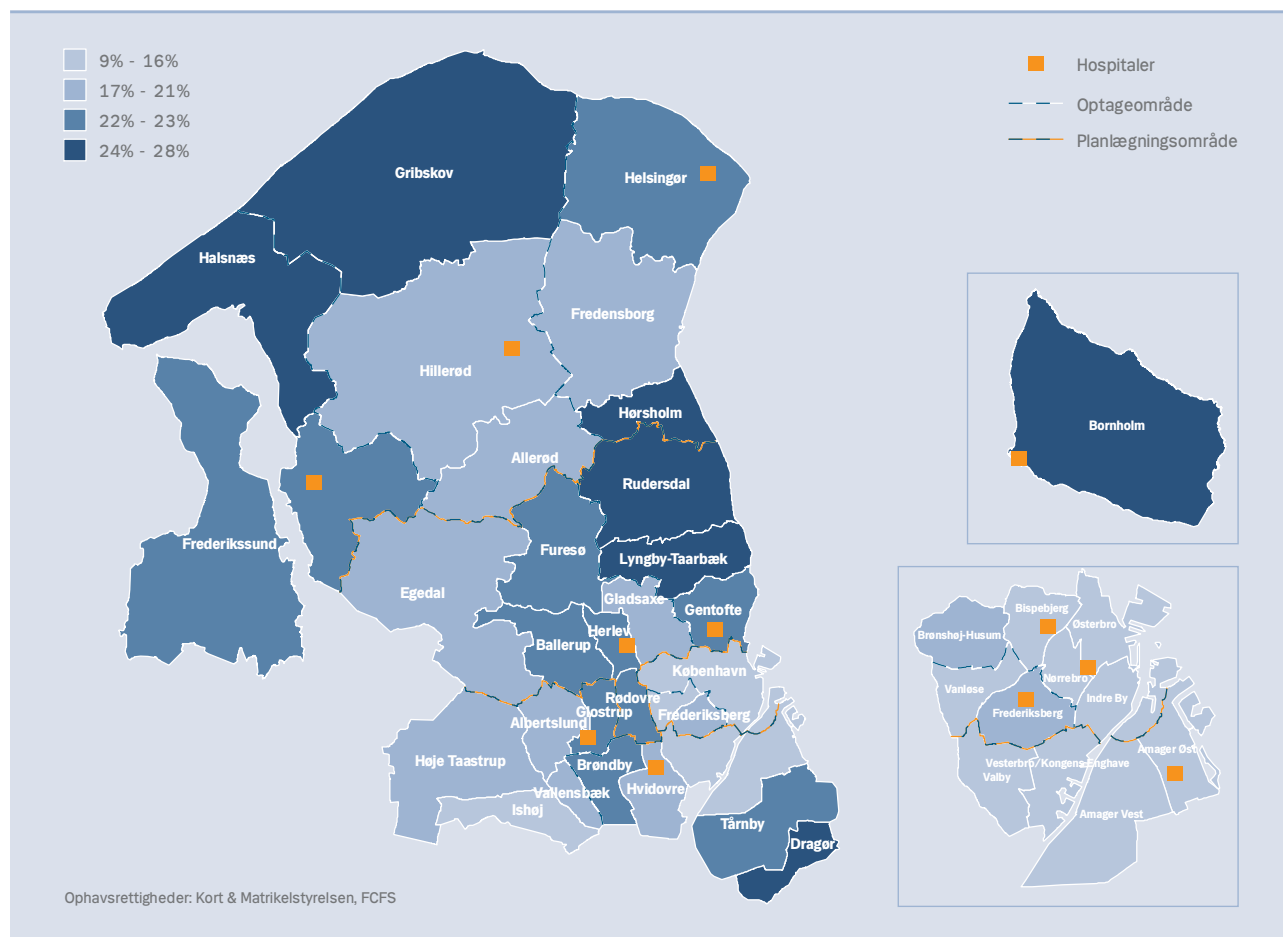
Alder er den faktor, der er stærkest forbundet med udviklingen af kroniske sygdomme. Jo ældre man er, des større er risikoen for at have en kronisk sygdom. Alderssammensætningen er derfor vigtig at tage i betragtning ved sammenligning af sygdomsforekomster på tværs af kommunerne. Alder er i sundhedsprofilen en registeroplysning.

I Region Hovedstaden er 81 % af borgerne på 16 år eller derover – svarende til 1.099.000 personer – i den erhvervsaktive alder (16-64 år), mens 19 % – svarende til 255.700 personer – er 65 år eller derover. Aldersfordelingen blandt kvinder og mænd ligner hinanden meget.

Tabel 2.2 Aldersfordeling i Region Hovedstaden

	Mænd		Kvinder	
	%	Personer	%	Personer
16-24 år	14	89.600	13	93.200
25-34 år	18	118.800	17	121.900
35-44 år	19	126.700	18	128.000
45-54 år	17	111.700	16	108.700
55-64 år	15	97.700	15	102.500
65-79 år	13	87.000	15	101.700
80+ år	3	22.800	6	44.300

Figur 2.1 Borgere, som er 65 år eller derover



Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år:

Aldersfordelingen i Region Hovedstaden har ikke ændret sig betydeligt i perioden 2007-2010. Andelen af borgere under 55 år er dog vokset lidt i de Københavnske bydele.

Variation mellem kommunerne: Fordelingen af ældre over 55 år ligner fordelingen af ældre over 65 år inden for hver kommune. Andelen af borgere på 55 år og derover vari-

erer fra 17 % i bydelene Nørrebro og Vesterbro/Kongens Enghave til 47 % på Bornholm og i Hørsholm Kommune. Tilsvarende varierer andelen af borgere på 65 år og derover fra 9 % i bydelene Nørrebro og Vesterbro/Kongens Enghave til 28 % i Hørsholm Kommune. Andelen af ældre er dermed tre gange så stor på Bornholm og i Hørsholm Kommune, som den er i bydelene Nørrebro og Vesterbro/Kongens Enghave.

Tabel 2.3 Borgere i kommunerne, som er 55 år eller derover, og borgere, som er 65 år eller derover

	55 år eller derover		65 år eller derover	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	34	456.000	19	255.700
Albertslund	33	7.200	17	3.800
Allerød	38	7.000	21	3.900
Ballerup	38	14.400	23	8.800
Bornholm	47	16.400	26	9.200
Brøndby	38	10.400	22	6.100
Dragør	45	4.800	26	2.700
Egedal	36	11.200	18	5.800
Fredensborg	41	12.500	21	6.400
Frederiksberg	32	26.100	19	15.500
Frederikssund	40	14.100	23	8.000
Furesø	40	11.900	23	6.800
Gentofte	39	21.800	22	12.400
Gladsaxe	35	17.900	20	10.200
Glostrup	37	6.500	22	3.800
Gribskov	43	14.100	24	7.800
Halsnæs	43	10.800	24	5.900
Helsingør	41	20.000	23	11.300
Herlev	39	8.300	23	4.800
Hillerød	36	13.300	20	7.500
Hvidovre	36	14.100	21	8.200
Høje-Taastrup	34	12.900	18	6.800
Hørsholm	47	9.100	28	5.500
Ishøj	32	5.300	16	2.500
Kbh Amager Vest	23	10.700	12	5.500
Kbh Amager Øst	22	9.400	12	5.000
Kbh Bispebjerg	24	10.000	13	5.600
Kbh Brønshøj-Husum	33	9.900	18	5.500
Kbh Indre by	29	11.700	15	6.000
Kbh Nørrebro	17	10.500	9	5.500
Kbh Valby	26	10.200	15	5.700
Kbh Vanløse	29	8.600	15	4.600
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	17	8.200	9	4.000
Kbh Østerbro	25	14.300	13	7.600
København	24	103.400	13	55.000
Lyngby-Taarbæk	40	16.700	24	10.000
Rudersdal	43	18.200	26	11.000
Rødovre	38	11.000	23	6.800
Tårnby	39	12.500	22	7.100
Vallensbæk	37	4.100	20	2.200

2.1.3 Samlivsstatus

Samlivsstatus i sundhedsprofilen opgøres på baggrund af oplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2010". Besvarelsene afspejler den enkelte borgers vurdering af, om man bor sammen med en partner eller bor sammen med børn. Dette kan afvige fra registeroplysninger om samlivsstatus, som er baseret på folkeregisteroplysninger og ikke tager hensyn til uformelle forhold som eksempelvis deleordninger for skilsmissebørn eller personer, som har folkeregisteradresse ét sted, men i praksis bor et andet sted.

Blandt de 16-24-årige er der kun 27 %, som bor sammen med en partner. Denne aldersgruppe er i en proces med at flytte hjemmefra, etablere sig selv og stifte partnerskaber, hvilket ofte er en omskiftelig proces med en række korterevarende foranstaltninger. Det er derfor ikke meningsfuldt at tale om betydning af samlivsstatus for sundheden i denne aldersgruppe på samme måde som i de øvrige aldersgrupper. De 16-24-årige er derfor ekskluderet fra opgørelserne af samlivsstatus i sundhedsprofilen.

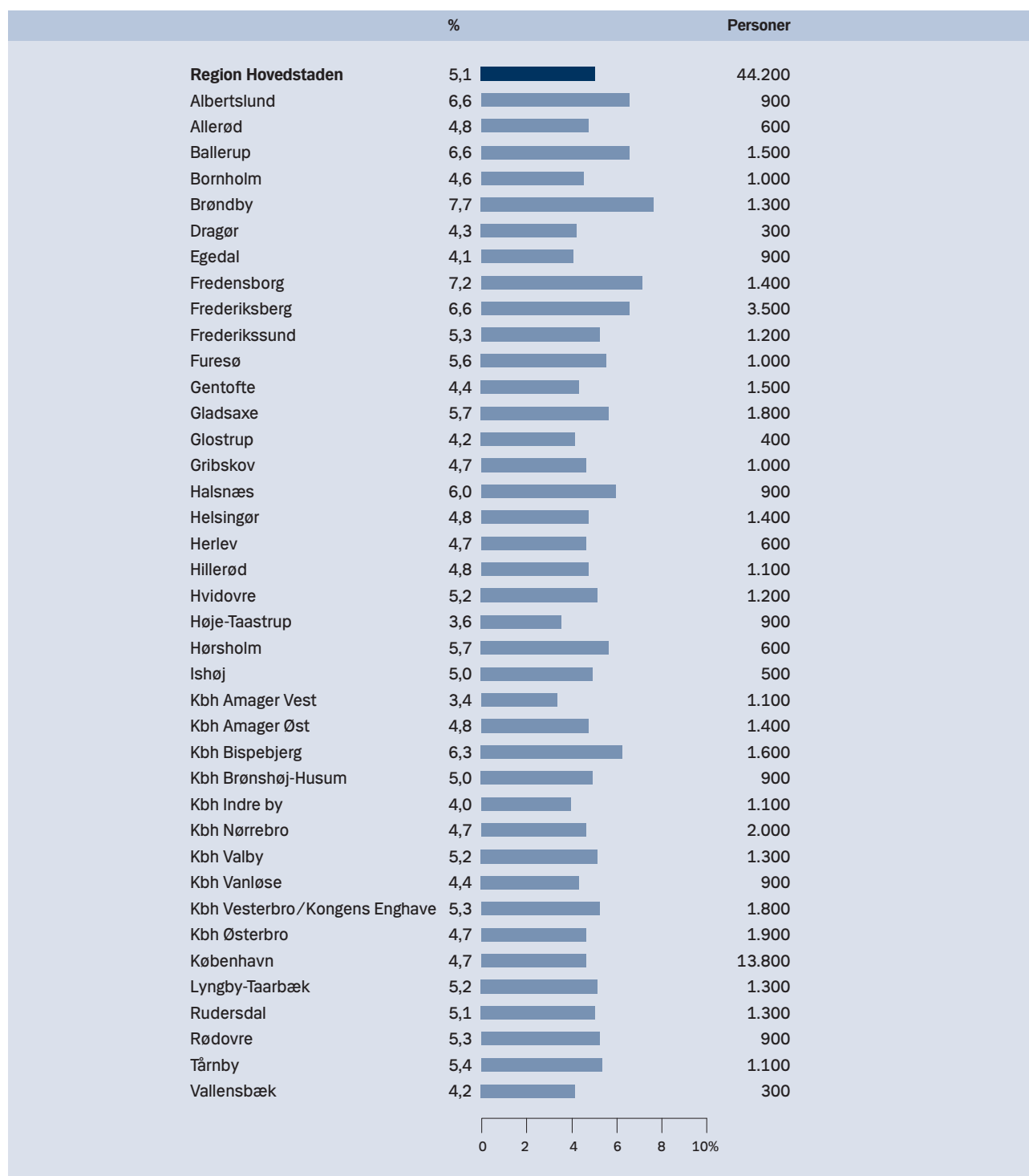
Tabel 2.4 Samlivsstatus for borgere på 25 år eller derover i Region Hovedstaden

	Mænd		Kvinder	
	%	Personer	%	Personer
Samlevende med børn	29	152.200	27	147.600
Samlevende uden børn	44	230.400	37	201.800
Enlig med børn	2	12.200	6	32.700
Enlig uden børn	24	123.700	29	159.200

Køn og alder: I Region Hovedstaden bor 73 % af mændene og 64 % af kvinderne på 25 år eller derover sammen med en partner (tabel 2.4). At færre kvinder end mænd bor sammen med en partner, skyldes blandt andet, at flere ældre kvinder end mænd overlever deres partner og bliver alene. 5,1 % af borgerne – svarende til 44.200 personer – bor alene sammen med børn (tabel 2.5). Heraf er knapt tre ud af fire kvinder, mens godt én ud af fire er mænd (tabel 2.4).

Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere i alderen 25-64 år, som bor alene med børn, varierer på tværs af bydele og kommuner fra 3,4 % i bydelen Amager Øst til 7,7 % i Brøndby Kommune.

Tabel 2.5 Borgere i alderen 25-64 år i kommunerne, som bor alene med børn



2.1.4 Etnisk baggrund

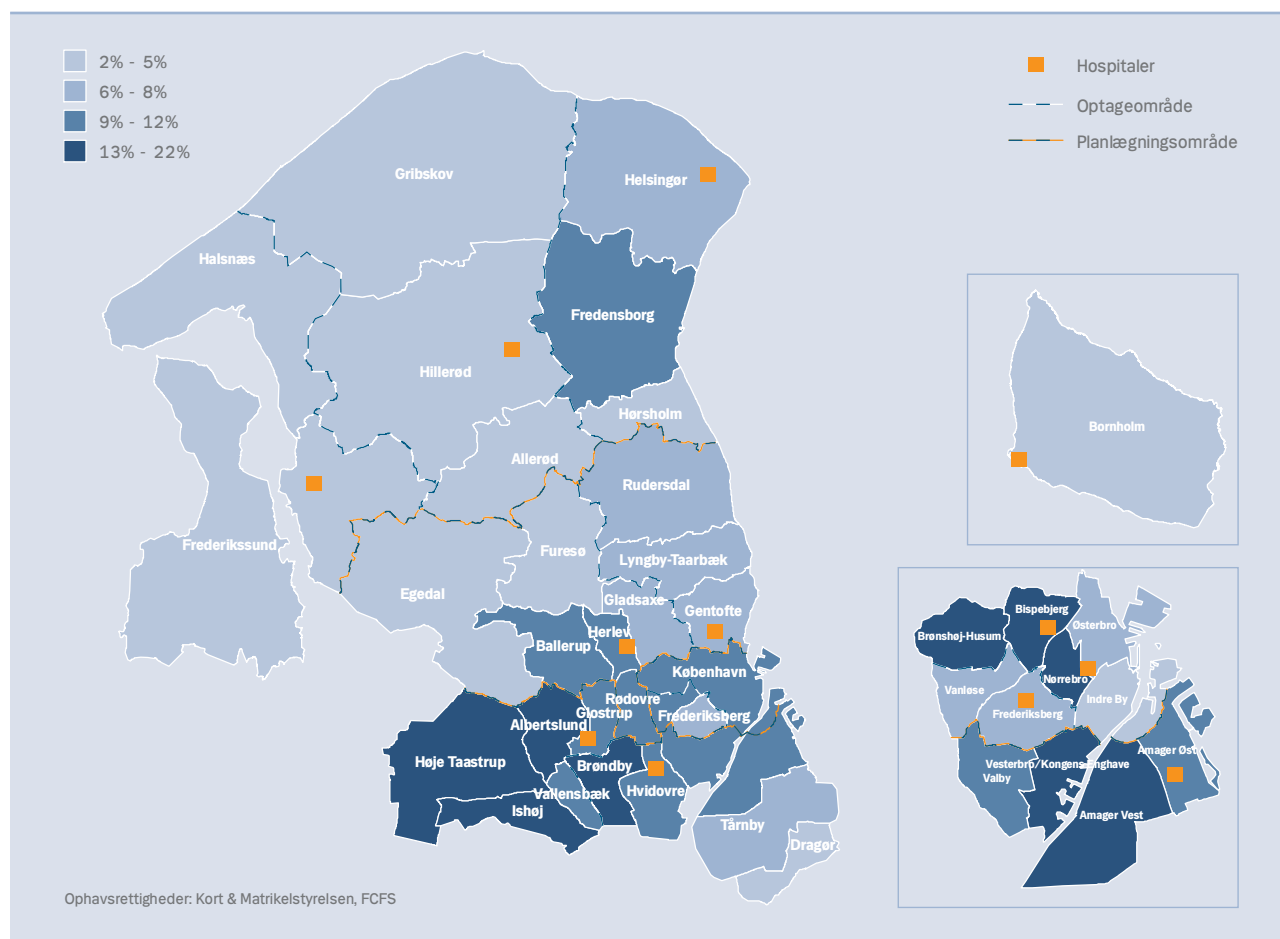
Etnisk baggrund kan have betydning for forekomsten af sygdomme som følge af forskelle på sundhedsadfærd eller forskelle på genetisk disposition for specifikke sygdomme. Etnisk baggrund opgøres i sundhedsprofilen på baggrund af registeroplysninger om borgerens fødested og statsborgerskab samt forældres fødested og svarer tilnærmelsesvist til registervariablen "oprindelsesland" fra Danmarks Statistik.

I Region Hovedstaden har 85 % af befolkningen en dansk baggrund, mens 7 % har en anden vestlig baggrund, og 9 % har en ikke-vestlig baggrund. De største etniske minoriteter kommer fra Tyrkiet og Pakistan (tabel 2.6). Andelen af borgere fra ikke-vestlige lande er størst blandt de 16-44-årige (resultater ikke vist).

Tabel 2.6 De ti største etniske grupper i Region Hovedstaden

Oprindelsesland	%	Personer
Danmark	84,7	1.152.600
Tyrkiet	1,9	25.300
Pakistan	1,0	14.100
Polen	0,7	9.400
Eks-Jugoslavien	0,7	9.000
Tyskland	0,6	8.600
Sverige	0,6	8.400
Irak	0,6	8.400
Norge	0,5	7.300
Storbritannien	0,4	6.000
Iran	0,4	5.900

Figur 2.2 Borgere, som har en ikke-vestlig baggrund



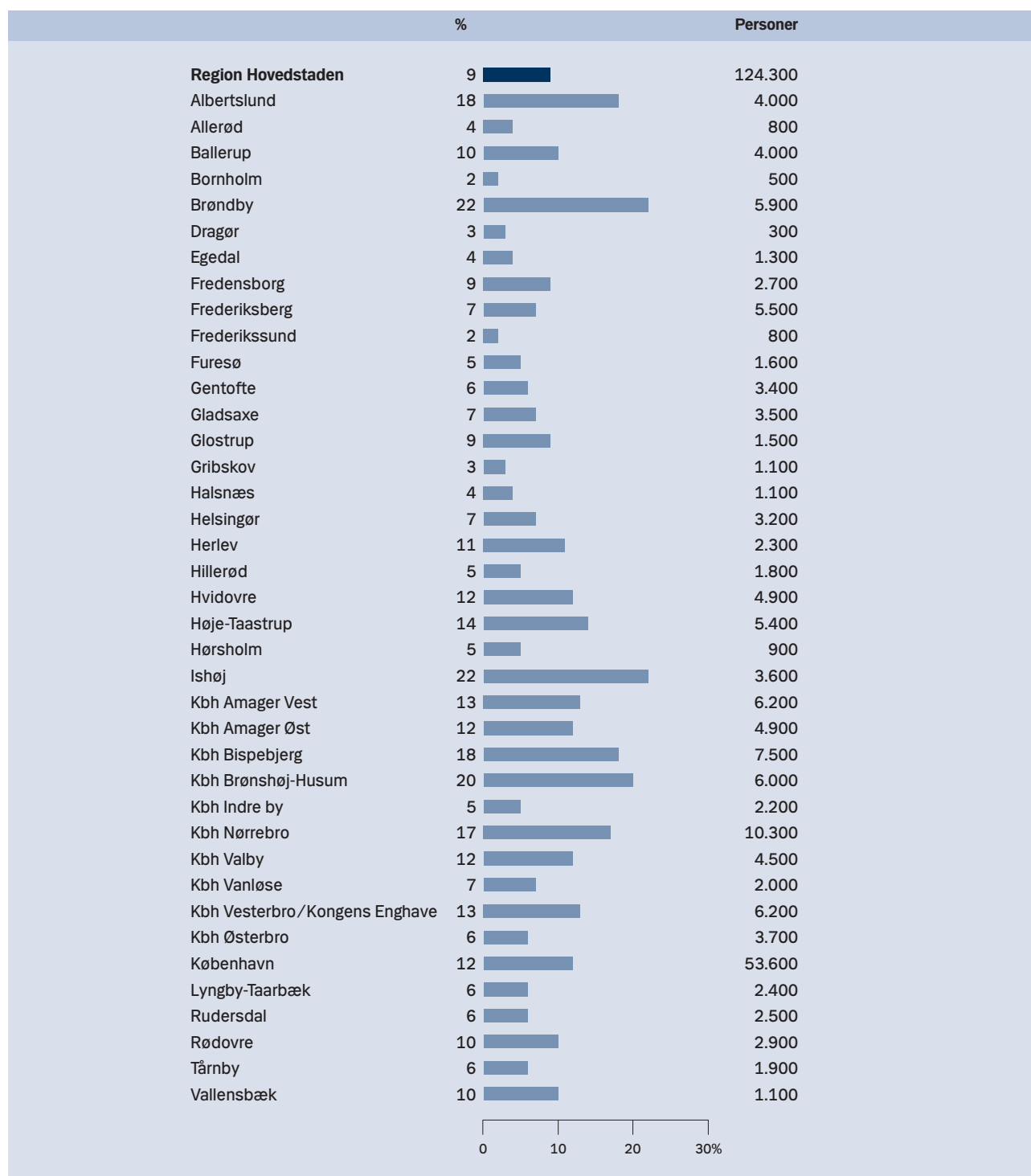
Inddeling af etnisk baggrund:

- Danmark
- Andre vestlige lande: Alle 27 EU-lande plus Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand
- Ikke vestlige lande: Alle øvrige lande

Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år: Andelen af borgere med anden etnisk baggrund end dansk er steget siden 2007 fra 12 % til 15 %. Især er gruppen af borgere fra Polen forøget. Således er der i 2010 næsten dobbelt så mange borgere fra Polen, som der var i 2007.

Variation mellem kommunerne: Der er stor variation i andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund på tværs af kommunerne (tabel 2.7). Den mindste andel findes på Bornholm og i Frederikssund Kommune, hvor kun 2 % af borgerne har en ikke-vestlig baggrund, mens den største andel på 22 % findes i Brøndby og Ishøj Kommune.

Tabel 2.7 Borgere i kommunerne, som har en ikke-vestlig baggrund



2.2 Sociale forhold

I dette afsnit beskrives en række sociale forhold, som kan have betydning for sundhedsadfærd samt udviklingen af kroniske sygdomme. Faktorerne inkluderer uddannelse,

erhvervstilknytning samt gennemsnitlig bruttoindkomst for borgerne i de enkelte kommuner.

2.2.1 Uddannelse

Uddannelse er et udtryk for social position. Det skyldes blandt andet, at uddannelse har indflydelse på muligheden for at få bestemte typer af jobs og dermed også på indkomstniveau og et givent niveau af materielle ressourcer. Samtidig kan uddannelsesniveau være et udtryk for borgerens evne til at finde relevant information og tilegne sig viden. Gennem uddannelse tilegner den enkelte sig kompetencer, som har betydning for personens tilbøjelighed til at træffe hensigtsmæssige beslutninger i forbindelse med egen sundhed.

I Sundhedsprofilen er borgernes uddannelsesniveau opgjort på baggrund af spørgeskemaoplysninger. Opgørelsen er foretaget efter de regler, som danner grundlag for Dansk Uddannelsesnomenklatur (www.dst.dk). For en uddybende beskrivelse af kategorisering af uddannelsesniveaut, se bilag 2.

Tabel 2.8 Uddannelsesniveau for mænd og kvinder i Region Hovedstaden

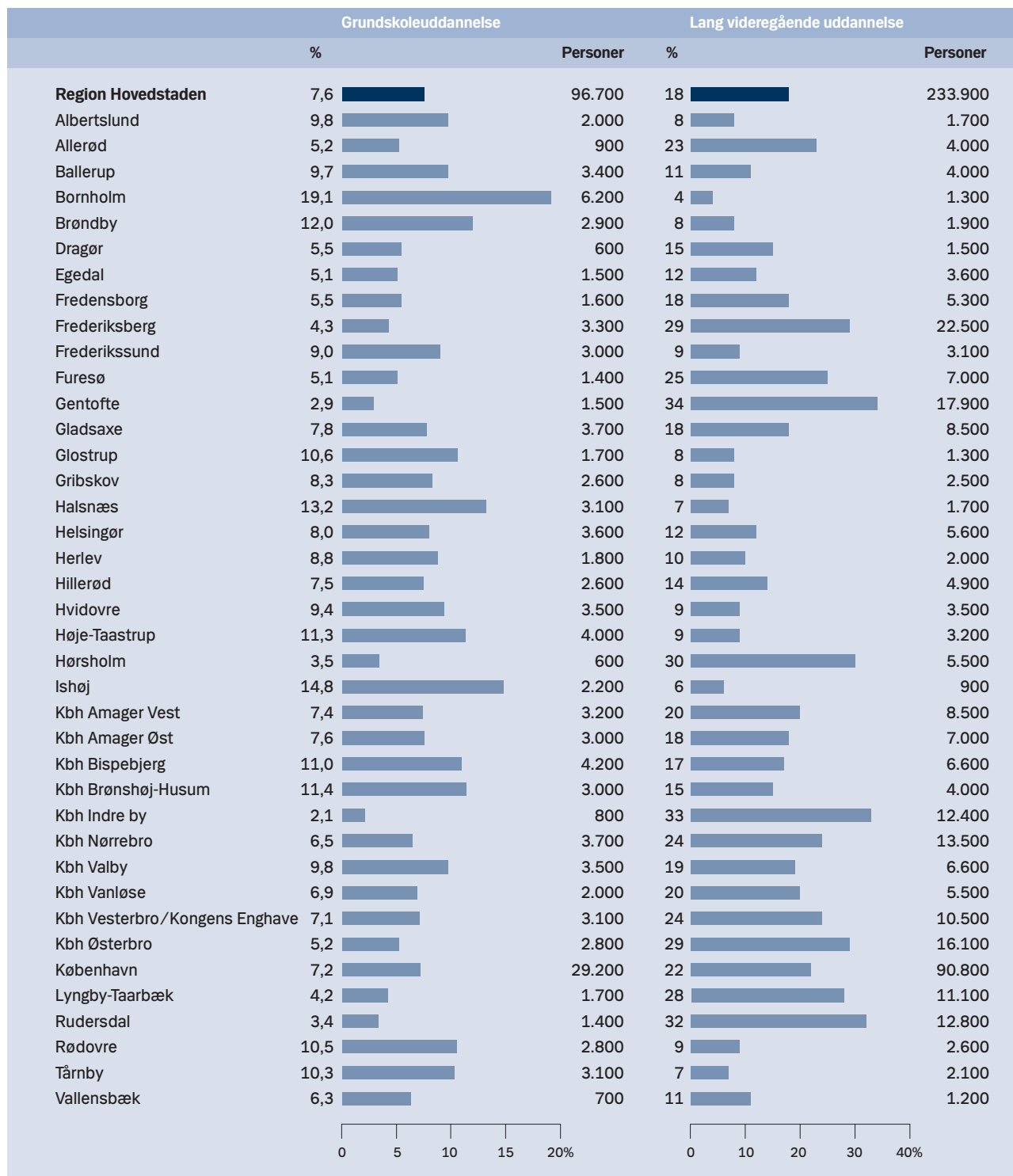
	Mænd		Kvinder	
	%	Personer	%	Personer
Under uddannelse	11	67.000	11	71.300
Grundskole	7	40.700	9	56.000
Kort uddannelse	37	228.300	27	176.400
Kort videreg. uddannelse	8	47.600	14	87.800
Mellemlang videreg. uddannelse	16	96.500	24	159.100
Lang videreg. uddannelse	22	134.800	15	99.100

Køn og alder: I Region Hovedstaden er der en større andel af mænd end kvinder, som har en lang videregående uddannelse, mens en større andel kvinder end mænd har en mellemlang videregående uddannelse (tabel 2.8). Samtidig er der en større andel af mænd end kvinder, der har en kort uddannelse. 11 % af både mænd og kvinder er under uddannelse.

Langt de fleste borgere under uddannelse er 16-24 år, og en mindre andel er 25-34 år. Andelen af borgere med en mellemlang eller lang videregående uddannelse er størst

blandt 25-44-årige (50-52 %) og mindst blandt borgere på 65 år eller derover (5-21 %). Dette afspejler, at det med tiden er blevet mere almindeligt at tage en lang uddannelse. Andelen af borgere med grundskoleuddannelse er størst blandt regionens ældste borgere (resultater ikke vist).

I alt 18 % af borgerne i Region Hovedstaden – svarende til 233.900 personer – har en lang videregående uddannelse, mens 7,6 % - svarende til 96.700 personer – kun har gennemført grundskolen (tabel 2.9).

Tabel 2.9 Borgere, som kun har grundskoleuddannelse, og borgere, som har en lang videregående uddannelse


2.2.2 Erhvervstilknytning

Et andet vigtigt mål for social position er erhvervstilknytning. Tilknytningen til arbejdsmarkedet kan beskrives som den strukturelle forbindelse mellem uddannelse og indkomst og er via denne forbindelse indirekte knyttet til borgernes muligheder i relation til egen sundhed. Dertil kommer den direkte forbindelse mellem erhvervstilknytning og helbred som følge af det fysiske og psykiske arbejdsmiljø på arbejdspladsen.

Endelig er eksklusion fra arbejdsmarkedet som følge af eksempelvis arbejdsløshed en markant begivenhed, som

kan føre til forringet helbred. Det skyldes ikke alene, at arbejdsløshed ofte er forbundet med tab af indkomst og dermed reduceret økonomiske råderum. At være ekskluderet fra arbejdsmarkedet medfører tab af sociale relationer og struktur på hverdagen, som er faktorer, der spiller en væsentlig rolle for det fysiske og det mentale helbred.

I Sundhedsprofilen er borgernes erhvervstilknytning opgjort på baggrund af spørgeskemaoplysninger. Opgørelsen er begrænset til borgere, som ikke er under uddannelse. For en beskrivelse af kategoriseringen, se bilag 3.

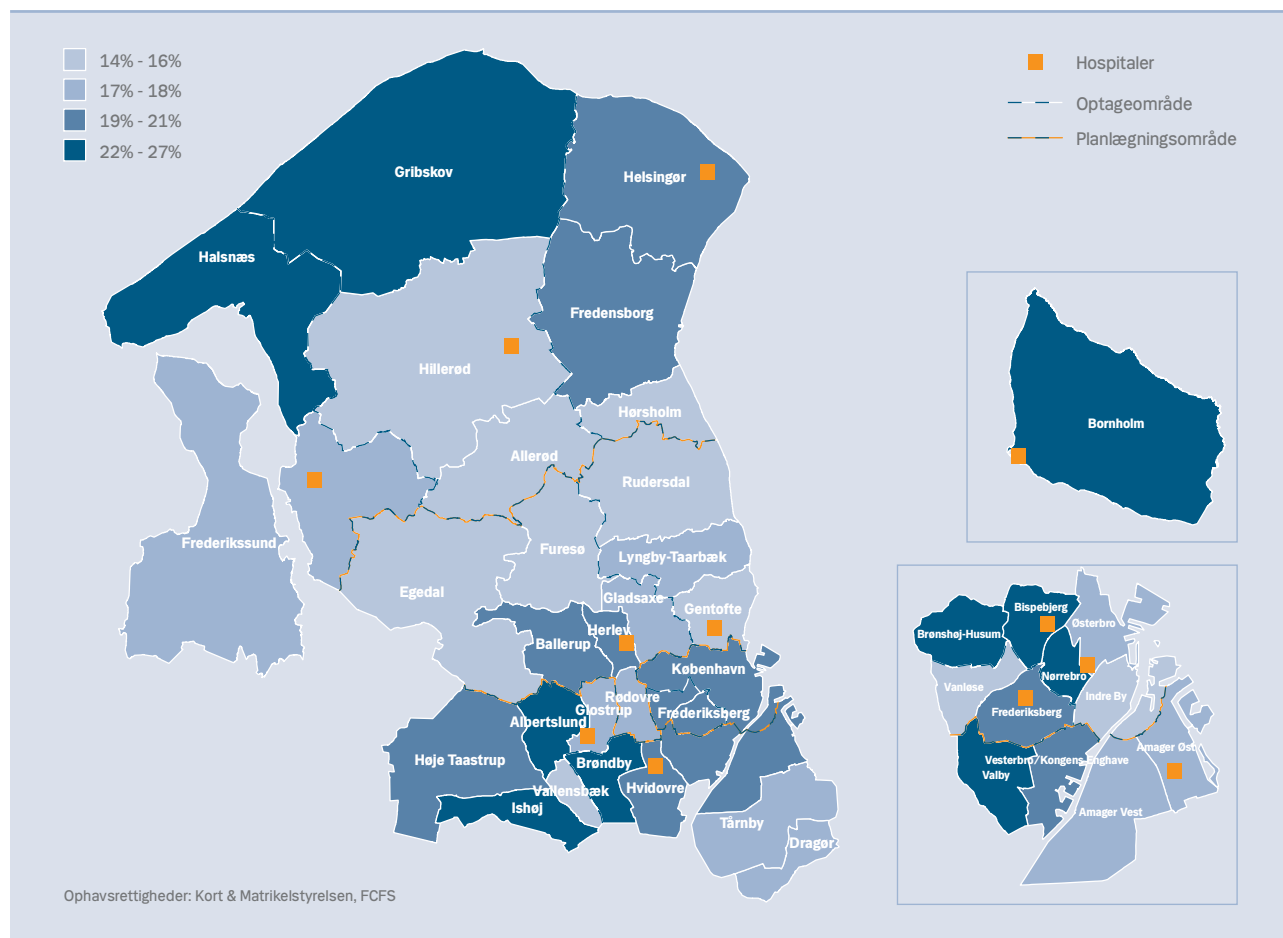
Tabel 2.10 Erhvervstilknytning for borgere i Region Hovedstaden, som ikke er under uddannelse

	Mænd		Kvinder	
	%	Personer	%	Personer
I beskæftigelse	69	380.300	61	352.000
Arbejdsløs	5	27.000	4	24.700
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	2	10.600	3	20.000
Førtidspensionist	4	20.600	5	27.600
Pensionist	21	114.800	27	153.600

Køn og alder: En lidt større andel af mænd er i beskæftigelse sammenlignet med kvinder, hvilket skyldes, at der findes flere kvinder end mænd blandt de ældste i regionen. Tilsvarende er en større andel af kvinder pensionister sammenlignet med mænd. Med hensyn til arbejdsløse, langtidssyge m.m. og førtidspensionister, er der ikke betydelig forskel på andelen af mænd og kvinder. Ser man på antal personer, er der dog dobbelt så mange kvinder som mænd, der er langtidssyge, på revalidering, kontanthjælp m.m.

71 % af de 16-24-årige og 20 % af de 25-34-årige er under uddannelse. Hvis man ser bort fra borgere under uddannelse, er beskæftigelsen høj blandt de 25-54-årige (84-89 %). Blandt de 55-64-årige er den noget lavere (60 %). Dette skyldes blandt andet, at én ud af fem borgere på 55-64 år er gået på pension, og at næsten én ud af otte er førtidspensionister. Til sammenligning er der kun én ud af 17 borgere i alderen 45-54 år, som er på førtidspension, og endnu færre i de yngre aldersgrupper. Blandt de 65-79-årige borgere er størstedelen på pension, men 7 % er stadig i beskæftigelse. Arbejdsløsheden er lidt større blandt de 25-34-årige, som ikke er under uddannelse, sammenlignet med de øvrige aldersgrupper (resultater ikke vist).

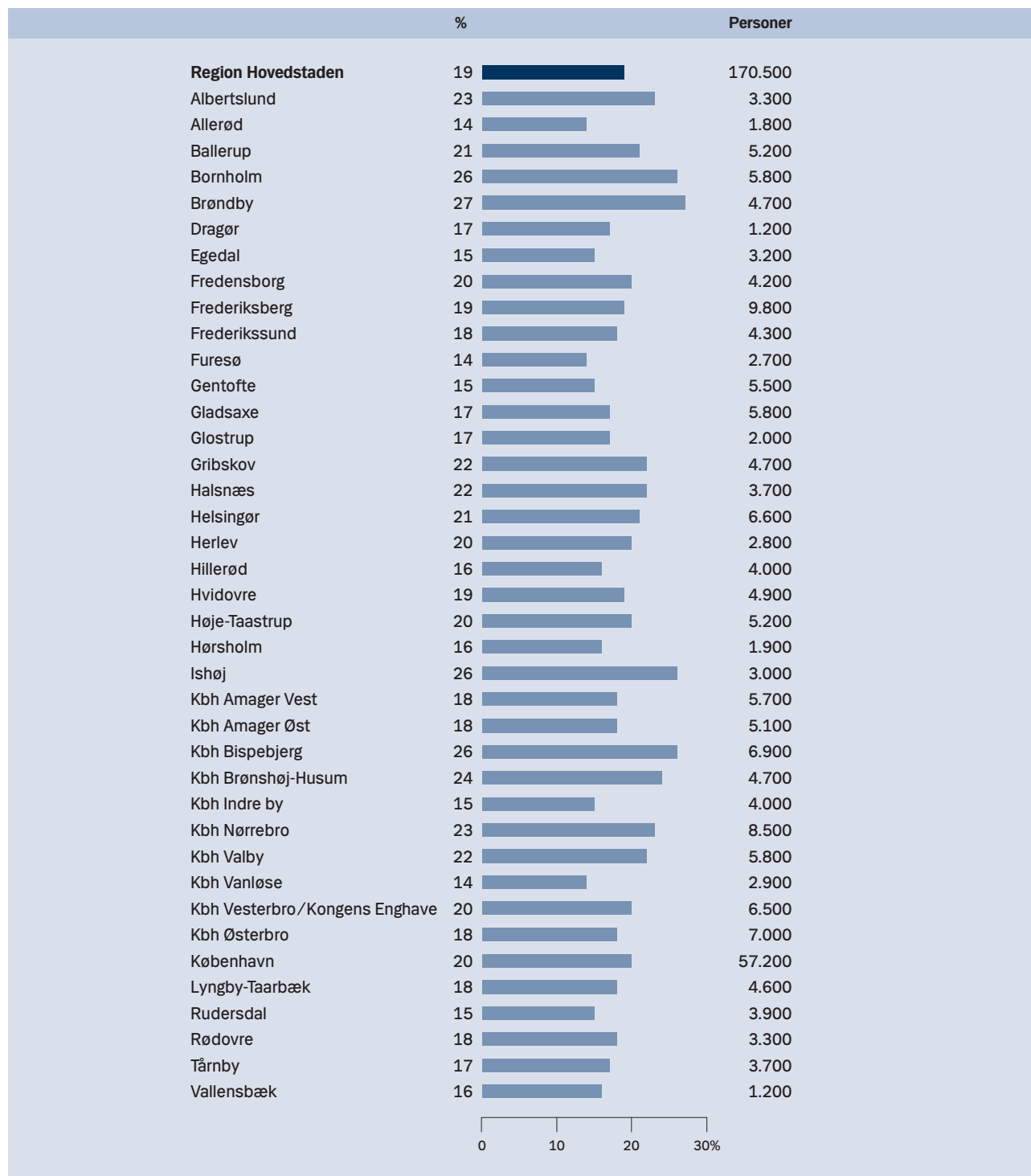
Figur 2.4 Borgere under 65 år uden uddannelsestilknytning eller erhvervstilknytning



I alt 19 % af alle borgere i den erhvervsaktive alder i Region Hovedstaden – svarende til 170.500 personer – har hverken tilknytning til arbejdsmarkedet eller til uddannelse (tabel 2.11).

Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere i den erhvervsaktive alder uden tilknytning til arbejdsmar-

kedet eller til uddannelse varierer på tværs af kommunerne fra 14 % i Allerød og Furesø Kommune samt bydelen Vanløse til 27 % i Brøndby Kommune. Borgere uden uddannelses- eller erhvervstilknytning udgør således en dobbelt så stor andel af borgerne i den erhvervsaktive alder i kommunerne med de højeste andele i forhold til kommunerne med de laveste andele.

Tabel 2.11 Borgere under 65 år i kommunerne uden uddannelsestilknytning eller erhvervstilknytning


2.2.3 Bruttoindkomst

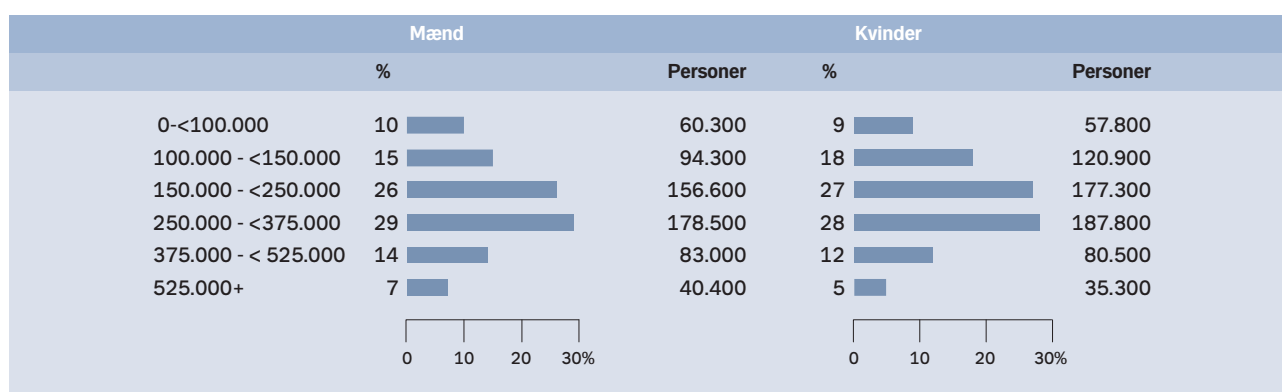
Bruttoindkomsten er et udtryk for de materielle ressourcer, som den enkelte disponerer over. Bruttoindkomsten kan påvirke borgerens muligheder for at foretage "sunde valg" som for eksempel køb af sunde fødevarer eller valg af bolig i trygge og rekreative omgivelser.

Bruttoindkomsten er i sundhedsprofilen defineret som den årlige husstandsindkomst pr. voksen i husstanden, og

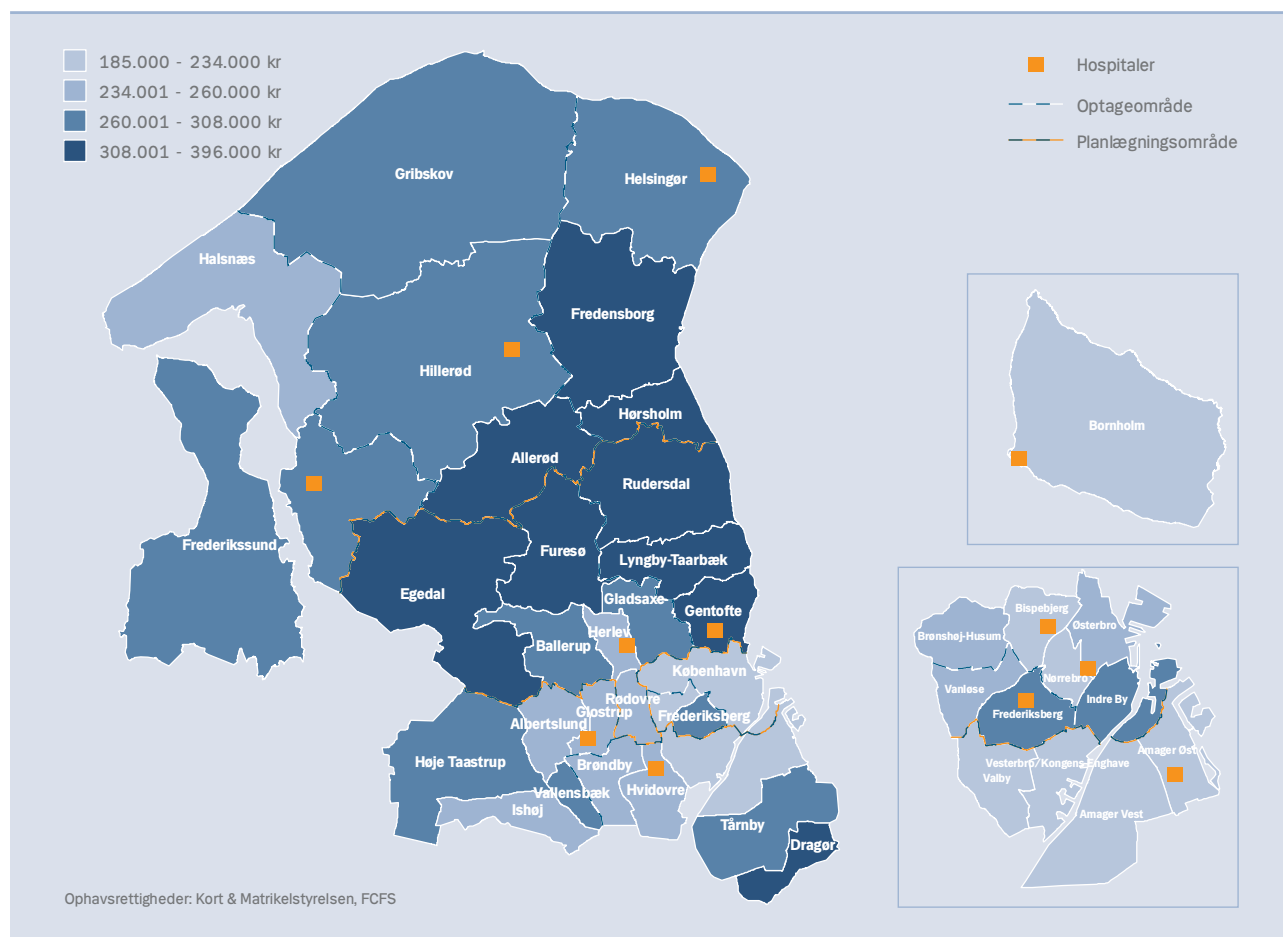
opgøres som den gennemsnitlige bruttoindkomst for borgere i regionen eller i den enkelte kommune.

I tabel 2.12 ses fordelingen af forskellige bruttoindkomstintervaller blandt mænd og kvinder. De fleste borgere, der har en bruttoindkomst på under 100.000 kr., er studerende og vil typisk have en bedre sundhedsadfærd og lavere sygelighed sammenlignet med andre lavindkomstgrupper.

Tabel 2.12 Årlig bruttoindkomst blandt borgerne i Region Hovedstaden



Figur 2.5 Gennemsnitlig, årlig bruttoindkomst blandt borgere i Region Hovedstaden

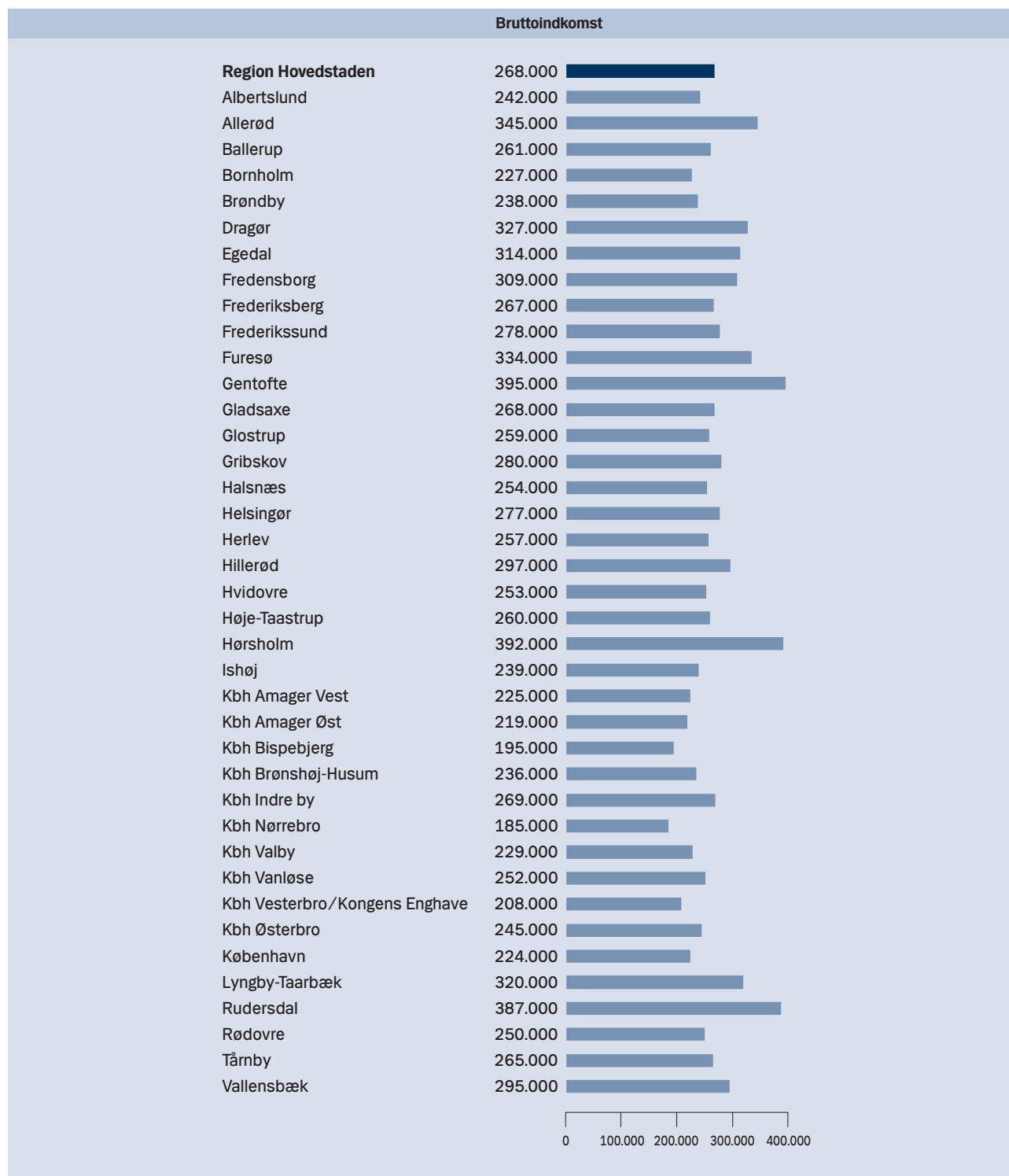


Den gennemsnitlige, årlige bruttoindkomst er 268.000 kr. for borgere i Region Hovedstaden.

Variation mellem kommunerne: Der er stor variation i den gennemsnitlige, årlige bruttoindkomst på tværs af

kommunerne. Lavest ligger bydelene Nørrebro og Bispebjerg med en gennemsnitlig bruttoindkomst under 200.000 kr., og højest ligger Gentofte, Hørsholm og Rudersdal Kommune med gennemsnitlige bruttoindkomster på knapt 400.000 kr.

Tablet 2.13 Gennemsnitlig, årlig bruttoindkomst for borgere i kommunerne



2.3 Kommunesocialgrupper

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

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

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

Inddelingen i kommunesocialgrupper er baseret på oplysninger om bruttoindkomst, uddannelse og erhvervstilknytning fra registre. Det er således hele befolkningen og ikke kun deltagere i spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2010", der danner grundlag for kommunesocialgrupperne.

Kommunerne er inddelt i socialgrupper på baggrund af kategorierne:

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

For **hver** kategori rangordnes kommunerne og inddeles i fire lige store grupper.

Kommunerne tildeles points fra 1-4:

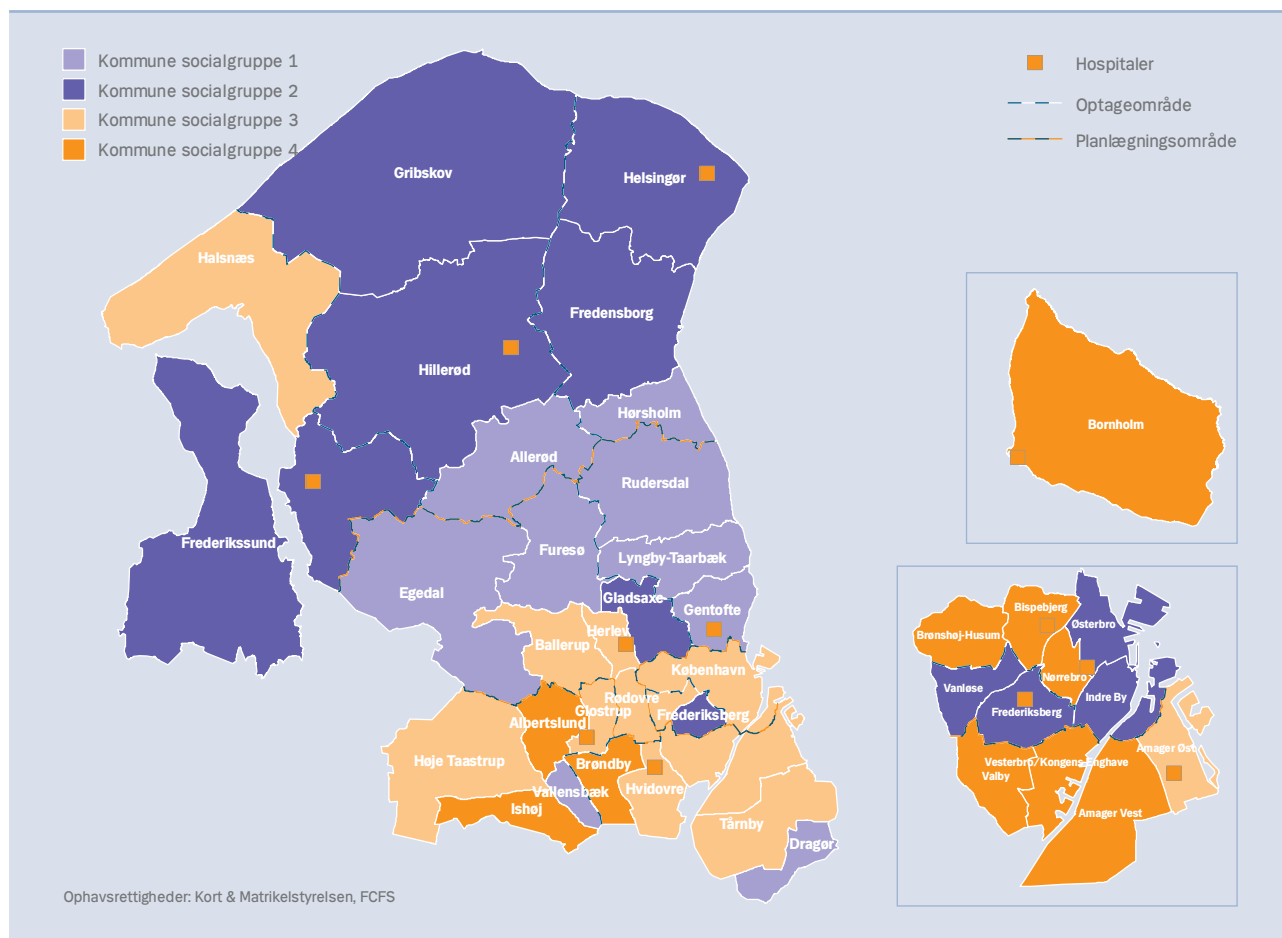
- 1 point, hvis kommunen er i den fjerdedel af kommuner med **mindst** andel af borgere med kort uddannelse; 4 points, hvis kommunen er i den fjerdedel med **størst** andel af borgere med kort uddannelse.
- 1 point, hvis kommunen er i den fjerdedel af kommuner med **mindst** andel af borgere uden for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

Summen af points afgør, hvilken kommunesocialgruppe kommunen placeres i. Den fjerdedel af kommunerne, der har færrest points, udgør den højeste kommunesocialgruppe, mens den fjerdedel af kommunerne, som har flest points, udgør den laveste kommunesocialgruppe. Hvis der er flere kommuner med samme antal points, benyttes gennemsnitlig bruttoindkomst til rangordning af disse kommuner. Inden for hver kommunesocialgruppe er kommunerne vist i alfabetisk orden. Tabel 2.14 viser grundlaget for inddelingen af kommunesocialgrupperne. Figur 2.6 viser inddelingen i kommunesocialgrupper i Region Hovedstaden.

Tabel 2.14 Inddeling i kommunesocialgrupper

Kommuner	Lavt uddannede	Uden for arbejdsmarkedet	Indkomst	Sum	Kommunesocial-gruppe
Allerød	1	1	1	3	1
Dragør	2	1	1	4	1
Egedal	2	1	1	4	1
Furesø	1	1	1	3	1
Gentofte	1	1	1	3	1
Hørsholm	1	1	1	3	1
Lyngby-Tårnbæk	1	1	1	3	1
Rudersdal	1	1	1	3	1
Vallensbæk	2	1	1	4	1
Fredensborg	2	2	1	5	2
Frederiksberg	1	2	2	5	2
Frederikssund	3	2	2	7	2
Gladsaxe	2	3	2	7	2
Gribskov	3	2	2	7	2
Helsingør	3	3	2	8	2
Hillerød	2	2	2	6	2
Kbh Indre by	1	2	2	5	2
Kbh Vanløse	2	2	3	7	2
Kbh Østerbro	1	2	3	6	2
Ballerup	3	3	2	8	3
Glostrup	3	2	3	8	3
Halsnæs	4	3	3	10	3
Herlev	3	3	3	9	3
Hvidovre	4	3	3	10	3
Høje-Taastrup	4	3	2	9	3
Kbh Amager Øst	2	3	4	9	3
København	2	3	4	9	3
Rødovre	3	3	3	9	3
Tårnby	4	2	2	8	3
Albertslund	4	4	3	11	4
Bornholm	4	4	4	12	4
Brøndby	4	4	3	11	4
Ishøj	4	4	3	11	4
Kbh Amager Vest	3	4	4	11	4
Kbh Bispebjerg	4	4	4	12	4
Kbh Brønshøj-Husum	4	4	4	12	4
Kbh Nørrebro	2	4	4	10	4
Kbh Valby	3	4	4	11	4
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	3	4	4	11	4

Figur 2.6 Inndeling i kommunesocialgrupper





Kapitel 3

Sundhedsadfærd



3 Sundhedsadfærd

- 46 % af borgerne i Region Hovedstaden har aldrig røget, men 20 % ryger dagligt
 - 87 % af de, der har et alkoholforbrug, drikker under Sundhedsstyrelsens grænser for storforbrug, men 17 % har tegn på alkoholafhængighed
 - 28 % spiser sund kost, men 10 % spiser meget usund kost
 - 36 % er fysisk aktive i fritiden mere end en time dagligt, men 31 % er fysisk aktive under ½ time dagligt i fritiden
 - 45 % af de unge har aldrig prøvet at bruge hash, men 7,8 % har brugt hash inden for den seneste måned
 - 11 % af de unge, som har haft seksuel debut, bruger ikke kondom, selvom de har skiftende seksualpartnere
-

Sundhedsadfærd er de handlinger, et menneske udfører for sig selv eller andre, som på længere sigt påvirker sundheden. Sundhedsadfærd kan således både være adfærd, som har en positiv effekt på sundheden og adfærd, som har en negativ effekt på sundheden. Eksempelvis fremmer moderat fysisk aktivitet sundheden, mens rygning har en negativ effekt på sundheden.

Det skønnes af Sundhedsstyrelsen, at ca. 80 % af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet, svarende til 124,5 milliarder kr. i 2008, bruges til behandlingen af kroniske sygdomme (www.sst.dk). Desuden vurderer Statens Institut for Folkesundhed, at antallet af kronisk syge de næste 10 år vil vokse med 200.000 til godt to millioner i 2020. Dette skyldes især, at befolkningen bliver ældre, hvorved

risikoen for kroniske sygdomme øges (Kjøller et al., 2010). Det er veldokumenteret, at sundhedsadfærd har stor betydning for muligheden for at bevare et godt helbred og undgå eller udsætte udviklingen af kroniske sygdomme. Det er derfor væsentligt at have kendskab til borgernes sundhedsadfærd dels for at kunne forudsige borgernes behov for sociale og sundhedsmæssige ydelser i fremtiden og dels for at kunne fremme borgernes sundhed og forebygge kroniske sygdomme fremadrettet.

I de følgende afsnit fokuseres på rygning, alkoholvaner, kostvaner, fysisk aktivitet, euforiserende stoffer samt ubeskyttet sex. Oplysninger om sundhedsadfærd stammer fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2010".

3.1 Rygning

Antallet af rygere i Danmark er faldende, men rygning er stadig meget almindeligt i den danske befolkning, når man sammenligner med andre vestlige lande. Regeringens mål er, at antallet af rygere skal nedsættes markant. Det skal ske gennem støtte til rygestop, begrænsning af rygedebut blandt ikkerygere og fremme af røgfri miljøer (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). Regeringen vedtog i juni 2007 en lov om røgfri miljøer, som omfatter arbejdspladser, institutioner, skoler, uddannelsesinstitutioner, serveringssteder og andre offentlige rum. I august 2008 blev aldersgrænsen i det eksisterende forbud mod at sælge tobak til børn hævet fra 16 til 18 år. Der gennemføres i 2010 en informationskampagne med det formål at oplyse om konsekvenserne ved rygning. Samtidig arbejder regeringen for strammere fælles europæiske regler for tilsætningsstoffer i tobak (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009).

Rygning er den forebyggelige risikofaktor, der resulterer i flest kroniske sygdomme i Danmark. Hjertekarsygdomme, kræft og kroniske lungesygdomme er de mest alvorlige følgesygdomme af rygning. Hvert år er ca. 14.000 dødsfald relateret til rygning. Det svarer til ca. 26 % af alle dødsfald. Rygning koster 3,4 mia. kr. om året for sundhedsvæsenet i nettoomkostninger. Rygere dør i gennemsnit 5-10 år tidligere sammenlignet med aldrigrygere afhængigt af, hvor meget man ryger (Statens Institut for Folkesundhed, 2006).

Der er flest dagligrygere blandt:

- Mænd
- Borgere i alderen 45-64 år
- Borgere, som kun har en grundskoleuddannelse
- Enlige borgere

Passiv rygning giver umiddelbare gener som irritation af øjne og slimhinder i luftveje, hoste og hovedpine. Samtidig øger passiv rygning risikoen for alvorlige sygdomme som lungekræft, hjertekarsygdomme og kroniske luftvejslidelser. Det skønnes, at ca. 2.000 danskere årligt dør af passiv rygning. Det svarer til 3 % af alle dødsfald (Statens Institut for Folkesundhed, 2006). Børn udsat for passiv røg har højere risiko for vuggedød, mellemørebetændelse og luftvejssygdomme som fx astma.

Som noget nyt er vandpibe blevet mere og mere udbredt blandt unge i de senere år. Vandpipen appellerer til unge og uerfarne rygere, fordi røgen smager godt og ikke giver samme ubehag i halsen og i lungerne som cigaretrøg (www.cancer.dk). En vandpibe er dog stor og uhåndterlig og kan ikke umiddelbart medbringes og ryges flere gange i løbet af dagen, sådan som cigaretter kan. Selvom rigtig mange unge prøver at ryge vandpibe, udgør vandpiberygning ikke et selvstændigt folkesundhedsproblem, da meget få unge ryger vandpibe hyppigt.

I dette afsnit beskrives dagligrygere og ikkerygere. Dernæst beskrives forekomsten af passiv rygning blandt ikke-rygere samt forekomsten af rygning indendørs i hjem med børn under 16 år.

Rygevaner blandt borgere i Region Hovedstaden:

- 20 % ryger dagligt
- 5 % ryger sjældnere end hver dag
- 29 % har tidligere røget
- 46 % har aldrig røget
- 65 % af unge i alderen 16-34 år har prøvet at ryge vandpibe, men mindre end 0,5 % ryger vandpibe hver uge
- Der er sket en positiv udvikling i forhold til passiv rygning. Det tyder på, at rygeloven har haft en effekt

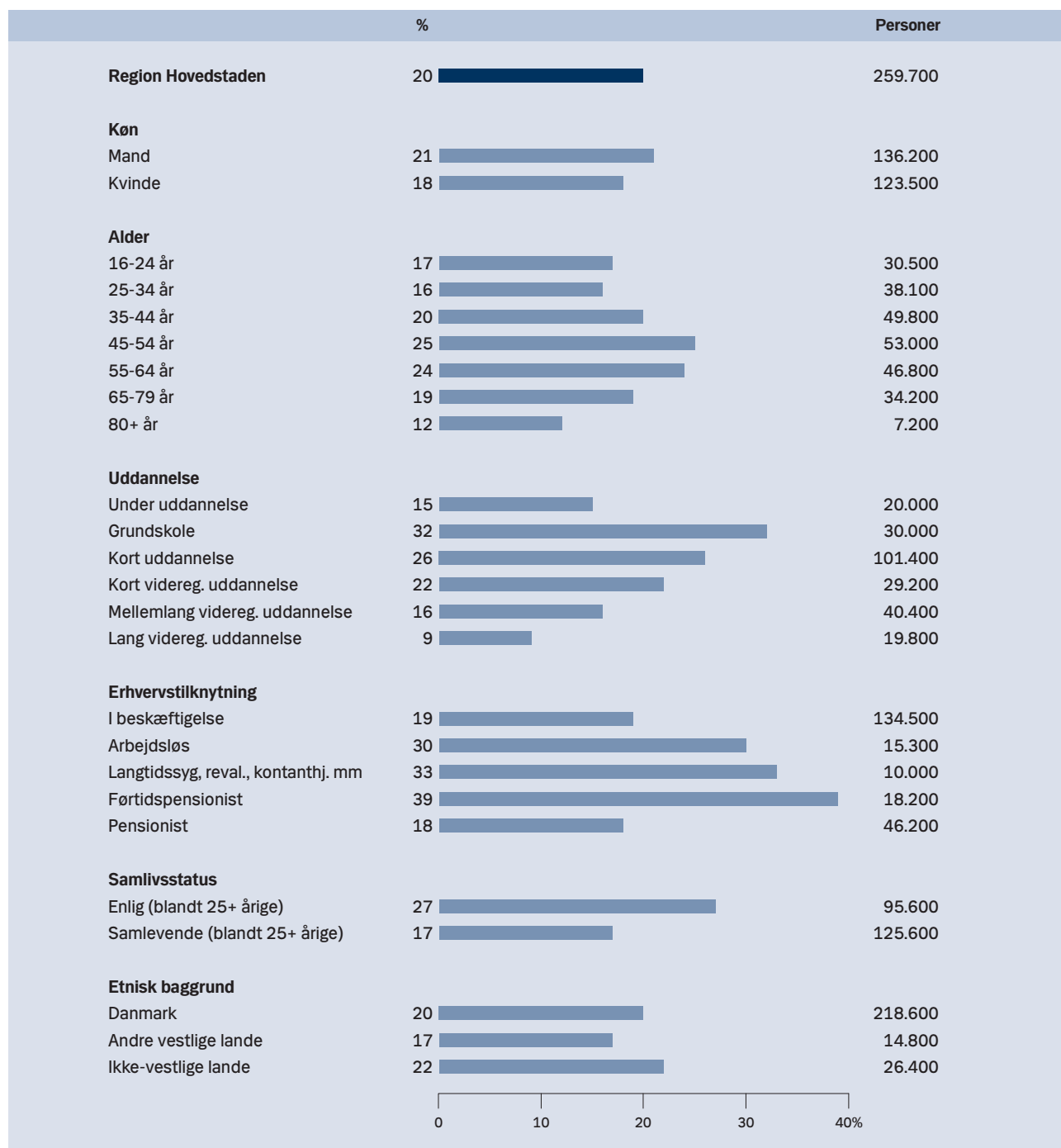
3.1.1 Dagligrygere

I Region Hovedstaden ryger 20 % af borgerne dagligt - svarende til 259.700 personer (tabel 3.1).

Køn og alder: Der er lidt flere mænd end kvinder, som ryger dagligt. Andelen af dagligrygere er størst blandt de midaldrende og mindst blandt de unge og de helt gamle

borgere. Det kan skyldes, at de ældre borgere af helbredsmæssige årsager er stoppet med at ryge, eller at rygerne er døde i en tidligere alder. Dette er i overensstemmelse med, at andelen af eksrygere og aldrigrygere er større blandt de ældste sammenlignet med de 65-79-årige (jf. tabel 3.3).

Tabel 3.1 Borgere som ryger dagligt

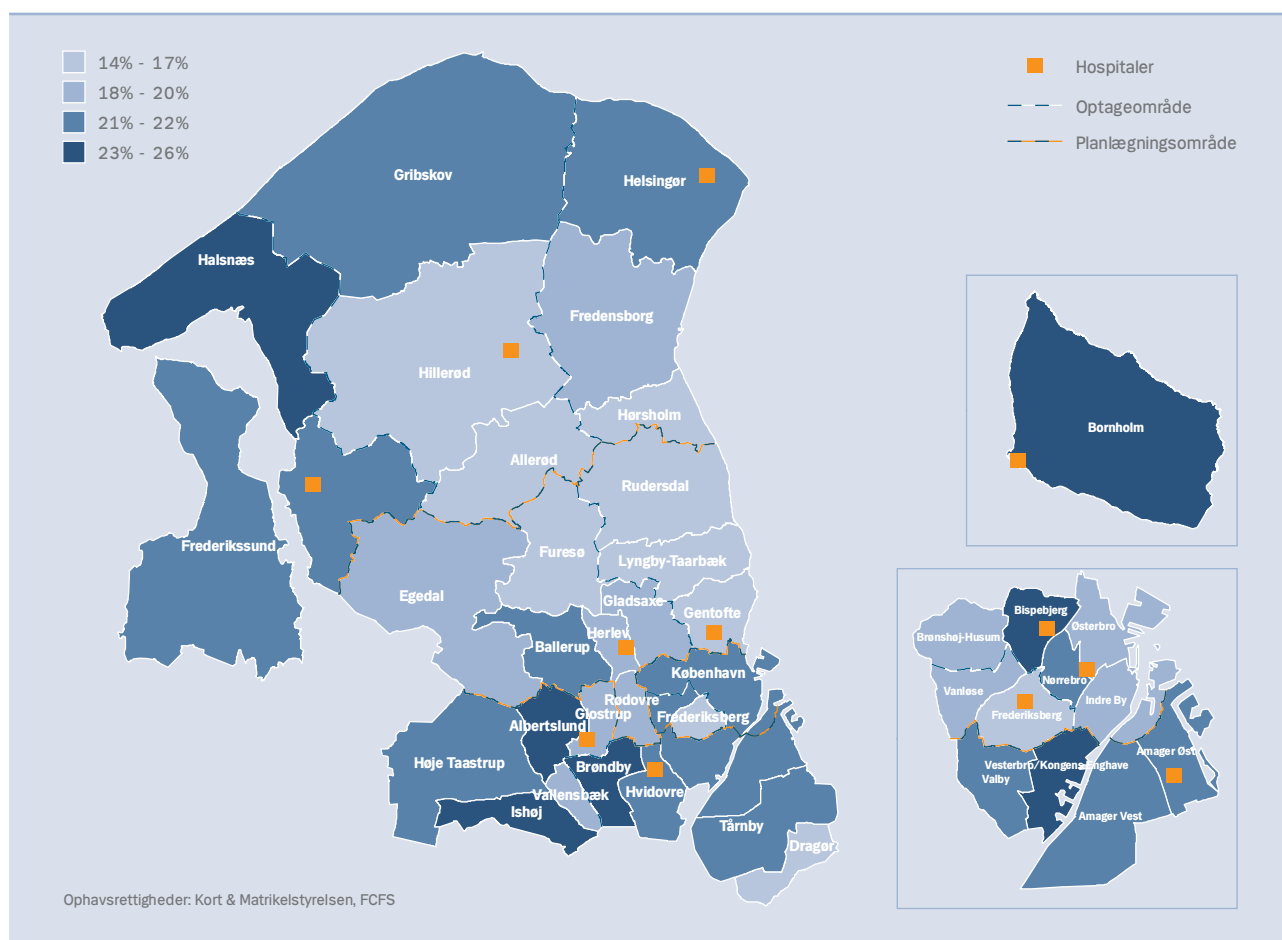


Uddannelse og erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som ryger dagligt, mindskes med stigende uddannelsesniveau. Der er tre gange så mange dagligrygere blandt borgere, som kun har fuldført grundskolen, sammenlignet med borgere, som har en lang videregående uddannelse. En større andel af borgere, som er i den erhvervsaktive alder og er udenfor arbejdsmarkedet, ryger dagligt i forhold til borgere, som er i beskæftigelse eller er alderspensionister. Der er således sociale forskelle på forekomsten af dagligrygning, både hvad uddannelse og erhvervstilknytning angår.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som ryger dagligt, er større blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som ryger dagligt, er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og lavest blandt borgere med anden vestlig baggrund end dansk.

Figur 3.1 Borgere, som ryger dagligt



Variation mellem kommunerne: Den største andel af borgere, som ryger dagligt, findes i Brøndby Kommune med 26 %, mens den laveste andel af borgere, som ryger dagligt, ses i Allerød, Furesø og Hørsholm Kommune med 14 % (tabel 3.2). I kommunesocialgruppe 4 har de fleste kommuner en signifikant højere andel af dagligrygere end regionsgennemsnittet. Omvendt har næsten alle kommuner i kommunesocialgruppe 1 en signifikant lavere andel af dagligrygere end regionsgennemsnittet. Dette billede ændres ikke, når der tages højde for fordelingen af alder og køn i kommunerne.

Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år: Der er sket et fald i andelen af dagligrygere siden 2007 i regionen som helhed og i næsten alle kommuner. Samlet set er der tale om et fald på 3,1 % i regionen. Det største fald på 7,5 % ses i bydelen Brønshøj-Husum i Københavns Kommune, mens der i Rudersdal og Egedal Kommune samt bydelen Bispebjerg stort set ingen ændringer er sket. En del af forklaringen kan være, at færre borgere debuterer som rygere sammenlignet med tidligere samtidig med, at rygere generelt dør tidligere end ikkerygere (Sundhedsprofil, 2008).

Tabel 3.2 Borgere i kommunerne som ryger dagligt

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	20	259.700		-3,1
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	23 *	4.800	*	-4,4
Bornholm	23 *	7.600	*	-3,9
Brøndby	26 *	6.900	*	-1,3
Ishøj	23 *	3.600	*	-5,8
Kbh Amager Vest	21	9.800		-1,9
Kbh Bispebjerg	25 *	10.100	*	-0,2
Kbh Brønshøj-Husum	18	5.200		-7,5
Kbh Nørrebro	22 *	13.700	*	-3,5
Kbh Valby	21	7.800		-3,7
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	24 *	11.000	*	-0,8
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	21	7.800		-3,9
Glostrup	20	3.400		-3,8
Halsnæs	25 *	6.000	*	-2,6
Herlev	20	4.200		-5,7
Hvidovre	21	8.100		-6,8
Høje-Taastrup	22 *	8.000	*	-6,8
Kbh Amager Øst	22	8.900		-1,3
København	21 *	89.600	*	-2,5
Rødovre	19	5.400		-4,2
Tårnby	22 *	7.100	*	-3,6
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	19	5.700		-2,4
Frederiksberg	16 *	12.700	*	-3,1
Frederikssund	21	7.100		-4,6
Gladsaxe	19	9.200		-5,0
Gribskov	21	6.700		-5,3
Helsingør	22 *	10.600	*	-0,8
Hillerød	17	6.200		-3,9
Kbh Indre by	18	7.100		-2,8
Kbh Vanløse	19	5.700		-1,6
Kbh Østerbro	18	10.400		-2,7
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	14 *	2.500	*	-3,6
Dragør	17 *	1.800	*	-5,1
Egedal	18	5.400		0,3
Furesø	14 *	3.900	*	-3,5
Gentofte	16 *	8.700	*	-1,0
Hørsholm	14 *	2.600	*	-5,0
Lyngby-Taarbæk	15 *	6.000	*	-1,9
Rudersdal	15 *	6.100	*	0,3
Vallensbæk	19	2.000		-4,7

* 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

3.1.2 Ikkerygere

I Region Hovedstaden har 46 % af borgerne – svarende til 604.800 personer – aldrig røget, mens 29 % – svarende til 379.700 personer – tidligere har røget (tabel 3.3).

Køn og alder: Der er en lidt større andel af kvinder, som aldrig har røget, sammenlignet med mænd, mens andelen af tidligere rygere er den samme i de to grupper. Andelen af borgere, som aldrig har røget, falder med alderen undtagen for de ældste borgere. Dette skyldes formodentlig, at

mange rygere i denne aldersgruppe er døde. Blandt de yngste borgere har knap to ud af tre aldrig røget, mens det kun er en ud af tre blandt de midaldrende borgere, der aldrig har røget. Da rygedebut er sjælden efter 25-års alderen, vil den høje andel af aldrigrygere holde sig stabil, når de yngre generationer bliver ældre (Sundhedsprofilen, 2008). Andelen af borgere, som tidligere har røget, stiger med alderen.

Tabel 3.3 Borgere, som aldrig har røget, og borgere, som tidligere har røget

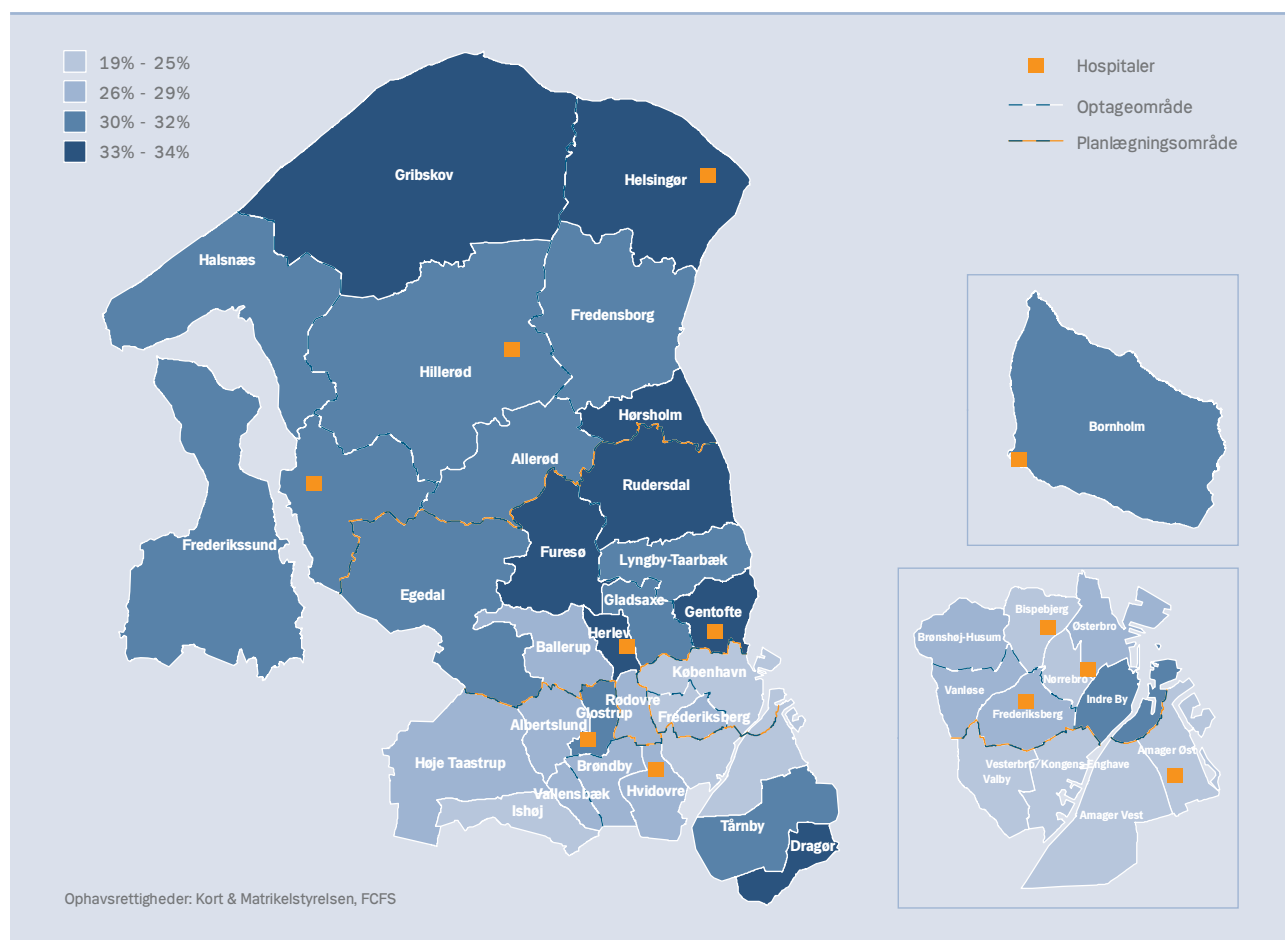
	Aldrig rygere		Tidligere rygere	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	46	604.800	29	379.700
Køn				
Mand	43	273.400	29	187.300
Kvinde	49	331.400	28	192.400
Alder				
16-24 år	63	111.700	9	16.200
25-34 år	54	127.500	20	47.100
35-44 år	48	121.100	26	65.500
45-54 år	40	85.900	32	68.600
55-64 år	35	67.600	39	76.000
65-79 år	36	66.300	43	77.800
80+ år	41	24.800	46	28.400
Uddannelse				
Under uddannelse	63	85.400	10	14.000
Grundskole	33	30.900	31	28.700
Kort uddannelse	39	156.000	30	120.500
Kort videreg. uddannelse	42	56.100	32	42.100
Mellemlang videreg. uddannelse	45	113.100	34	84.500
Lang videreg. uddannelse	56	127.500	29	66.900
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	47	336.900	29	205.700
Arbejdsløs	44	22.300	20	10.400
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	42	12.600	21	6.400
Førtidspensionist	28	13.100	31	14.400
Pensionist	37	95.300	43	112.300
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	39	140.000	28	100.700
Samlevende (blandt 25+ årige)	45	338.900	33	251.300
Etnisk baggrund				
Danmark	45	500.700	30	331.300
Andre vestlige lande	43	38.100	33	28.900
Ikke-vestlige lande	56	66.000	16	19.500

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der er en tendens til, at andelen af borgere, som aldrig har røget, stiger med stigende uddannelsesniveau. Derimod er der ingen forskel på andelen af tidligere rygere fra forskellige uddannelsesniveauer med undtagelse af borgere med lang videregående uddannelse. Borgere under uddannelse adskiller sig fra disse tendenser. Her er der langt flere, som aldrig har røget, og langt færre, som er holdt op med at ryge.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af aldrigrygere og tidligere rygere er større blandt samlevende sammenlignet med enlige borgere.

Etnisk baggrund: Borgere med ikke-vestlig baggrund har den største andel af aldrigrygere og den mindste andel af tidligere rygere sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Figur 3.2 Borgere, som tidligere har røget



Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere, som tidligere har røget, varierer fra 19 % i bydelen Nørrebro til 34 % i Gribskov og Dragør Kommune (tabel 3.4). I kommunesocialgruppe 4 ligger et flertal af kommunerne signifikant under regionsgennemsnittet, mens et flertal af kommunerne i gruppe 1 ligger signifikant over regionsgennemsnittet. Forskellene udlignes noget, når der tages højde for fordelingen af alder og køn i kommunerne, men tendensen er stadig den samme.

Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år: I regionen som helhed er der ikke sket nogen ændring på andelen af borgere, som tidligere har røget. Der er dog stor variation mellem kommunerne. Variationen spænder fra en stigning på 5,0 % i andelen af borgere, som tidligere har røget på Bornholm, til et fald på 5,1 % i bydelen Amager Vest. Faldet i andelen af dagligrygere (som vist i tabel 3.2) kan altså kun delvist tilskrives, at borgere stopper med at ryge.

Tabel 3.4 Borgere i kommunerne, som tidligere har røget

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	29	379.700		-0,6
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	28	5.900		0,2
Bornholm	32 *	10.800		5,0
Brøndby	28	7.300		-0,9
Ishøj	24 *	3.800	*	-1,3
Kbh Amager Vest	23 *	10.700		-5,1
Kbh Bispebjerg	22 *	8.800	*	-2,6
Kbh Brønshøj-Husum	27	7.800		0,3
Kbh Nørrebro	19 *	11.600	*	-3,5
Kbh Valby	25 *	9.600		2,2
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	24 *	10.800		-0,1
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	29	10.800		-0,6
Glostrup	30	5.000		1,9
Halsnæs	31	7.500		0,2
Herlev	33 *	6.800		3,8
Hvidovre	28	11.000		0,2
Høje-Taastrup	29	10.600		1,4
Kbh Amager Øst	24 *	9.900		-2,4
København	25 *	105.200	*	-1,2
Rødovre	29	8.300		-0,8
Tårnby	31	9.800		0,4
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	30	9.000		-4,6
Frederiksberg	29	23.100		-2,2
Frederikssund	32 *	11.000		-0,1
Gladsaxe	30	14.700		0,6
Gribskov	34 *	10.600		0,7
Helsingør	33 *	15.800		-0,9
Hillerød	31	10.900		0,6
Kbh Indre by	31	12.400	*	0,1
Kbh Vanløse	26 *	7.600		-1,8
Kbh Østerbro	28	16.000		1,4
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	30	5.400		-0,4
Dragør	34 *	3.600		2,3
Egedal	31	9.600		0,7
Furesø	33 *	9.400		0,9
Gentofte	33 *	17.900		-2,9
Hørsholm	33 *	6.300		-0,2
Lyngby-Taarbæk	31	12.800		-2,3
Rudersdal	33 *	13.800		0,0
Vallensbæk	29	3.100		-0,9

* 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

3.1.3 Daglig passiv rygning blandt ikkerygere

Ikkerygere, som er udsat for daglig passiv rygning, defineres som aldrigrygere eller tidligere rygere, der opholder sig mindst ½ time om dagen i rum, hvor der bliver røget.

I Region Hovedstaden udsættes 10 % af ikkerygerne - svarende til 101.100 personer - for daglig passiv rygning.

Køn og alder: Lidt flere mænd udsættes for daglig passiv rygning sammenlignet med kvinder (tabel 3.5). Andelen af ikkerygere, som udsættes for daglig passiv rygning, er næsten dobbelt så høj blandt de helt unge som i alle andre aldersgrupper. Der er færrest, som udsættes for daglig passiv rygning, blandt ikkerygere i alderen 25-44 år og over 79 år.

Tabel 3.5 Ikkerygere, som er udsat for daglig passiv rygning

	%	Personer
Region Hovedstaden	10	101.100
Køn		
Mand	12	55.100
Kvinde	9	46.100
Alder		
16-24 år	19	24.500
25-34 år	8	13.600
35-44 år	7	13.000
45-54 år	11	16.700
55-64 år	12	16.700
65-79 år	10	13.300
80+ år	7	3.300
Uddannelse		
Under uddannelse	17	17.100
Grundskole	18	10.000
Kort uddannelse	14	38.100
Kort videreg. uddannelse	10	9.900
Mellemlang videreg. uddannelse	6	12.400
Lang videreg. uddannelse	4	7.800
Erhvervstilknytning		
I beskæftigelse	9	46.500
Arbejdsløs	14	4.500
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	15	2.800
Førtidspensionist	18	4.800
Pensionist	9	18.900
Samlivsstatus		
Enlig (blandt 25+ årige)	9	20.200
Samlevende (blandt 25+ årige)	9	53.700
Etnisk baggrund		
Danmark	10	82.100
Andre vestlige lande	9	5.800
Ikke-vestlige lande	16	13.300

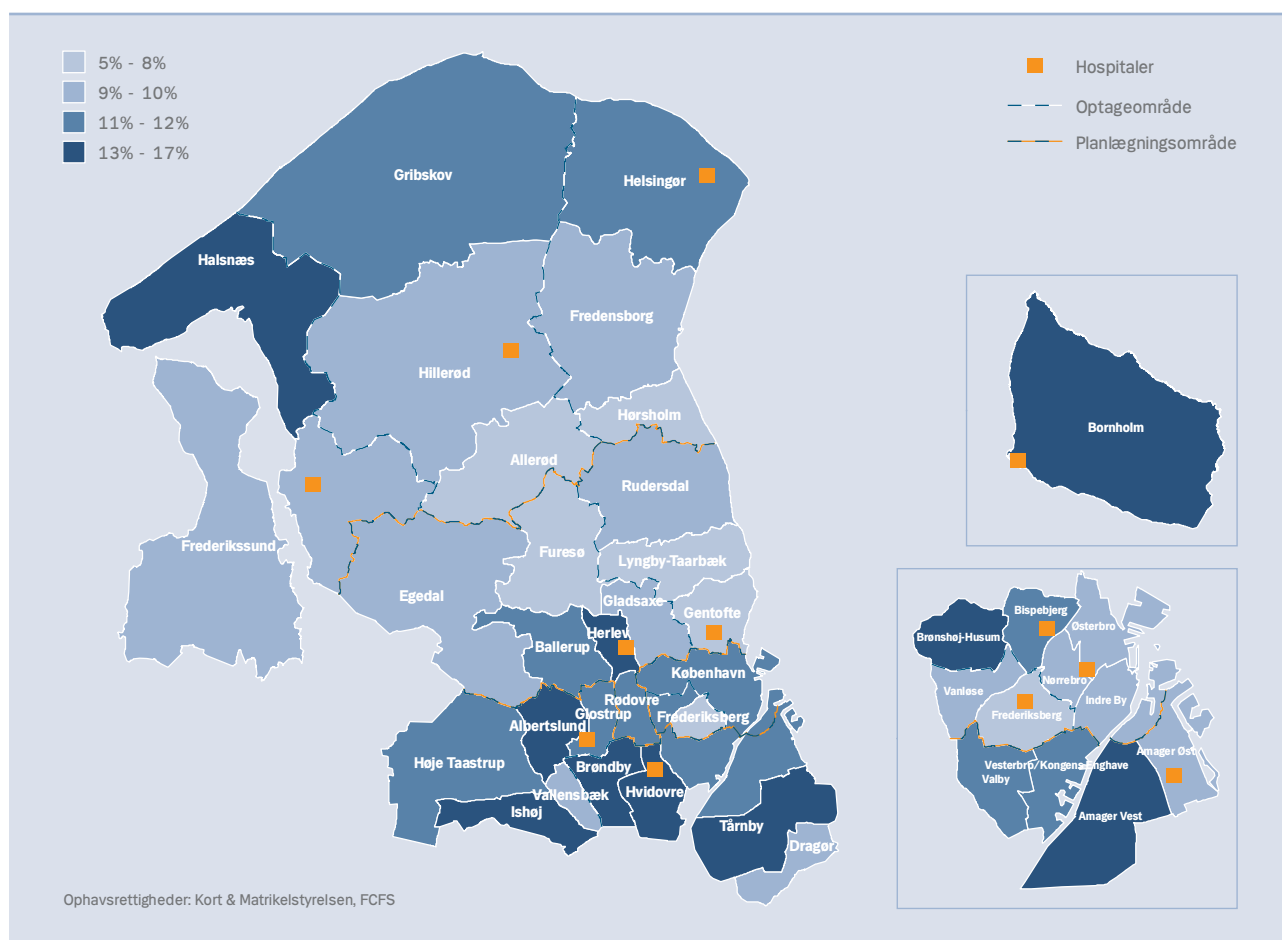
Uddannelse og erhvervstilknytning: Forekomsten af daglig passiv rygning falder med stigende uddannelsesniveau. Mere end fire gange så mange borgere, som kun har fuldført grundskolen, er udsat for passiv rygning sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse. De uddannelsessøgende ligner i denne sammenhæng borgere på grundskoleniveau. Dobbelt så mange blandt førtidspensionister og gruppen af langtidssyge m.m. udsættes for daglig passiv rygning sammenlignet med beskæftigede og alderspensionister. Også blandt arbejdsløse og i gruppen af

langtidssyge m.m. er forekomsten højere, end den er blandt de beskæftigede.

Samlevsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som udsættes for daglig passiv rygning, er den samme blandt enlige og samlevende.

Etnicitet: En større andel af borgere med ikke-vestlig baggrund er udsat for daglig passiv rygning sammenlignet med borgere med dansk og anden vestlig baggrund.

Figur 3.3 Ikkerygere, som er udsat for daglig passiv rygning



Variation mellem kommunerne: Andelen af ikkerygere i kommunerne, som udsættes for daglig passiv rygning, varierer fra 5 % i Allerød Kommune til 17 % i Brøndby Kommune (tabel 3.6). Den er således tre gange så høj i Brøndby Kommune som i Allerød Kommune. Ligesom for daglig rygning ses for daglig passiv rygning blandt ikkerygere en klar social gradient. I kommunesocialgruppe 3 og 4 varierer forekomsten fra 9 til 17 %, mens den for kommunerne i gruppe 1 og 2 varierer fra 5-11 %. Der er således en social gradient i forhold til udsættelse for passiv rygning. Billedet er det samme, når der tages højde for fordelingen af alder og køn i kommunerne.

Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år: I Region Hovedstaden er der siden 2007 sket et fald på 5,2 % i andelen af ikkerygere, som udsættes for passiv rygning. Der er en stor variation på tværs af kommunerne fra intet fald i bydelen Valby til et fald på 17 % i Høje Taastrup Kommune. Størst fald ses for de kommuner, der fik udarbejdet kommunale sundhedsprofiler i 2006. Dette kan skyldes, at loven om røgfri miljøer blev implementeret i sommeren 2007, umiddelbart inden data for de andre kommuner blev indsamlet. Der er dog også sket ændringer i perioden 2007-2010 med helt op til 9 % fald i Rødovre og Tårnby Kommune. Der er således meget, der tyder på, at rygeloven har haft den ønskede effekt på ikke-rygeres udsættelse for daglig passiv rygning.

Tabel 3.6 Ikkerygere i kommunerne, som er udsat for daglig passiv rygning

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	10	101.100		-5,2
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	13 *	2.000	*	-5,1
Bornholm	16 *	3.900	*	-5,1
Brøndby	17 *	3.000	*	-1,3
Ishøj	15 *	1.700	*	-7,6
Kbh Amager Vest	13	4.100		-1,7
Kbh Bispebjerg	11	3.000		-3,3
Kbh Brønshøj-Husum	13	2.700		-0,9
Kbh Nørrebro	10	3.800		-6,4
Kbh Valby	12	3.300		0,5
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	12	3.500		-1,6
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	12	3.300		-7,5
Glostrup	12	1.500		-2,7
Halsnæs	14 *	2.400	*	-7,8
Herlev	13 *	2.100	*	-9,9
Hvidovre	13 *	3.800	*	-6,1
Høje-Taastrup	11	2.800		-17,5
Kbh Amager Øst	9	2.500		-7,0
København	11	32.000		-3,2
Rødovre	11	2.300		-9,0
Tårnby	16 *	3.700	*	-8,9
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	10	2.200		-3,7
Frederiksberg	8 *	4.800	*	-4,2
Frederikssund	9	2.300		-7,4
Gladsaxe	9	3.400		-12,3
Gribskov	11	2.600		-3,8
Helsingør	11	3.700		-5,8
Hillerød	9	2.400		-4,7
Kbh Indre by	10	2.800		-5,5
Kbh Vanløse	10	2.200		-4,1
Kbh Østerbro	10	4.000		-1,3
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	5 *	700	*	-4,6
Dragør	9	700		-7,1
Egedal	10	2.300		-5,4
Furesø	8 *	1.800	*	-3,6
Gentofte	6 *	2.700	*	-4,0
Hørsholm	6 *	1.000	*	-8,3
Lyngby-Taarbæk	7 *	2.300	*	-1,5
Rudersdal	9	2.800		-1,7
Vallensbæk	9	800		-13,0

* 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

3.1.4 Rygning i hjem med børn

Rygning i hjem med børn defineres som rygning indendørs flere gange om ugen i hjem, hvor der bor børn under 16 år. Opgørelsen er begrænset til borgere, der bor sammen med børn under 16 år. Opgørelsen er desuden begrænset til borgere under 65 år, da de fleste børn bor hos voksne under 65 år. Opgørelsen indeholder ikke alder og køn, da det ikke fremgår af undersøgelsen, hvem der ryger indendørs.

I Region Hovedstaden bliver der røget indendørs i hjemmet blandt 12 % af de borgere under 65 år, som bor sammen med børn (tabel 3.7).

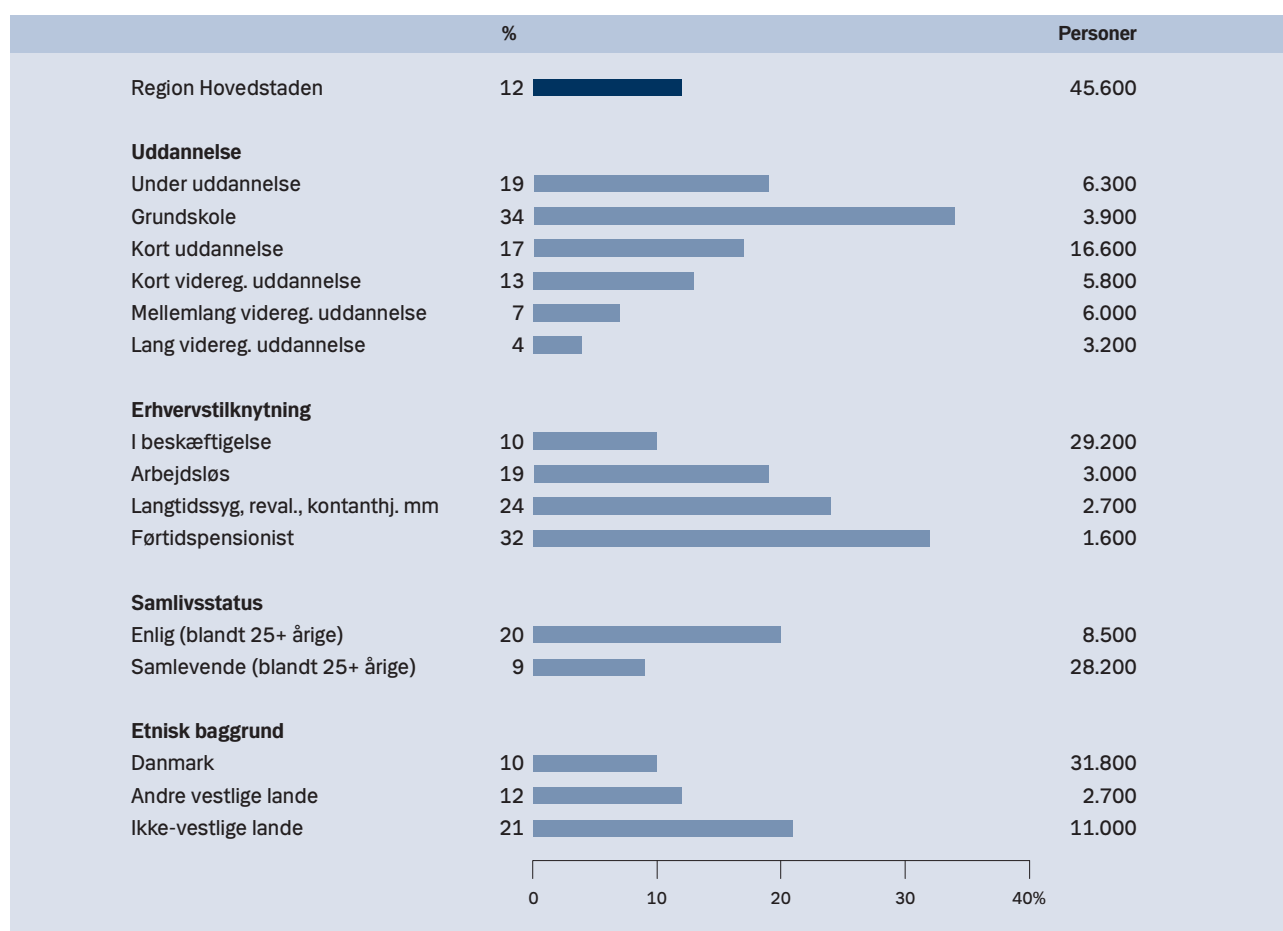
Uddannelse og erhverv: Der er en klar sammenhæng mellem uddannelse og rygning i hjem med børn. Andelen

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. Den samme tendens ses for erhvervstilknytning, hvor andelen af hjem med børn, hvor der bliver røget, er tre gange så høj blandt førtidspensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Rygning forekommer hyppigere i hjem med børn blandt enlige borgere sammenlignet med samlevende borgere.

Etnisk baggrund: Forekomsten af rygning i hjem med børn er dobbelt så høj blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, som den er blandt borgere med dansk baggrund.

Tabel 3.7 Rygning i hjemmet blandt borgere, som bor sammen med børn



Variation mellem kommunerne: Forekomsten af rygning i hjem med børn varierer fra 4 % i Hørsholm Kommune til 23 % i Brøndby Kommune (tabel 3.8). Det vil sige, at der er en faktor 6 til forskel på kommunerne med de højeste og laveste forekomster af rygning i hjem med børn. Forekomsten er højere end regionsgennemsnittet i næsten alle kommuner fra kommunesocialgruppe 3 og 4, mens den er lavere end regionsgennemsnittet i næsten alle kommuner fra gruppe 1 og 2. Disse forskelle ændres ikke, når der tages højde for fordelingen af alder og køn i kommunerne. Der er således en klar social gradient.

Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år: I Region Hovedstaden er der siden 2007 sket et fald på 5,3 % i forekomsten af rygning i hjem med børn. De største fald på op til 14 % ses i kommuner fra kommunesocialgruppe 3 og 4, men inden for alle fire grupper er der stor variation i ændringerne siden 2007. Her eksisterer ikke data fra de fem kommuner, der fik lavet kommunale sundhedsprofiler i 2006.

Tabel 3.8 Rygning i hjemmet blandt borgere i kommunerne, som bor sammen med børn

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	12	45.600		-5,3
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	17 *	1.200	*	-9,0
Bornholm	16 *	1.500	*	-14,3
Brøndby	23 *	1.900	*	2,0
Ishøj	21 *	1.100	*	-4,4
Kbh Amager Vest	16 *	1.800	*	-1,3
Kbh Bispebjerg	15	1.300		-1,1
Kbh Brønshøj-Husum	11	1.000		-14,3
Kbh Nørrebro	18 *	2.400	*	-5,2
Kbh Valby	19 *	2.000	*	-1,5
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	12	1.500		-4,1
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	18 *	2.100	*	-7,7
Glostrup	13	600		-5,0
Halsnæs	15 *	1.200	*	-2,9
Herlev	12	700		
Hvidovre	14	1.700		-10,2
Høje-Taastrup	16 *	1.900	*	
Kbh Amager Øst	12	1.100		-0,3
København	14 *	13.900	*	-4,3
Rødovre	14	1.100		-7,5
Tårnby	17 *	1.700	*	-10,1
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	9	900		-5,2
Frederiksberg	8 *	1.400	*	-5,9
Frederikssund	10	1.200		-8,5
Gladsaxe	11	1.700		
Gribskov	14	1.400		-5,3
Helsingør	11	1.700		-4,7
Hillerød	8 *	1.000	*	-6,9
Kbh Indre by	10	900		-7,6
Kbh Vanløse	11	900		0,9
Kbh Østerbro	9	1.200		-6,0
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	6 *	400	*	-7,0
Dragør	7 *	200	*	-6,1
Egedal	7 *	900	*	-5,6
Furesø	6 *	600	*	-4,3
Gentofte	8 *	1.400	*	-2,6
Hørsholm	4 *	200	*	
Lyngby-Taarbæk	7 *	800	*	0,0
Rudersdal	6 *	800	*	-0,4
Vallensbæk	10	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

3.2 Alkohol

Regeringens mål er, at antallet af storforbrugere af alkohol skal reduceres markant. Unges forbrug af alkohol skal nedbringes, og alkoholforbruget blandt børn skal fjernes (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). Det skal ske ved, at uddannelsesinstitutioner udarbejder og offentliggør alkoholpolitikker, at unge under 18 år ikke skal kunne købe drikkevarer med en høj alkoholprocent (undtaget øl med almindelig pilsnerstyrke), samt at unges adgang til alkohol på udskænkingssteder reduceres (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009).

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

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
- 29 % overskrider grænsen for lavrisikoforbrug

Hvert år dør mere end 3.000 danskere som følge af højt alkoholforbrug. Det svarer til 5 % af alle dødsfald. Sundhedsvæsenets nettoomkostninger relateret til alkohol er 597 mio. kr. om året (Statens Institut for Folkesundhed, 2006).

Danske unge drikker mere og hyppigere end unge i andre europæiske lande. Der er dog en positiv udvikling i de unges alkoholvaner. Både debutalder og forbrug er faldet lidt de senere år (Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, 2007; Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, 2009).

Sundhedsstyrelsen indførte i 1989 genstandsgrænser for alkohol, som anbefaler kvinder at drikke højst 14 genstande om ugen og mænd 21 genstande om ugen. I 2007 tilføjede Sundhedsstyrelsen anbefalingerne om max. fem genstande ved samme lejlighed samt helt at undgå alkohol for gravide og for de, som planlægger graviditet.

I 2010 har Sundhedsstyrelsen tilføjet endnu et sæt genstandsgrænser og skelner nu mellem høj og lav risiko for sygdom (www.sst.dk):

- Intet alkoholforbrug er risikofrit for helbredet
- Der er en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på syv genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd
- Der er en høj risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på mere end 14 genstande om ugen for kvinder og 21 for mænd

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. Derudover anvendes begrebet **lavrisikoforbrug** om Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse på syv genstande for kvinder og 14 genstande for mænd.

Tabel 3.9 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?

I dette afsnit beskrives borgernes alkoholadfærd i form af storforbrug, rusdrikkeri eller alkoholafhængighed samt borgere, der overskrider grænserne for lavrisikoforbrug. Dernæst beskrives borgere med risikabel alkoholadfærd. Til sidst beskrives risikabel alkoholadfærd i hjem med børn. Opgørelserne tager udgangspunkt i alle borgere og ikke kun de borgere, som har drukket alkohol inden for det seneste år.

Da spørgsmålene om ugentligt alkoholforbrug ikke er helt identiske med den tidligere spørgeskemaundersøgelse fra 2007, er det ikke muligt at opgøre ændringer siden 2007 for storforbrug, overskridelse af lavrisikoforbrug samt risikabel alkoholadfærd. Der opgøres derfor kun ændringer for rusdrikkeri og tegn på alkoholafhængighed.

Risikabel alkoholadfærd er mest udbredt blandt:

- Mænd
- Unge på 16-24 år
- Borgere under uddannelse
- Arbejdsløse
- Borgere med dansk baggrund

3.2.1 Borgernes alkoholadfærd

I Region Hovedstaden har 89 % af borgerne – svarende til 1.183.800 personer – drukket alkohol det seneste år, men det gælder kun 50 % af borgerne med ikke-vestlig baggrund (resultater ikke vist). 35 % af borgerne drikker på hverdage, mens 78 % drikker i weekenden. Flere mænd end kvinder drikker alkohol, og forskellen er størst på hverdage. Tre gange så mange drikker på hverdage blandt

65-79-årige sammenlignet med 16-24-årige. I weekenden er der ikke denne forskel (resultater ikke vist).

13 % af borgerne har et storforbrug af alkohol, 15 % rusdrikker, og 17 % har tegn på alkoholafhængighed. 29 % af borgerne overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser for lavrisikoforbrug (tabel 3.10-3.11).

Tabel 3.10 Borgere, som overskrider Sundhedsstyrelsens grænser for storforbrug og lavrisikoforbrug

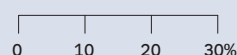
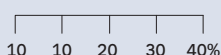
	Storforbrug		Over lavrisikoforbrug	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	13	165.600	29	370.900
Køn				
Mand	15	97.700	28	178.400
Kvinde	10	67.900	29	192.500
Alder				
16-24 år	22	39.100	44	78.500
25-34 år	10	23.700	24	57.200
35-44 år	6	15.100	16	40.200
45-54 år	12	24.800	27	57.000
55-64 år	16	31.500	35	67.400
65-79 år	15	26.800	33	57.800
80+ år	8	4.700	22	12.700
Uddannelse				
Under uddannelse	22	30.100	44	59.500
Grundskole	12	10.400	22	19.500
Kort uddannelse	14	55.700	28	109.200
Kort videreg. uddannelse	10	13.200	26	33.800
Mellemlang videreg. uddannelse	10	25.200	28	70.700
Lang videreg. uddannelse	11	24.600	27	62.900
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	10	71.900	25	178.000
Arbejdsløs	16	7.800	27	13.500
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	13	3.800	24	7.200
Førtidspensionist	14	6.500	22	10.100
Pensionist	15	36.400	32	79.800
Samlevsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	14	48.700	29	101.800
Samlevende (blandt 25+ årige)	10	74.000	24	182.600
Etnisk baggrund				
Danmark	14	150.400	31	336.800
Andre vestlige lande	12	10.100	27	23.400
Ikke-vestlige lande	5	5.200	9	10.600

Køn og alder: Alle tre typer af alkoholadfærd er mere udbredt blandt mænd end blandt kvinder, og kønsforskellen er særlig udtalt for rusdrikkeri og tegn på alkoholafhængighed. Her er forekomsten dobbelt så høj blandt mænd, som blandt kvinder. Der er derimod ingen forskel på andelen af mænd og kvinder, som overskrider lavrisikoforbruget.

For storforbrug, overskridelse af lavrisikoforbrug og rusdrikkeri gælder, at forekomsten er særligt høj blandt de 16-24-årige, og at den er lav blandt de 35-44-årige sammenlignet med de omkringliggende aldersgrupper. Tegn på alkoholafhængighed er mere udbredt blandt borgere i alderen 45-79 år, sammenlignet med borgere i de andre aldersgrupper, mens de helt unge ikke skiller sig ud på dette punkt.

Tabel 3.11 Borgere, som rusdrikker eller har tegn på alkoholafhængighed

	Rusdrikkeri		Tegn på afhængighed	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	15	194.500	17	228.400
Køn				
Mand	21	136.000	24	152.700
Kvinde	9	58.600	11	75.700
Alder				
16-24 år	33	59.700	13	22.400
25-34 år	17	41.400	13	30.000
35-44 år	10	24.400	14	36.000
45-54 år	14	29.900	22	46.700
55-64 år	13	24.800	25	49.800
65-79 år	7	12.900	20	36.500
80+ år	2	1.400	12	7.000
Uddannelse				
Under uddannelse	34	46.200	14	18.700
Grundskole	10	9.600	14	13.200
Kort uddannelse	16	61.500	18	70.800
Kort videreg. uddannelse	9	12.300	15	20.100
Mellemlang videreg. uddannelse	10	26.400	18	44.100
Lang videreg. uddannelse	14	31.400	21	49.600
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	14	97.700	17	124.700
Arbejdsløs	18	9.200	20	9.800
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	13	3.800	16	4.600
Førtidspensionist	12	5.700	20	9.400
Pensionist	7	17.400	19	49.400
Samlevsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	15	54.700	19	66.400
Samlevende (blandt 25+ årige)	10	76.700	18	134.100
Etnisk baggrund				
Danmark	16	176.200	18	201.700
Andre vestlige lande	13	11.600	20	17.700
Ikke-vestlige lande	6	6.700	8	8.900



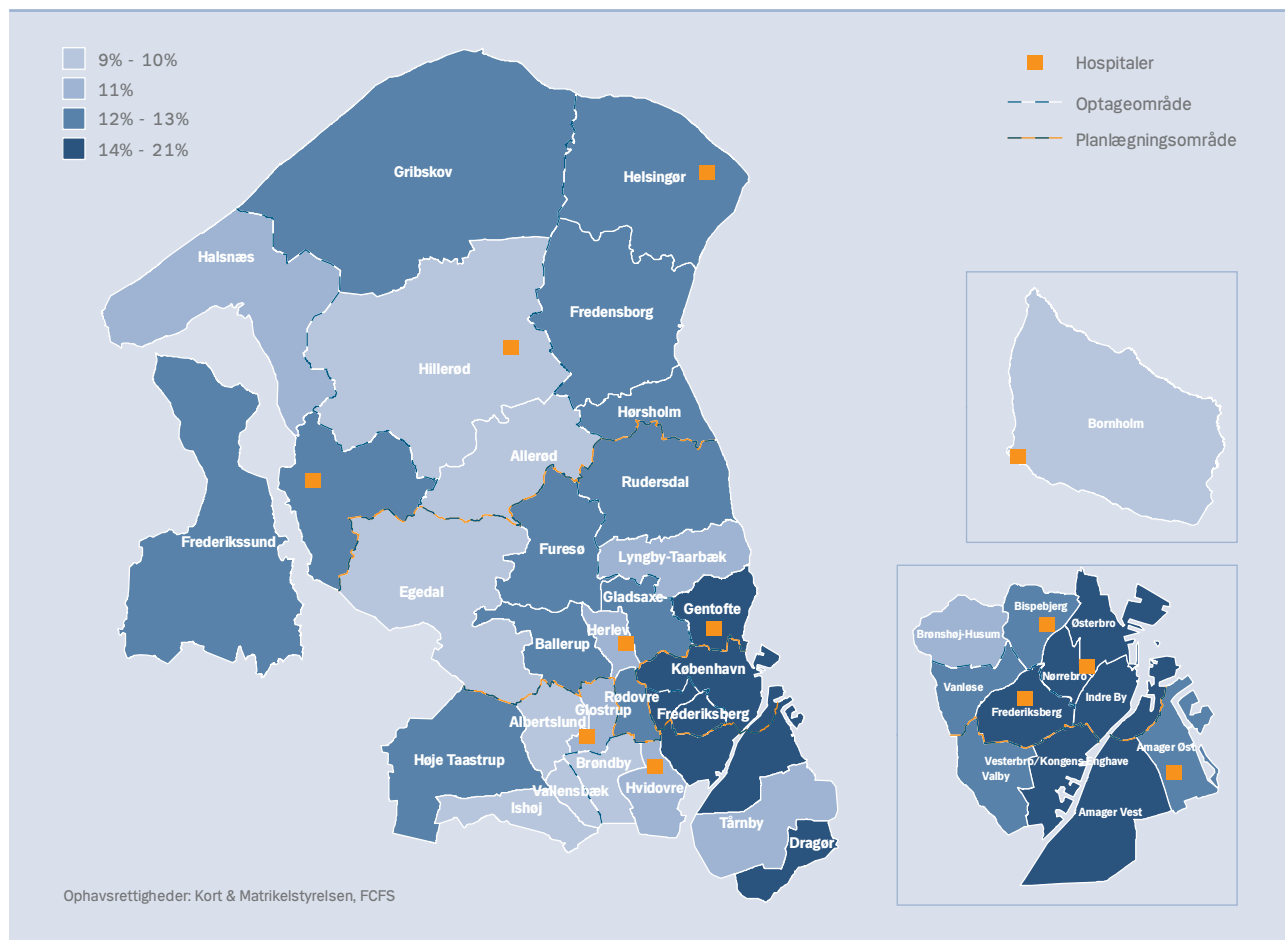
Uddannelse og erhvervstilknytning: Storforbrug, overskridelse af lavrisikoforbrug samt rusdrikkeri forekommer dobbelt så hyppigt blandt borgere under uddannelse sammenlignet med borgere, som ikke er under uddannelse. Dette stemmer overens med tendensen for de helt unge, som udgør en stor del af borgerne under uddannelse. Borgere med en kort uddannelse har en lidt højere forekomst af alle fire typer adfærd, sammenlignet med borgere med en kort videregående uddannelse. For tegn på alkoholafhængighed er der derudover en tendens til, at forekomsten stiger med uddannelseslængden.

I forhold til erhvervstilknytning er de tre typer alkoholadfærd mest udbredt blandt arbejdsløse. Førtidspensionister har dog lige så hyppigt tegn på alkoholafhængighed som de arbejdsløse borgere. Pensionister har den største andel af borgere, der overskrider lavrisikoforbruget.

Samlivsstatus blandt 25-årige: Storforbrug, overskridelse af lavrisikoforbruget samt rusdrikkeri er lidt mere udbredt blandt enlige sammenlignet med samlevende borgere, mens tegn på alkoholafhængighed er lige udbredt blandt enlige og samlevende borgere.

Etnisk baggrund: Alle tre typer alkoholadfærd samt overskridelse af grænsen for lavrisikoforbrug forekommer mere end dobbelt så hyppigt blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund sammenlignet med borgere med en ikke-vestlig baggrund.

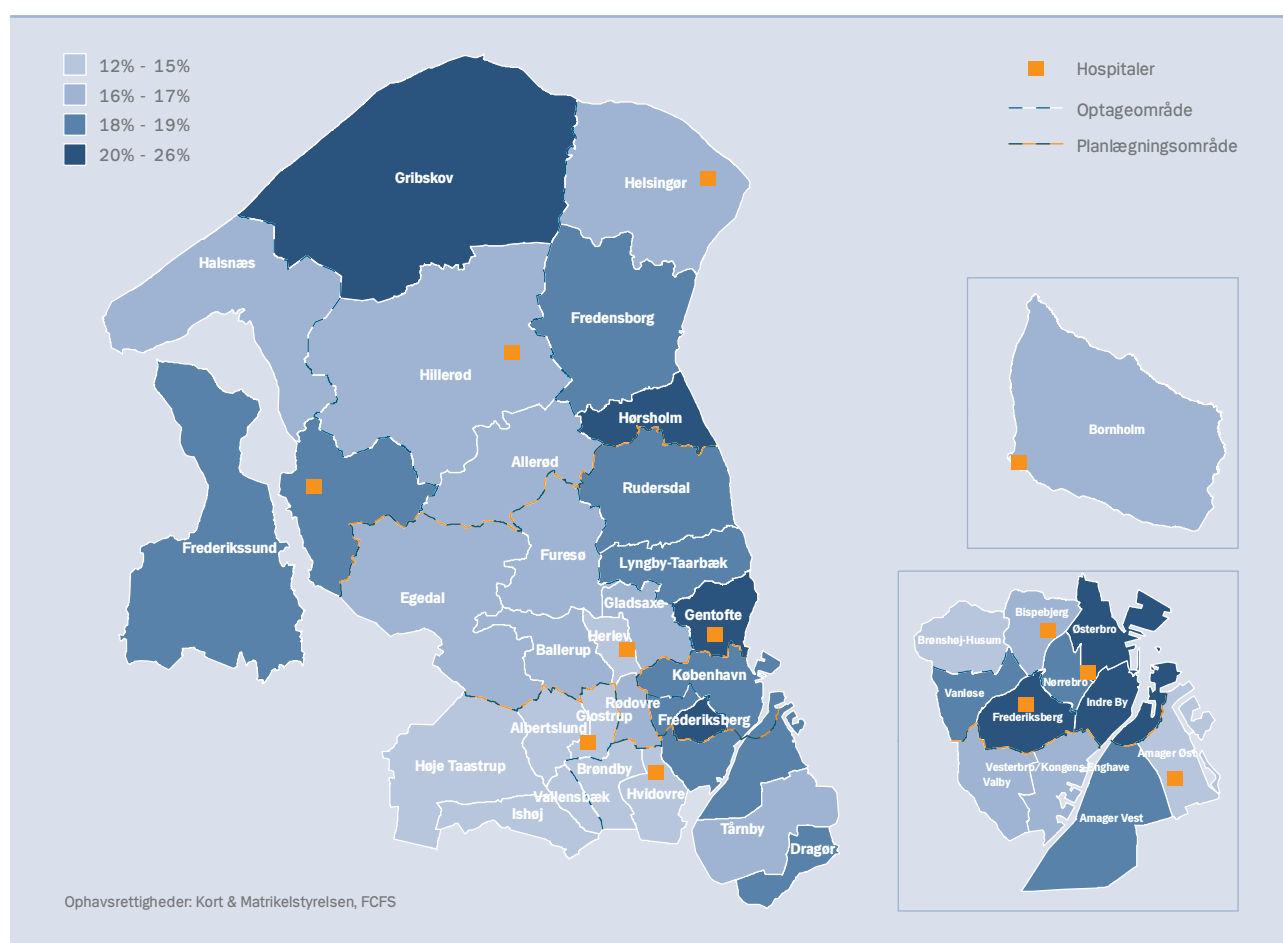
Figur 3.4 Borgere, som overskrider Sundhedsstyrelsens grænser for storforbrug



Variation mellem kommunerne: Overordnet ses samme mønster for de tre former for alkoholadfærd samt overskridelse af grænsen for lavrisikoforbrug (tabel 3.12-3.15). Det betyder, at de kommuner, der har en høj andel af rusdrikkere, samtidig har mange borgere med et storforbrug af alkohol eller med tegn på alkoholafhængighed. Der er dog en social gradient i udbredelsen af tegn på alkoholafhængighed, som ikke viser sig for de andre former for

alkoholadfærd (tabel 3.15). Næsten alle kommuner, der ligger signifikant over regionsgennemsnittet, tilhører kommunesocialgruppe 1 og 2, mens næsten alle kommuner, der ligger signifikant under regionsgennemsnittet, tilhører gruppe 3 og 4. Denne tendens forsvinder ikke, når der tages højde for sammensætningen af alder og køn i kommunerne.

Figur 3.5 Borgere, som har tegn på alkoholafhængighed



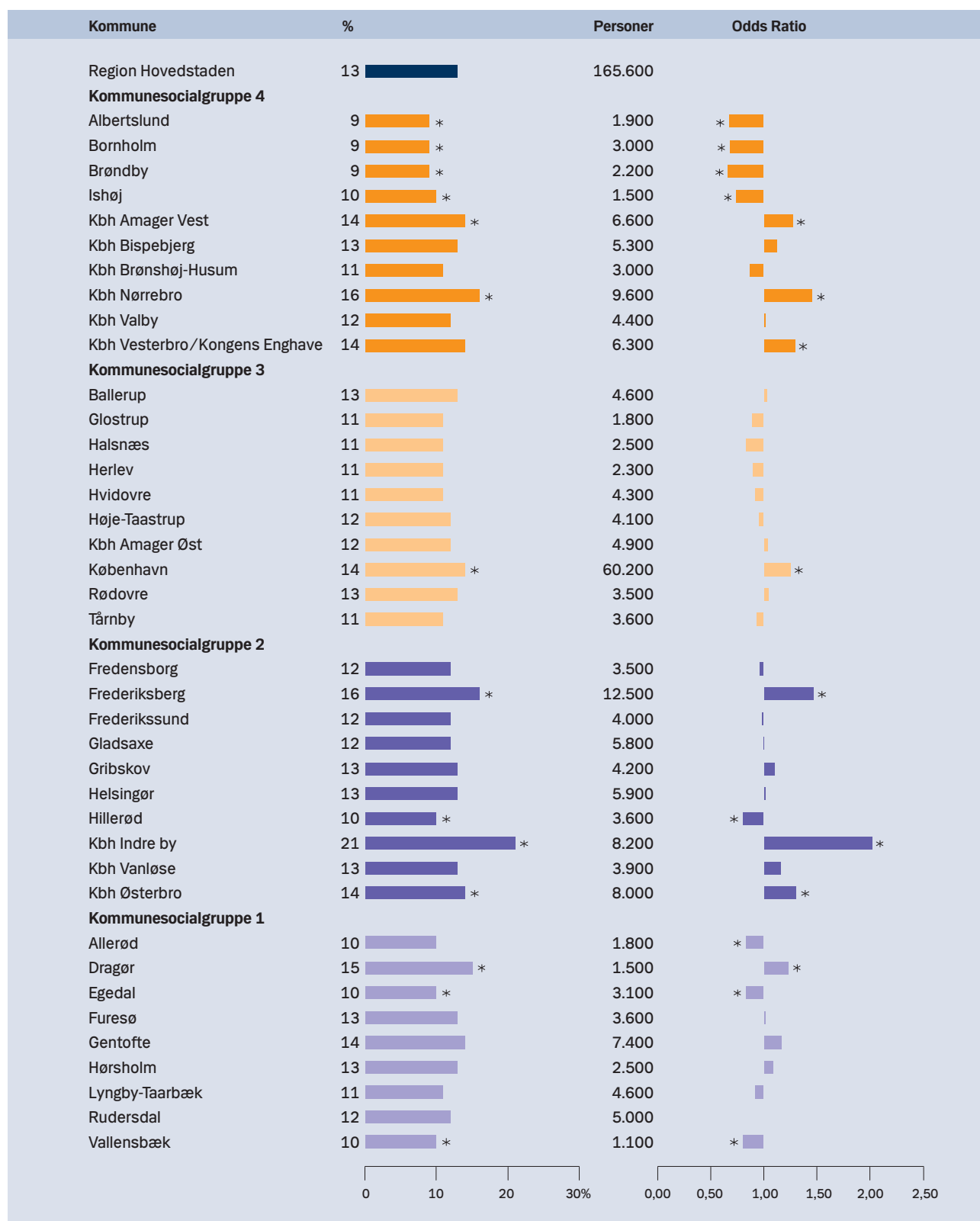
Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år:

Der er sket et fald i andelen af borgere, som rusdrikkere, i regionen som helhed og i de fleste kommuner (tabel 3.14). I regionen samlet er der tale om et fald på 3 %, og det største fald på 7,3 % ses i Gribskov Kommune. Der er tendens til en social gradient, idet der generelt er sket et større fald i andelen af rusdrikkere i alle kommunerne i kommunesocialgruppe 1 sammenlignet med de andre kommunesocialgrupper. Det ser derfor ud til, at Sundhedsstyrelsens budskab om at drikke max. 5 genstande ved samme lejlighed har haft en effekt, og at effekten er størst i kommuner med høj social status.

Der er ikke sket ændringer i forhold til tegn på alkoholafhængighed i Regionen som helhed og i de fleste kommuner (tabel 3.15). I bydelen Vesterbro/Kongens Enghave ses dog et fald på 5,2 %, mens bydelen Amager Vest og Frederiksberg Kommune har stigninger på henholdsvis 4,7 % og 3,5 %.

Det er ikke muligt at opgøre ændringer siden 2007 for storforbrug eller lavrisikoforbrug, da spørgsmålene om ugentligt alkoholforbrug er forskellige i de to undersøgelser.

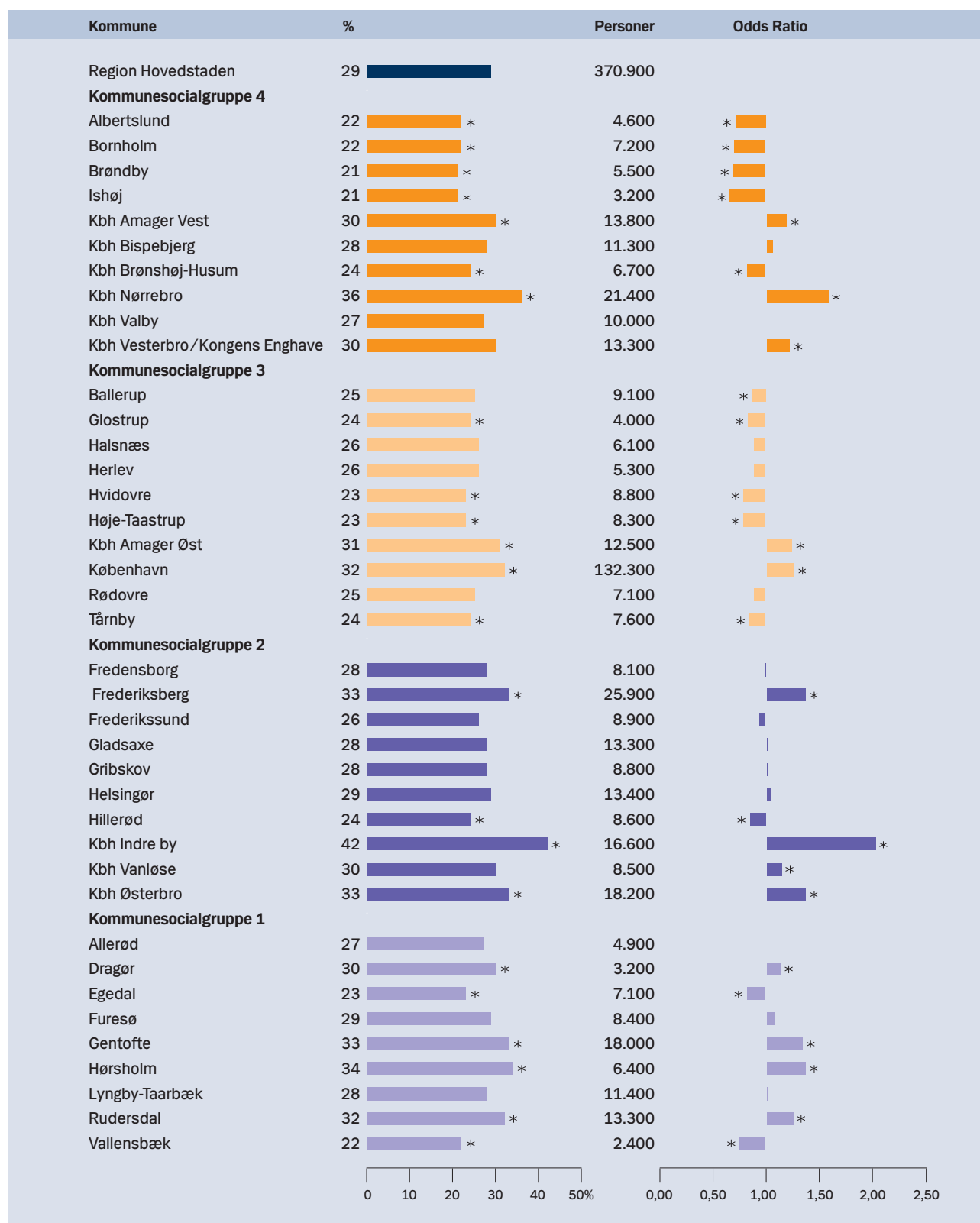
Tabel 3.12 Borgere i kommunerne, som har et storforbrug



* 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 3.13 Borgere i kommunerne, som overskrider grænserne for lavrisikoforbrug


* 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 3.14 Borgere i kommunerne, som rusdrikker

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	15	194.500		-3,0
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	10 *	2.200	* 0,8	-2,7
Bornholm	10 *	3.300	* 0,8	-4,4
Brøndby	10 *	2.600	* 0,8	-2,4
Ishøj	10 *	1.600	* 0,8	-2,5
Kbh Amager Vest	18 *	8.400	0,9 *	-0,6
Kbh Bispebjerg	18 *	7.400	0,9 *	-3,6
Kbh Brønshøj-Husum	14	4.100	1,0	-3,4
Kbh Nørrebro	26 *	15.900	1,4 *	-0,0
Kbh Valby	17 *	6.500	0,9 *	-1,2
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	23 *	10.500	1,1 *	-5,2
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	11 *	4.100	0,8	-3,8
Glostrup	10 *	1.800	* 0,8	-4,7
Halsnæs	11 *	2.600	0,8	-3,8
Herlev	12	2.500	0,8	-1,1
Hvidovre	11	4.400	0,8	-5,8
Høje-Taastrup	13	4.700	0,8	-0,1
Kbh Amager Øst	18 *	7.600	0,9 *	-0,6
København	20 *	85.900	1,1 *	-2,2
Rødovre	12	3.300	0,8	2,2
Tårnby	13	4.200	0,8	-2,4
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	11 *	3.200	0,8	-2,6
Frederiksberg	18 *	14.200	1,1 *	-1,9
Frederikssund	11 *	3.600	0,8	-4,6
Gladsaxe	14	6.700	1,0	-2,4
Gribskov	11 *	3.500	0,8	-7,3
Helsingør	12	5.900	0,8	-3,2
Hillerød	11	4.100	0,8	-2,5
Kbh Indre by	25 *	10.000	1,3 *	1,2
Kbh Vanløse	15	4.500	0,8	-3,8
Kbh Østerbro	19 *	10.900	1,1 *	-5,0
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	11 *	2.000	0,8	-3,5
Dragør	12	1.200	0,8	-3,6
Egedal	9 *	2.900	* 0,7	-4,5
Furesø	11 *	3.200	0,8	-3,6
Gentofte	12	6.800	0,8	-4,8
Hørsholm	12	2.200	0,8	-5,8
Lyngby-Taarbæk	14	6.000	0,9	-5,0
Rudersdal	12	4.900	0,8	-4,4
Vallensbæk	10 *	1.100	* 0,7	-5,0

* 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 3.15 Borgere i kommunerne, som har tegn på alkoholafhængighed

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	17	228.400		0,1
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	14 *	2.900	* 0,8	-0,8
Bornholm	16	5.200	* 0,8	0,6
Brøndby	14 *	3.600	* 0,8	-1,0
Ishøj	14 *	2.100	* 0,8	1,9
Kbh Amager Vest	18	8.300	1,2 *	4,7
Kbh Bispebjerg	16	6.500	0,8	-1,0
Kbh Brønshøj-Husum	14 *	4.100	* 0,8	-1,9
Kbh Nørrebro	18	10.600	1,2 *	-1,2
Kbh Valby	17	6.300	0,8	0,8
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	17	7.700	0,8	-5,2
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	16	5.800	0,8	1,2
Glostrup	14 *	2.300	* 0,8	-0,1
Halsnæs	17	4.200	0,8	-1,3
Herlev	14 *	3.000	* 0,8	1,9
Hvidovre	12 *	4.700	* 0,8	-3,2
Høje-Taastrup	14 *	5.100	* 0,8	-1,3
Kbh Amager Øst	15	6.200	0,8	-1,3
København	18 *	76.300	0,8 *	-0,3
Rødovre	17	4.700	0,8	3,3
Tårnby	16	5.000	0,8	-1,5
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	18	5.400	0,8	1,0
Frederiksberg	21 *	16.600	1,2 *	3,5
Frederikssund	18	6.100	0,8	1,3
Gladsaxe	17	8.300	0,8	0,8
Gribskov	20 *	6.300	1,2 *	-2,3
Helsingør	17	8.300	0,8	-2,6
Hillerød	17	6.100	0,8	1,4
Kbh Indre by	26 *	10.100	1,2 *	2,8
Kbh Vanløse	18	5.300	1,2	0,9
Kbh Østerbro	20 *	11.200	1,2 *	-0,9
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	17	3.100	0,8	1,7
Dragør	18	1.900	0,8	-1,7
Egedal	16	4.900	0,8	0,3
Furesø	17	4.800	0,8	-1,4
Gentofte	21 *	11.300	1,2 *	2,1
Hørsholm	20 *	3.800	1,2 *	0,2
Lyngby-Taarbæk	18	7.300	0,8	-0,5
Rudersdal	19 *	8.000	1,2	0,3
Vallensbæk	13 *	1.400	* 0,8	-1,2

* 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

3.2.2 Risikabel alkoholadfærd

I Region Hovedstaden har 28 % af borgerne – svarende til 358.400 personer – en risikabel alkoholadfærd (tabel 3.16).

Køn og alder: Én ud af tre mænd har en risikabel alkoholadfærd i forhold til kun én ud af fem kvinder. Risikabel alkoholadfærd er mest udbredt blandt de helt unge og mindst udbredt blandt borgere i alderen 35-44-år og over 79 år.

Tabel 3.16 Borgere, som har en risikabel alkoholadfærd

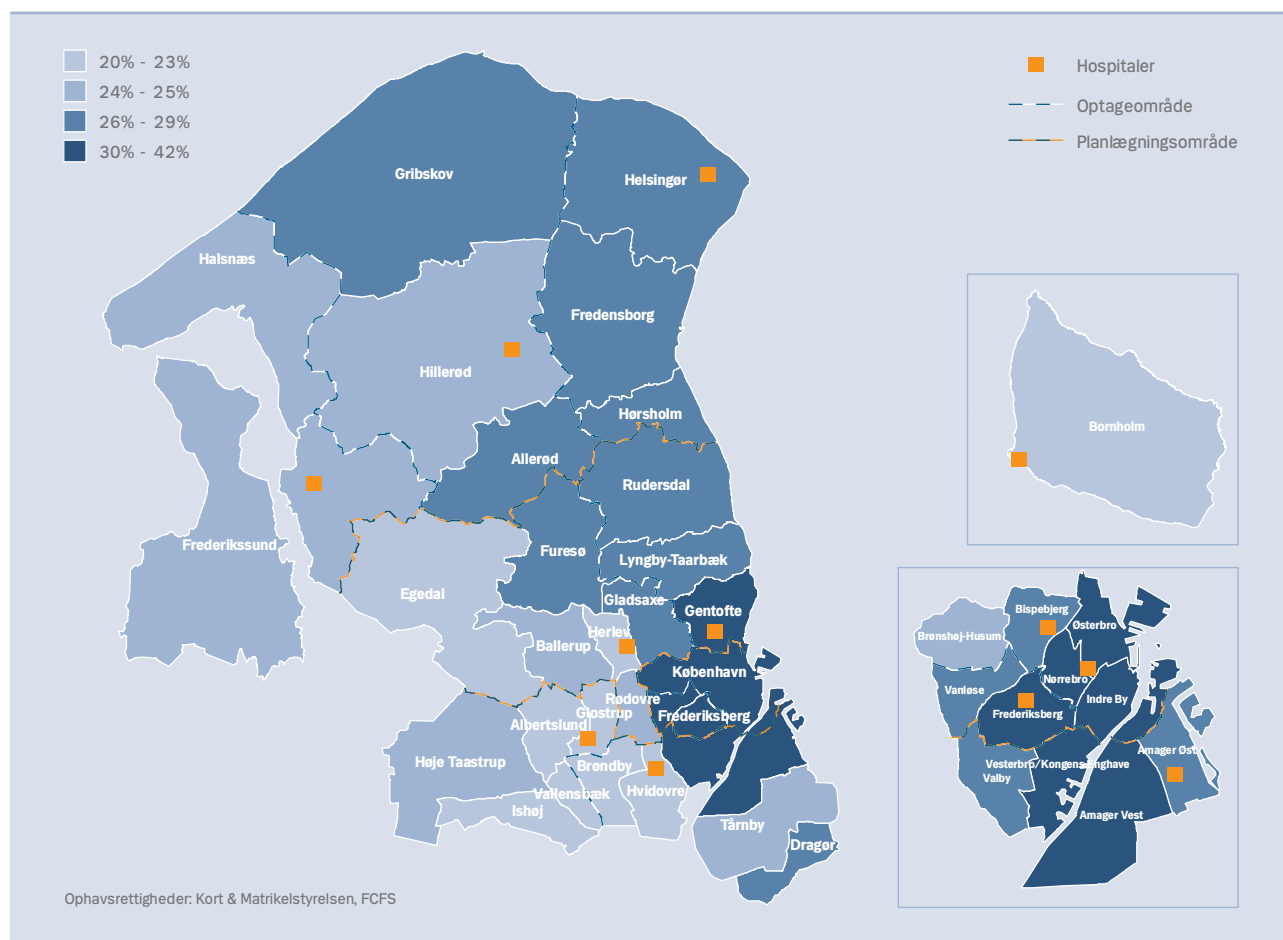
	%	Personer
Region Hovedstaden	28	358.400
Køn		
Mand	36	228.900
Kvinde	19	129.500
Alder		
16-24 år	41	73.000
25-34 år	25	59.000
35-44 år	19	48.200
45-54 år	27	58.500
55-64 år	32	61.500
65-79 år	28	48.100
80+ år	18	10.000
Uddannelse		
Under uddannelse	42	56.300
Grundskole	22	19.200
Kort uddannelse	28	109.100
Kort videreg. uddannelse	22	28.600
Mellemlang videreg. uddannelse	25	61.000
Lang videreg. uddannelse	30	67.800
Erhvervstilknytning		
I beskæftigelse	25	181.200
Arbejdsløs	30	14.900
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	23	6.600
Førtidspensionist	25	11.500
Pensionist	27	65.700
Samlivsstatus		
Enlig (blandt 25+ årige)	28	97.500
Samlevende (blandt 25+ årige)	24	180.300
Etnisk baggrund		
Danmark	29	319.500
Andre vestlige lande	28	24.300
Ikke-vestlige lande	13	14.600

Uddannelse og erhvervstilknytning: Risikabel alkoholadfærd er mest udbredt blandt borgere under uddannelse, hvilket er i overensstemmelse med billedet for de unge borgere. Blandt borgere med lang videregående uddannelse og kort uddannelse har dog også næsten hver tredje risikabel alkoholadfærd. En lidt større andel af arbejdsløse har en risikabel alkoholadfærd sammenlignet med andre i den erhvervsaktive alder.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Andelen af enlige borgere med en risikabel alkoholadfærd er lidt større end andelen af samlevende.

Etnisk baggrund: Kun halvt så mange borgere med ikke-vestlig baggrund har en risikabel alkoholadfærd sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

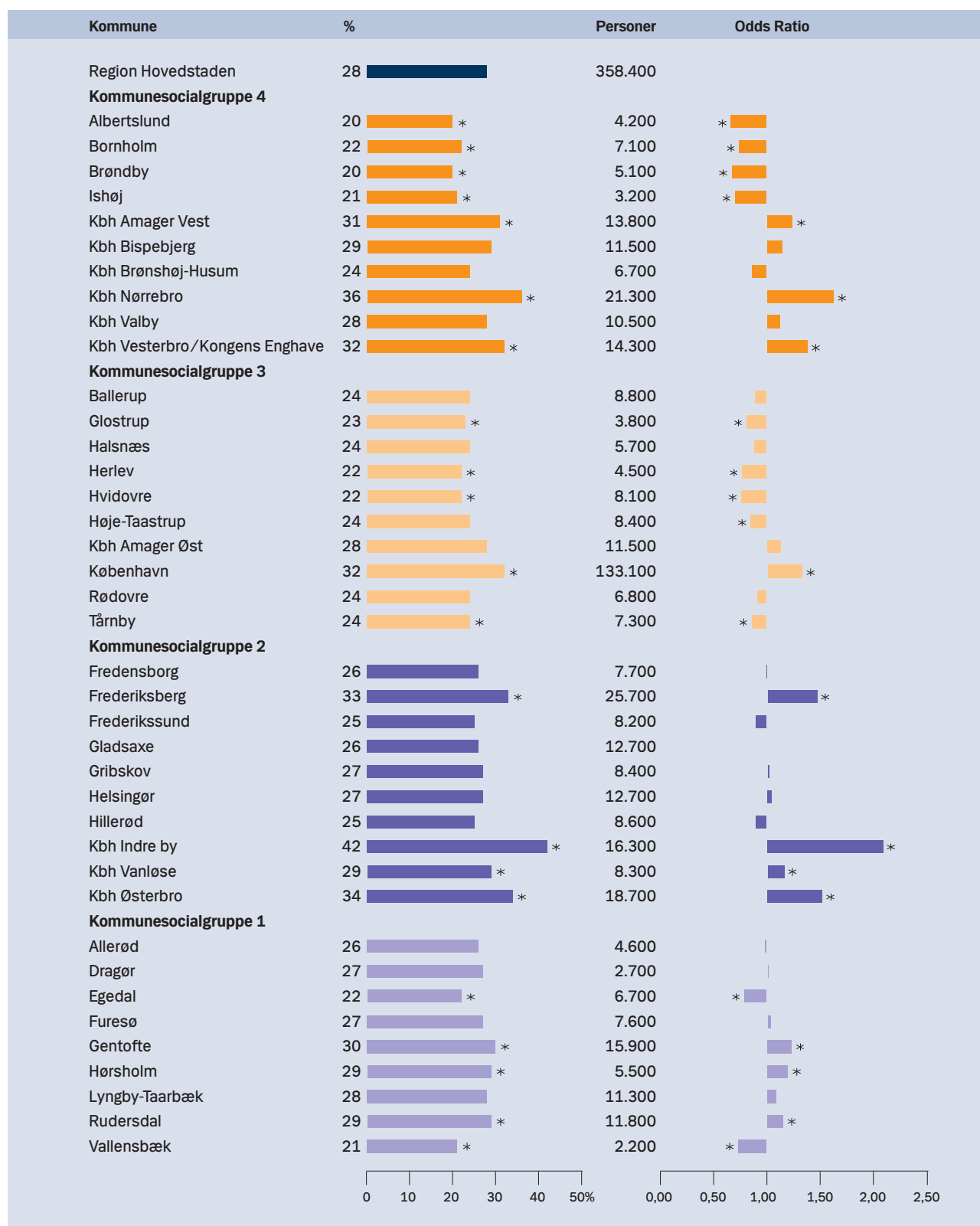
Figur 3.6 Borgere, som har en risikabel alkoholadfærd



Variation mellem kommunerne: Forekomsten af risikabel alkoholadfærd varierer på tværs af kommunerne fra 20 % i Brøndby Kommune til 42 % i bydelen Indre By (tabel 3.17). De laveste forekomster findes på Vestegnen og Bornholm, og de højeste forekomster findes i Københavns

bydele, samt Frederiksberg, Gentofte, Hørsholm og Rudersdal Kommune. Dette billede ændrer sig ikke, når der tages højde for fordelingen af alder og køn i kommunerne.

Tabel 3.17 Borgere i kommunerne, som har en risikabel alkoholadfærd



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

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

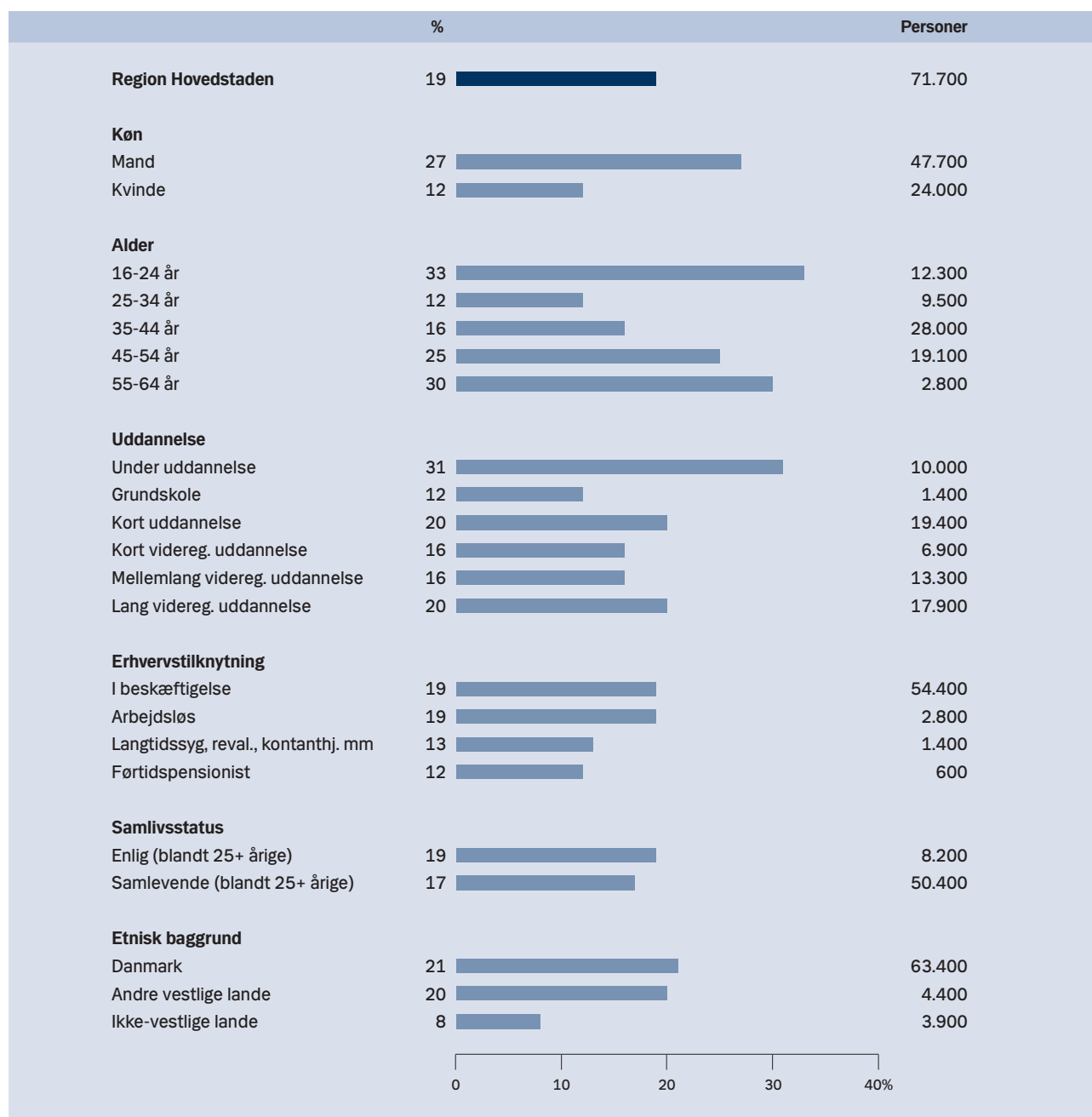
Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

3.2.3 Risikabel alkoholadfærd i hjem med børn

Risikabel alkoholadfærd i hjem med børn opgøres for borgere, som har mindst ét barn under 16 år i deres husholdning, herefter kaldet børn i hjemmet. Opgørelsen er derudover begrænset til borgere under 65 år, da de fleste børn bor hos voksne under 65 år.

I Region Hovedstaden har hver femte borger med børn i hjemmet – svarende til 71.700 personer – en risikabel alkoholadfærd (tabel 3.18).

Tabel 3.18 Risikabel alkoholadfærd blandt borgere, som bor sammen med børn



Køn og alder: Der er mere end dobbelt så mange mænd som kvinder med børn i hjemmet, som har en risikabel alkoholadfærd. Risikabel alkoholadfærd i hjem med børn er mest udbredt blandt de 16-24-årige. Der vil for netop denne aldersgruppe sandsynligvis i mange tilfælde være tale om mindre søskende til borgeren med risikabel alko-

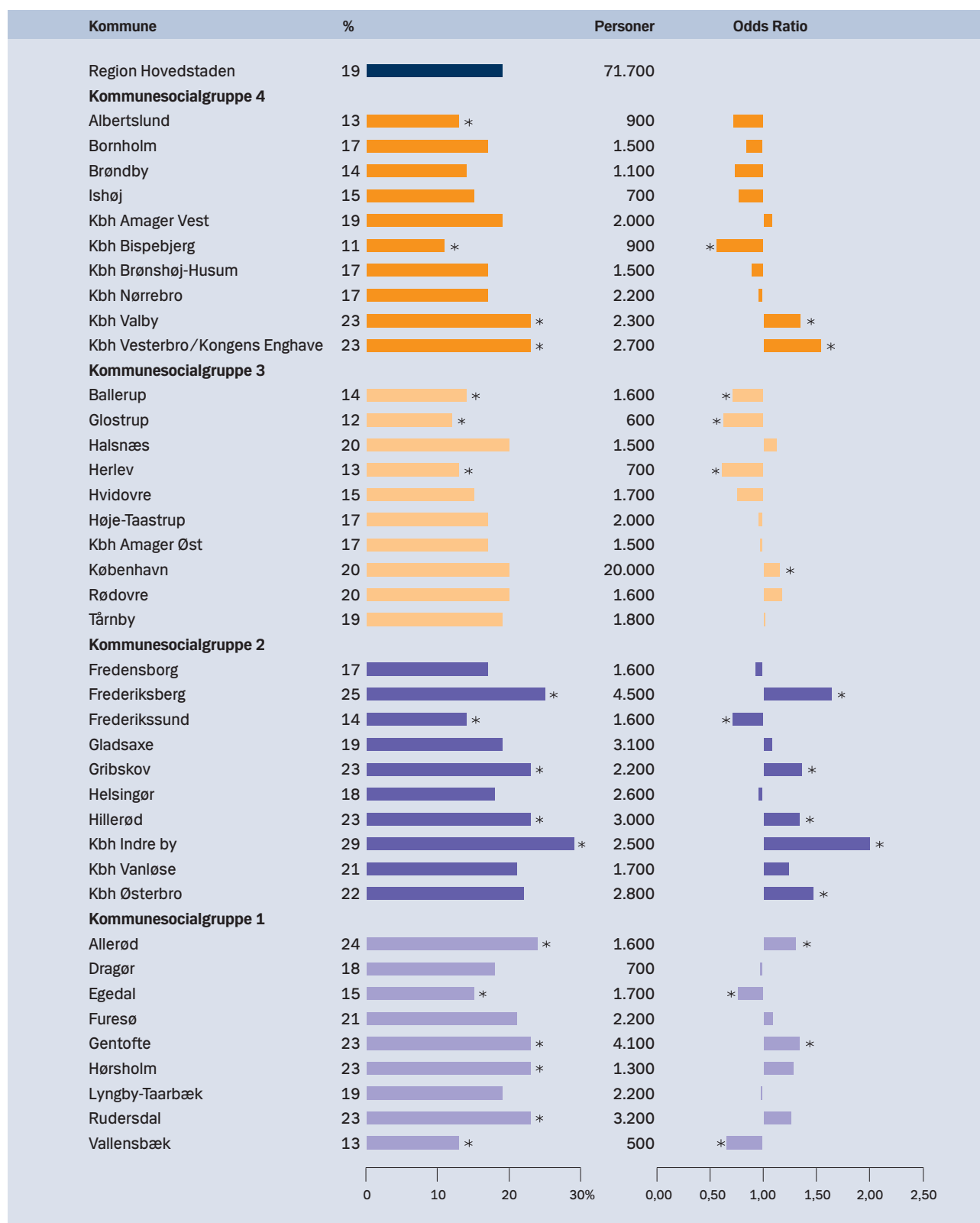
holadfærd. For borgere over 24 år stiger andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd i hjem med børn med alderen. Således er der kun én ud af otte 25-34-årige borgere med børn i hjemmet, som har en risikabel alkoholadfærd, mens én ud af tre 55-64-årige med børn i hjemmet har en risikabel alkoholadfærd.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Risikabel alkoholadfærd i hjem med børn er mest udbredt blandt borgere under uddannelse, hvor hver tredje borger med børn i hjemmet har en risikabel alkoholadfærd. Desuden har hver femte borger, som bor sammen med børn, og som har en kort uddannelse eller en lang videregående uddannelse, en risikabel alkoholadfærd. Der er ikke forskel på udbredelsen af risikabel alkoholadfærd i hjem med børn blandt beskæftigede og arbejdsløse borgere, mens en mindre andel af førtidspensionister og langtidssyge m.m. med børn i hjemmet har en risikabel alkoholadfærd.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Der er ingen betydelig forskel på andelen af enlige og samlevende med børn i hjemmet, som har en risikabel alkoholadfærd.

Etnisk baggrund: Dobbelt så mange borgere med dansk eller anden vestlig baggrund med børn i hjemmet har en risikabel alkoholadfærd sammenlignet med borgere med ikke-vestlig baggrund.

Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere, som bor sammen med børn og har en risikabel alkoholadfærd, varierer på tværs af kommunerne fra 11 % i bydelen Bispebjerg til 29 % i bydelen Indre by (tabel 3.19). De kommuner, der har en høj andel af borgere med risikabel alkoholadfærd, tilhører kommunesocialgruppe 1 og 2 bortset fra to københavnske bydele. Der er således tendens til en social gradient, som forbliver, når der justeres for køn og alder.

Tabel 3.19 Risikabel alkoholadfærd i kommunerne blandt borgere, som bor sammen med børn


* 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

3.3 Kost

Landsdækkende kostundersøgelser viser, at selvom danskernes kostvaner er blevet sundere over tid, er maden fortsat for fed og for sød og indeholder for lidt frugt, grønt og fisk. Samlet set giver det danskerne en større risiko for bl.a. overvægt, diabetes og hjertekarsygdomme.

I regeringens Sundhedspakke 2009 indgår kost som en selvstændig risikofaktor. Målet er at gøre det mere økonomisk attraktivt at træffe det sunde valg. Derfor har regeringen taget initiativ til at forhøje afgifterne på usunde varer som is, chokolade, sukkervarer, sukkerholdige sodavand samt på mættet fedt (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009). Hvert år er 2.200 dødsfald relateret til indtagelse af for meget mættet fedt, hvilket svarer til 4 % af alle dødsfald. Et utilstrækkeligt indtag af frugt og grønt giver et tilsvarende antal dødsfald (Statens Institut for Folkesundhed, 2006).

Usunde kostvaner kan påvirke udviklingen af kroniske sygdomme som hjertekarsygdomme og kræft i fordøjelsessystemet. Eksempelvis er det vist, at 22 % af dødsfald forårsaget af hjertesygdom vil kunne forebygges, hvis alle danskere højst fik 10 % af energien i kosten fra mættet fedt. En usund kost, højt energiindtag kombineret med manglende bevægelse medfører øget risiko for udvikling af overvægt og dermed blandt andet forhøjet blodtryk, type 2 diabetes og hjertekarsygdomme.

Desuden opnår borgerne et længere sygdomsfrit liv og en øget livskvalitet, hvis de følger kostrådene fra Motions- og Ernæringsrådet:

- spis frugt og grønt – 6 om dagen
- spis fisk og fiskepålæg flere gange om ugen
- spis kartofler, ris eller pasta og groft brød hver dag
- spar på sukker – især fra sodavand, slik og kager
- spar på fedtet – især fra mejeriprodukter og kød
- spis varieret og bevar normalvægten
- sluk tørsten i vand

I Region Hovedstaden har:

- 10 % meget usunde kostvaner
- 62 % middelsunde kostvaner
- 28 % sunde kostvaner

Meget usunde kostvaner er hyppigst blandt:

- Mænd
- Unge og ældre
- Enlige
- Borgere med lavt uddannelsesniveau og uden erhvervstilknytning
- Borgere med dansk baggrund

Med udgangspunkt i disse kostråd 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 generelle sunde eller usunde kostvaner. Kostscoren er således et samlet mål for sundhedsgraden af de generelle kostvaner. Kostscoren inddelte borgerne i tre kategorier:

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

Dette afsnit indledes med en generel beskrivelse af borgerne kostvaner. Dernæst beskrives forskellige kostkomponenter som frugt/grønt, fisk, fastfood, sodavand og slik/kager. I disse beskrivelser vil der blive fokuseret på, om borgerne lever op til Motions- og Ernæringsrådets kostråd. Da kostspørgsmålene ikke er helt identiske med den tidligere spørgeskemaundersøgelse fra 2007, er det ikke muligt at vise ændringer for de fleste indikatorer. Der vises derfor kun ændringer for indtag af sodavand.

3.3.1 Generelle kostvaner

I Region Hovedstaden har 28 % af borgerne – svarende til 356.100 personer – sunde kostvaner, mens 10 % af borgerne – svarende til 130.400 personer – har meget usunde kostvaner (tabel 3.20). Det vil sige, at 130.400 borgere i regionen har et meget lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt et højt indtag af fedt og især mættet fedt.

Køn og alder: Andelen af borgere med meget usunde kostvaner er dobbelt så høj blandt mænd sammenlignet med kvinder, og flere kvinder end mænd har sunde kostvaner. Meget usunde kostvaner forekommer hyppigst blandt den yngste og den ældste del af befolkningen. Andelen af borgere, der spiser sundt, er lavest blandt de ældste.

Tabel 3.20 Borgere, som har meget usunde kostvaner, og borgere, som har sunde kostvaner

	Meget usund kost		Sund kost	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	10	130.400	28	356.100
Køn				
Mand	13	83.300	22	134.900
Kvinde	7	47.100	33	221.200
Alder				
16-24 år	13	21.800	25	43.900
25-34 år	9	20.000	28	64.400
35-44 år	8	20.900	27	67.800
45-54 år	9	20.100	30	63.700
55-64 år	10	18.800	31	59.800
65-79 år	12	20.300	26	45.300
80+ år	15	8.500	20	11.300
Uddannelse				
Under uddannelse	11	14.400	26	34.200
Grundskole	20	17.700	18	15.700
Kort uddannelse	15	57.100	21	82.600
Kort videreg. uddannelse	9	11.300	28	37.000
Mellemlang videreg. uddannelse	6	13.700	34	84.700
Lang videreg. uddannelse	3	7.700	36	81.400
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	8	57.800	30	210.300
Arbejdsløs	15	7.800	20	10.100
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	15	4.500	25	7.300
Førtidspensionist	19	8.300	22	9.700
Pensionist	12	29.900	25	62.700
Samlevsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	14	47.500	25	86.800
Samlevende (blandt 25+ årige)	8	56.800	29	216.800
Etnisk baggrund				
Danmark	11	116.600	27	298.100
Andre vestlige lande	6	5.100	29	25.100
Ikke-vestlige lande	8	8.700	28	32.900

0 10 20 30%

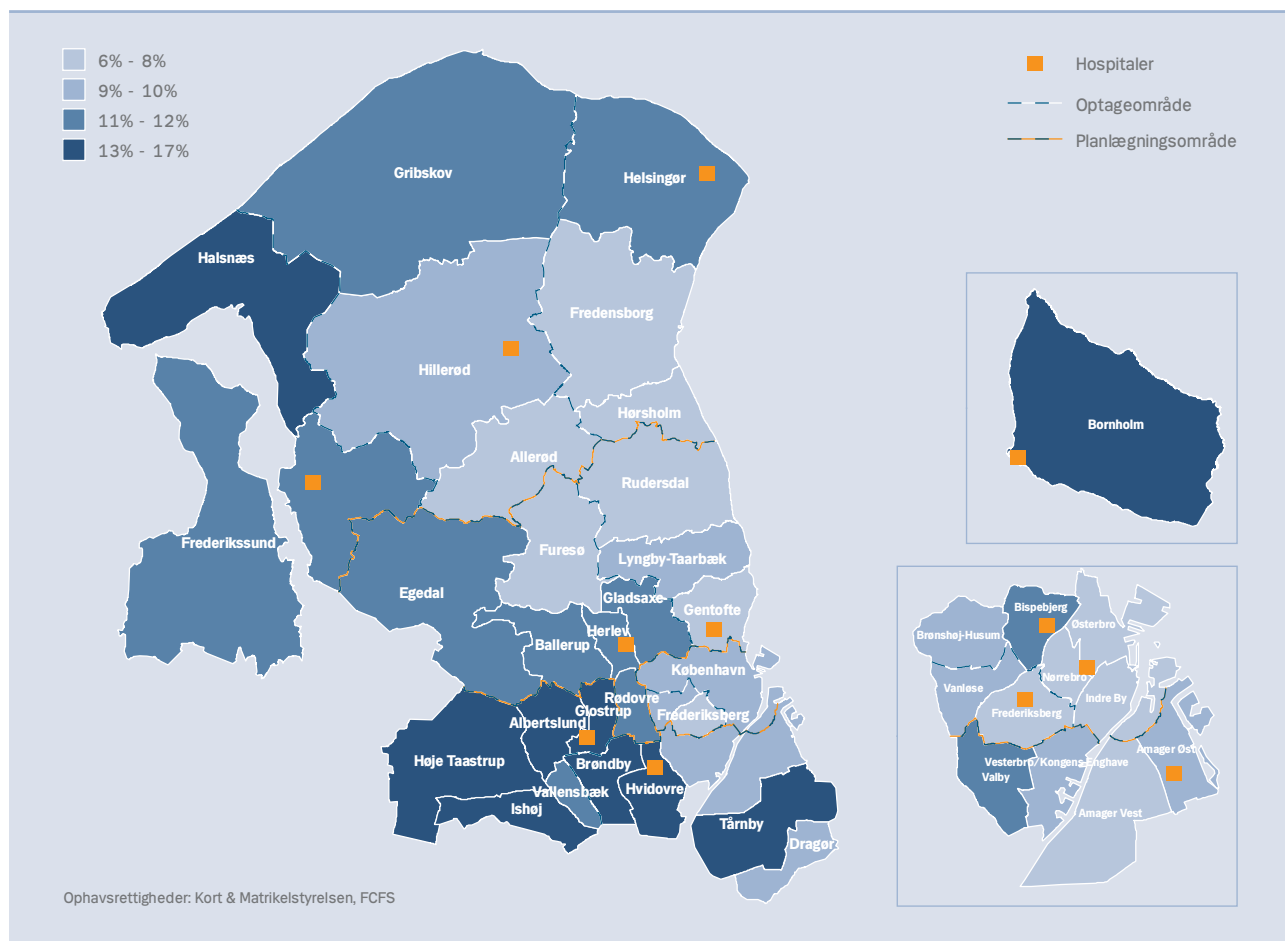
0 10 20 30 40%

Uddannelse og erhvervstilknytning: Uddannelsesniveauet har stor betydning for borgernes kostvaner. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel spiser meget usundt, og jo højere uddannelsesniveau, des større andel spiser sundt. Tilsvarende har erhvervstilknytning betydning for kostvanerne, idet meget usunde kostvaner er mere udbredt blandt borgere uden erhvervstilknytning sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Næsten dobbelt så mange blandt enlige har meget usunde kostvaner sammenlignet med samlevende borgere. Forskellen på enlige og samlevende er knapt så udtalt, hvad angår sunde kostvaner.

Etnisk baggrund: En større andel af borgere med dansk oprindelse har meget usunde kostvaner sammenlignet med borgere med anden oprindelse end dansk. Der er ikke forskel mellem grupperne på forekomsten af sunde kostvaner.

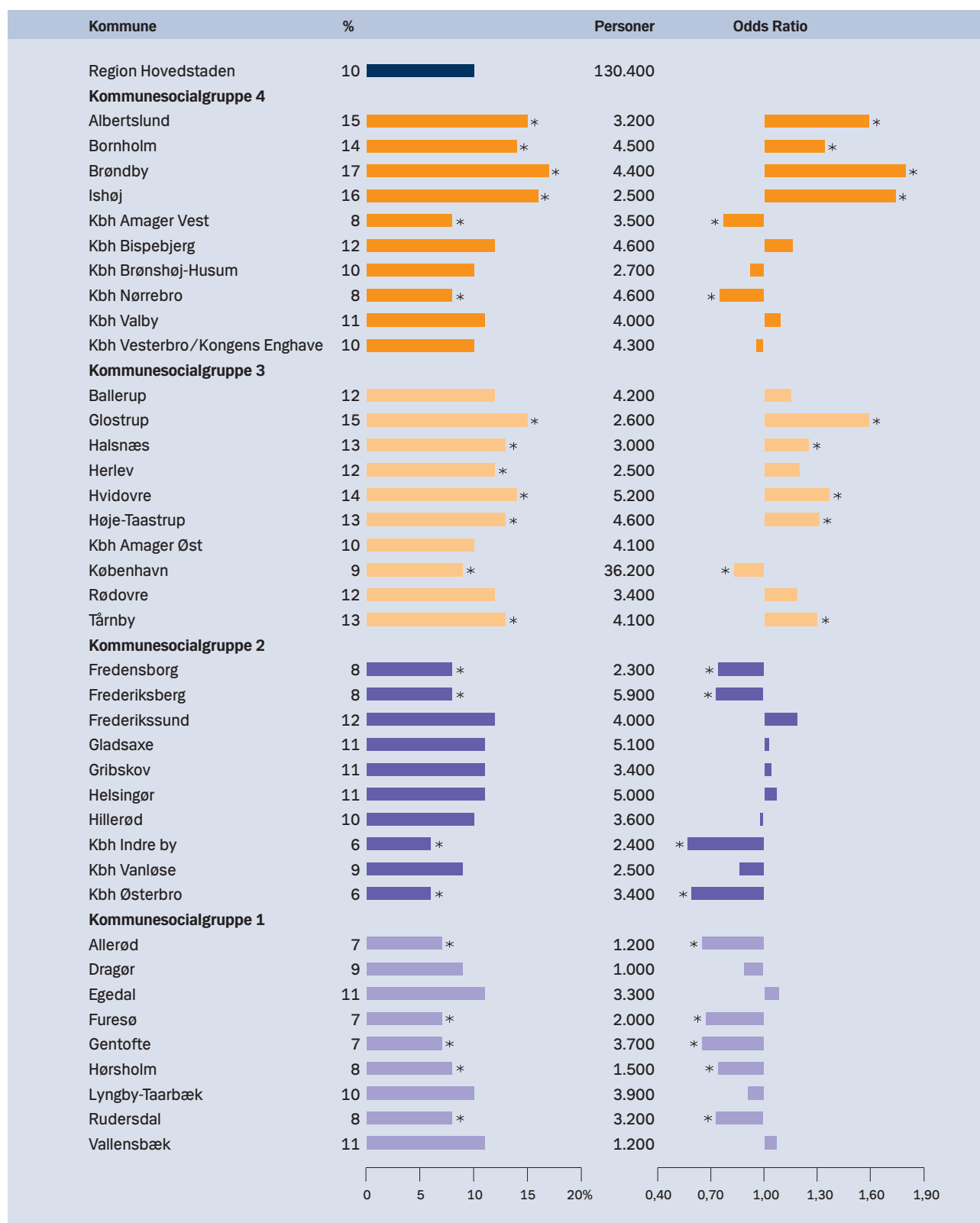
Figur 3.7 Borgere, som har meget usunde kostvaner



Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere med meget usunde kostvaner varierer fra 6 % i bydelen Indre by og bydelen Østerbro til 17 % i Brøndby Kommune (tabel 3.21). Der ses en negativ social gradient mellem kommunerne.

Andelen af borgere med meget usunde kostvaner er signifikant højere end regionsgennemsnittet i kommunesocialgruppe 3 og 4, hvorimod langt de fleste kommuner i gruppe 1 og 2 ligger signifikant lavere end regionsgennemsnittet.

Tabel 3.21 Borgere i kommunerne, som har meget usunde kostvaner



* 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

3.3.2 Frugt, grøntsager og fisk

Opgørelsen af frugt og grøntsager i dette afsnit inkluderer alle former for frugt, bær og grøntsager, rå såvel som tilberedte. Opgørelsen af fisk inkluderer fisk til aftensmad samt fiskepålæg. Der fokuseres i afsnittet på, om borgerne lever op til Motions- og Ernæringsrådets anbefalinger om at spise mindst seks stykker frugt og grøntsager om dagen samt 200-300 gram fisk om ugen.

I Region Hovedstaden spiser 84 % af borgerne ikke seks stykker frugt og grønt dagligt. Dette svarer til 1.138.100 borgere. 37 % spiser ikke 200-300 gram fisk om ugen, hvilket svarer til 490.300 borgere (tabel 3.22).

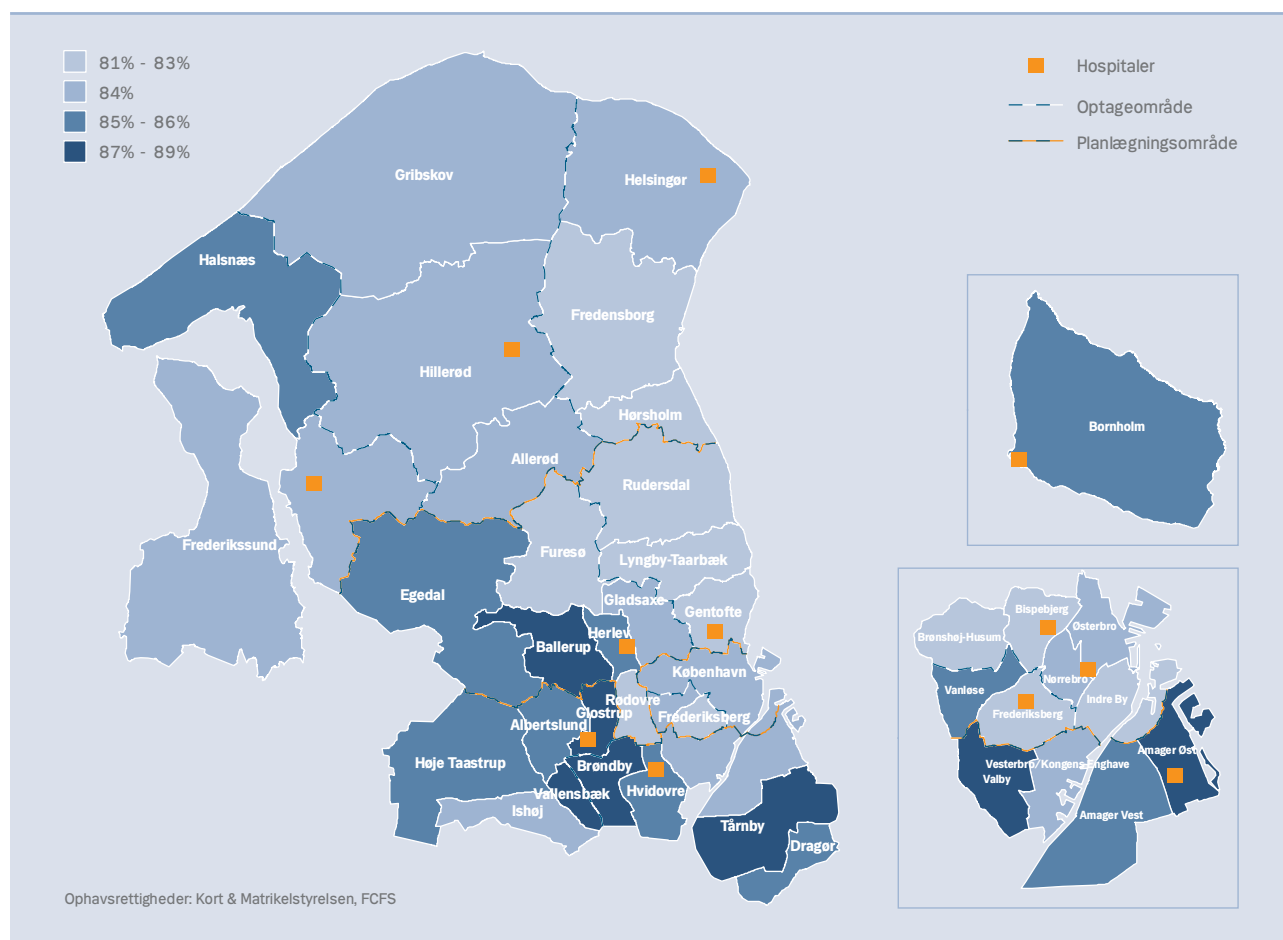
Tabel 3.22 Borgere, som ikke spiser seks stykker frugt og grønt dagligt, og borgere, som ikke spiser 200-300 gram fisk om ugen

	Frugt og grønt		Fisk	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	84	1.138.100	37	490.300
Køn				
Mand	89	577.700	38	245.900
Kvinde	80	560.400	35	244.400
Alder				
16-24 år	84	152.800	49	89.800
25-34 år	84	202.000	41	98.200
35-44 år	84	214.300	39	97.800
45-54 år	83	182.300	34	75.300
55-64 år	83	165.300	30	59.800
65-79 år	87	163.000	27	51.000
80+ år	89	58.300	29	18.500
Uddannelse				
Under uddannelse	82	114.000	49	67.200
Grundskole	89	85.200	38	36.100
Kort uddannelse	88	355.500	39	157.400
Kort videreg. uddannelse	84	112.900	35	46.900
Mellemlang videreg. uddannelse	82	208.000	31	78.200
Lang videreg. uddannelse	81	189.800	32	73.500
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	84	610.500	36	264.100
Arbejdsløs	88	45.500	44	22.600
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	84	25.800	41	12.600
Førtidspensionist	85	40.500	40	18.900
Pensionist	87	232.900	27	71.000
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	86	312.500	37	132.300
Samlevende (blandt 25+ årige)	84	642.400	33	255.500
Etnisk baggrund				
Danmark	85	967.100	36	403.400
Andre vestlige lande	82	72.900	42	36.900
Ikke-vestlige lande	80	98.100	41	49.900

Køn og alder: Der er flere mænd end kvinder, som ikke spiser seks stykker frugt og grønt om dagen. Andelen af borgere, der ikke spiser frugt og grønt som anbefalet, er den samme i de fleste aldersgrupper, mens der ses en aldersgradient for indtagelse af fisk. Halvdelen af de 16-24-årige spiser ikke fisk som anbefalet, mens kun én ud af tre af de 45+-årige ikke spiser fisk som anbefalet.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der er en tendens til, at andelen af borgere, der ikke spiser frugt og grønt som anbefalet, falder med stigende uddannelsesniveau og samme tendens ses for indtagelse af fisk. De sociale forskelle ses også i forhold til erhvervstilknytning, hvor andelen af borgere, der ikke spiser frugt og grønt og fisk som anbefalet, er større blandt de arbejdsløse end blandt de beskæftigede.

Figur 3.8 Borgere, som ikke spiser seks stykker frugt og grønt om dagen

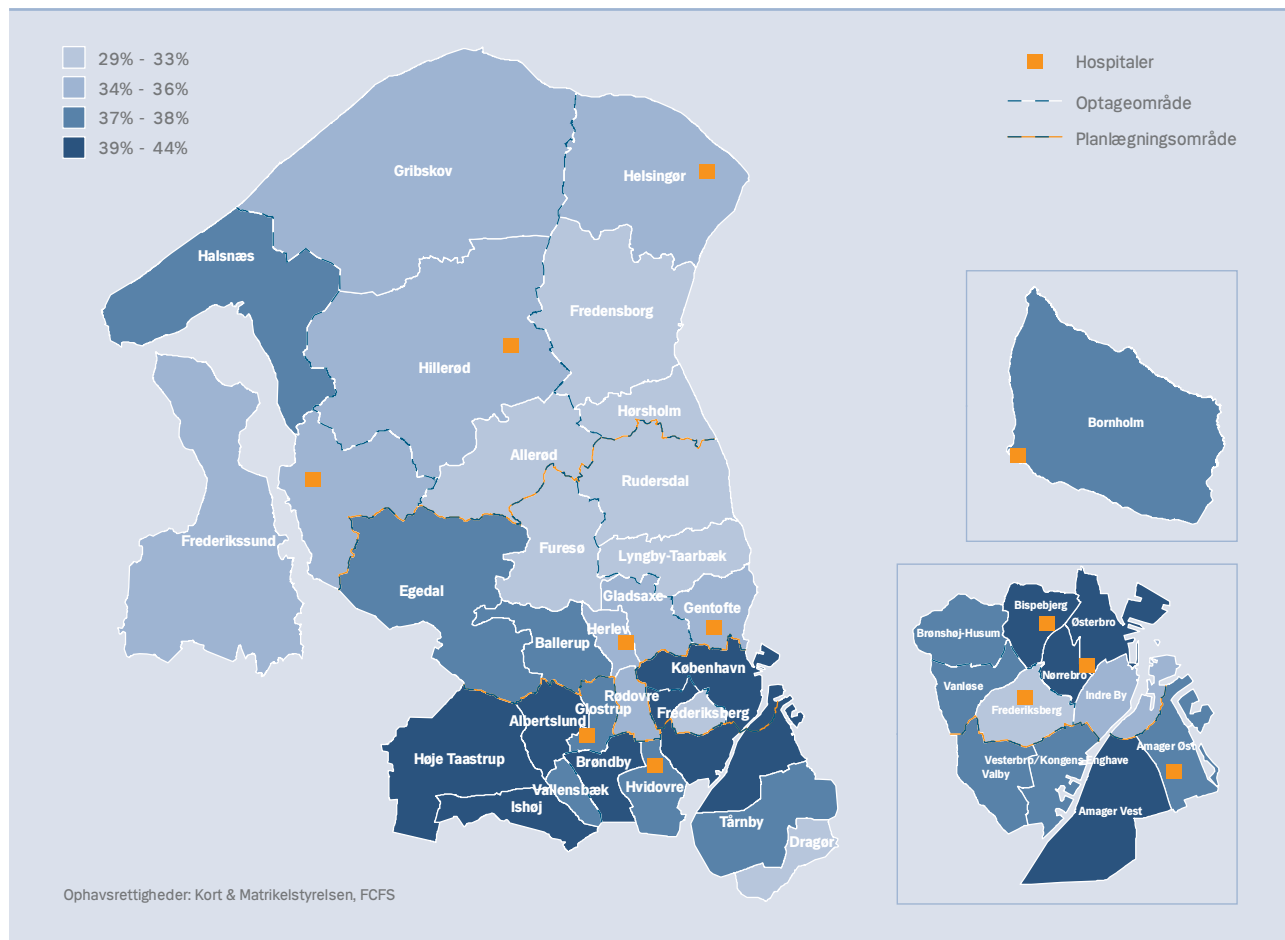


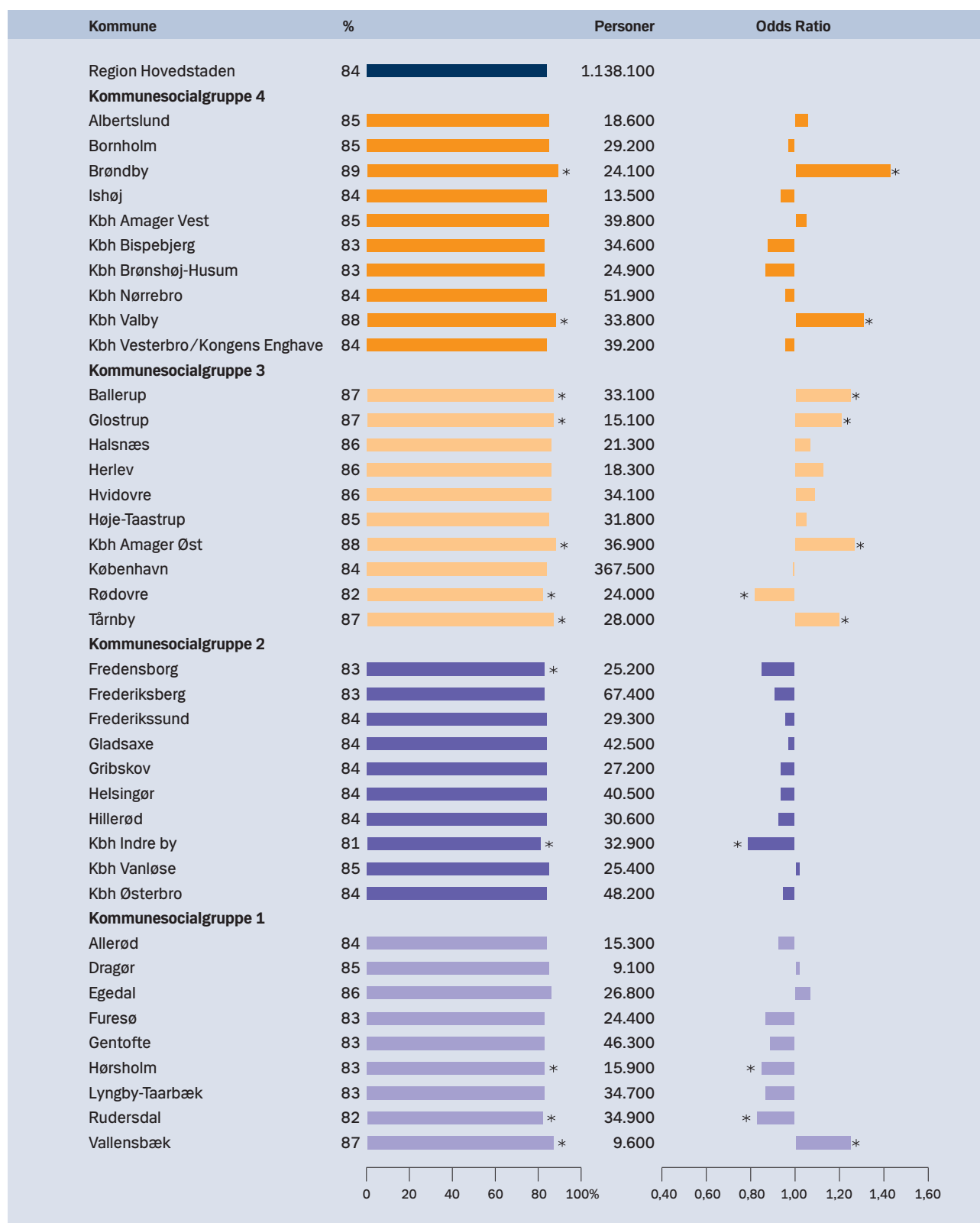
Samlivsstatus blandt 25+årige: Der er ingen betydelig forskel på andelen af enlige og samlevende borgere, der ikke spiser frugt/grønt samt fisk som anbefalet.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, der ikke spiser frugt og grønt som anbefalet, er størst blandt borgere med dansk baggrund. Omvendt er andelen af borgere, der ikke spiser fisk som anbefalet, størst blandt borgere med anden vestlig baggrund og mindst blandt borgere med dansk baggrund.

Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere, der ikke spiser seks stykker frugt og grønt om dagen, varierer fra 81 % i bydelen Indre by til 89 % i Brøndby Kommune (tabel 3.23). Andelen af borgere, der ikke spiser 200-300 gram fisk om ugen, varierer fra 29 % i Furesø Kommune til 44 % i bydelen Bispebjerg (tabel 3.24). Ved sammenligning mellem kommunerne ses en tendens til en social gradient for indtaget af fisk, idet andelen af borgere, der ikke spiser fisk som anbefalet, er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 4 sammenlignet med kommunerne i gruppe 1. Denne tendens forsvinder ikke, når der tages højde for fordelingen af køn og alder i kommunerne.

Figur 3.9 Borgere, der ikke spiser 200-300 gram fisk om ugen



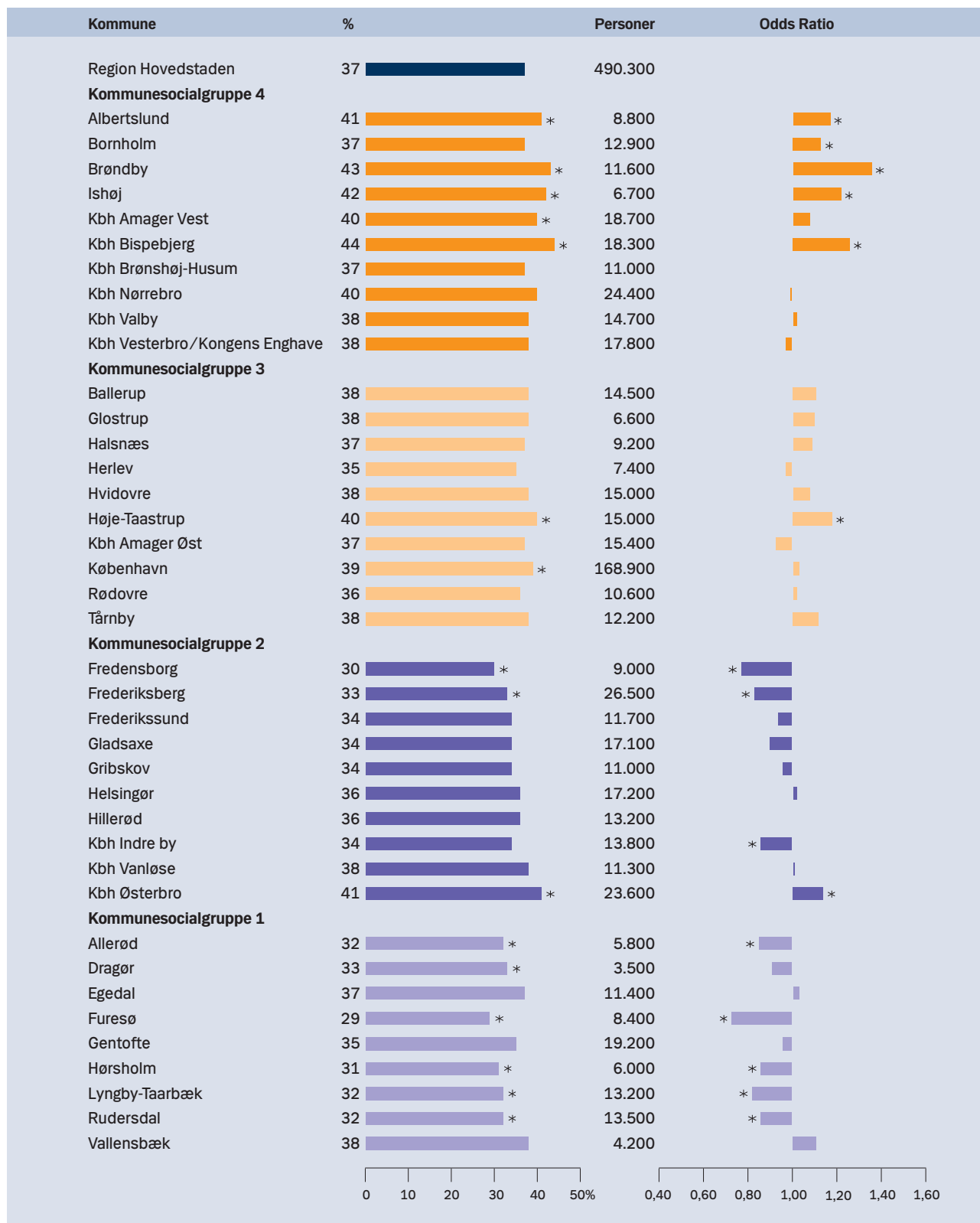
Tabel 3.23 Borgere i kommunerne, som ikke spiser seks stykker frugt og grønt dagligt


* 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 3.24 Borgere i kommunerne, som ikke spiser 200-300 gram fisk om ugen



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

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

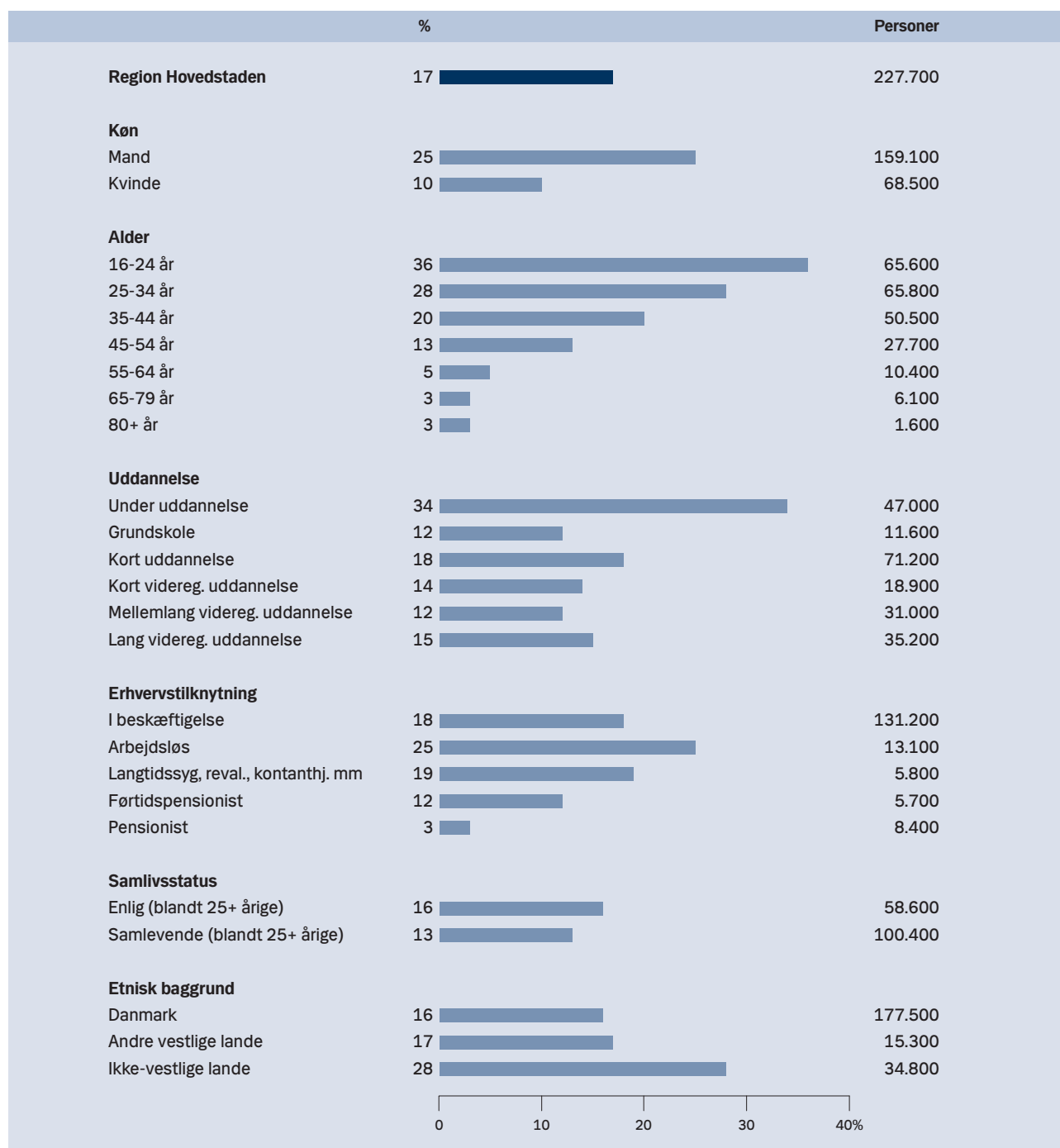
Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

3.3.3 Fastfood

I denne sundhedsprofil defineres fastfood som mad, der har et højt indhold af energi og fedt. Det drejer sig om burgere, kebab, sandwiches, pølser, pizza og lignende. Der vises opgørelser over borgere, som spiser fastfood mindst én gang om ugen.

I Region Hovedstaden spiser 17 % af borgerne – svarende til 227.700 personer – fastfood mindst én gang om ugen (tabel 3.25). I alt 3,1 % af borgerne spiser fastfood mindst tre gange om ugen (resultater ikke vist).

Tabel 3.25 Borgere, som spiser fastfood mindst én gang om ugen



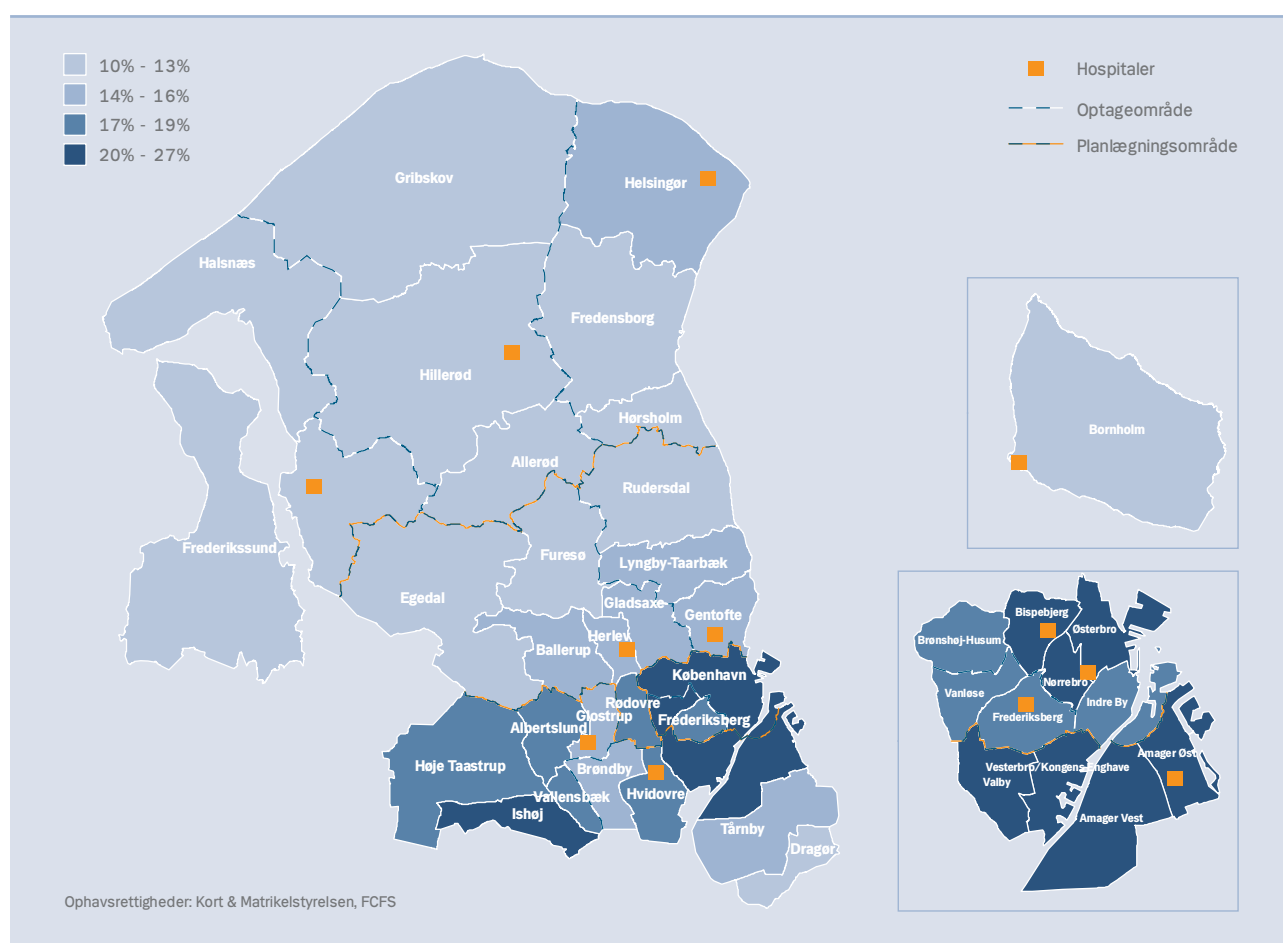
Køn og alder: Hver fjerde mand spiser fastfood mindst én gang om ugen, mens det kun er hver tiende kvinde. Der er desuden en markant aldersgradient, eftersom én ud af tre af de 16-24-årige mod kun én ud af tyve af de 55-64-årige spiser fastfood mindst én gang om ugen.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Indtag af fastfood mindst én gang om ugen er mest udbredt blandt de stude-

rende. Der er ingen social gradient imellem uddannelsesniveau og indtag af fastfood. Andelen af borgere, som spiser fastfood mindst én gang om ugen, er størst blandt de arbejdsløse og lavest blandt pensionister.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Andelen af borgere, der spiser fastfood mindst én gang om ugen, er en smule større blandt enlige borgere sammenlignet med samlevende.

Figur 3.10 Borgere, som spiser fastfood mindst én gang om ugen

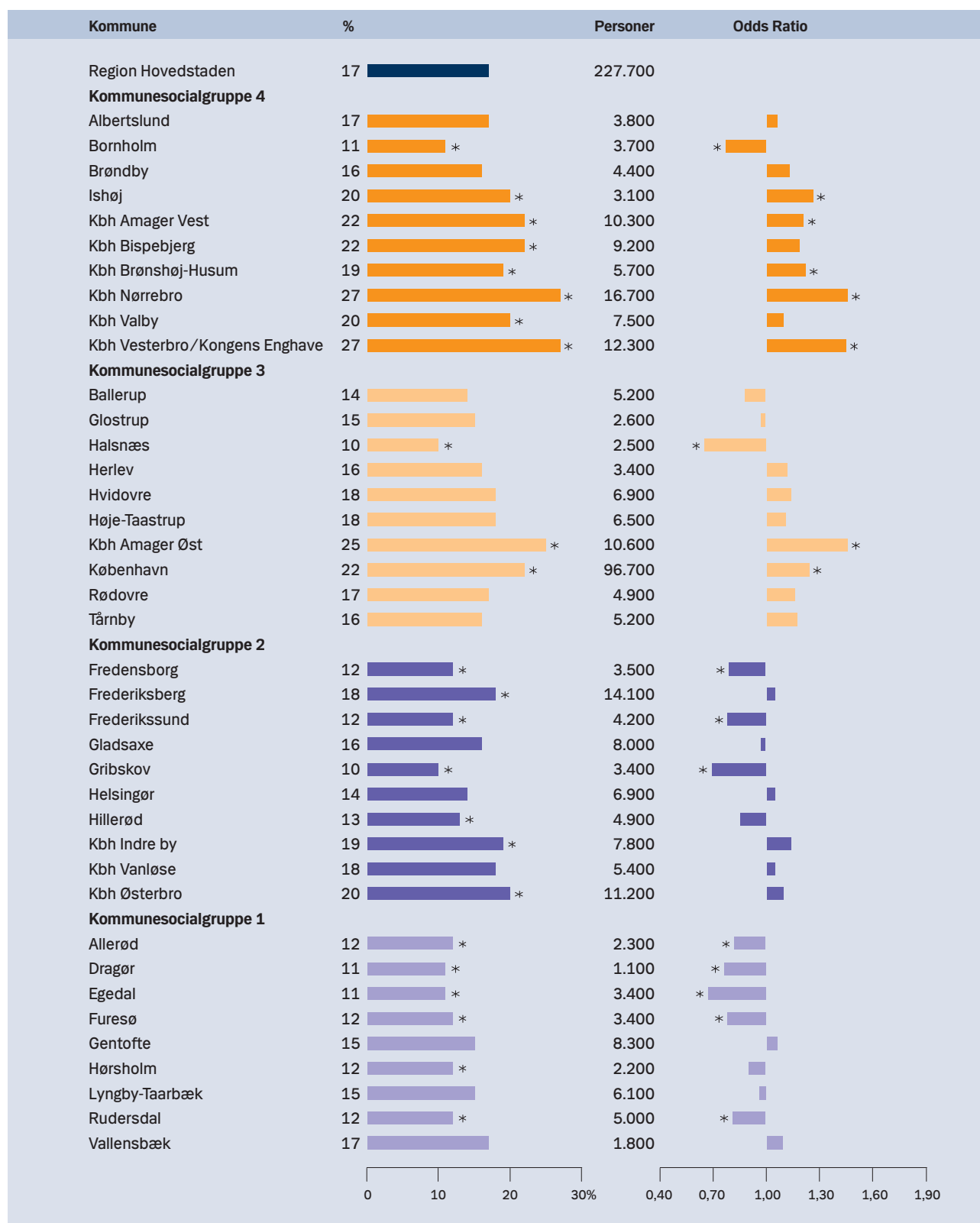


Etnisk baggrund: Der er ikke forskel på den ugentlige indtagelse af fastfood blandt borgere med dansk og anden vestlig baggrund, hvorimod andelen er markant højere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere, der spiser fastfood mindst én gang om ugen, varierer fra 10 % i Halsnæs og Gribskov Kommune til 27 % i byde-

lene Nørrebro og Vesterbro/Kongens Enghave (tabel 3.26). De kommuner, som har en stor andel af borgere, der spiser fastfood mindst én gang om ugen, tilhører kommunesocialgruppe 3 og 4 bortset fra Bornholm og Halsnæs, mens de kommuner med en lille andel 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 3.26 Borgere i kommunerne, som spiser fastfood mindst én gang om ugen



* 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

3.3.4 Sodavand, slik og kager

I dette afsnit opgøres, om borgerne drikker sodavand, læskekaffe eller frugtsaft med sukker mindst fem gange om ugen. Juice er ikke inkluderet. Dette omtales i det følgende som sodavand. Derudover opgøres, om borgerne spiser slik eller kager mindst fem gange om ugen.

I Region Hovedstaden drikker 10 % af borgerne – svarende til 132.100 personer – sodavand eller andre sukkerholdige drikke mindst fem gange om ugen, mens 19 % af borgerne – svarende til 253.000 personer – spiser slik eller kager mindst fem gange om ugen (tabel 3.27).

Tabel 3.27 Borgere, som drikker sodavand eller spiser slik eller kager mindst fem gange om ugen

	Sodavand		Slik/kager	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	10	132.100	19	253.000
Køn				
Mand	13	85.200	18	115.300
Kvinde	7	46.900	20	137.700
Alder				
16-24 år	17	30.600	18	32.000
25-34 år	11	26.900	20	48.300
35-44 år	10	24.800	22	55.900
45-54 år	8	18.200	19	42.200
55-64 år	6	12.200	15	29.400
65-79 år	6	11.300	15	27.300
80+ år	12	8.100	28	17.800
Uddannelse				
Under uddannelse	14	19.300	18	24.800
Grundskole	15	14.700	17	16.700
Kort uddannelse	12	49.400	18	70.800
Kort videreg. uddannelse	9	12.300	19	25.100
Mellemlang videreg. uddannelse	6	16.300	20	50.600
Lang videreg. uddannelse	4	9.700	21	50.100
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	9	66.300	20	143.400
Arbejdsløs	12	6.400	17	8.700
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	16	4.800	17	5.200
Førtidspensionist	16	7.700	18	8.800
Pensionist	7	19.000	18	47.200
Samlevsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	10	37.700	19	67.600
Samlevende (blandt 25+ årige)	8	60.000	19	147.700
Etnisk baggrund				
Danmark	9	107.100	19	215.300
Andre vestlige lande	7	6.400	20	17.500
Ikke-vestlige lande	15	18.600	17	20.300

Køn og alder: Næsten dobbelt så mange mænd som kvinder drikker ofte sodavand, mens der ikke er nogen betydelig kønsforskel på indtag af slik eller kager mindst fem gange om ugen. Andelen af borgere, der drikker sodavand og spiser slik eller kager ofte, mindskes med stigende alder. Det gælder dog ikke for borgerne på 80 år og derover.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Andelen af borgere, der drikker sodavand mindst fem gange om ugen, mindskes med stigende uddannelsesniveau. Derimod ses en tendens til en omvendt, dog mindre udtalt, uddannelsesgradient for indtagelse af slik eller kager. Sammenlignet med borgere, der er i beskæftigelse eller er på pension, er der en større andel af borgere uden erhvervstilknytning, som drikker sodavand. Modsat er der en større andel af borgere i beskæftigelse, der spiser slik eller kager, sammenlignet med borgere uden erhvervstilknytning.

Samlivsstatus blandt 25-årige: Der er ingen betydelig forskel på indtag af sodavand, slik eller kager blandt de enlige og samlevende borgere.

Etnisk baggrund: En større andel af borgere med ikke-vestlig baggrund drikker sodavand mindst fem gange om ugen sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Der er derimod ingen betydelig forskel på indtaget af slik eller kager blandt borgere med dansk og anden etnisk baggrund.

Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere, der drikker sodavand mindst fem gange om ugen, varierer fra 6 % i bydelen Indre by og Rudersdal Kommune til 14 % i Ishøj og Tårnby Kommune (tabel 3.28). Der er en social gradient, idet andelen af borgere, som ofte drikker sodavand, er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 4 sammenlignet med kommunerne fra gruppe 1. Det gælder også, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommunerne.

Andelen af borgere, der spiser slik eller kager mindst fem gange om ugen varierer fra 15 % i Halsnæs og Herlev Kommune til 22 % i Gentofte og Lyngby-Taarbæk Kommune (tabel 3.29). Her er en tendens til en social gradient, idet andelen af borgere, som spiser slik eller kager mindst fem gange om ugen, er stor i de fleste af kommunerne fra kommunesocialgruppe 1, mens andelen er lille i mange af kommunerne fra gruppe 3.

Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år: Der er sket et fald i andelen af borgere, som drikker sodavand mere end fem gange om ugen, i regionen som helhed og i alle kommuner (tabel 3.28). Størst fald på 8,7 % ses i Ishøj Kommune og mindst fald på 1,5 % ses i bydelen Østerbro. Der er en tendens til, at de største fald ses i kommunesocialgruppe 4.

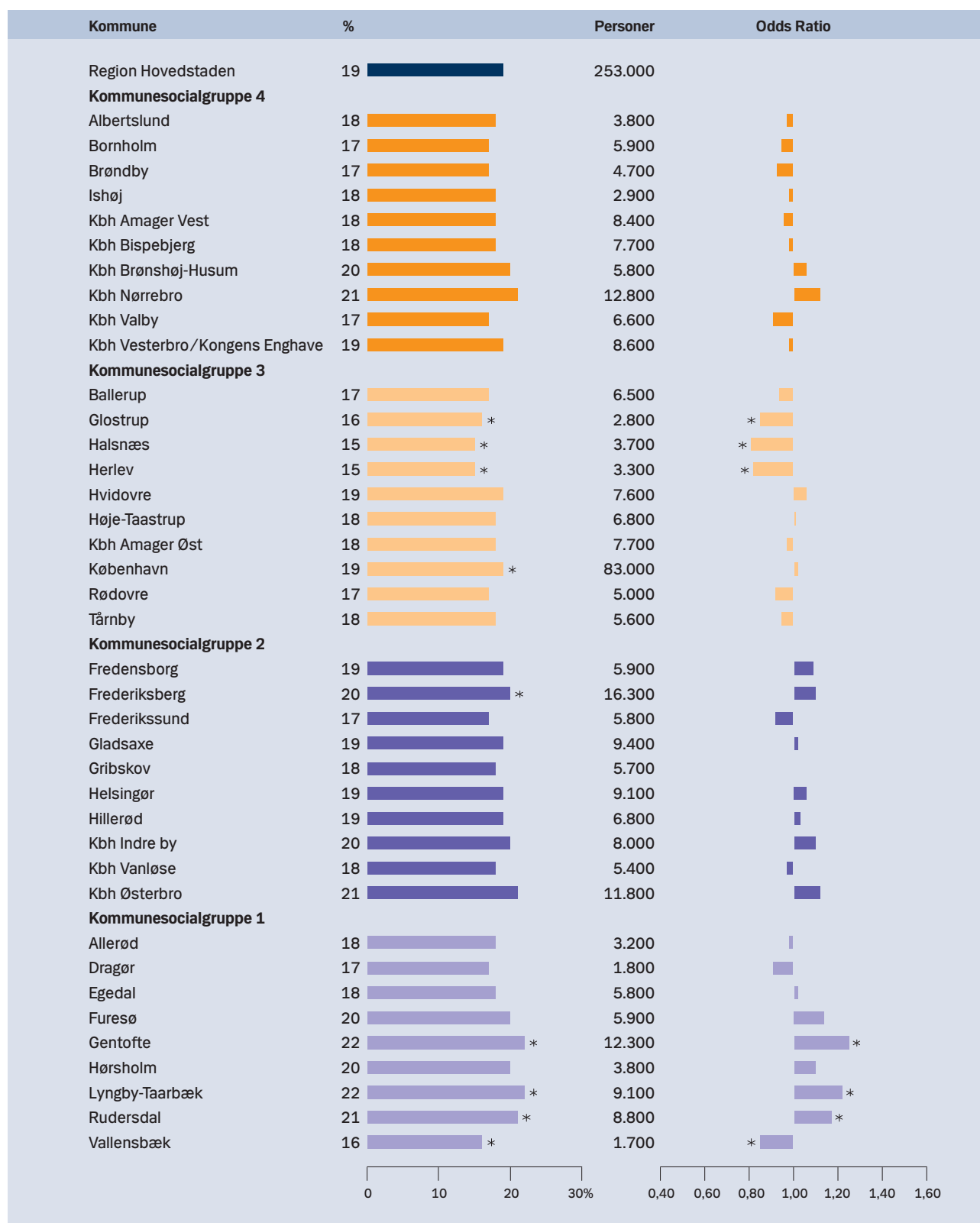
Tabel 3.28 Borgere i kommunerne, som drikker sodavand mindst fem gange om ugen

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	10	132.100		-4,7
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	11	2.500		-6,6
Bornholm	10	3.500		-6,4
Brøndby	13 *	3.600	*	-4,7
Ishøj	14 *	2.200	*	-8,7
Kbh Amager Vest	10	4.700		-8,1
Kbh Bispebjerg	13 *	5.300		-6,3
Kbh Brønshøj-Husum	10	3.100		-5,1
Kbh Nørrebro	10	6.200		-4,9
Kbh Valby	11	4.300		-5,1
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	11	4.900		-5,2
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	11	4.000		-3,2
Glostrup	12 *	2.100	*	-5,3
Halsnæs	13 *	3.100	*	-6,0
Herlev	12 *	2.500	*	-4,2
Hvidovre	13 *	5.300	*	-4,2
Høje-Taastrup	13 *	4.800	*	-4,2
Kbh Amager Øst	9	4.000		-7,0
København	10	42.600	*	-5,0
Rødovre	11	3.200		-4,6
Tårnby	14 *	4.300	*	-5,3
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	8 *	2.300		-4,5
Frederiksberg	7 *	6.000	*	-3,1
Frederikssund	10	3.400		-5,8
Gladsaxe	11	5.300		-4,5
Gribskov	10	3.300		-4,5
Helsingør	9	4.300		-3,9
Hillerød	9	3.300		-5,9
Kbh Indre by	6 *	2.400	*	-5,0
Kbh Vanløse	9	2.700		-3,1
Kbh Østerbro	9	5.000		-1,5
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	9	1.700		-5,4
Dragør	9	900		-4,7
Egedal	8 *	2.500		-5,9
Furesø	7 *	2.100	*	-2,3
Gentofte	8	4.600		-2,5
Hørsholm	8 *	1.500		-5,2
Lyngby-Taarbæk	8 *	3.200	*	-5,2
Rudersdal	6 *	2.700	*	-3,3
Vallensbæk	10	1.100		-5,2

* 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 3.29 Borgere i kommunerne, som spiser slik eller kager mindst fem gange om ugen


* 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

3.4 Fysisk aktivitet

Igennem de seneste årtier er den fysiske aktivitet forsvundet ud af dagligdagen. Den teknologiske udvikling og den tiltagende automatisering og motorisering i samfundet har medført, at vi i dag lever et mere inaktivt liv både på arbejde og i fritiden.

Manglende fysisk aktivitet påvirker borgernes sundhed og livskvalitet. Mangel på fysisk aktivitet øger risikoen for udvikling af en lang række kroniske sygdomme som type 2 diabetes, hjertekarsygdom, muskelskeletsygdom, visse former for kræftsygdom (bryst- og tyktarmskræft) og psykisk sygdom. Desuden øges risikoen for funktionsevnetab hos ældre borgere. Hvert år dør knap 4.500 borgere af sygdomme relateret til fysisk inaktivitet, hvilket svarer til 7-8 % af alle dødsfald. Fysisk inaktivitet koster ca. 2, 4 mia. kr. om året for sundhedsvæsenet i nettoomkostninger. Fysisk inaktive borgere dør i gennemsnit 5-6 år tidligere end fysisk aktive (Statens Institut for Folkesundhed, 2006).

Ny forskning viser, at stillesiddende adfærd i forbindelse med at se TV, spille computer eller bilkørsel øger risikoen

Andel af borgere, der dagligt er moderat til hårdt fysisk aktive i Region Hovedstaden:

- 31 % er aktive 0 – <½ time
- 33 % er aktive ½ – < 1 time
- 36 % er aktive mere end 1 time

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

- Kvinder
- De ældste aldersgrupper
- Borgere med lavt uddannelsesniveau og uden erhvervstilknytning

for hjertekarsygdom og for tidlig død. Det betyder, at selvom man dyrker motion, har man en øget risiko for hjertekarsygdom og for tidlig død, hvis man tilbringer mange timer i siddende stilling (Hamilton et al., 2007; Dunstan et al., 2010).

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at voksne skal være fysisk aktive ved moderat intensitet mindst 30 minutter om dagen. Desuden anbefales voksne borgere at fremme og vedligeholde kondition, muskelstyrke og knoglesundhed med fysisk aktivitet ved høj intensitet af 20-30 minutters varighed mindst to gange om ugen (www.sst.dk).

I dette afsnit beskrives først en samlet vurdering af, om borgerne lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen. Dernæst beskrives aktivitetsmønstret ud fra stillesiddende adfærd i fritiden, på arbejdet, samt i forbindelse med transport til og fra arbejde og uddannelsessted. Afslutningsvis vurderes borgernes motivation for ændring af motionsvaner.

3.4.1 Fysisk aktivitet i fritiden – 30 minutter om dagen

Den tid, borgerne bruger på moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, opgøres som tid brugt på forskellige former for aktivitet 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. Knap én ud af tre af regionens borgere lever ikke op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger (tabel 3.30).

Tabel 3.30 Borgere, som dyrker moderat til hård fysisk aktivitet mindre end 30 minutter om dagen i fritiden

	%	Personer
Region Hovedstaden	31	405.500
Køn		
Mand	30	188.500
Kvinde	33	217.000
Alder		
16-24 år	20	35.300
25-34 år	24	57.900
35-44 år	30	74.900
45-54 år	31	67.800
55-64 år	34	64.800
65-79 år	43	72.500
80+ år	64	32.300
Uddannelse		
Under uddannelse	17	23.800
Grundskole	53	45.100
Kort uddannelse	35	135.900
Kort videreg. uddannelse	33	43.500
Mellemlang videreg. uddannelse	27	68.700
Lang videreg. uddannelse	25	56.700
Erhvervstilknytning		
I beskæftigelse	26	190.900
Arbejdsløs	42	21.200
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	52	14.900
Førtidspensionist	59	25.600
Pensionist	46	109.000
Samlivsstatus		
Enlig (blandt 25+ årige)	37	126.000
Samlevende (blandt 25+ årige)	31	232.100
Etnisk baggrund		
Danmark	31	334.600
Andre vestlige lande	28	24.500
Ikke-vestlige lande	40	46.300

Køn og alder: Der er flere kvinder end mænd, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om moderat til hård fysisk aktivitet 30 minutter om dagen. Andelen af borgere, der ikke lever op til anbefalingerne, stiger med alderen. Sammenlignet med de to yngste aldersgrupper er der to til tre gange så mange borgere, der er inaktive i den ældste aldersgruppe.

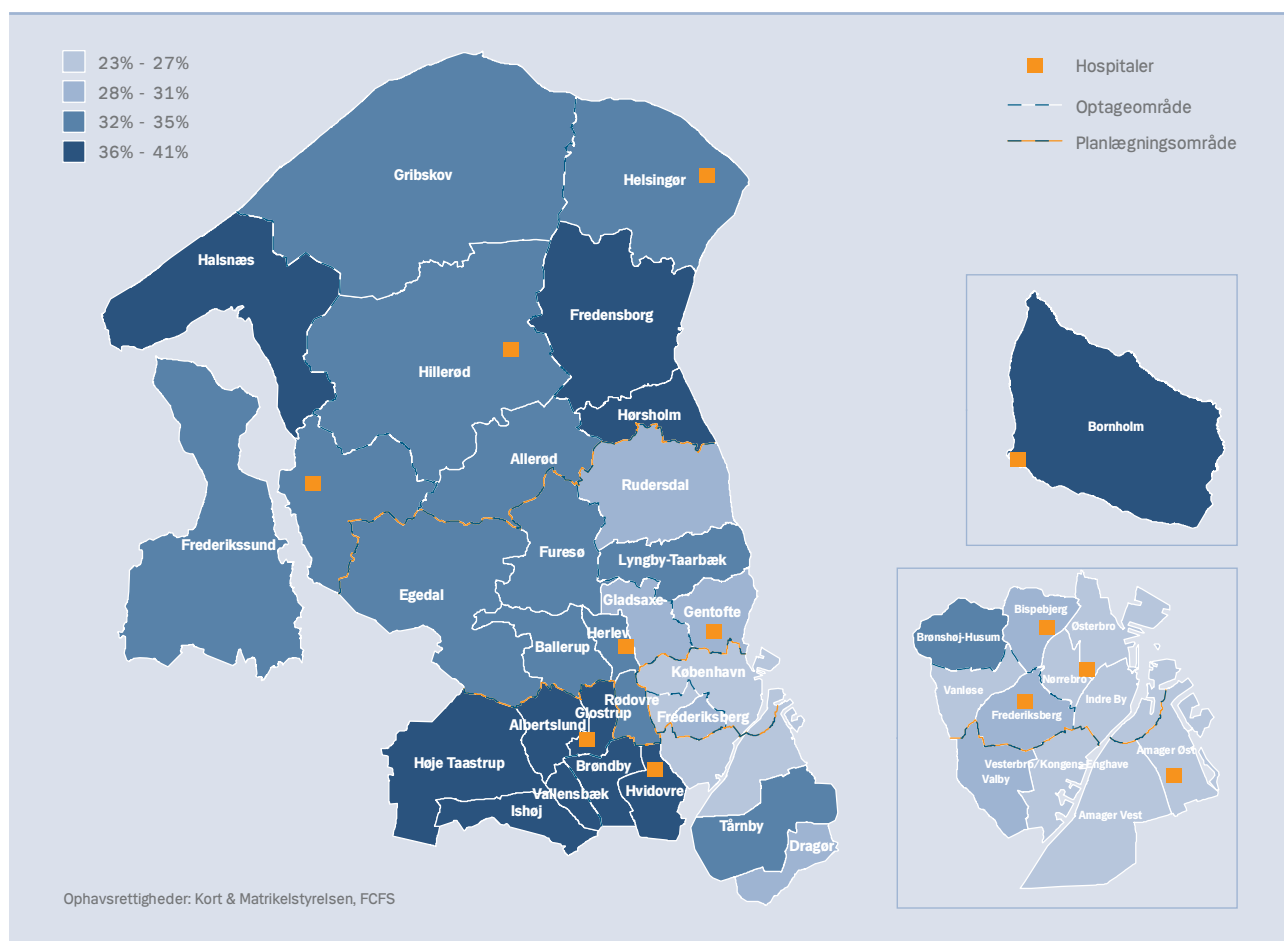
Uddannelse og erhvervstilknytning: Andelen af borgere, der er fysisk inaktive, falder med stigende uddannelsesniveau. Over halvdelen af borgerne, som kun har fuldført grundskoleuddannelse, lever ikke op til anbefalingerne, mens det tilsvarende kun er én ud af fire af borgerne med lang videregående uddannelse. Samme tendens gælder for

erhvervstilknytning. For borgere i beskæftigelse er det én ud af fire borgere, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, mens andelen er næsten dobbelt så stor for borgere uden for arbejdsmarkedet.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Andelen af borgere, der ikke lever op til anbefalingerne for fysisk aktivitet, er højere blandt enlige sammenlignet med samlevende.

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

Figur 3.11 Borgere, som dyrker moderat til hård fysisk aktivitet mindre end 30 minutter om dagen i fritiden



Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere, der er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, varierer på tværs af kommunerne fra 23 % i Indre by til 41 % i Høje-Taastrup (tabel 3.31). De områder, som har den mindste andel af borgere, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, findes særligt i de københavnske bydele. Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper.

Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år: I Region Hovedstaden er andelen af borgere, der er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, faldet med 3,1 % siden 2007. Andelen af fysisk inaktive borgere er faldet i de fleste af regionens kommuner. Størst er faldet i Dragør med 7,5 %.

Tabel 3.31 Borgere i kommunerne, som dyrker moderat til hård fysisk aktivitet mindre end 30 minutter om dagen i fritiden

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	31	405.500		-3,1
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	36 *	7.600	*	-0,4
Bornholm	36 *	11.800		0,7
Brøndby	37 *	9.400	*	-2,9
Ishøj	39 *	5.900	*	2,9
Kbh Amager Vest	26 *	11.900	*	-5,2
Kbh Bispebjerg	29	11.700		-3,9
Kbh Brønshøj-Husum	33	9.300		-0,2
Kbh Nørrebro	27 *	16.100		-5,1
Kbh Valby	28 *	10.300		-6,2
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	25 *	11.100	*	-4,6
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	33	12.000		-2,7
Glostrup	37 *	6.200	*	-0,5
Halsnæs	37 *	8.800	*	1,2
Herlev	32	6.400		-3,7
Hvidovre	37 *	14.100	*	0,3
Høje-Taastrup	41 *	14.800	*	-0,3
Kbh Amager Øst	25 *	10.400	*	-3,8
København	26 *	111.100	*	-5,0
Rødovre	32	8.800		-3,8
Tårnby	32	10.100		-1,2
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	36 *	10.400		-0,5
Frederiksberg	29 *	22.500	*	-5,9
Frederikssund	35 *	11.500		-0,5
Gladsaxe	31	14.700		-4,0
Gribskov	34	10.700		-3,9
Helsingør	35 *	16.200		-5,4
Hillerød	32	11.300		-2,5
Kbh Indre by	23 *	9.300	*	-7,4
Kbh Vanløse	24 *	7.100	*	-4,2
Kbh Østerbro	25 *	13.900	*	-7,4
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	32	5.700		-0,9
Dragør	30	3.100	*	-7,5
Egedal	34	10.200		-1,7
Furesø	32	9.100		-3,7
Gentofte	30	16.300	*	-1,4
Hørsholm	38 *	7.000	*	2,6
Lyngby-Taarbæk	32	13.000		0,4
Rudersdal	31	12.800		-3,4
Vallensbæk	36 *	3.800	*	3,4

* 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

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

Stillesiddende aktiviteter i fritiden er her defineret ved, at borgerne bruger mere end fire timer om dagen på at sidde ned og slappe af, se TV, spille computer, læse eller lignende.

I Region Hovedstaden har 27 % af borgerne – svarende til 348.200 borgere – mere end fire timers stillesiddende aktiviteter om dagen i fritiden (tabel 3.32).

Tabel 3.32 Borgere, som har mere end fire timers stillesiddende aktiviteter i fritiden om dagen

	%	Personer
Region Hovedstaden	27	348.200
Køn		
Mand	28	174.000
Kvinde	26	174.200
Alder		
16-24 år	30	54.200
25-34 år	19	43.900
35-44 år	14	34.900
45-54 år	20	43.600
55-64 år	32	60.500
65-79 år	49	83.500
80+ år	51	27.700
Uddannelse		
Under uddannelse	31	41.500
Grundskole	49	41.800
Kort uddannelse	32	125.600
Kort videreg. uddannelse	25	33.000
Mellemlang videreg. uddannelse	21	51.300
Lang videreg. uddannelse	13	30.300
Erhvervstilknytning		
I beskæftigelse	15	105.100
Arbejdsløs	41	20.000
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	51	14.000
Førtidspensionist	61	25.900
Pensionist	51	123.100
Samlivsstatus		
Enlig (blandt 25+ årige)	36	122.400
Samlevende (blandt 25+ årige)	22	161.100
Etnisk baggrund		
Danmark	27	296.900
Andre vestlige lande	23	20.000
Ikke-vestlige lande	27	31.300

Køn og alder: Der er stort set lige så mange kvinder som mænd, der dagligt har mere end fire timers stillesiddende fritidsaktiviteter om dagen. Andelen af borgere, som er stillesiddende, stiger med alderen. Der er færrest blandt de 35-44-årige, som sidder stille mere end fire timer dagligt.

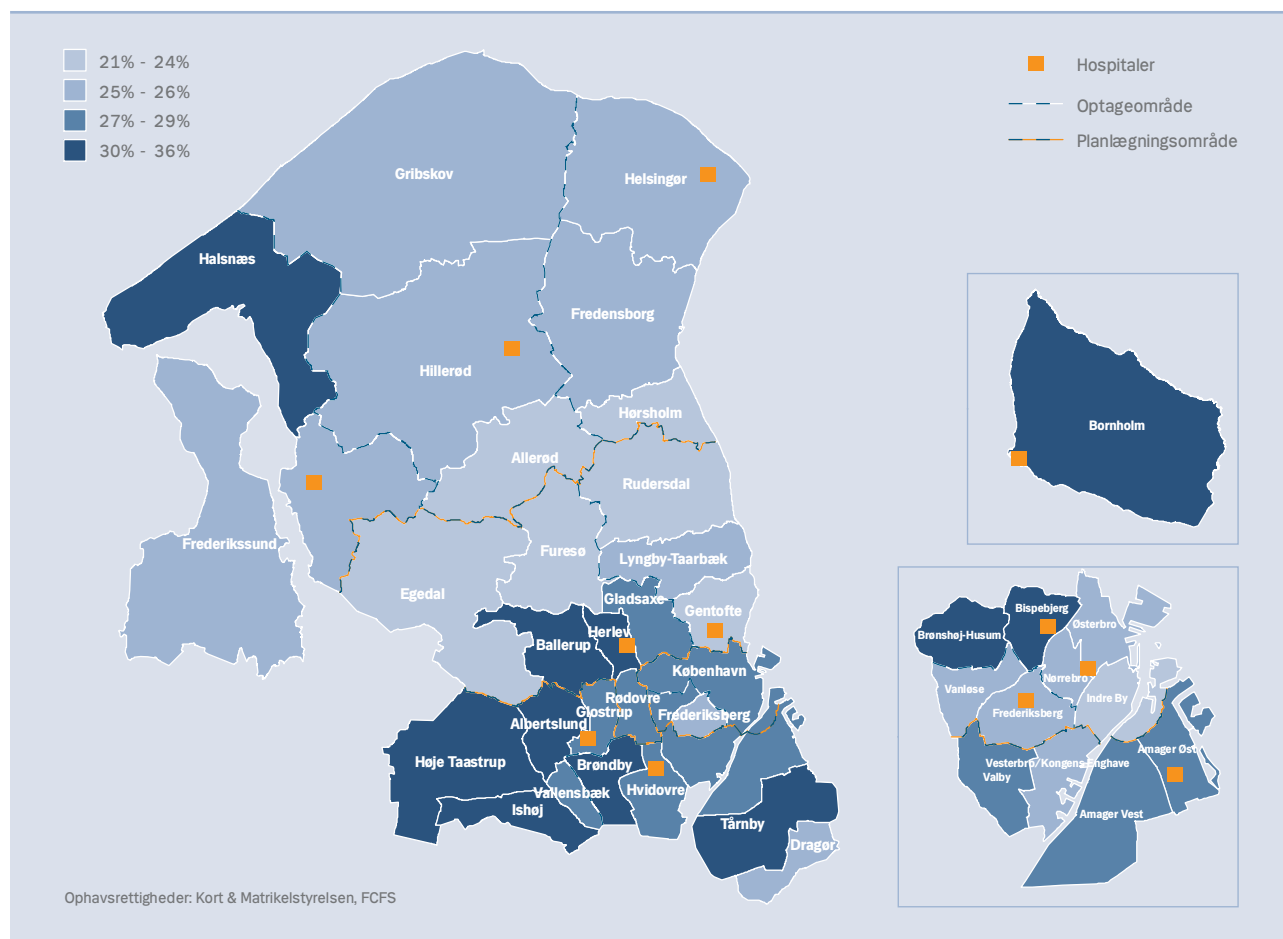
Uddannelse og erhvervstilknytning: Der findes en tydelig social gradient i forhold til stillesiddende adfærd. Andelen er størst blandt borgere, som kun har gennemført en grundskoleuddannelse, og falder derefter med stigende uddannelsesniveau. Samtidigt er andelen større blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse. En del af denne forskel kan forklares ved,

at borgere uden for arbejdsmarkedet har mange flere fritidstimer i døgnet end borgere i beskæftigelse (se tabel 3.36).

Samlivsstatus blandt 25+årige: Flere enlige end samlevende har mere end fire timers stillesiddende adfærd i fritiden.

Etnisk baggrund: For andelen af borgere med stillesiddende fritidsaktiviteter, er der ikke forskel på borgere med dansk og ikke-vestlig baggrund, mens andelen af borgere med stillesiddende adfærd i mere end 4 timer dagligt er mindre for borgere med anden vestlig baggrund.

Figur 3.12 Borgere som har mere end fire timers stillesiddende aktiviteter i fritiden om dagen



Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere, der har mere end fire timers stillesiddende aktiviteter dagligt i deres fritid, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 21 % i Allerød og Rudersdal Kommuner til 36 % i Brøndby Kommune (tabel 3.33). Der er en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Alle kommuner og bydele, der ligger signifikant over regionsgennemsnittet, tilhører gruppe 3 og 4, mens alle kommuner, der ligger signifikant under regionsgennemsnittet, tilhører gruppe 1 og 2.

Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år: I Region Hovedstaden er andelen af borgere med stillesiddende fritidsaktiviteter steget med 3,2 % siden 2007. Der er stort set sket en stigning i alle kommunerne. Den største stigning er sket i Brøndby Kommune med 9 % flere stillesiddende borgere sammenlignet med 2007.

Tabel 3.33 Borgere i kommunerne, som har mere end fire timers stillesiddende aktiviteter i fritiden om dagen

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	27	348.200		3,2
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	30 *	6.300	*	5,8
Bornholm	32 *	10.500	*	4,6
Brøndby	36 *	9.100	*	9,0
Ishøj	32 *	5.000	*	5,7
Kbh Amager Vest	29	13.000	*	2,5
Kbh Bispebjerg	32 *	12.500	*	2,1
Kbh Brønshøj-Husum	30	8.600	*	5,4
Kbh Nørrebro	26	15.300		4,4
Kbh Valby	27	10.000		-0,1
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	25	11.100		1,7
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	32 *	11.600	*	1,8
Glostrup	29	4.800		1,5
Halsnæs	30	7.100		5,8
Herlev	31 *	6.300	*	7,6
Hvidovre	29	11.000		1,4
Høje-Taastrup	30 *	10.700	*	5,0
Kbh Amager Øst	29	11.700	*	3,2
København	27	112.300	*	2,9
Rødovre	29	8.000		-1,9
Tårnby	31 *	9.400		3,0
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	25	7.400	*	5,1
Frederiksberg	25 *	19.400		0,2
Frederikssund	25	8.500	*	3,8
Gladsaxe	27	12.900		2,8
Gribskov	25	7.700	*	2,9
Helsingør	26	11.900	*	0,2
Hillerød	26	9.000		6,3
Kbh Indre by	22 *	8.800	*	3,0
Kbh Vanløse	25	7.100		1,6
Kbh Østerbro	25	14.300		4,5
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	21 *	3.800	*	2,9
Dragør	25	2.600	*	-0,7
Egedal	24 *	7.200	*	2,4
Furesø	24 *	6.700	*	2,7
Gentofte	23 *	12.400	*	4,5
Hørsholm	23 *	4.400	*	4,1
Lyngby-Taarbæk	26	10.700		3,6
Rudersdal	21 *	8.700	*	5,0
Vallensbæk	27	2.800		6,7

* 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

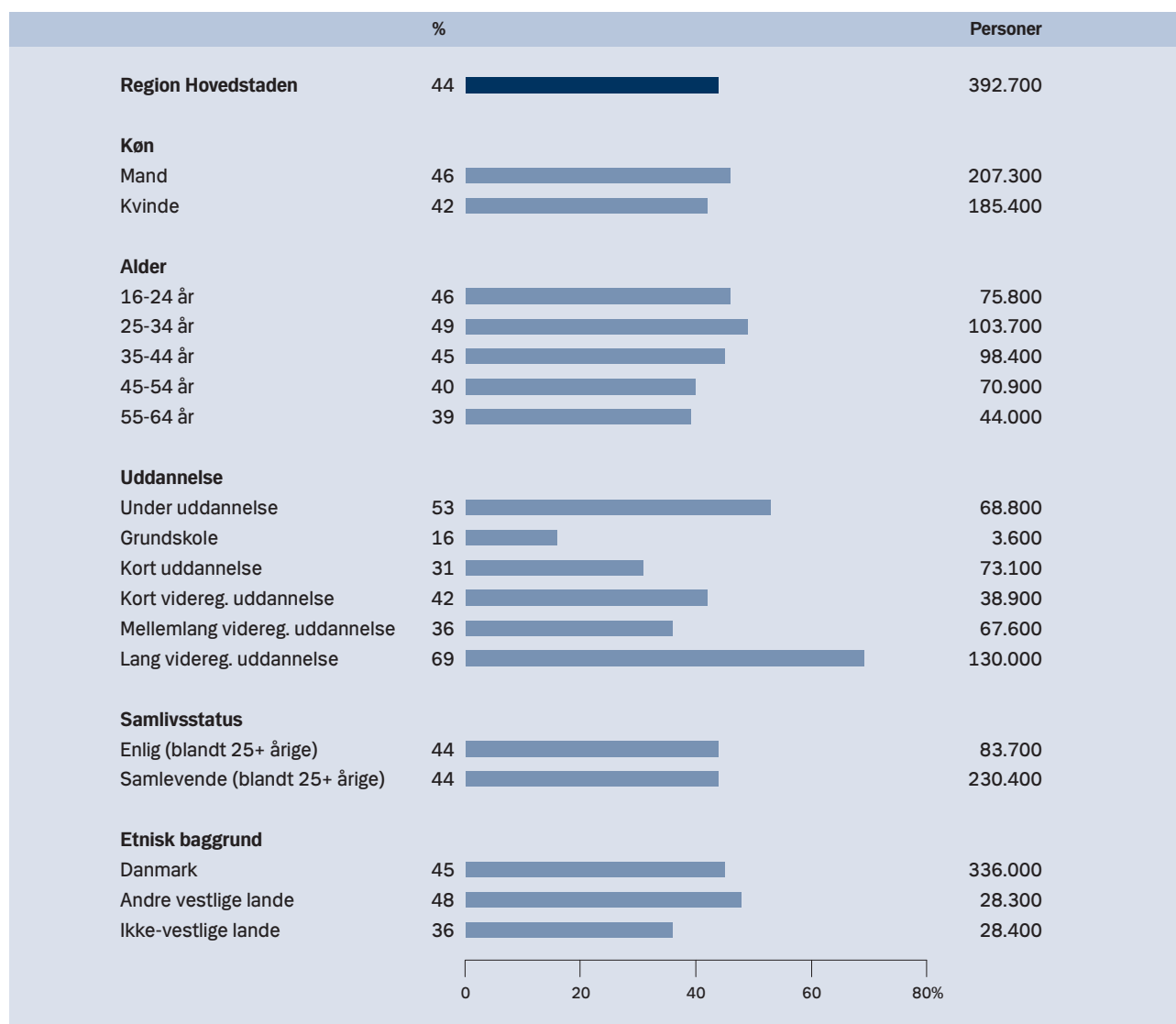
3.4.3 Borgere med stillesiddende arbejde – mindst seks timer om dagen

Det fysiske aktivitetsniveau på en typisk arbejdsdag er her opgjort efter, hvor meget af tiden der bruges på stillesiddende arbejde. Overvejende stillesiddende arbejde defineres ved mindst seks timers dagligt stillesiddende arbejde som for eksempel kontorarbejde. I analyserne indgår kun

borgere, der er i den erhvervsaktive alder (16-64 år) og i arbejde.

I Region Hovedstaden har 44 % mindst seks timers stillesiddende arbejde om dagen – dette svarer til 392.700 borgere (tabel 3.34).

Tabel 3.34 Borgere, som har mindst seks timers stillesiddende arbejde om dagen



Køn og alder: Lidt flere mænd end kvinder har stillesiddende arbejde mere end seks timer om dagen. Andelen af borgere med overvejende stillesiddende arbejde er størst blandt de unge og falder blandt borgere, der er 45 år eller derover.

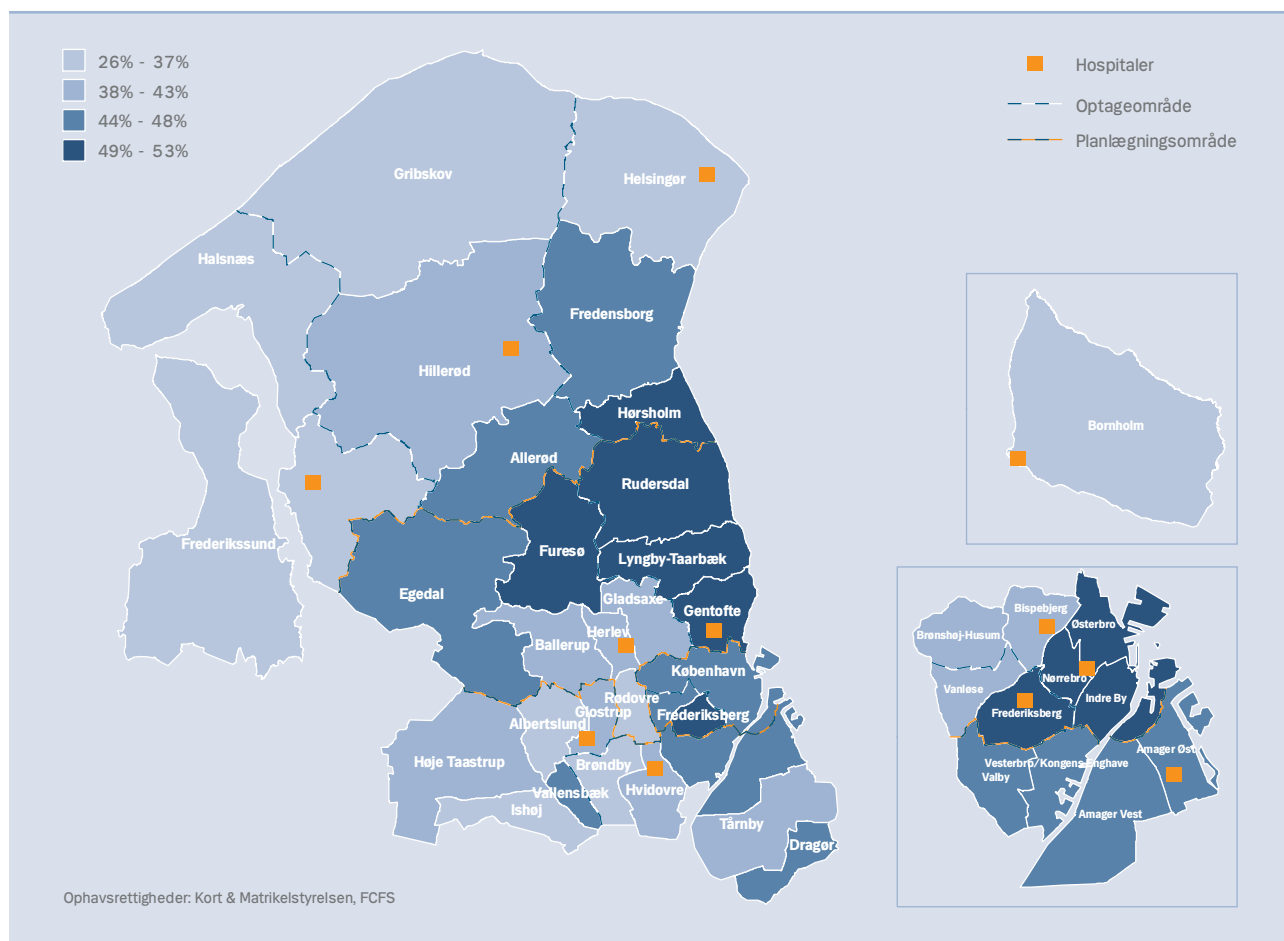
Uddannelse: Andelen af borgere med stillesiddende arbejde mere end seks timer dagligt vokser med stigende uddannelsesniveau undtagen for borgerne med mellem-lang videregående uddannelse. Andelen af borgere med overvejende stillesiddende arbejde er mere end fire gange så stor blandt borgere med lange videregående uddannelser som blandt borgere, der kun har en grundskoleuddan-

nelse og over dobbelt så stor som blandt de kortuddannede. Dette kan skyldes, at de højtuddannede typisk udfører mindre fysisk krævende jobs end borgere, som kun har fuldført grundskolen og kort uddannelse.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Der er ikke forskel på andelen af borgere med mindst seks timers stillesiddende arbejde om dagen blandt enlige og samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med stillesiddende arbejde er størst blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund og lavest blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Figur 3.13 Borgere, som har mindst seks timers stillesiddende arbejde om dagen



Variation mellem kommunerne: Kommunernes andel af borgere, der har mere end seks timers stillesiddende arbejde om dagen, varierer fra 26 % på Bornholm til 53 % i Rudersdal Kommune (tabel 3.35). Der er en social gradient i forhold til andelen af borgere, der har mere end seks timers stillesiddende arbejde. Størstedelen af kommunerne i kommunesocialgruppe 1 ligger over regionsgennemsnittet, mens kommunerne i gruppe 4 ligger signifikant under regionsgennemsnittet. Dette billede ændrer sig ikke, når der er taget højde for alder og køn på tværs af kommunerne.

Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år: Siden 2007 har en større andel af borgerne i Region Hovedstaden mindst seks timers stillesiddende arbejde. I regionen som helhed ses en stigning på 2,8 %. Der ses en stigning i næsten alle kommunerne, dog med store variationer. Største stigning ses for Høje-Taastrup Kommune på 8,7 %, mens der i nogle kommuner kun er tale om marginale ændringer.

Tabel 3.35 Borgere i kommunerne, som har mindst seks timers stillesiddende arbejde om dagen

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	44	392.700		2,8
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	36 *	5.100	*	-0,3
Bornholm	26 *	4.800	*	5,8
Brøndby	32 *	5.000	*	0,6
Ishøj	32 *	3.100	*	-1,1
Kbh Amager Vest	48 *	16.500	*	1,5
Kbh Bispebjerg	43	12.100		3,0
Kbh Brønshøj-Husum	40	7.600		0,4
Kbh Nørrebro	49 *	22.700	*	2,3
Kbh Valby	44	11.600		0,6
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	47 *	16.100	*	5,8
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	43	9.600		2,9
Glostrup	40	4.300		3,9
Halsnæs	27 *	4.000	*	0,6
Herlev	38 *	4.900	*	2,9
Hvidovre	41	10.500		5,4
Høje-Taastrup	43	10.100		8,7
Kbh Amager Øst	47 *	14.400		-0,5
København	47 *	147.900	*	1,8
Rødovre	37 *	6.700	*	3,4
Tårnby	38 *	7.600	*	5,3
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	46 *	8.900	*	3,2
Frederiksberg	51 *	28.000	*	2,2
Frederikssund	36 *	7.700	*	5,7
Gladsaxe	43	14.600		1,4
Gribskov	31 *	6.000	*	-0,2
Helsingør	35 *	10.200	*	0,6
Hillerød	40	9.600		1,2
Kbh Indre by	51 *	15.600	*	2,2
Kbh Vanløse	43	9.600		4,4
Kbh Østerbro	52 *	21.700	*	-0,6
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	48 *	5.900	*	2,1
Dragør	46 *	3.000	*	5,7
Egedal	44	9.400		5,1
Furesø	49 *	9.600	*	3,0
Gentofte	52 *	19.400	*	4,8
Hørsholm	52 *	5.900	*	6,5
Lyngby-Taarbæk	52 *	13.500	*	5,0
Rudersdal	53 *	14.100	*	1,1
Vallensbæk	44	3.200		4,6

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

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

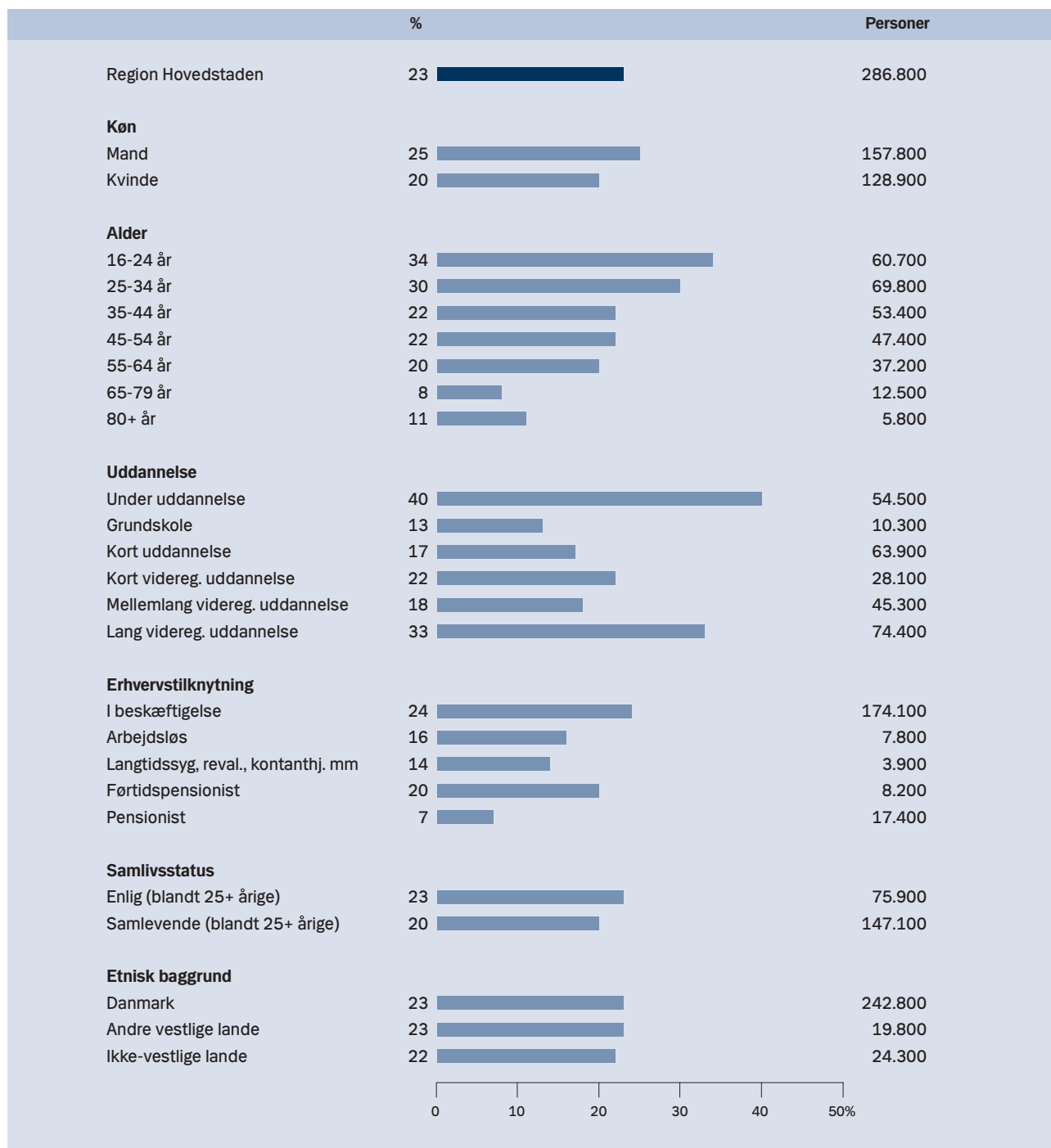
Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

3.4.4 Borgere med stillesiddende adfærd – sammenlagt ti timer om dagen

I dette afsnit beskrives den samlede daglige stillesiddende adfærd. På den måde tages højde for både den stillesiddende aktivitet i fritiden og på arbejdet. Dette er opgjort ud fra en samlet beregning af dagligdagens stillesiddende aktiviteter i fritiden og på arbejde. Hovedsagelig stillesiddende daglig aktivitet defineres som sammenlagt mindst

ti timers stillesiddende adfærd om dagen. I alt har 31 % af Region Hovedstadens borgere sammenlagt mindst ti timers stillesiddende adfærd om dagen. Dette svarer til 286.000 borgere med en overvejende stillesiddende dagligdag (tabel 3.36).

Tabel 3.36 Borgere, som sammenlagt har mindst ti timers stillesiddende arbejde eller stillesiddende fritidsaktiviteter om dagen



Køn og alder: Der er flere mænd end kvinder med stillesiddende adfærd, og andelen bliver mindre med alderen. For de 16-24-årige er én ud af tre stillesiddende mere end ti timer om dagen, hvorimod dette kun er tilfældet for én ud af ti blandt de ældste borgere.

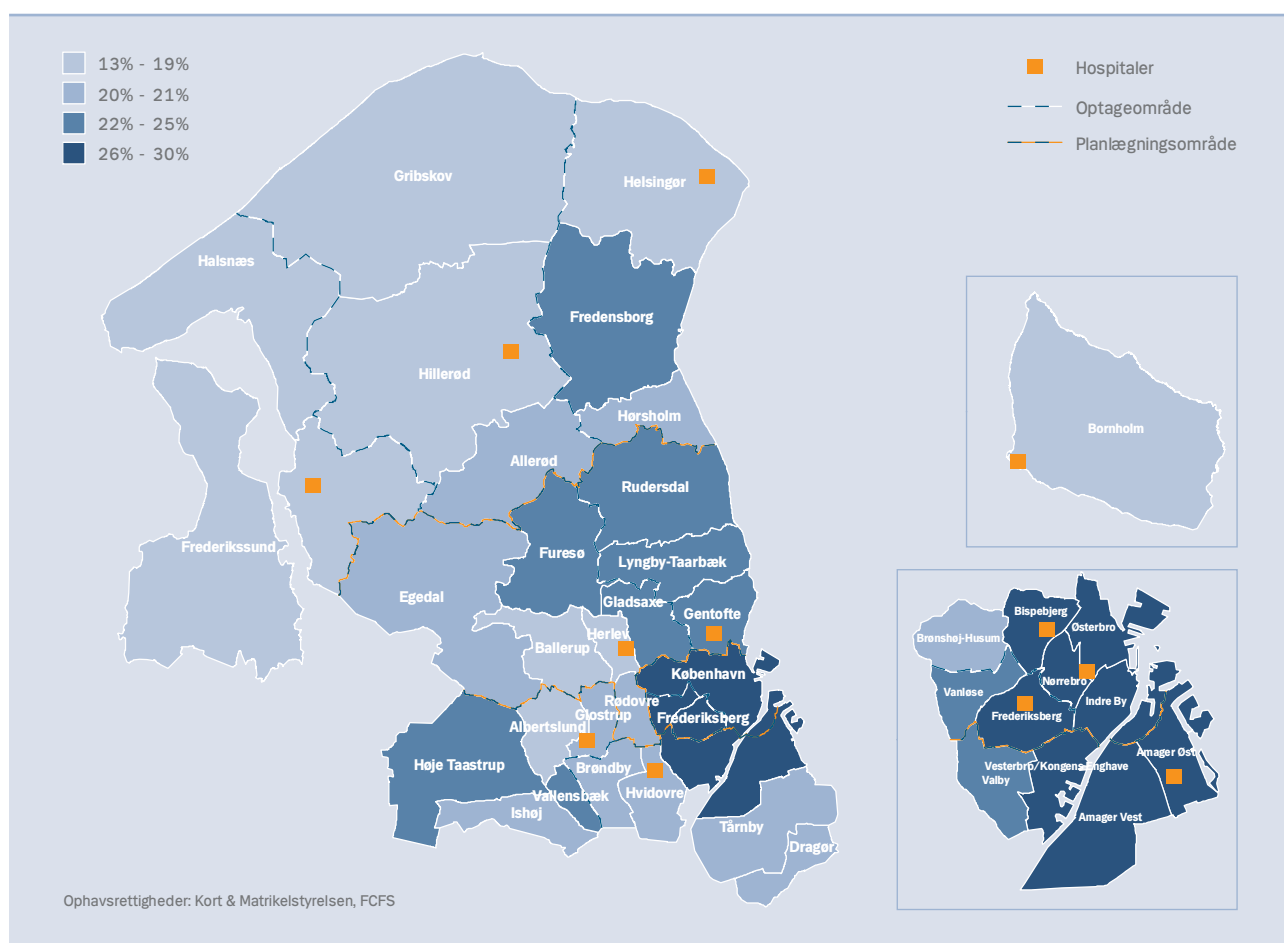
Uddannelse og erhvervstilknytning: Andelen af borgere med en overvejende stillesiddende dagligdag er markant større blandt borgere med lang videregående uddannelse end blandt borgere med kortere uddannelser, hvilket hovedsageligt skyldes stillesiddende arbejde (tabel 3.32 og 3.34). En stillesiddende dagligdag er endvidere

meget udbredt blandt borgere under uddannelse. Blandt borgere i beskæftigelse er én ud af fire stillesiddende mere end ti timer om dagen. Denne andel er noget mindre for borgere uden erhvervstilknytning.

Samlivsstatus blandt 25-årige: Andelen af borgere med hovedsagelig stillesiddende adfærd er lidt større blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Der er ikke forskel på andelen af stillesiddende borgere med dansk, anden vestlig og ikke-vestlig baggrund.

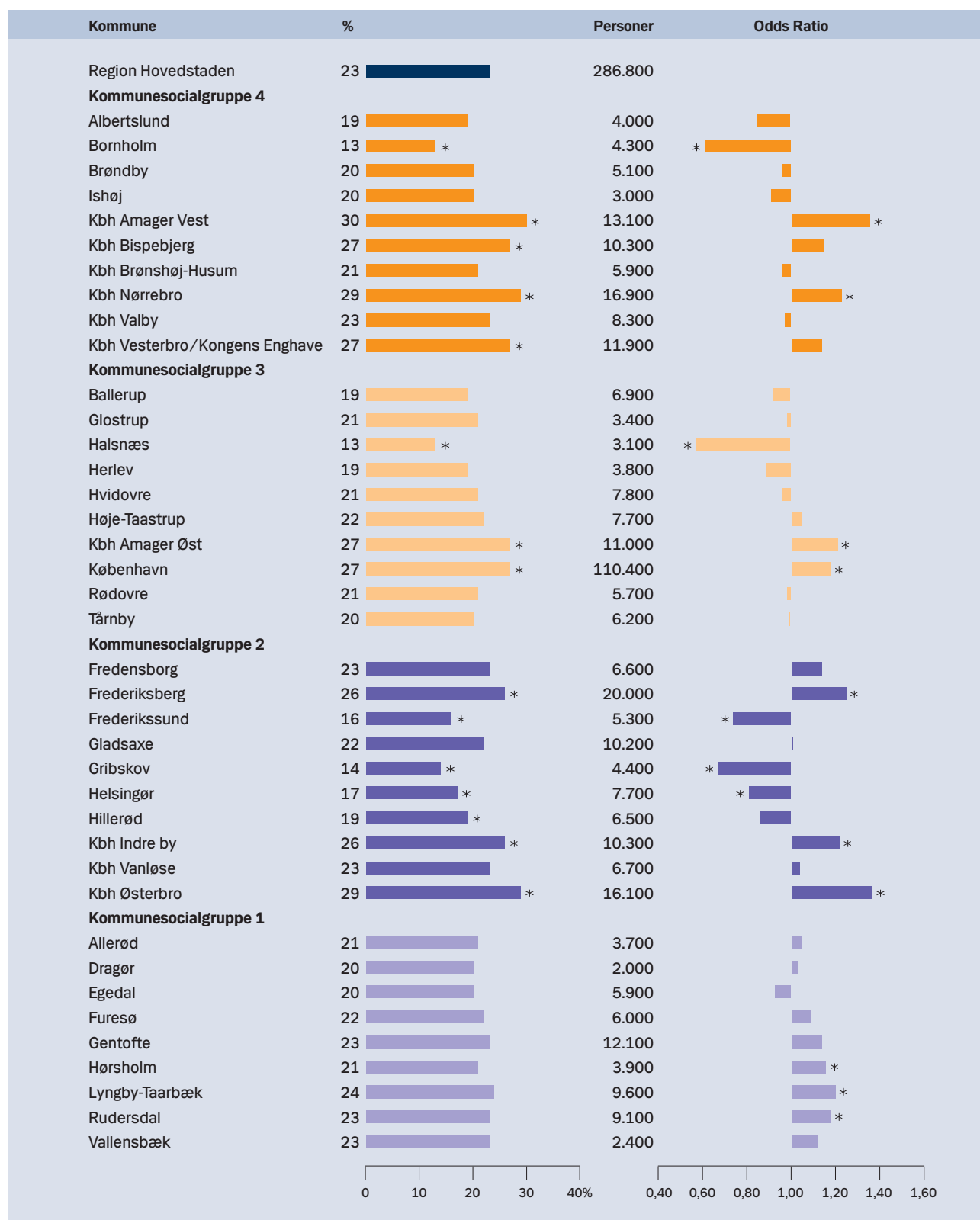
Figur 3.14. Borgere, som sammenlagt har mindst ti timers stillesiddende arbejde eller stillesiddende fritidsaktiviteter om dagen



Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere med en stillesiddende dagligdag varierer fra 13 % i Halsnæs Kommune og på Bornholm til 30 % i bydelen Amager Vest (tabel 3.37). Når der sammenlignes på tværs af kommunerne, ligger et flertal af de københavnske bydele samt

Frederiksberg Kommune signifikant over regions gennemsnittet. Der ses ingen tydelig social gradient mellem kommunesocialgrupperne. Når der justeres for køn og alder, ligger flere kommuner i kommunesocialgruppe 1 over regions gennemsnittet sammenlignet med de andre grupper.

Tabel 3.37 Borgere i kommunerne, som sammenlagt har mindst ti timers stillesiddende arbejde eller stillesiddende fritidsaktiviteter om dagen



* 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

3.4.5 Transport til og fra arbejde

I dette afsnit beskrives det, hvorvidt borgeren er fysisk aktiv i forbindelse med transport til og fra arbejde eller uddannelsessted. Der er spurgt til hvor lang tid, der bruges på cykling eller gang til og fra arbejde eller uddannelsessted. Resultaterne er kun opgjort blandt borgere, der er

i arbejde eller under uddannelse og er i den erhvervsaktive alder (16-64 år). Blandt Region Hovedstadens borgere er der 24 % - svarende til 212.500 erhvervsaktive eller studerende, der hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted (tabel 3.38).

Tabel 3.38 Borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted

	%	Personer
Region Hovedstaden	24	212.500
Køn		
Mand	28	127.900
Kvinde	19	84.700
Alder		
16-24 år	10	16.800
25-34 år	18	38.000
35-44 år	30	66.100
45-54 år	31	57.000
55-64 år	30	34.600
Uddannelse		
Under uddannelse	7	9.400
Grundskole	32	8.200
Kort uddannelse	32	76.800
Kort videreg. uddannelse	28	26.500
Mellemlang videreg. uddannelse	23	42.000
Lang videreg. uddannelse	22	40.400
Samlevsstatus		
Enlig (blandt 25+ årige)	20	38.400
Samlevende (blandt 25+ årige)	29	154.300
Etnisk baggrund		
Danmark	24	181.000
Andre vestlige lande	18	10.700
Ikke-vestlige lande	26	20.800
Afstand til arbejde		
0-4 km	15	40.000
5-9 km	16	35.400
10+ km	33	131.200

Køn og alder: En større andel af mænd hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted sammenlignet med kvinder. Næsten én ud af tre over 35 år hverken cykler eller går i forbindelse med transport til og fra arbejde, hvorimod kun én ud af ti af de 16-24-årige hverken cykler eller går i forbindelse med transport til og fra arbejde.

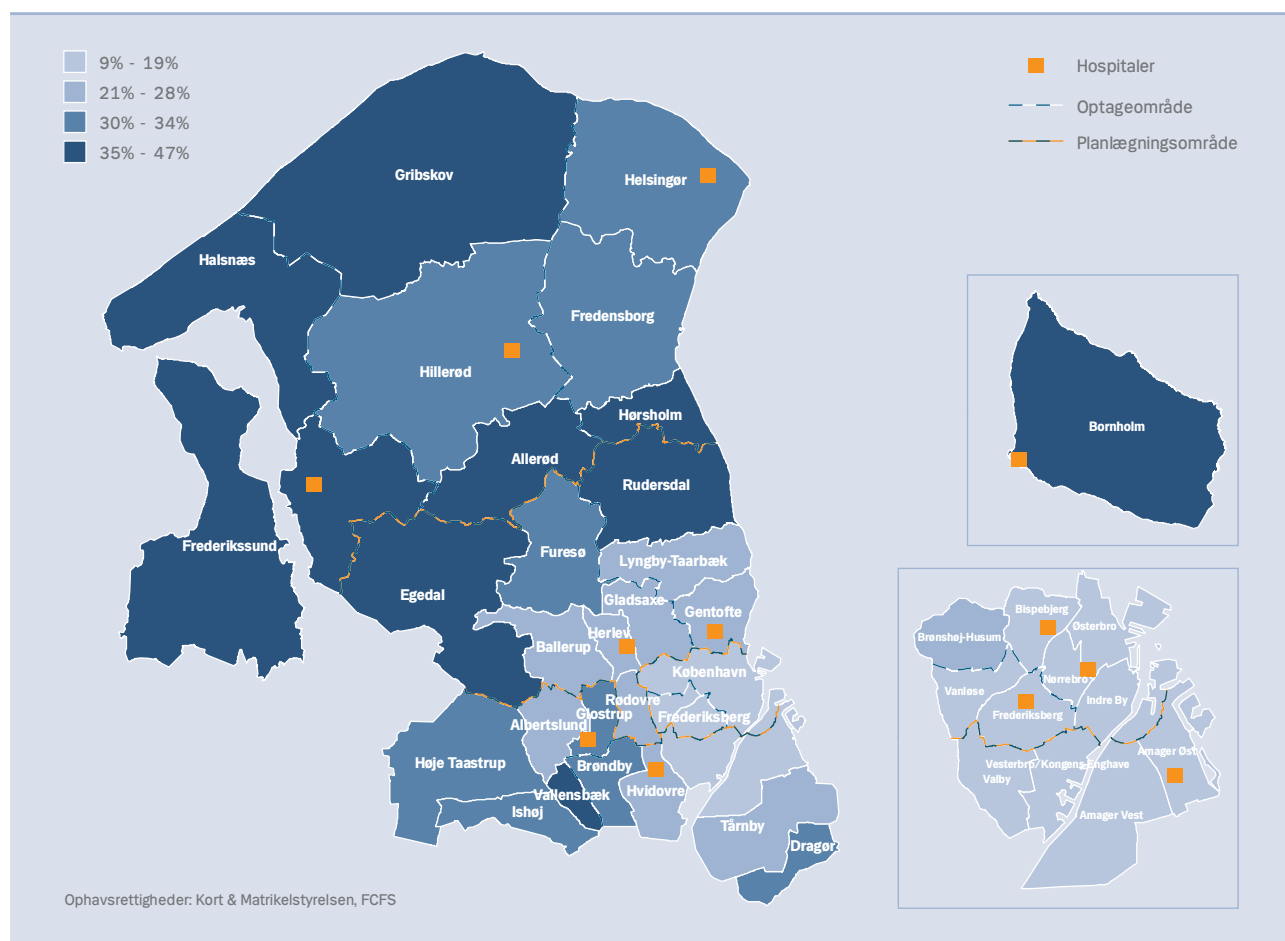
Uddannelse: Andelen af borgere, som ikke er fysisk aktive i forbindelse med transport til og fra arbejde eller uddannelsessted, falder med stigende uddannelsesniveau.

Samlivsstatus blandt 25-årige: Andelen af borgere, der ikke er fysisk aktive i forbindelse med transport, er større blandt de samlevende end blandt de enlige.

Etnisk baggrund: En større andel af borgere med ikke-vestlig baggrund hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Afstand fra arbejde: Andelen af borgere, der hverken cykler eller går til og fra arbejde, er dobbelt så stor, hvis afstanden til arbejde er over 10 km, end hvis afstanden til arbejde er under 10 km.

Figur 3.15 Borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted



Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere, der hverken cykler eller går til og fra arbejde, varierer fra 9 % i bydelen Nørrebro til 47 % i Gribskov Kommune (tabel 3.39). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Efter der er taget højde for kommunernes alders- og kønssammensætning, ligger flertallet af kommunerne i kommunesocialgruppe 1 signifikant over regionsgennemsnittet, mens langt de fleste kommuner i kommunesocialgruppe 4 ligger under regionsgennemsnittet. Om dette virkelig skyldes en social gradient

eller er et udtryk for et storbyfænomen er uvist. Det fremgår nemlig ligeledes af tabel 3.39, at alle de københavnske bydele og Frederiksberg Kommune som de eneste ligger under regionsgennemsnittet.

Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år: I Region Hovedstaden er andelen af borgere, der hverken cykler eller går til og fra arbejde, faldet med 1,5 %. For de fleste kommuner er der ligeledes sket et fald. Det største fald ses i Fredensborg Kommune med et fald på 8,8 %.

Tabel 3.39 Borgere i kommunerne, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	24	212.500		-1,5
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	26	3.600		0,7
Bornholm	35 *	6.800	*	1,1
Brøndby	31 *	4.800	*	-2,7
Ishøj	32 *	3.200	*	3,5
Kbh Amager Vest	15 *	5.200	*	-0,0
Kbh Bispebjerg	13 *	3.600	*	-3,2
Kbh Brønshøj-Husum	21 *	4.100	*	-1,3
Kbh Nørrebro	9 *	4.000	*	-2,9
Kbh Valby	16 *	4.300	*	-4,3
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	11 *	3.800	*	-0,7
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	26	6.100		-3,9
Glostrup	30 *	3.300	*	-0,2
Halsnæs	44 *	6.600	*	-0,7
Herlev	26	3.400		-1,4
Hvidovre	28	7.300		-1,0
Høje-Taastrup	33 *	8.000	*	0,2
Kbh Amager Øst	11 *	3.600	*	-5,2
København	12 *	38.900	*	-2,1
Rødovre	24	4.500		-0,4
Tårnby	26	5.300		1,7
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	32 *	6.200	*	-8,8
Frederiksberg	14 *	7.700	*	-0,4
Frederikssund	43 *	9.300	*	0,6
Gladsaxe	26	9.000		1,6
Gribskov	47 *	9.100	*	-1,9
Helsingør	30 *	8.800	*	-7,4
Hillerød	34 *	8.300	*	1,1
Kbh Indre by	10 *	2.800	*	-1,0
Kbh Vanløse	16 *	3.500	*	-1,3
Kbh Østerbro	10 *	4.000	*	-1,5
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	35 *	4.200	*	0,5
Dragør	31 *	2.000	*	1,2
Egedal	36 *	7.900	*	-3,6
Furesø	30 *	5.800	*	0,3
Gentofte	27	10.000		1,2
Hørsholm	35 *	4.000	*	0,1
Lyngby-Taarbæk	24	6.200		-3,1
Rudersdal	36 *	9.500	*	1,8
Vallensbæk	35 *	2.600	*	3,0

* 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

3.5 Euforiserende stoffer

Der er i Danmark forbud mod at besidde, bruge og handle med narkotika. Den overordnede målsætning for den danske narkotikapolitik er at begrænse tilgangen af nye stofmisbrugere, udbredelse af stoffer og skader ved stofforbrug mest muligt samt at tilbyde behandling. Indsatsen mod narkotika består dels af kontrol gennem politi og retsvæsen, og dels af behandling og forebyggelse, som kommunerne står for (www.sst.dk).

Siden 2003 har regeringen strammet op på opfølgningen af narkotikalovgivningen. Besiddelse af narkotika i små mængder ("til eget forbrug") fører nu til bøde, også når det gælder hash. Det åbne hashmarked på Christiania er blevet lukket, og politiet har sat ind over for hashklubber i hele landet. Herudover er der fokus på at mindske udbredelsen af andre euforiserende stoffer, herunder særligt de stimulerende stoffer (Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, 2009).

Eksperimenter med euforiserende stoffer (herefter kaldet stoffer) er et ungdomsfænomen. Næsten alle, der prøver at tage stoffer, har debut, inden de er fyldt 20 år, og de fleste

Udbredelse af hash i Region Hovedstaden:

- 55 % har prøvet at bruge hash
- 20 % har brugt hash inden for det seneste år
- 7,8 % har brugt hash inden for den seneste måned
- Over halvdelen heraf har brugt hash mere end to gange inden for den seneste måned

Flest i Region Hovedstaden har prøvet hash blandt:

- Mænd
- 25-34-årige
- Unge med dansk baggrund
- Unge fra København og Frederiksberg Kommune

stopper igen. Eksperimenterende brug af stoffer medfører risiko for ulykker, risiko for at komme ud i stofmisbrug samt risiko for forgiftning med og uden døden til følge. Hash hæmmer indlæringsvejen i op til fire uger efter brug og kan derfor have konsekvenser for den enkeltes skolegang og uddannelsesmuligheder. Siden 2000 har eksperimenterende brug af hash og andre stoffer i Danmark ligget på et stabilt niveau. Hash er mest udbredt. Herefter kommer de stimulerende stoffer amfetamin, kokain og ecstasy (Sundhedsstyrelsen, 2009).

Hvert år er 1.000 dødsfald i Danmark relateret til stofmisbrug. Det svarer til 2 % af alle dødsfald. Der foretages hvert år ca. 1.500 psykiatriske indlæggelser på grund af brug af stoffer, og 1.100-1.600 bliver behandlet på skadestue på grund af forgiftning med stoffer (Statens Institut for Folkesundhed, 2006).

I dette afsnit beskrives udbredelsen af hash og andre stoffer samt debutalder for at tage stoffer. Herefter beskrives forbrug af hash og andre stoffer inden for den seneste måned.

3.5.1 Udbredelse af euforiserende stoffer

I Region Hovedstaden har 55 % af de unge - svarende til 229.500 personer - eksperimenteret med hash, mens 18 % af de unge - svarende til 74.700 personer - har eksperimenteret med andre stoffer end hash (tabel 3.40). Næsten alle unge, som prøver andre stoffer, har også prøvet hash, og udbredelsen af hash svarer derfor nogenlunde til billedet for alle stoffer tilsammen.

Køn og alder: En større andel af mænd end kvinder har prøvet hash og andre stoffer. Tilsvarende har en større andel af de 25-34-årige prøvet hash og andre stoffer sammenlignet med de 16-24-årige.

Etnisk baggrund: Hash og andre stoffer er mest udbredt blandt unge med dansk baggrund. Her er andelen af unge, som har prøvet hash og andre stoffer, dobbelt så store som for unge med ikke-vestlig baggrund.

Tabel 3.40 Unge, som har prøvet hash og andre euforiserende stoffer

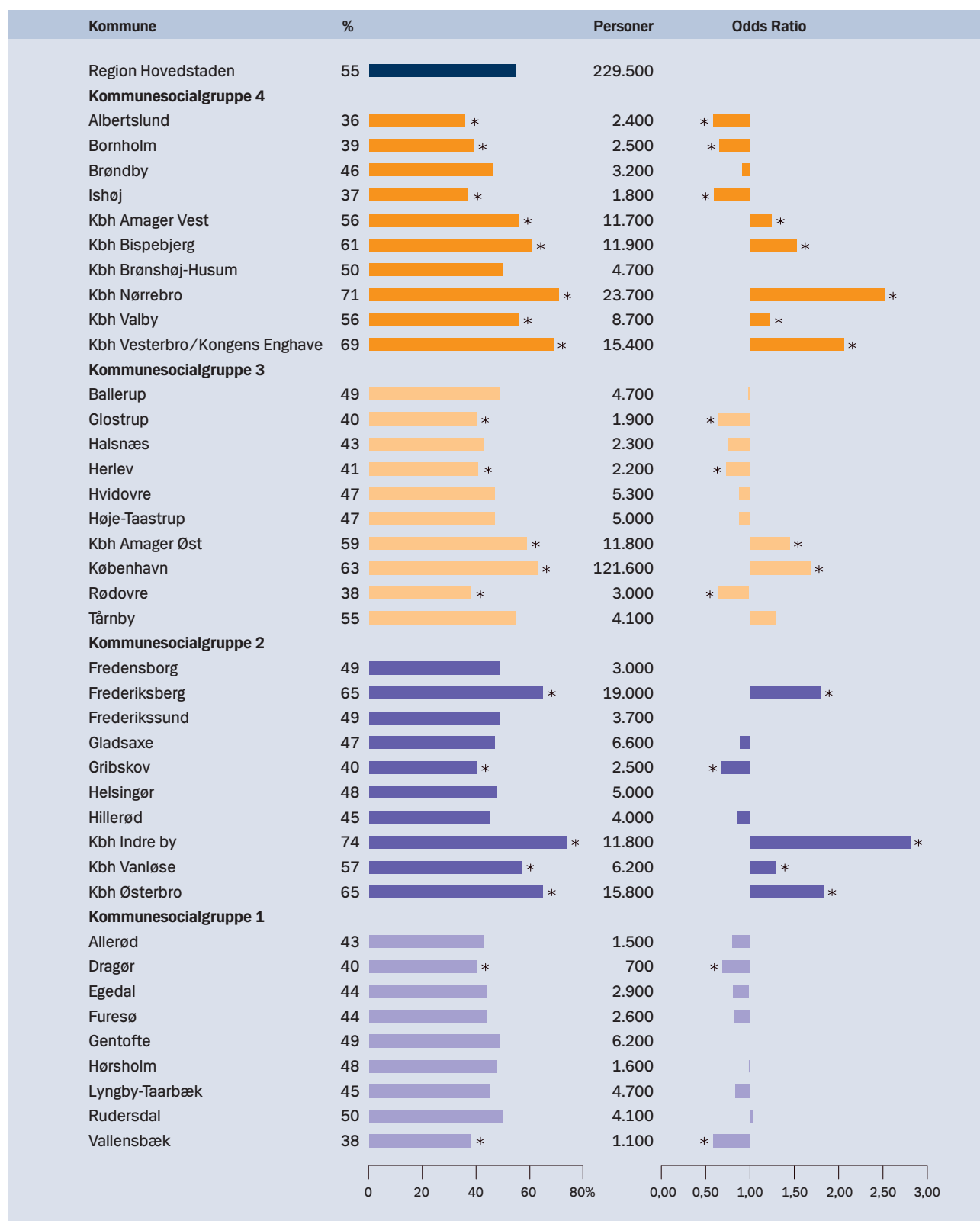
	Hash		Andre stoffer	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	55	229.500	18	74.700
Køn				
Mand	61	124.400	24	48.900
Kvinde	49	105.100	12	25.800
Alder				
16-24 år	47	84.600	13	22.000
25-34 år	61	144.900	23	52.700
Etnisk baggrund				
Danmark	59	199.500	20	64.700
Andre vestlige lande	54	16.300	18	5.100
Ikke-vestlige lande	27	13.700	10	4.800

Variation mellem kommunerne: Hash er mere udbredt blandt unge i de københavnske bydele og Frederiksberg Kommune sammenlignet med de øvrige kommuner i Region Hovedstaden (tabel 3.41). I de københavnske bydele og Frederiksberg Kommune varierer andelen af unge, som har prøvet hash, fra 50 % i Brønshøj-Husum til 74 % i Indre by, mens andelen af unge, der har prøvet hash i de øvrige kommuner, varierer fra 36 % i Albertslund Kommune til 55 % i Tårnby Kommune. Det ser ud til, at eksperimenterende brug af hash særligt er et storbyfænomen.

Andelen af unge, som har prøvet andre euforiserende stoffer, varierer fra 7 % i Dragør Kommune til 29 % i den københavnske bydel Indre by (tabel 3.42). Her er der en tendens til en social gradient, idet forekomsten er lavere i kommunesocialgruppe 1 sammenlignet med de andre kommunesocialgrupper. Billedet er det samme, når der tages højde for fordelingen af alder og køn i kommunerne.

- 50 % af de unge var 16 år eller derunder, da de prøvede hash første gang
- 50 % af de unge var 18 år eller derunder, da de prøvede andre stoffer første gang
- Der er ikke forskel på debutalderen for mænd og kvinder

Tabel 3.41 Unge i kommunerne, som har prøvet hash

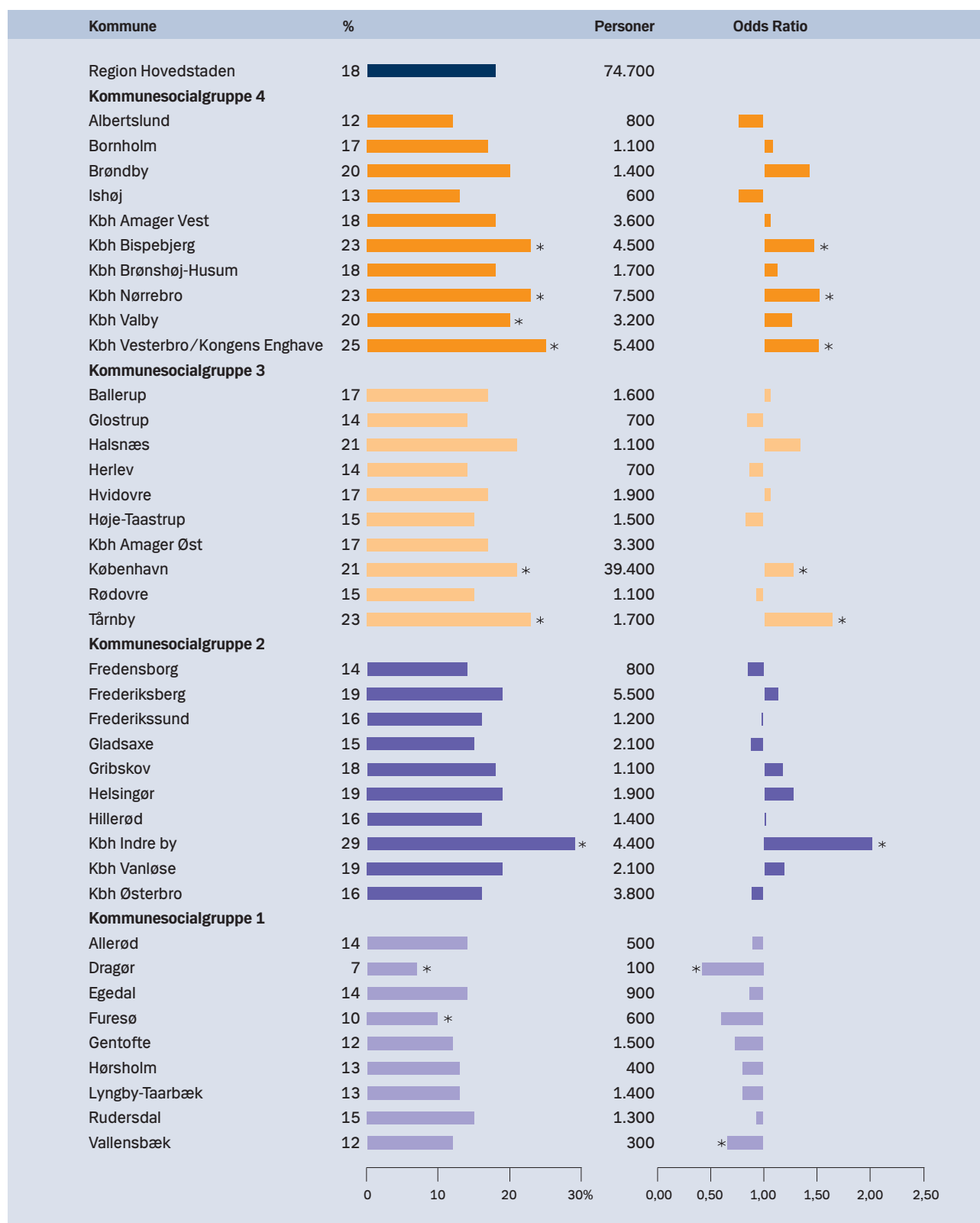


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

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 3.42 Unge i kommunerne, som har prøvet andre euforiserende stoffer



* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

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

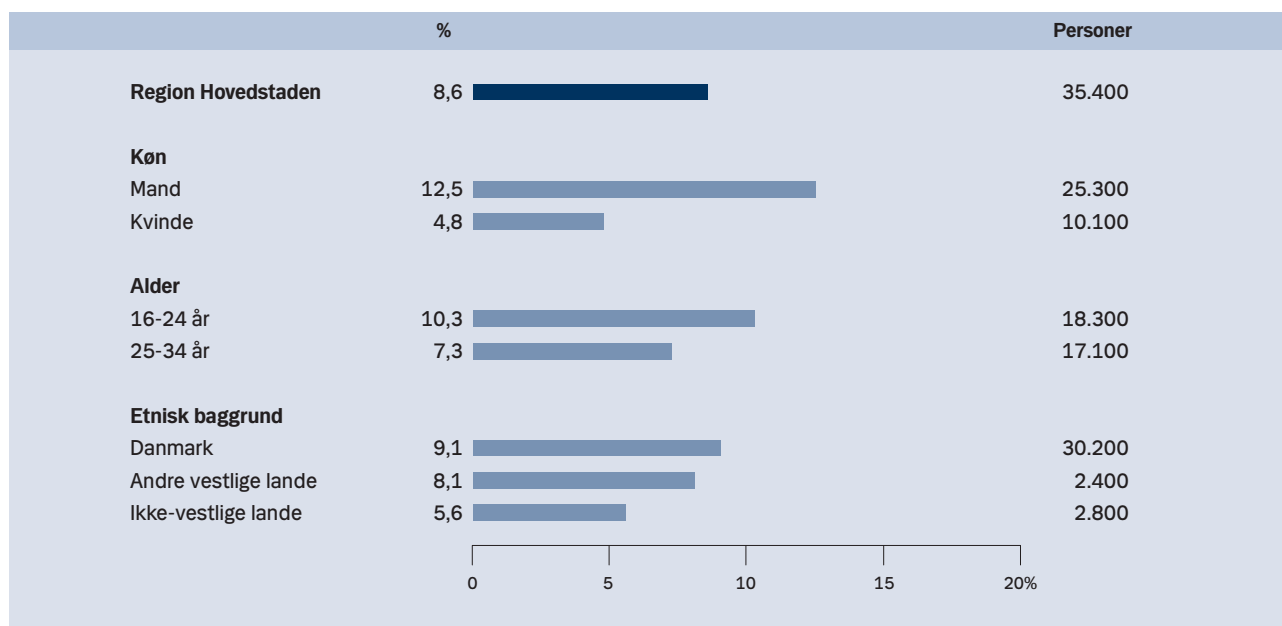
Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

3.5.2 Forbrug af hash og andre stoffer den seneste måned

Da data for andre stoffer end hash er sparsomme, behandles forbrug af alle stoffer, inklusive hash, den seneste måned som et samlet emne i det følgende. I Region Hoved-

staden har 8,6 % af de unge – svarende til 35.400 personer – taget euforiserende stoffer inden for den seneste måned (tabel 3.43)

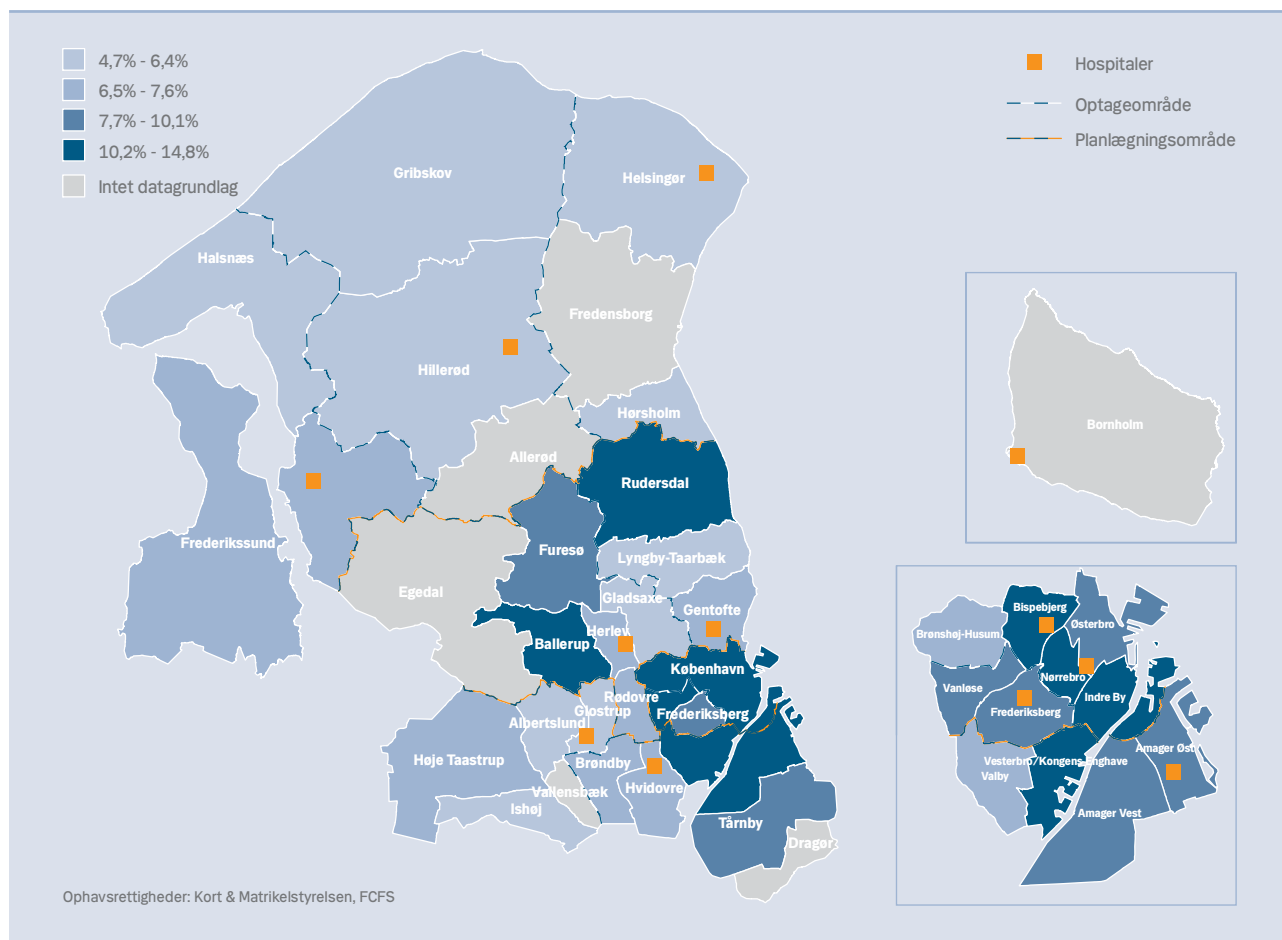
Tabel 3.43 Unge som har taget euforiserende stoffer inden for den seneste måned



Køn og alder: Andelen af mænd, som har taget stoffer den seneste måned, er mere end dobbelt så stor som andelen af kvinder. En større andel af de 16-24-årige har taget stoffer den seneste måned sammenlignet med de 25-34-årige.

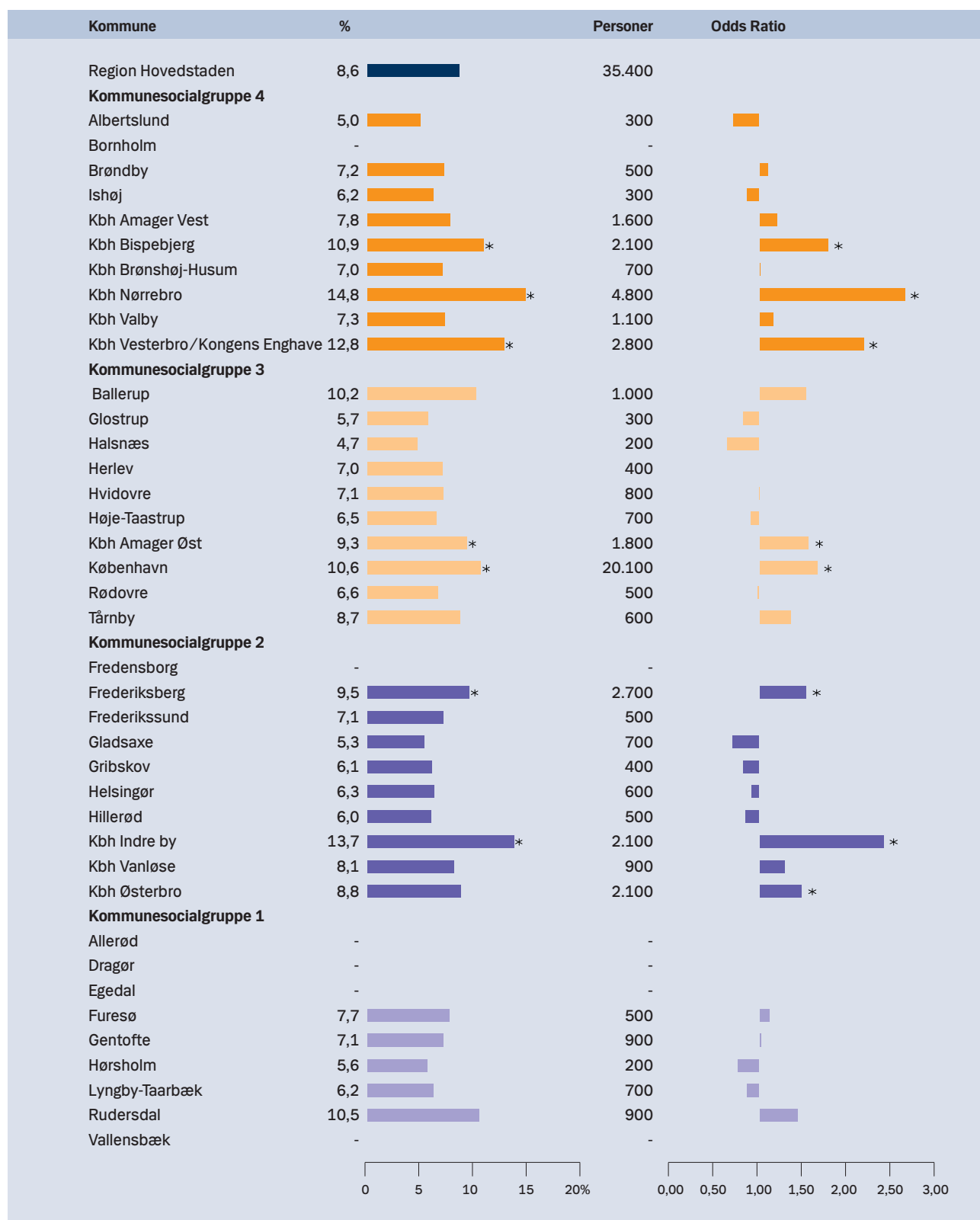
Etnisk baggrund: En større andel af unge med dansk og anden vestlig baggrund har taget stoffer den seneste måned sammenlignet med unge med ikke-vestlig baggrund.

Figur 3.16 Unge, som har taget euforiserende stoffer inden for den seneste måned



Variation mellem kommunerne: Andelen af unge, som har taget stoffer inden for den seneste måned, varierer fra 5,0 % i Albertslund Kommune til 14,8 % i den københavnske bydel Nørrebro (tabel 3.44). Det er blandt unge i de københavnske bydele Frederiksberg, Rudersdal og

Ballerup Kommune, at andelen, som har taget stoffer inden for den seneste måned, er størst. Der er en tendens til en social gradient, da kommunesocialgruppe 1 skiller sig ud med lave forekomster i de fleste kommuner.

Tabel 3.44 Unge i kommunerne, som har taget euforiserende stoffer inden for den seneste måned


* 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.

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater

3.6 Ubeskyttet sex

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

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

Hvert år bliver der foretaget ca. 15.000 provokerede aborter i Danmark, hvoraf ca. 11.000 foretages hos kvinder under 35 år. Der har været en stigende tendens i abortraten blandt de 15-24-årige de senere år. I 2009 fik 30.000 unge konstateret klamydia, og 11.000 fik konstateret køns-

vorter. Det er en fordobling på 10 år for begge sygdomme (www.sst.dk). Ubeskyttet sex fører til ca. 300 dødsfald om året, og sundhedsvæsenets nettoomkostninger relateret til ubeskyttet sex er på 257 mio. kr. om året (Statens Institut for Folkesundhed, 2006).

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at unge med skiftende seksualpartnere beskytter sig med kondom (www.sst.dk). Seksuel sundhed er ikke blandt de otte risikofaktorer, som Regeringens folkesundhedsprogram og sundhedspakken behandler, og Regeringen har ikke fastsat nationale mål for seksuel sundhed.

I dette afsnit beskrives ubeskyttet sex i forhold til uønsket graviditet og seksygdomme. Spørgsmålene om seksuel sundhed er kun stillet til borgere i alderen 16-34 år, og opgørelserne er derfor kun for denne aldersgruppe. Da en stor del af borgerne i denne aldersgruppe ikke har færdiggjort uddannelse eller etableret familie, er der ikke opgørelser af uddannelsesniveau, erhvervstilknytning og samlivsstatus. Der kan ikke opgøres ændringer, da emnet ikke indgik i undersøgelsen i 2007.

For unge i Region Hovedstaden, som har haft seksuel debut gælder, at:

- 21 % ikke bruger prævention, selvom de ikke ønsker et barn
- 11 % ikke bruger kondom, selvom de har skiftende partnere

Sex uden kondom trods skiftende partnere forekommer hyppigst blandt de 16-24-årige samt unge med dansk baggrund

Ubeskyttet sex i forhold til uønsket graviditet opgøres som personer, der ved seneste samleje havde sex uden prævention og ikke ønsker et barn. Ubeskyttet sex i forhold til seks sygdomme opgøres som personer, der ved seneste samleje havde sex uden kondom og har haft mindst tre seksualpartnere inden for det seneste år. Opgørelserne er begrænset til unge, som har haft seksuel debut.

I Region Hovedstaden har 44 % af de 16-årige haft deres

seksuelle debut. Denne andel vokser kraftigt indtil 22 år, hvor 91 % har haft seksuel debut. Fra 25 år og opefter har ca. 97 % af de unge haft seksuel debut. 21 % af de unge, som har haft seksuel debut, – svarende til 76.400 personer – brugte ikke prævention ved seneste samleje, selvom de ikke ønsker et barn. 11 % af de unge – svarende til 40.900 personer – brugte ikke kondom ved seneste samleje, selvom de har skiftende seksualpartnere (tabel 3.45).

Tabel 3.45 Unge, som har ubeskyttet sex i forhold til graviditet og seks sygdomme

	Ift. graviditet		Ift. seks sygdomme	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	21	76.400	11	40.900
Køn				
Mand	24	44.000	12	21.500
Kvinde	17	32.400	10	19.300
Alder				
16-24 år	15	20.700	14	19.800
25-34 år	24	55.700	9	21.100
Etnisk baggrund				
Danmark	20	60.000	12	35.200
Andre vestlige lande	21	6.000	10	2.900
Ikke-vestlige lande	28	10.400	7	2.800

Køn og alder: En større andel af mændene brugte ikke prævention ved seneste samleje, selvom de ikke ønsker et barn, sammenlignet med kvinderne. Det kan skyldes, at det er kvinden, som er ansvarlig for brugen af prævention, når det ikke drejer sig om brug af kondom, og at færre mænd end kvinder derfor er opmærksomme på parrets brug af prævention. Sex uden prævention, hvor der ikke er ønske om børn, er mere udbredt blandt de 25-34-årige end blandt de 16-24-årige.

Der er ikke betydelig kønsforskel på andelen af unge, som ikke brugte kondom ved seneste samleje og har skiftende partnere. Sex uden kondom trods skiftende partnere er mest udbredt blandt de 16-24-årige, hvor der sandsynligvis er færre, som er i et fast forhold.

Etnisk baggrund: En større andel af unge med ikke-vestlig baggrund brugte ikke prævention ved seneste samleje, selvom de ikke ønsker et barn, sammenlignet med unge med dansk eller anden vestlig baggrund.

En større andel af unge med dansk baggrund brugte ikke kondom ved seneste samleje trods skiftende partnere sammenlignet med unge med ikke-vestlig baggrund.

Fortrydelsespille: 48 % af de kvinder, som har haft seksuel debut, har prøvet at bruge en fortrydelsespille. 19 % har brugt fortrydelsespille mere end én gang.

Variation mellem kommunerne: Andelen af unge, som ikke bruger prævention, selvom de ikke ønsker et barn, varierer fra 12 % på Bornholm og i Hørsholm Kommune til 30 % i Hvidovre Kommune. Der er dog kun ganske få kommuner, som adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet (resultat ikke vist).

Andelen af unge, som ikke bruger kondom trods skiftende partnere, varierer fra 5 % i Egedal Kommune til 15 % i bydelen Indre By (tabel 3.46). Det er kun i københavnske bydele, at forekomsten er signifikant højere end regionsgennemsnittet, når der er taget højde for alderssammensætningen i kommunerne.

Tabel 3.46 Andel af unge i kommunerne, som har ubeskyttet sex i forhold til sexsygdomme

Kommune	%	Personer	Odds Ratio
Region Hovedstaden	11	40.900	
Kommunesocialgruppe 4			
Albertslund	7	400	
Bornholm	-	-	
Brøndby	14	800	
Ishøj	11	500	
Kbh Amager Vest	8	1.400	
Kbh Bispebjerg	14	2.500	*
Kbh Brønshøj-Husum	8	600	
Kbh Nørrebro	14	4.300	*
Kbh Valby	11	1.500	
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	14	2.900	*
Kommunesocialgruppe 3			
Ballerup	12	1.000	
Glostrup	10	400	
Halsnæs	7	300	
Herlev	11	500	
Hvidovre	10	900	
Høje-Taastrup	10	900	
Kbh Amager Øst	13	2.300	*
København	12	21.900	*
Rødovre	12	800	
Tårnby	10	700	
Kommunesocialgruppe 2			
Fredensborg	-	-	
Frederiksberg	12	3.200	
Frederikssund	9	600	
Gladsaxe	11	1.300	
Gribskov	10	500	
Helsingør	9	800	
Hillerød	11	900	
Kbh Indre by	15	2.300	*
Kbh Vanløse	10	1.100	
Kbh Østerbro	12	2.900	
Kommunesocialgruppe 1			
Allerød	12	400	
Dragør	8	100	
Egedal	5	300	
Furesø	6	300	
Gentofte	10	1.100	
Hørsholm	12	300	
Lyngby-Taarbæk	10	900	
Rudersdal	-	-	
Vallensbæk	8	200	

* 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

- For få besvarelser til, at der kan gives resultater



Kapitel 4

Generelt helbred



4 Generelt helbred

- 50 % af borgerne mener, at de har et fremragende eller vældigt godt helbred, men 15 % synes, at deres helbred er mindre godt eller dårligt
- 41 % af borgerne har været meget generet af mindst ét symptom de seneste 14 dage. 27 % har symptomer fra bevægeapparatet, 6,7 % har hovedpine, og 15 % har psykiske symptomer
- 19 % af borgerne har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, og 5,1 % har haft mere end 25 dages sygefravær det seneste år

Et væsentligt aspekt af borgernes generelle sundhedstilstand er, hvordan den enkelte borger oplever og vurderer sit eget helbred samt sit fysiske og psykiske velbefindende. Regeringens mål er, at antallet af år med god livskvalitet og godt helbred skal øges (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002).

Helbred er dog ikke entydigt og kan måles på flere forskellige måder. I de følgende afsnit beskrives borgernes generelle helbredstilstand i Region Hovedstaden. Der sættes fokus på selvvurderet helbred, fysisk og mentalt helbred målt ved SF-12, stress, symptomer samt sygefravær. Oplysningerne om generelt helbred stammer fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2010".

Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred i Region Hovedstaden er mest udbredt blandt:

- Kvinder
- Ældre
- Borgere med grundskoleuddannelse
- Førtidspensionister
- Enlige borgere
- Borgere fra ikke-vestlige lande
- Borgere fra kommunesocialgruppe 4

4.1 Selvvurderet helbred

Borgernes vurdering af eget helbred, selvvurderet helbred, er en selvstændig risikofaktor for sygelighed og dødelighed. Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, des større er risikoen for død og udvikling af sygdom. Selvvurderet helbred anbefales derfor internationalt som en fast bestanddel af befolkningsundersøgelser om sundhed og sygelighed.

I Region Hovedstaden vurderer 15 % af borgerne - svarende til 192.800 personer - at de har et mindre godt eller dårligt helbred (tabel 4.1).

Hvad mener borgerne i Region Hovedstaden om deres eget helbred?

- 13 % mener, de har et fremragende helbred
- 37 % mener, de har et vældigt godt helbred
- 36 % mener, de har et godt helbred
- 12 % mener, de har et mindre godt helbred
- 3 % mener, de har et dårligt helbred

Køn og alder: Andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er lidt højere blandt kvinder end mænd, og andelen stiger med alderen. For de 16-34-årige er det kun én ud af 20, som har mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, mens andelen er over tre gange så høj blandt 45-64-årige og seks gange så høj blandt de ældste borgere (80+årige). Den høje andel blandt de ældste borgere kan skyldes, at denne aldersgruppe er plaget af sygdomme, som påvirker deres vurdering af eget helbred.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forhold til selv vurderet helbred. Mens hver tredje borger, som kun har fuldført en grundskoleuddannelse, har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, er det kun knap hver tiende borger med lang videregående uddannelse. For erhvervstilknytning gælder det, at en meget højere andel af borgere i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet har mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred sammenlignet med borgere i

Tabel 4.1 Borgere, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred

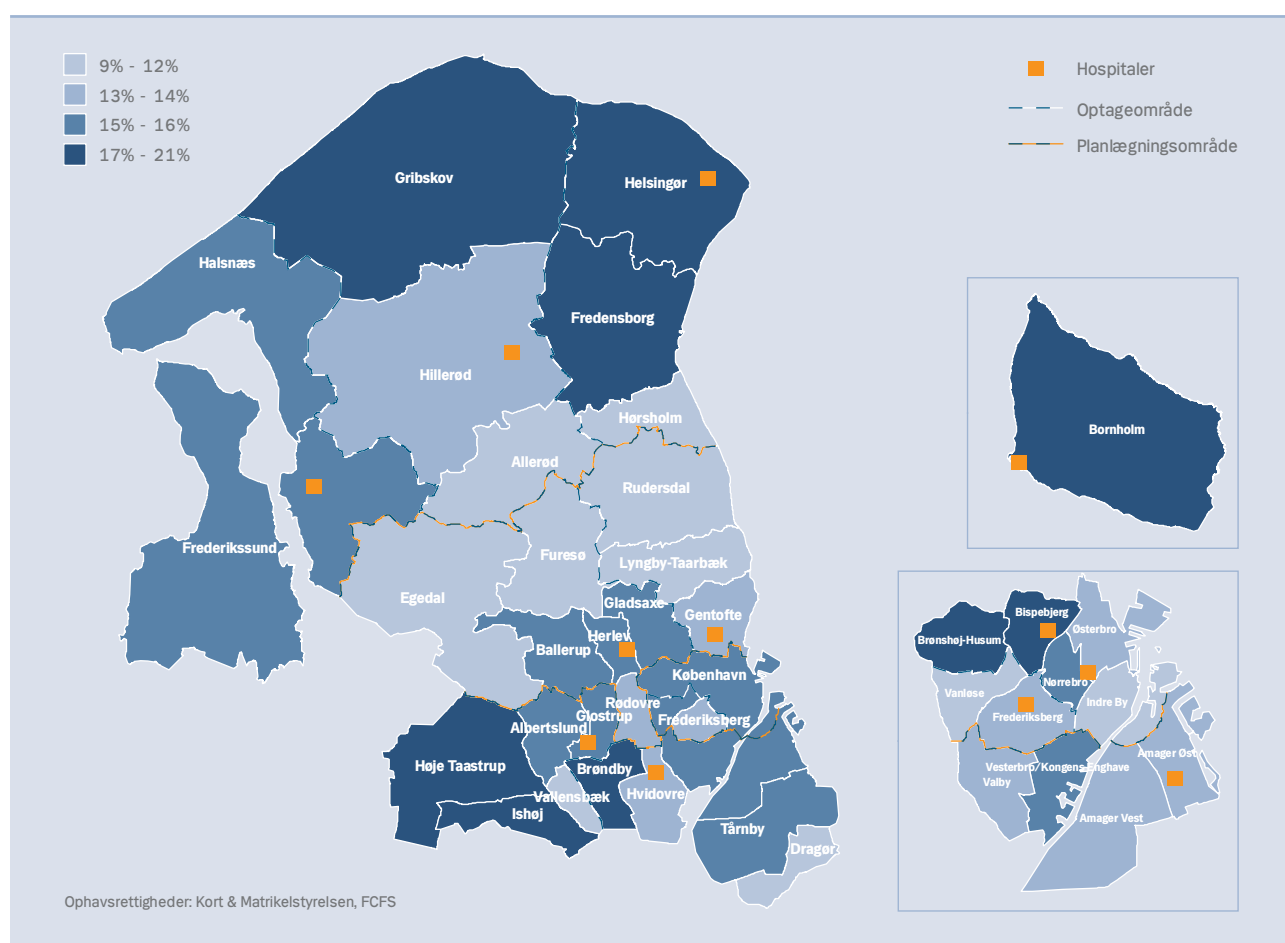
	%	Personer
Region Hovedstaden	15	192.800
Køn		
Mand	13	83.200
Kvinde	16	109.600
Alder		
16-24 år	6	10.000
25-34 år	6	15.300
35-44 år	12	29.500
45-54 år	16	35.600
55-64 år	20	38.600
65-79 år	22	40.200
80+ år	37	23.700
Uddannelse		
Under uddannelse	6	7.800
Grundskole	34	32.000
Kort uddannelse	17	66.700
Kort videreg. uddannelse	14	18.300
Mellemlang videreg. uddannelse	11	26.600
Lang videreg. uddannelse	7	15.000
Erhvervstilknytning		
I beskæftigelse	8	54.800
Arbejdsløs	21	10.900
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	53	16.000
Førtidspensionist	60	28.200
Pensionist	24	63.300
Samlivsstatus		
Enlig (blandt 25+ årige)	22	78.500
Samlevende (blandt 25+ årige)	12	92.700
Etnisk baggrund		
Danmark	13	148.700
Andre vestlige lande	14	12.100
Ikke-vestlige lande	26	32.000

beskæftigelse. Mere end én ud af to borgere, der er langtidssyg eller på førtidspension, har mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, sammenlignet med én ud af fem arbejdsløse og knap én ud af ti beskæftigede borgere. En del af denne forskel kan forklares ved, at en del borgere er uden for arbejdsmarkedet på grund af kroniske sygdomme (førtidspensionister, langtidssyge mm.).

Samlivsstatus blandt 25+årige: Andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred er næsten dobbelt så høj blandt de enlige end blandt de samlevende.

Etnisk baggrund: En højere andel af borgere med ikke-vestlig baggrund vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Figur 4.1 Borgere, som har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred



Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere, der har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, varierer fra 9 % i bydelen Indre by til 21 % i bydelen Brønshøj-Husum (tabel 4.2). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. De fleste kommuner i kommunesocialgruppe 1 har en signifikant lavere andel af borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred sammenlignet med regionsgennemsnittet. Omvendt har de fleste kommuner i kommunesocialgruppe 4 en højere andel af borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred end regionsgennemsnittet. Efter justering for køn og alder ses samme sammenhæng.

Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år: Der ses ingen ændringer siden 2007 i andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred i regionen som helhed. Der er dog stor variation mellem kommuner og bydele. Variationen spænder fra et fald på 3,0 % i Herlev Kommune til en stigning på 7,9 % i Fredensborg Kommune. I mange kommuner ses dog kun små ændringer.

Tabel 4.2 Borgere i kommunerne, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred

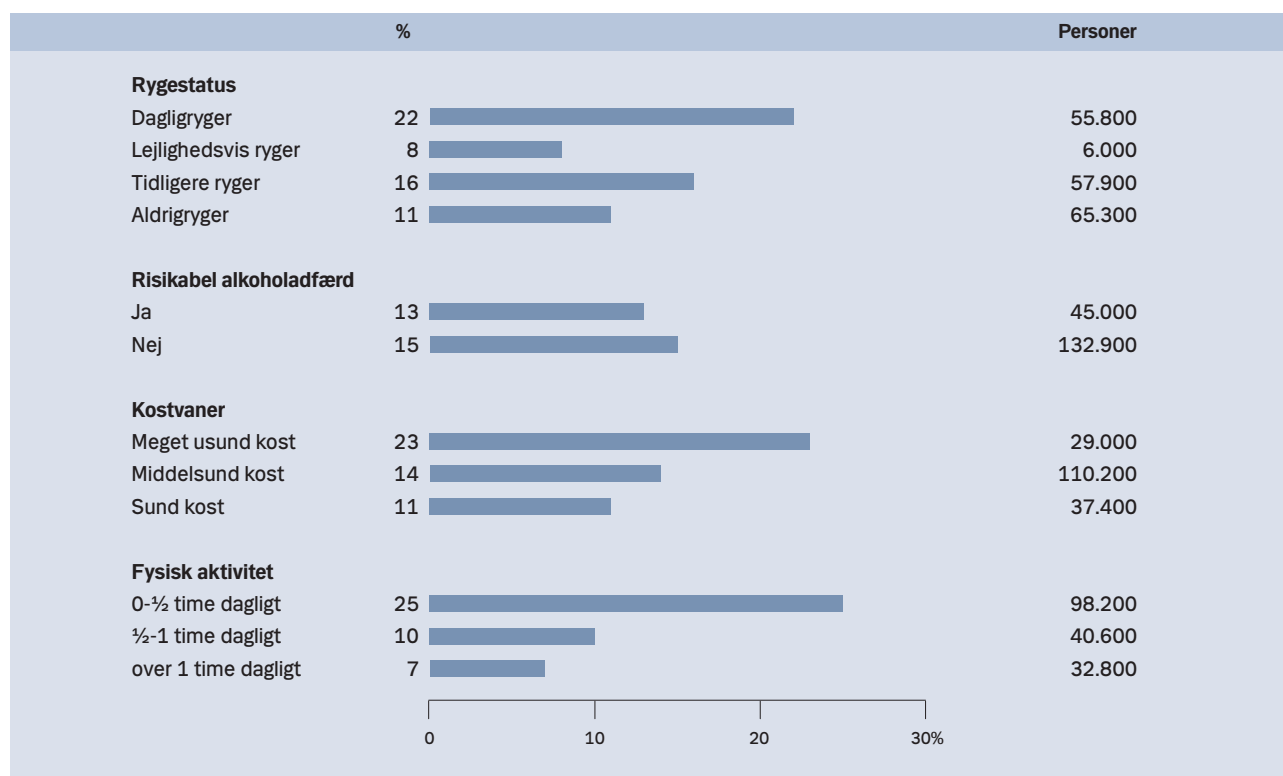
Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	15	192.800		0,8
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	15	3.200		-0,7
Bornholm	18 *	6.000		-0,9
Brøndby	20 *	5.300	*	0,9
Ishøj	19 *	2.900	*	1,8
Kbh Amager Vest	14	6.400	*	2,6
Kbh Bispebjerg	19 *	7.900	*	2,5
Kbh Brønshøj-Husum	21 *	6.200	*	5,8
Kbh Nørrebro	16	9.500	*	4,7
Kbh Valby	14	5.300		-1,8
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	16	7.300	*	2,4
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	15	5.700		0,4
Glostrup	15	2.500		0,6
Halsnæs	15	3.800		-0,6
Herlev	15	3.200		-3,0
Hvidovre	14	5.300		-1,8
Høje-Taastrup	17 *	6.100	*	-2,5
Kbh Amager Øst	14	5.700		2,0
København	15	63.000	*	2,2
Rødovre	14	4.100		-0,9
Tårnby	16	5.000		1,8
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	17 *	5.200		7,9
Frederiksberg	13 *	10.100		2,5
Frederikssund	16	5.500		-2,1
Gladsaxe	15	7.300		-1,6
Gribskov	17 *	5.500		0,1
Helsingør	18 *	8.300		0,7
Hillerød	14	5.100		0,5
Kbh Indre by	9 *	3.700	*	-0,7
Kbh Vanløse	11 *	3.300	*	-1,8
Kbh Østerbro	14	7.800		4,4
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	10 *	1.800	*	-0,7
Dragør	12 *	1.300	*	-2,2
Egedal	12 *	3.800	*	1,0
Furesø	11 *	3.100	*	-1,9
Gentofte	13	7.000	*	2,0
Hørsholm	12	2.300	*	0,2
Lyngby-Taarbæk	12 *	4.900	*	-0,7
Rudersdal	10 *	4.300	*	-1,4
Vallensbæk	11 *	1.200	*	1,0

* 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 4.3 Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred i relation til sundhedsadfærd



Af tabel 4.3 fremgår det, at der er en sammenhæng mellem borgernes sundhedsadfærd og selv vurderet helbred. Det skal her bemærkes, at sammenhængen vil være påvirket af underliggende faktorer som alder, sociale forhold og kroniske sygdomme.

Rygestatus: Blandt dagligrygere vurderer én ud af fem, at de har et mindre godt eller dårligt helbred, mens den tilsvarende andel for lejlighedsvis rygere og aldrigrygere kun er på omkring én ud af ti.

Alkohol: En lidt større andel af borgerne uden risikabel alkoholadfærd synes, deres helbred er mindre godt eller dårligt sammenlignet med borgere, som har en risikabel alkoholadfærd.

Kostvaner: Der er dobbelt så mange borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred blandt borgere, der spiser meget usund kost sammenlignet med borgere, der spiser sund kost.

Fysisk aktivitet: Blandt de borgere, der er moderat til hårdt fysisk aktive under ½ time om dagen, mener én ud af fire, at de har et mindre godt eller dårligt helbred. Til sammenligning er der kun én ud af 14 borgere, der er fysisk aktive mere end én time om dagen

4.2 Fysisk og mentalt helbred

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

Ud fra en gennemgang af litteraturen og statistiske analyser af mentalt helbred i en normal befolkning anbefaler Sundhedsstyrelsen, at man opdeler befolkningen i tre grupper. De 65 % af befolkningen, der scorer højest på den mentale helbredskomponent, udgør gruppen af borgere med god mental sundhed. De 10 % af befolkningen, der scorer lavest på den mentale helbredskomponent af SF-12, udgør de borgere med dårlig mental sundhed. Gruppen af borgere med moderat mental sundhed udgøres af de resterende 25 % (Christensen et al., 2010). I sundhedsprofilen

fokuseres på de 10 % af borgerne, der har et dårligt mentalt helbred.

Der er ikke lavet et tilsvarende udviklingsarbejde for den fysiske helbredskomponent. I sundhedsprofilen defineres gruppen med dårligst fysisk helbred som de 10 % af befolkningen, der scorer lavest på den fysiske helbredskomponent.

For ændringer siden 2007 er der taget udgangspunkt i den grænseværdi, som i 2007 afgrænsede de 10 % af borgerne med dårligt fysisk helbred eller 10 % med dårligt mentalt helbred fra de øvrige borgere. Denne grænseværdi er anvendt til at udregne andelen af borgere med dårligt fysisk eller mentalt helbred i 2010 blandt 25-79-årige. Ændringerne er derefter beregnet som afvigelserne for 2010-andelen fra 2007-andelen.

Da andelen af borgere med dårligt fysisk eller mentalt helbred er defineret på forhånd, giver det ikke mening at tale om regionsgennemsnit for disse variable.

Dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred er mest udbredt blandt:

- Kvinder
- Borgere med grundskoleuddannelse
- Enlige
- Borgere fra ikke-vestlige lande
- Borgere fra kommunesocialgruppe 4

Dårligt fysisk helbred er derudover mest udbredt blandt:

- Ældre og førtidspensionister

Dårligt mentalt helbred er derudover mest udbredt blandt:

- De yngste og ældste samt langtidssyge mm.

Køn og alder: Generelt har flere kvinder end mænd dårligt fysisk og mentalt helbred (tabel 4.4). Andelen af borgere med dårligt fysisk helbred stiger med alderen. Kun én ud af 50 borgere under 25 år har dårligt fysisk helbred, mens mere end én ud af fem borgere på 65 år eller der-

over har dårligt fysisk helbred. Dårligt mentalt helbred varierer kun lidt på tværs af aldersgrupperne. Der er dog en tendens til, at flest blandt de yngste og ældste borgere og færrest blandt de 65-79-årige har dårligt mentalt helbred.

Tabel 4.4 Borgere, som har et dårligt fysisk eller dårligt mentalt helbred

	Fysisk helbred		Mentalt helbred	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	10	123.500	10	123.500
Køn				
Mand	8	49.300	8	51.300
Kvinde	12	74.200	11	72.200
Alder				
16-24 år	2	3.300	12	20.600
25-34 år	3	6.800	11	24.600
35-44 år	6	14.000	10	25.100
45-54 år	10	20.600	10	21.100
55-64 år	14	25.600	9	15.400
65-79 år	21	32.700	7	10.300
80+ år	42	20.400	13	6.400
Uddannelse				
Under uddannelse	1	1.900	13	16.500
Grundskole	30	23.900	16	12.500
Kort uddannelse	12	44.700	10	36.400
Kort videreg. uddannelse	11	13.600	10	12.200
Mellemlang videreg. uddannelse	7	16.900	8	20.100
Lang videreg. uddannelse	4	8.200	7	15.700
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	4	26.000	7	50.100
Arbejdsløs	11	5.300	21	9.900
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	39	10.400	38	10.200
Førtidspensionist	53	21.100	28	11.300
Pensionist	24	53.200	8	17.600
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	16	52.500	15	48.100
Samlevende (blandt 25+ årige)	9	61.300	7	50.700
Etnisk baggrund				
Danmark	9	98.200	9	95.300
Andre vestlige lande	9	7.600	10	8.500
Ikke-vestlige lande	16	17.700	18	19.600

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient for både dårligt fysisk og dårligt mentalt helbred. Andelen er højest blandt borgere, der har en grundskoleuddannelse, og falder derefter med stigende uddannelsesniveau. Samtidig fremgår det af tabel 4.4, at andelen er højere blandt borgere, som er førtidspensionister, langtidssyge m.m. sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25-årige: Andelen af borgere med dårligt fysisk og mentalt helbred er næsten dobbelt så stor blandt de enlige som blandt de samlevende.

Etnisk baggrund: En højere andel af borgere med ikke-vestlig baggrund har dårligt fysisk eller mentalt helbred sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere med dårligt fysisk helbred varierer fra 5 % i bydelen Indre by til 15 % på Bornholm, Brøndby Kommune og bydelen Brønshøj-Husum (tabel 4.5). Andelen af borgere med dårligt mentalt helbred varierer fra 6 % i Rudersdal og Furesø Kommune til 16 % i bydelen Bispebjerg (tabel 4.6). Der ses en social gradient på tværs af kommune-

socialgrupperne for både dårligt fysisk og dårligt mentalt helbred, idet et flertal af kommunerne og bydelene i kommunesocialgruppe 4 ligger signifikant over regionsgennemsnittet, mens et flertal af kommunerne i gruppe 1 ligger signifikant under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient ændres ikke, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommunerne.

Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år: I regionen som helhed er der ikke sket nogen ændring på andelen af borgere, som har et dårligt fysisk helbred. Andelen af borgere med dårligt mentalt helbred er steget med 1 %. Der er dog variation mellem kommunerne. Variationen for dårligt fysisk helbred spænder fra et fald på 3,5 % i Rødovre Kommune til en stigning på 4,2 % i bydelen Nørrebro (tabel 4.5). De største stigninger ses i kommunesocialgruppe 4, mens de største fald ses i gruppe 3. For dårligt mentalt helbred ses ændringer, som spænder fra et fald på 2,5 % i Furesø Kommune til en stigning på 5,5 % i Brøndby Kommune (tabel 4.6). De største stigninger ses i kommunesocialgruppe 4, mens de største fald ses i kommunesocialgruppe 1. Disse variationer kunne tyde på en øget ulighed i sundhed blandt regionens kommuner.

Tabel 4.5 Borgere i kommunerne, som har et dårligt fysisk helbred

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	10	123.500		0,0
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	11	2.100		0,3
Bornholm	15 *	4.500	*	-0,5
Brøndby	15 *	3.700	*	1,9
Ishøj	13 *	1.900	*	1,9
Kbh Amager Vest	9	3.900		2,1
Kbh Bispebjerg	13 *	4.800	*	2,4
Kbh Brønshøj-Husum	15 *	3.900	*	2,5
Kbh Nørrebro	10	5.600	*	4,2
Kbh Valby	9	3.200		-0,5
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	9	3.800	*	0,1
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	11	3.900		0,6
Glostrup	12 *	1.900		1,6
Halsnæs	12 *	2.700		-3,2
Herlev	10	2.000		-3,2
Hvidovre	10	3.500		-2,0
Høje-Taastrup	11	3.800		-3,1
Kbh Amager Øst	7 *	2.600		-0,8
København	9 *	36.300	*	0,8
Rødovre	9	2.500		-3,5
Tårnby	12 *	3.500		2,1
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	12 *	3.300		2,2
Frederiksberg	9	6.800		1,5
Frederikssund	12 *	3.700		-0,8
Gladsaxe	10	4.400		-2,5
Gribskov	13 *	3.800		-0,8
Helsingør	14 *	6.100	*	2,5
Hillerød	10	3.200		0,1
Kbh Indre by	5 *	1.900	*	-1,3
Kbh Vanløse	7 *	2.000		-2,5
Kbh Østerbro	9	4.600		0,6
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	8 *	1.300	*	-0,9
Dragør	9	800	*	-2,3
Egedal	8 *	2.200	*	-2,0
Furesø	8 *	2.200	*	-0,5
Gentofte	9	4.500	*	0,5
Hørsholm	9	1.600	*	-0,4
Lyngby-Taarbæk	9	3.400	*	-1,4
Rudersdal	8	3.200	*	-0,6
Vallensbæk	8 *	800	*	-0,6

* 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 har et dårligt mentalt helbred

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	10	123.500		1,0
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	12	2.300		0,8
Bornholm	8 *	2.400		-0,4
Brøndby	13 *	3.200		5,5
Ishøj	11	1.600		1,7
Kbh Amager Vest	12 *	5.200		2,8
Kbh Bispebjerg	16 *	5.900		4,0
Kbh Brønshøj-Husum	14 *	3.800		1,8
Kbh Nørrebro	13 *	7.600		2,9
Kbh Valby	11	4.000		-0,9
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	15 *	6.600		4,2
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	9	3.000		0,2
Glostrup	10	1.600		1,8
Halsnæs	8	1.900		0,5
Herlev	9	1.800		-1,2
Hvidovre	11	4.000		1,7
Høje-Taastrup	11	3.500		-1,3
Kbh Amager Øst	11	4.100		1,2
København	12 *	48.400		1,7
Rødovre	9	2.500		1,2
Tårnby	11	3.300		3,1
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	10	2.700		0,0
Frederiksberg	9	7.000		2,2
Frederikssund	9	2.900		1,3
Gladsaxe	8	3.800		-1,5
Gribskov	10	2.900		1,8
Helsingør	8	3.500		-0,5
Hillerød	9	2.900		1,9
Kbh Indre by	10	3.700		-0,4
Kbh Vanløse	9	2.400		-0,8
Kbh Østerbro	10	5.200		1,0
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	7 *	1.200		-2,2
Dragør	8	800		-0,8
Egedal	8 *	2.300		-0,2
Furesø	6 *	1.500		-2,5
Gentofte	9	4.500		0,2
Hørsholm	9	1.500		3,1
Lyngby-Taarbæk	8	3.100		-0,4
Rudersdal	6 *	2.500		-0,5
Vallensbæk	7 *	700		0,9

* 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 Stress

Stress kan betegnes som kroppens reaktion på en fysisk eller psykisk påvirkning eller belastning (stressor), som borgeren kan have vanskeligt ved at håndtere. En persons evne til at imødekomme stressorer afhænger både af genetiske, adfærdsmæssige og fysiologiske forhold. Længerevarende stress kan medføre øget risiko for en række sygdomme som hjertekarsygdomme og depression. Stress kan også medføre forværring af eksisterende sygdomme.

Et højt stressniveau er mest udbredt blandt:

- Kvinder
- De yngste og de ældste borgere
- Borgere med grundskoleuddannelse
- Førtidspensionister, langtidssyge mm.
- Enlige borgere
- Borgere fra ikke-vestlige lande
- Borgere ansat i kommunerne
- Borgere fra kommunesocialgruppe 4

I sundhedsprofilen er stress målt med Cohens Perceived Stress Scale, som er en valideret stress-skala. Den måler personens oplevelse af stress inden for den seneste måned ved hjælp af ti spørgsmål inden for følgende dimensioner af stress: Uforudsigelighed, manglende kontrol og høje krav. Skalaen går fra 0 til 40. Jo højere værdi, des højere grad af oplevet stress (Cohen et al., 1983).

I sundhedsprofilen fokuseres på den femtedel af befolkningen, som har det højeste stressniveau på Cohens Perceived Stress Scale. I det følgende omtales dette som borgere med højt stressniveau. Sådan som skalaen er udformet, har det dog ikke været muligt præcist at afgrænse 20 % af borgerne i Region Hovedstaden. Andelen af borgere med højt stressniveau i Region Hovedstaden er derfor 19 %.

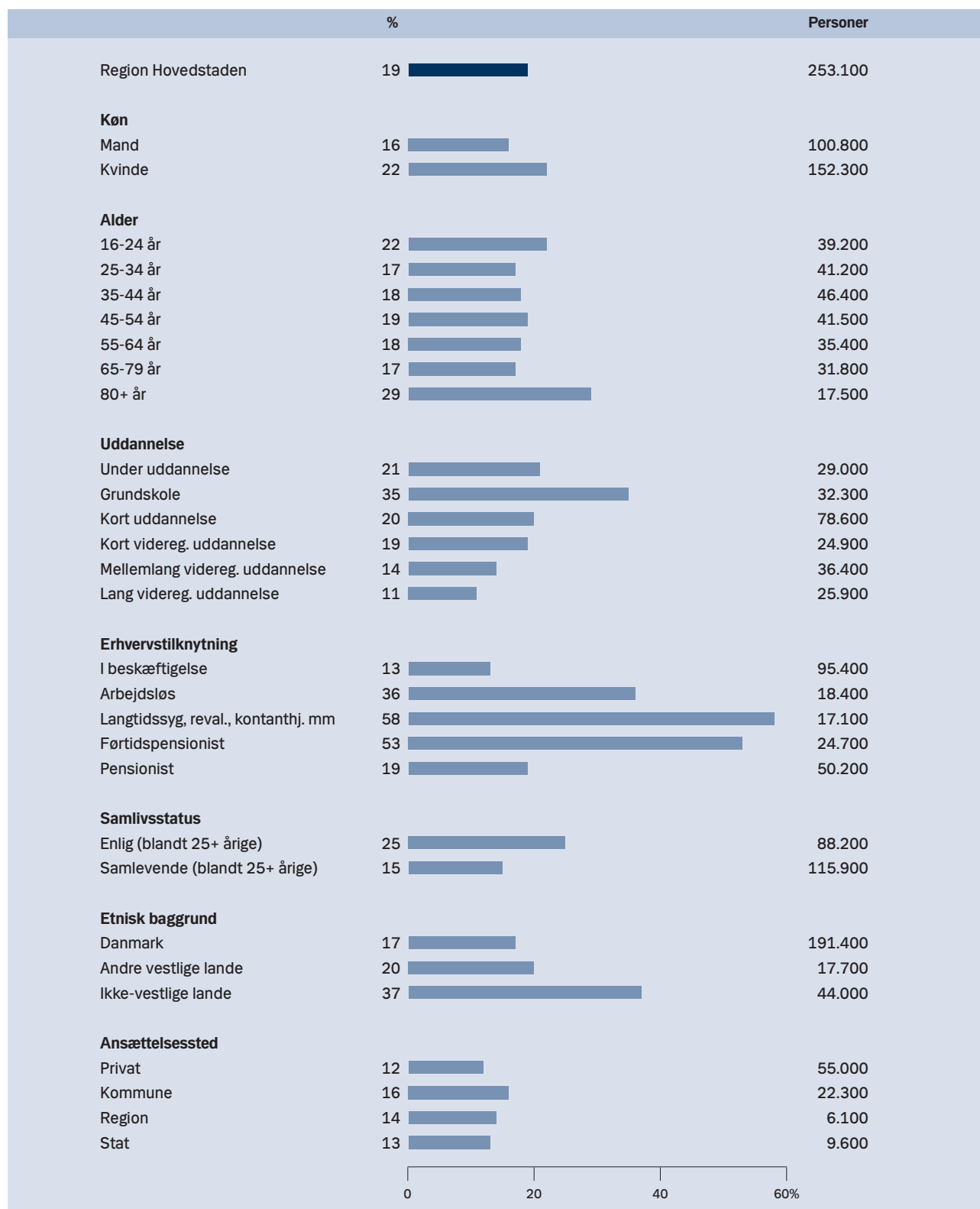
For ændringer siden 2007 er der taget udgangspunkt i den grænseværdi, som i 2007 afgrænsede den femtedel af borgere med højt stress fra de øvrige borgere. Denne grænseværdi er anvendt til at udregne andelen af borgere med stress i 2010 blandt de 25-79-årige. Ændringerne er derefter beregnet som afvigelsen for 2010-andelen fra 2007-andelen.

Da andelen af borgere med højt stressniveau er fastlagt på forhånd, giver det ikke mening at tale om regionsandel eller regionsgennemsnit for denne variabel.

Køn og alder: Flere kvinder end mænd har et højt stressniveau. Der ses tendens til en J-formet relation mellem alder og højt stressniveau. Således er andelen af borgere

med højt stressniveau størst blandt de 80+årige, næststørst blandt de 16-24-årige og lavest i aldersgrupperne 25-79 år.

Tablet 4.7 Borgere, som har et højt stressniveau



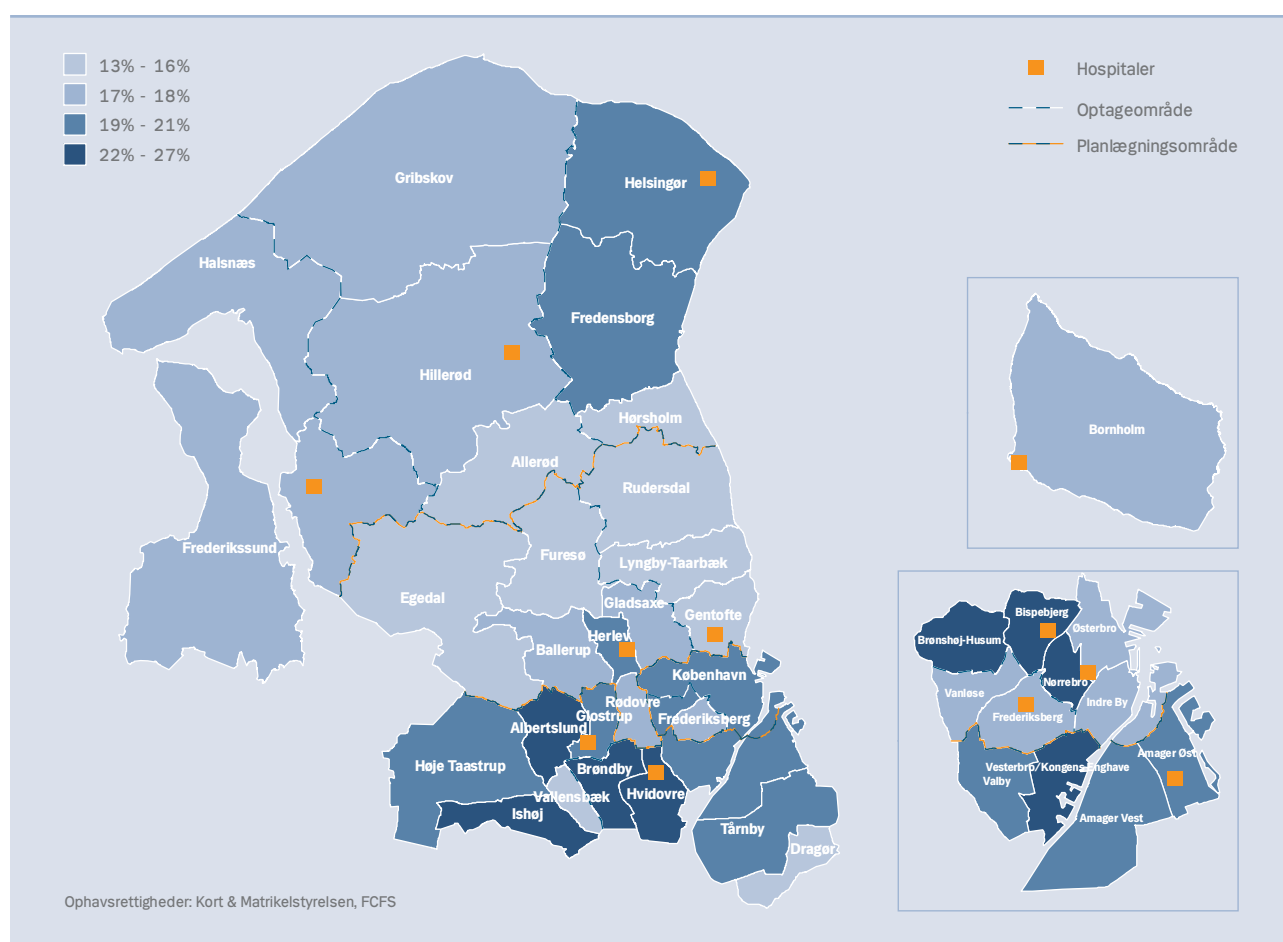
Uddannelse og erhvervstilknytning: Uddannelsesniveauet har stor betydning for borgernes stressniveau. Jo kortere uddannelse, des større er andelen af borgere med højt stressniveau. Tilsvarende ses en social gradient i forhold til erhvervstilknytning. Andelen af borgere med et højt stressniveau er mere end fire gange så høj blandt førtidspensionister, langtidssyge m.m. end blandt beskæftigede. Mere end hver anden borger, der er langtidssyg eller på førtidspension, har et højt stressniveau, mens det kun er hver tredje arbejdsløse, hver femte pensionist og godt hver tiende borger i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+årige: En større andel af enlige borgere har et højt stressniveau sammenlignet med samlevende borgere.

Etnisk baggrund: En større andel af borgere med ikke-vestlig baggrund har et højt stressniveau sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Ansættelsessted: Andelen af borgere med et højt stressniveau er lidt større blandt borgere, som er ansat i en kommune sammenlignet med borgere, som er privat ansat eller ansat i staten.

Figur 4.2 Borgere, som har et højt stressniveau



Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere med et højt stressniveau varierer på tværs af kommuner og bydele fra 13 % i Dragør og Rudersdal Kommune til 27 % i Ishøj Kommune (tabel 4.8). Ved sammenligning mellem kommuner og bydele ses en social gradient, idet andelen af borgere med et højt stressniveau er større i kommunerne fra kommunesocialgruppe 4 sammenlignet med kommunerne i gruppe 1. Denne tendens forsvinder ikke, når der tages højde for fordelingen af køn og alder i kommunerne.

Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år: Der er sket en stigning i andelen af borgere, der har et højt stressniveau, i regionen som helhed og i de fleste kommuner. Der er dog store kommunale variationer fra et fald på 4,3 % i Dragør Kommune til en stigning på 8,9 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave. De største stigninger ses i en række af kommunerne i kommunesocialgruppe 4, mens de fleste kommuner i kommunesocialgruppe 1 og 2 kun har oplevet moderat eller ingen stigning i andelen af borgere med højt stressniveau. Dette kunne tyde på en øget ulighed i sundhed blandt regionens kommuner.

Tabel 4.8 Borgere i kommunerne, som har et højt stressniveau

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	19	253.100		2,6
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	22 *	4.700	*	0,4
Bornholm	18	6.100		0,8
Brøndby	25 *	6.600	*	7,6
Ishøj	27 *	4.200	*	4,6
Kbh Amager Vest	21	9.600		7,6
Kbh Bispebjerg	26 *	10.400	*	7,0
Kbh Brønshøj-Husum	26 *	7.500	*	4,5
Kbh Nørrebro	22 *	13.200	*	4,0
Kbh Valby	20	7.700		1,7
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	25 *	11.700	*	8,9
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	18	6.800		1,4
Glostrup	19	3.200		2,6
Halsnæs	18	4.400		2,8
Herlev	21	4.400		1,5
Hvidovre	22 *	8.500	*	6,2
Høje-Taastrup	21	7.700		-2,4
Kbh Amager Øst	19	8.000		3,3
København	21 *	90.700	*	4,1
Rødovre	17	4.900		-0,1
Tårnby	20	6.500		4,3
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	19	5.700		4,2
Frederiksberg	17	13.800		2,9
Frederikssund	18	6.300		1,0
Gladsaxe	18	8.900		-0,2
Gribskov	17	5.300		1,0
Helsingør	21	9.900		3,1
Hillerød	18	6.500		4,0
Kbh Indre by	17	7.000		-1,1
Kbh Vanløse	17	5.200		1,9
Kbh Østerbro	18	10.500		2,8
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	15 *	2.700	*	-1,1
Dragør	13 *	1.400	*	-4,3
Egedal	15 *	4.800	*	0,4
Furesø	14 *	4.000	*	1,9
Gentofte	16	9.000	*	1,9
Hørsholm	16 *	3.000	*	4,4
Lyngby-Taarbæk	15 *	6.200	*	0,0
Rudersdal	13 *	5.400	*	0,2
Vallensbæk	16 *	1.700	*	2,6

* 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

4.4 Symptomer

Et aspekt af befolkningens helbredstilstand er forekomsten af symptomer inden for en 14-dages periode. Det skal dog bemærkes, at symptomer både kan dække over en forbigående tilstand, enkeltstående sygdomsepisoder og langvarig sygdom. Især enkeltstående sygdomsepisoder vil være årstidsbestemte.

Smerter i kroppen eller hovedet kan være symptomer på anden sygdom, men kan også være et udtryk for en mere diffus belastning af kroppen, hvor mange forskellige faktorer i både arbejdslivet og fritidslivet spiller en rolle. Psykiske symptomer kan have konsekvenser for både borgeren og samfundet. Fysiske såvel som psykiske symptomer kan medføre et reduceret funktionsniveau hos borgeren og er en hyppig årsag til periodevis nedsat arbejdsevne og sygefravær. Der er derfor store samfundsmæssige omkostninger forbundet med symptomer.

I denne sundhedsprofil fokuseres på symptomer fra bevægeapparatet, hovedpine og psykiske symptomer. Symptomer er opgjort i forhold til, om personen inden for en 14-dages periode har været meget generet af et givent symptom.

For borgerne i Region Hovedstaden gælder, at:

- 41 % af borgerne har været meget generet af mindst ét symptom de seneste 14 dage
- 27 % har været meget generet af symptomer fra bevægeapparatet
- 6,7 % har været meget generet af hovedpine
- 15 % har været meget generet af psykiske symptomer

4.4.1 Symptomer fra bevægeapparatet og hovedpine

Symptomer fra bevægeapparatet er opgjort som borgere, der inden for de seneste 14 dage har været meget generet af smerter eller ubehag i skulder, nakke, arme, hænder, ben, knæ, hofter, led, ryg eller lænd.

I Region Hovedstaden har 27 % af borgerne – svarende til 354.000 personer – været generet af smerter eller ubehag fra bevægeapparatet, mens 6,7 % af borgerne – svarende til 88.900 personer – har været generet af hovedpine inden for de seneste 14 dage (tabel 4.9).

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

- Kvinder
- Ældre
- Lavtuddannede
- Førtidspensionister
- Enlige
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Køn og alder: Symptomer fra bevægeapparatet og hovedpine er hyppigere blandt kvinder end blandt mænd.

Andelen af borgere med symptomer fra bevægeapparatet stiger med alderen, mens andelen af borgere med hovedpine er nogenlunde ens i aldersgrupperne 16-64 år, hvorefter andelen falder.

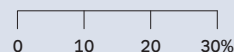
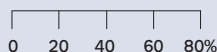
Uddannelse og erhvervstilknytning: Andelen af borgere med symptomer fra bevægeapparatet og andelen af borgere med hovedpine falder med stigende uddannelsesniveau. I relation til erhvervstilknytning er symptomer fra bevægeapparatet og hovedpine hyppigere blandt gruppen af førtidspensionister og langtidssyge mm. sammenlignet med beskæftigede.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Andelen af borgere med symptomer fra bevægeapparatet er højere blandt enlige end blandt samlevende, mens der ikke ses betydelig forskel på andelen af enlige og samlevende borgere, som har hovedpine.

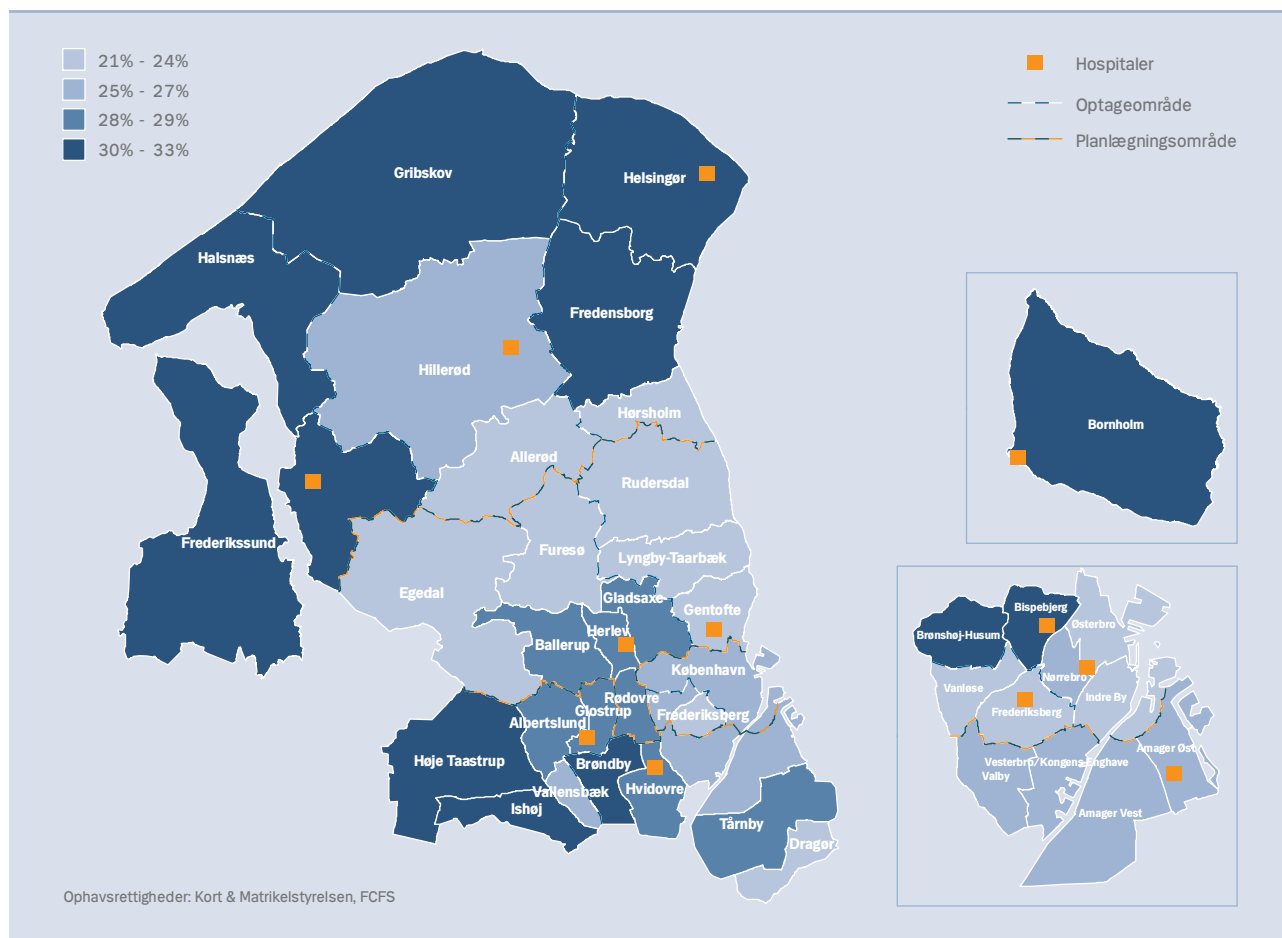
Etnisk baggrund: Symptomer fra bevægeapparatet forekommer dobbelt så ofte, og hovedpine forekommer tre gange så ofte blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk og anden vestlig baggrund.

Tabel 4.9 Borgere, som inden for de seneste 14 dage har været meget generet af symptomer fra bevægeapparatet eller hovedpine

	Symptomer fra bevægeapparatet		Hovedpine	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	27	354.000	6,7	88.900
Køn				
Mand	22	141.000	4,0	26.100
Kvinde	31	213.000	9,2	62.800
Alder				
16-24 år	20	36.400	7,5	13.500
25-34 år	20	46.900	6,9	16.400
35-44 år	24	61.200	8,1	20.500
45-54 år	29	63.300	7,9	17.200
55-64 år	31	61.800	6,3	12.500
65-79 år	32	58.400	3,6	6.600
80+ år	43	26.000	3,7	2.200
Uddannelse				
Under uddannelse	19	25.300	7,6	10.500
Grundskole	47	43.400	10,4	9.700
Kort uddannelse	30	118.700	6,6	26.100
Kort videreg. uddannelse	29	39.000	6,9	9.100
Mellemlang videreg. uddannelse	23	57.100	5,9	15.000
Lang videreg. uddannelse	16	36.500	4,0	9.400
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	21	154.900	5,7	41.200
Arbejdsløs	33	16.600	11,7	6.000
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	56	16.800	21,9	6.600
Førtidspensionist	66	31.100	17,9	8.400
Pensionist	34	86.800	3,9	10.000
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	31	110.800	6,8	24.000
Samlevende (blandt 25+ årige)	25	193.000	6,4	48.400
Etnisk baggrund				
Danmark	25	283.500	5,6	63.100
Andre vestlige lande	25	22.100	5,9	5.100
Ikke-vestlige lande	40	48.400	16,9	20.600



Figur 4.3 Borgere, som inden for de seneste 14 dage har været meget generet af symptomer fra bevægeapparatet



Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere med symptomer fra bevægeapparatet varierer fra 21 % i bydelen Indre by og Furesø Kommune til 33 % i Ishøj Kommune (tabel 4.10). Andelen af borgere med hovedpine varierer fra 3,7 % i København Indre by til 11,3 % i Brøndby Kommune (tabel 4.11). Ved sammenligning mellem kommuner og bydele ses en social gradient for både symptomer fra bevægeapparatet og hovedpine, idet andelen er højere i kommuner og bydele fra kommunesocialgruppe 4 sammenlignet med kommunerne i gruppe 1. Denne tendens forsvinder ikke, når der tages højde for fordelingen af køn og alder i kommunerne.

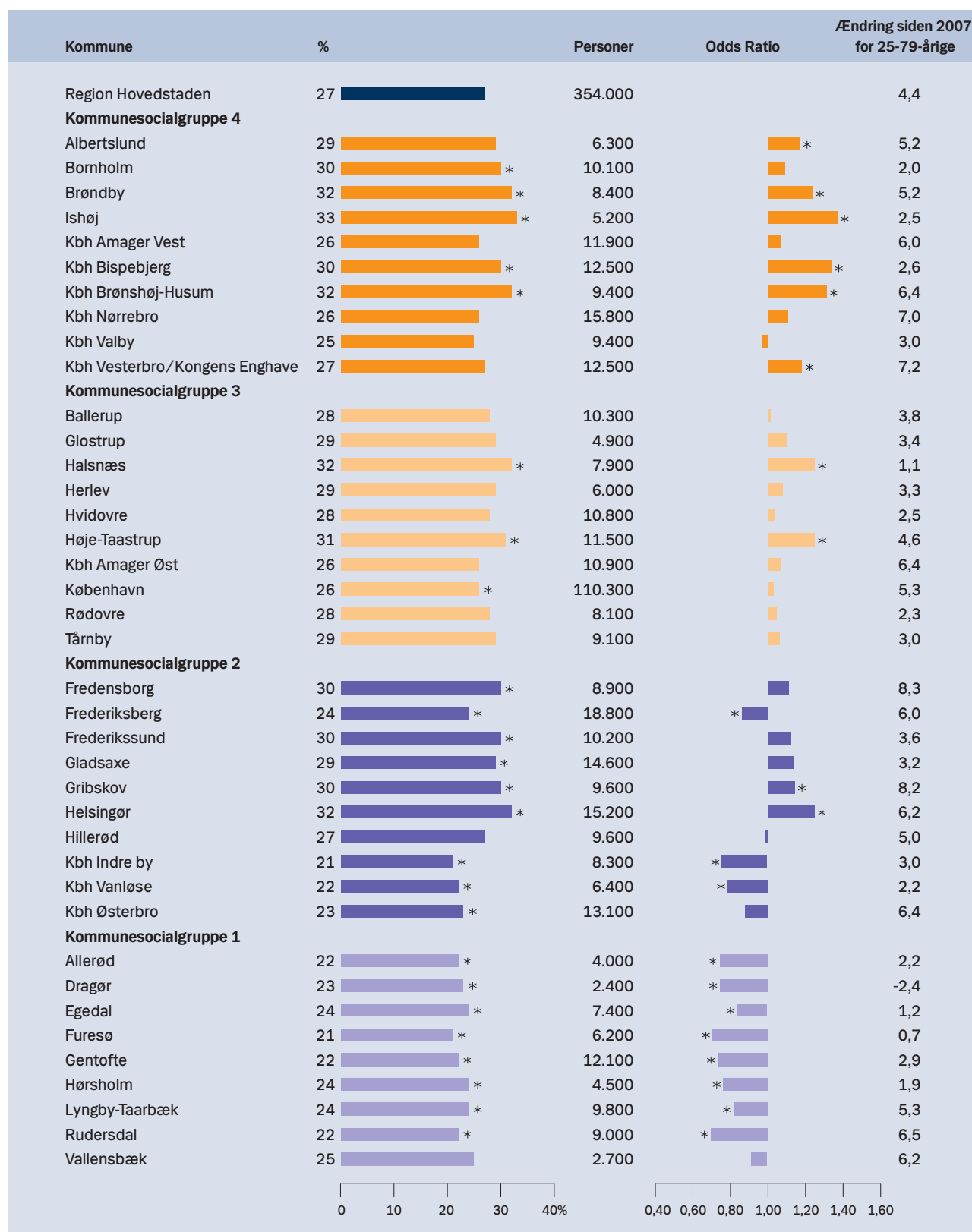
Borgere, der er meget generet af hovedpine, er typisk:

- Kvinder
- 35-54-årige
- Borgere med grundskoleuddannelse
- Langtidssyge mm.
- Borgere med ikke-vestlig baggrund
- Borgere fra kommunesocialgruppe 4

Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år: Der er sket en stigning i andelen af borgere, der rapporterer symptomer fra bevægeapparatet de seneste 14 dage i regionen som helhed og i næsten alle kommuner. Der er dog store kommunale variationer i ændringen fra et fald på 2,4 % i Dragør Kommune til en stigning på 8,3 % i Fredensborg Kommune. Der er en svag tendens til, at den største stigning er sket i kommunesocialgruppe 2, men der ses store variationer i alle fire kommunesocialgrupper, og der er ikke tale om en egentlig social gradient i ændringerne. Ændringerne i symptomer fra bevægeapparatet kan til dels være et udtryk for sæsonvariation. Bevægeapparatssmerter er mere udbredt i vinterhalvåret end sommerhalvåret, og undersøgelsen i 2010 er foretaget i februar/marts måned, mens undersøgelsen i 2007 er foretaget i september/oktober.

For hovedpine er der ingen ændring sket i regionen som helhed. Ændringerne varierer på tværs af kommunerne fra et fald på 2,2 % i Glostrup Kommune til en stigning på 3,6 % i Brøndby Kommune. For et flertal af kommunerne er der dog tale om relativt små ændringer.

Tabel 4.10 Borgere i kommunerne, som inden for de seneste 14 dage har været meget generet af smerter eller ubehag fra bevægeapparatet



* 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 4.11 Borgere i kommunerne, som inden for de seneste 14 dage har været meget generet af hovedpine

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	6,7	88.900		-0,1
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	7,6	1.600		0,1
Bornholm	6,6	2.200		0,1
Brøndby	11,3	3.000	*	3,6
Ishøj	10,1	1.600	*	1,4
Kbh Amager Vest	7,6	3.500		-0,7
Kbh Bispebjerg	8,5	3.500		-0,5
Kbh Brønshøj-Husum	10,1	3.000	*	1,2
Kbh Nørrebro	7,3	4.500		-0,1
Kbh Valby	7,9	3.000		0,1
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	7,1	3.200		1,0
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	7,2	2.700		0,7
Glostrup	5,9	1.000		-2,2
Halsnæs	7,0	1.700		-0,3
Herlev	7,3	1.500		0,1
Hvidovre	7,7	3.000		-0,4
Høje-Taastrup	8,1	3.000		0,7
Kbh Amager Øst	5,6	2.400		0,3
København	6,8	29.300		-0,3
Rødovre	7,1	2.000		1,6
Tårnby	7,0	2.200		-1,2
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	6,7	2.000		-0,6
Frederiksberg	6,0	4.800		1,4
Frederikssund	6,0	2.100		-0,1
Gladsaxe	5,5	2.700		-2,1
Gribskov	6,5	2.100		1,1
Helsingør	9,1	4.300	*	-0,6
Hillerød	7,9	2.800		1,5
Kbh Indre by	3,7	1.500	*	-1,3
Kbh Vanløse	6,2	1.800		-1,2
Kbh Østerbro	5,0	2.900	*	-1,7
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	5,2	900	*	-1,2
Dragør	5,7	600		-1,5
Egedal	5,9	1.800		-1,7
Furesø	4,3	1.300	*	-0,7
Gentofte	5,7	3.100		1,6
Hørsholm	5,6	1.100		0,2
Lyngby-Taarbæk	4,6	1.900	*	-1,0
Rudersdal	4,2	1.700	*	-1,9
Vallensbæk	6,7	700		-0,8

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

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

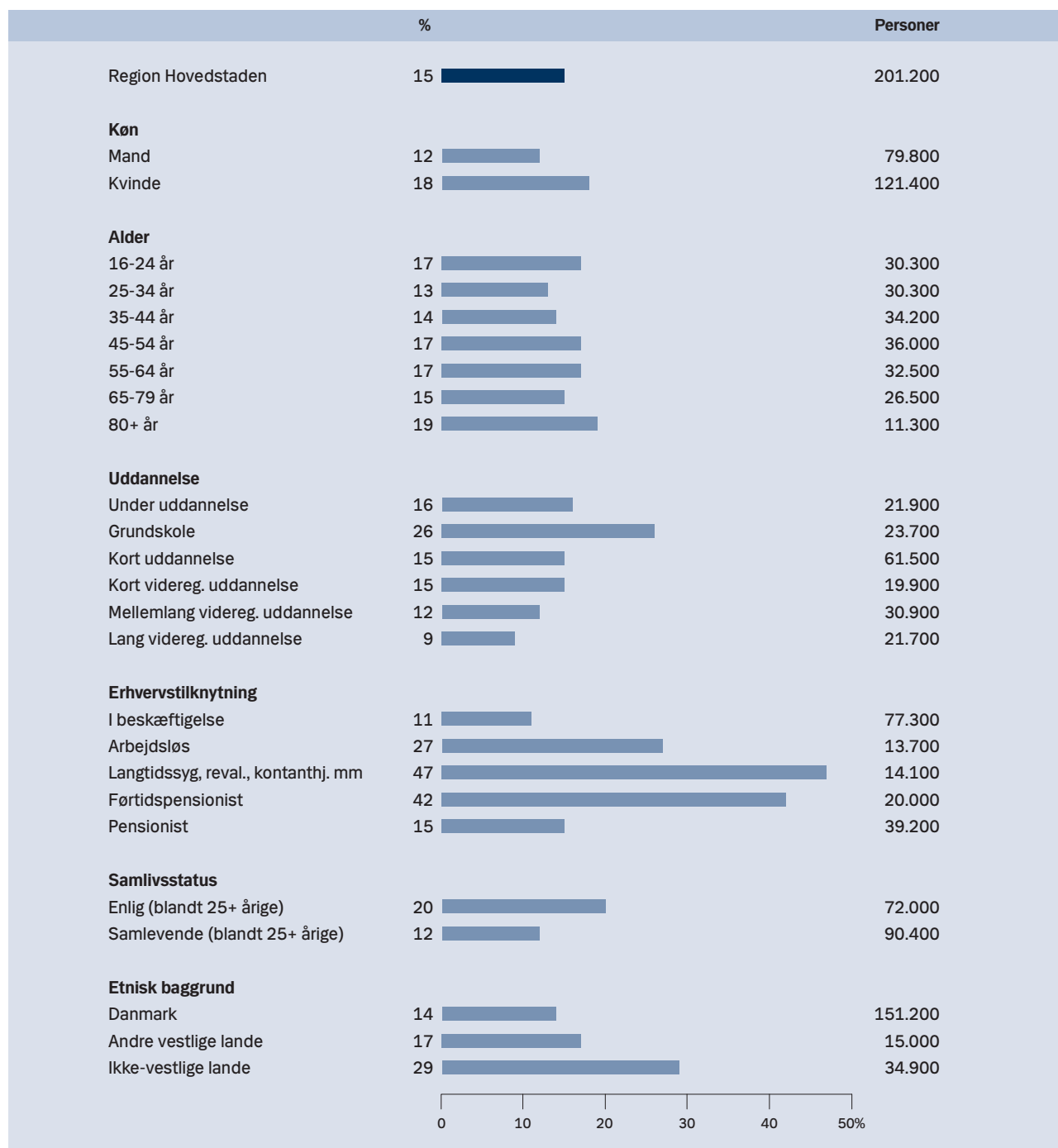
Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

4.4.2 Psykiske symptomer

Psykiske symptomer er opgjort som borgere, der inden for de seneste 14 dage har været meget generet af søvnbesvær, søvnproblemer, nedtrykthed, ængstelse, nervøsitet, uro, angst eller har været deprimeret eller ulykkelig.

I Region Hovedstaden har 15 % af borgerne – svarende til 201.200 personer – været meget generet af søvnbesvær, ængstelse eller nedtrykthed de seneste 14 dage (tabel 4.12).

Tabel 4.12 Borgere, som inden for de seneste 14 dage har været meget generet af psykiske symptomer



Køn og alder: Andelen af borgere med psykiske symptomer er større blandt kvinder end mænd. Der er flest blandt borgere på 80 år og derover, som har psykiske symptomer. Færre blandt borgerne i aldersgrupperne 25-44 år og 65-79 år har psykiske symptomer sammenlignet med de øvrige aldersgrupper.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en social gradient i forhold til uddannelsesniveau, idet andelen af borgere med psykiske symptomer falder med stigende uddannelsesniveau. Forekomsten af psykiske symptomer er således tre gange så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse. Samme sociale forskel ses også for erhvervstilknytning, hvor andelen er større blandt borgere i den erhvervsaktive alder, som er uden for arbejdsmarkedet, sammenlignet med borgere i beskæftigelse eller på pension. Næsten hver anden borger, som er langtidssygem., har været meget generet af psykiske symptomer de seneste 14 dage.

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

- Kvinder
- Borgere med grundskoleuddannelse
- Langtidssygem.
- Borgere med ikke-vestlig baggrund
- Borgere fra kommunesocialgruppe 4

Samlivsstatus blandt 25-årige: Andelen af borgere med psykiske symptomer er større blandt de enlige end blandt de samlevende borgere.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med psykiske symptomer er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og lavest blandt borgere med dansk baggrund.

Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere, som inden for de seneste 14 dage har været meget generet af psykiske symptomer, varierer fra 9 % i Allerød Kommune til 20 % i Brøndby Kommune og bydelen Bispebjerg (tabel 4.13). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Efter at der er taget højde for fordelingen af køn og alder i kommunerne, ligger flertallet af kommunerne i kommunesocialgruppe 1 signifikant under regionsgennemsnittet, mens flertallet af kommuner og bydele i gruppe 4 ligger signifikant over regiongennemsnittet.

Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79

år: Der er sket en stigning i andelen af borgere, der rapporterer psykiske symptomer de seneste 14 dage i regionen som helhed og i alle kommuner. Der er dog store kommunale variationer fra en stigning på bare 0,2 % i Allerød Kommune til en stigning på 10,2 % i Brøndby Kommune. Der er en tendens til større stigninger for kommunerne i kommunesocialgruppe 4 sammenlignet med kommunesocialgruppe 1. Dette kunne tyde på en øget ulighed i sundhed blandt regionens kommuner.

Ændringerne i psykiske symptomer kan til dels være et udtryk for sæsonvariation. Symptomer som at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig er mere udbredt i vinterhalvåret end sommerhalvåret, og undersøgelsen i 2010 er foretaget i februar/marts måned, mens undersøgelsen i 2007 er foretaget i september/oktober.

Tabel 4.13 Borgere i kommunerne, der inden for de seneste 14 dage har været meget generet af psykiske symptomer

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2007 for 25-79-årige
Region Hovedstaden	15	201.200		5,0
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	17	3.600		6,7
Bornholm	13	4.400		3,2
Brøndby	20 *	5.400	*	10,2
Ishøj	18 *	2.900	*	4,6
Kbh Amager Vest	16	7.300		6,0
Kbh Bispebjerg	20 *	8.000	*	7,2
Kbh Brønshøj-Husum	19 *	5.600	*	5,0
Kbh Nørrebro	18 *	10.900	*	5,4
Kbh Valby	14	5.400		1,2
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	18 *	8.100	*	6,8
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	16	5.900		4,7
Glostrup	13	2.300		3,8
Halsnæs	16	3.800		5,2
Herlev	16	3.300		3,7
Hvidovre	16	6.300		6,9
Høje-Taastrup	15	5.500		1,7
Kbh Amager Øst	16	6.700		6,7
København	16 *	70.200	*	5,4
Rødovre	12 *	3.400	*	3,0
Tårnby	17	5.300		6,1
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	16	4.700		7,3
Frederiksberg	15	12.200		6,2
Frederikssund	14	4.700		2,6
Gladsaxe	16	8.100		4,2
Gribskov	14	4.500		7,3
Helsingør	16	7.700		3,8
Hillerød	13	4.800		4,0
Kbh Indre by	13	5.300		3,4
Kbh Vanløse	14	4.000		3,1
Kbh Østerbro	16	8.900		7,3
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	9 *	1.600	*	0,2
Dragør	13 *	1.300	*	2,7
Egedal	12 *	3.800	*	3,7
Furesø	12 *	3.400	*	2,7
Gentofte	14	7.700		6,5
Hørsholm	13	2.400	*	5,0
Lyngby-Taarbæk	14	5.600		4,0
Rudersdal	12 *	4.900	*	3,7
Vallensbæk	13	1.400		6,8

* 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

4.5 Sygefravær

Sygefravær belaster både den enkelte borger, arbejdspladsen og samfundet. Lange sygefraværperioder kan tillige øge risikoen for, at den sygemeldte borger bliver udstødt fra arbejdsmarkedet. Opgørelserne over sygefravær er begrænset til borgere under 65 år, som er i beskæftigelse eller under uddannelse.

I Region Hovedstaden har 19 % af de borgere, som er under 65 år og er i beskæftigelse eller under uddannelse – svarende til 146.900 personer – haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, og 5,1 % af borgerne – svarende til 36.200 personer har haft mere end 25 dages sygefravær det seneste år (tabel 4.14).

Tabel 4.14 Borgere, som har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, og borgere, som har haft mere end 25 dages sygefravær det seneste år

	De seneste 14 dage		Mere end 25 dage det seneste år	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	19	146.900	5,1	36.200
Køn				
Mand	16	62.300	3,8	14.400
Kvinde	23	84.500	6,4	21.800
Alder				
16-24 år	24	26.600	4,9	4.600
25-34 år	21	37.200	4,2	7.100
35-44 år	19	37.300	4,8	9.100
45-54 år	18	29.300	5,4	8.600
55-64 år	16	16.500	6,6	6.800
Uddannelse				
Under uddannelse	25	18.600	4,6	2.900
Grundskole	20	3.600	9,1	1.600
Kort uddannelse	19	40.400	6,0	12.100
Kort videreg. uddannelse	22	18.300	6,3	5.100
Mellemlang videreg. uddannelse	21	34.500	5,0	8.000
Lang videreg. uddannelse	15	26.400	2,9	4.900
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	20	32.900	5,6	8.900
Samlevende (blandt 25+ årige)	18	85.700	4,9	22.400
Etnisk baggrund				
Danmark	19	128.000	5,0	31.200
Andre vestlige lande	17	8.200	4,5	2.100
Ikke-vestlige lande	22	10.700	6,5	2.900

Køn og alder: Næsten dobbelt så mange kvinder som mænd har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage. Samme kønsforskel ses for andelen af borgere med mere end 25 dages sygefravær det seneste år. Andelen af borgere, som har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, falder med stigende alder. Der ses en J-formet sammenhæng mellem alder og mere end 25 dages sygefravær det seneste år med den mindste andel blandt de 25-34-årige og den største andel blandt de ældste borgere.

Mere end 25 dages sygefravær det seneste år er i Region Hovedstaden mest udbredt blandt:

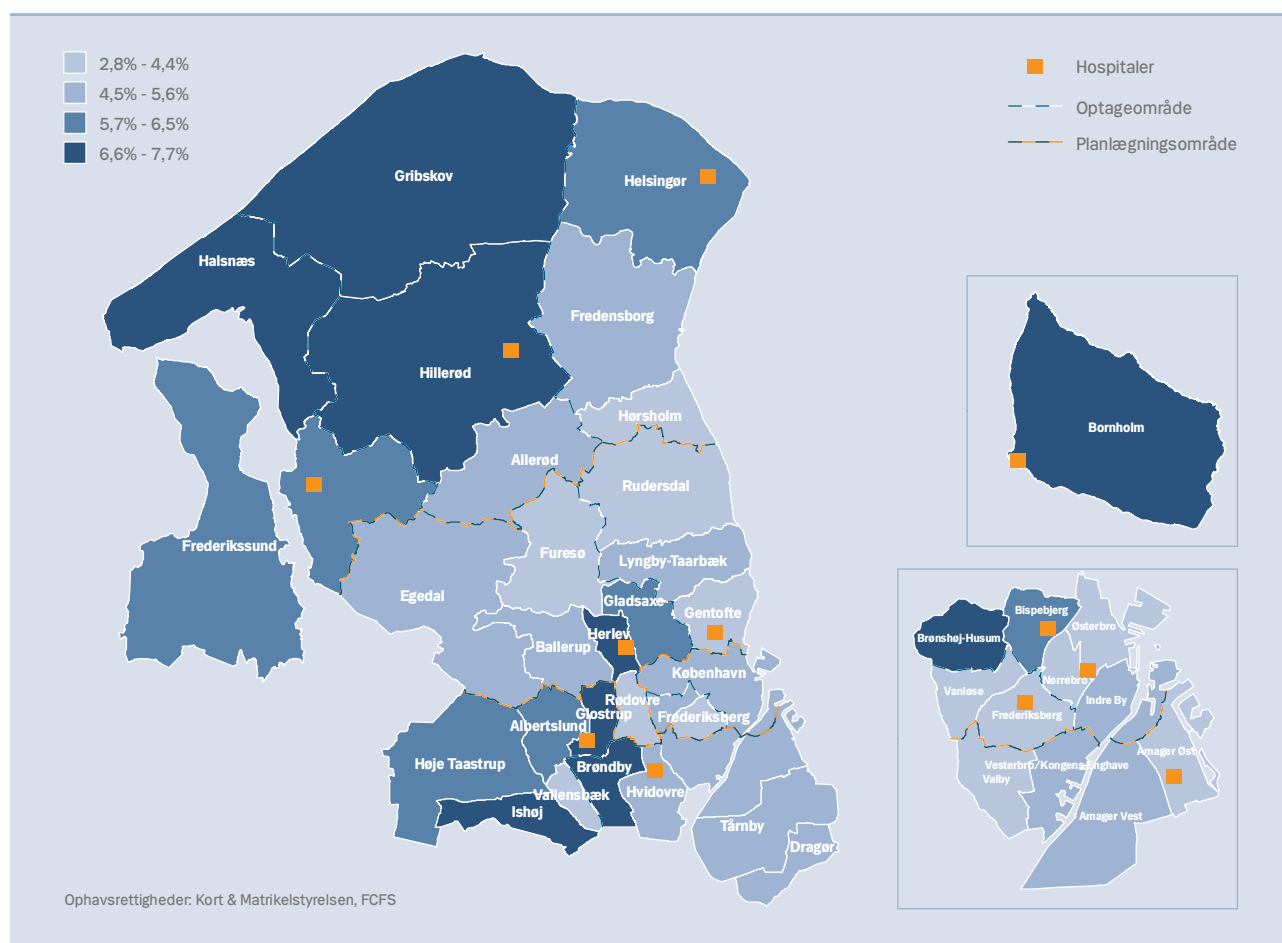
- Kvinder
- Ældre
- Borgere med grundskoleuddannelse
- Enlige
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Uddannelse: Andelen af borgere med sygefravær inden for de seneste 14 dage er størst blandt de studerende og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse. Mere end 25 dages sygefravær det seneste år forekommer tre gange så hyppigt blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Der er ikke betydelig forskel på forekomsten af sygefravær inden for de seneste 14 dage eller mere end 25 dages sygefravær det seneste år blandt enlige og samlevende borgere.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med sygefravær indenfor en de seneste 14 dage er størst blandt borgere med ikke-vestlig oprindelse og mindst blandt borgere med anden vestlig oprindelse end dansk. Et tilsvarende billede ses for andelen af borgere med mere end 25 dages sygefravær det seneste år.

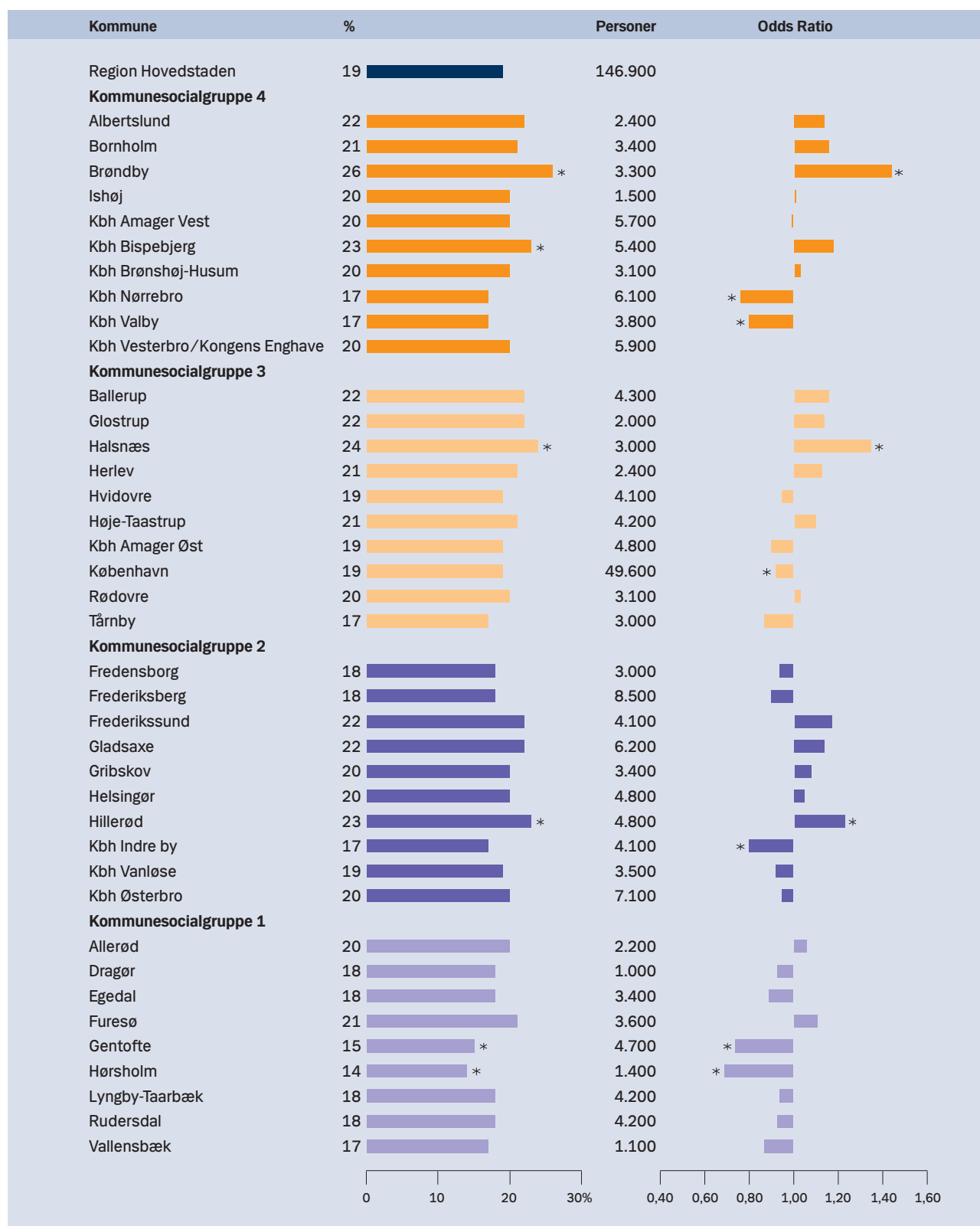
Figur 4.4 Borgere, som har haft mere end 25 dages sygefravær det seneste år



Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere, som har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, varierer fra 14 % i Hørsholm Kommune til 26 % i Brøndby Kommune (tabel 4.15). Der ses ingen social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommunerne.

Andelen af borgere, som har haft mere end 25 dages sygefravær det seneste år, varierer fra 2,8 % i Furesø Kom-

mune til 7,7 % i Glostrup Kommune (tabel 4.16). Der er kun få kommuner, som adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet, når der tages højde for fordelingen af køn og alder i kommunerne. Der er dog tendens til en social gradient, idet de kommuner, som har en signifikant større andel af borgere med mere end 25 dages sygefravær det seneste år, alle tilhører kommunesocialgruppe 3 og 4, mens kommunerne med en signifikant mindre andel tilhører gruppe 1 og 2.

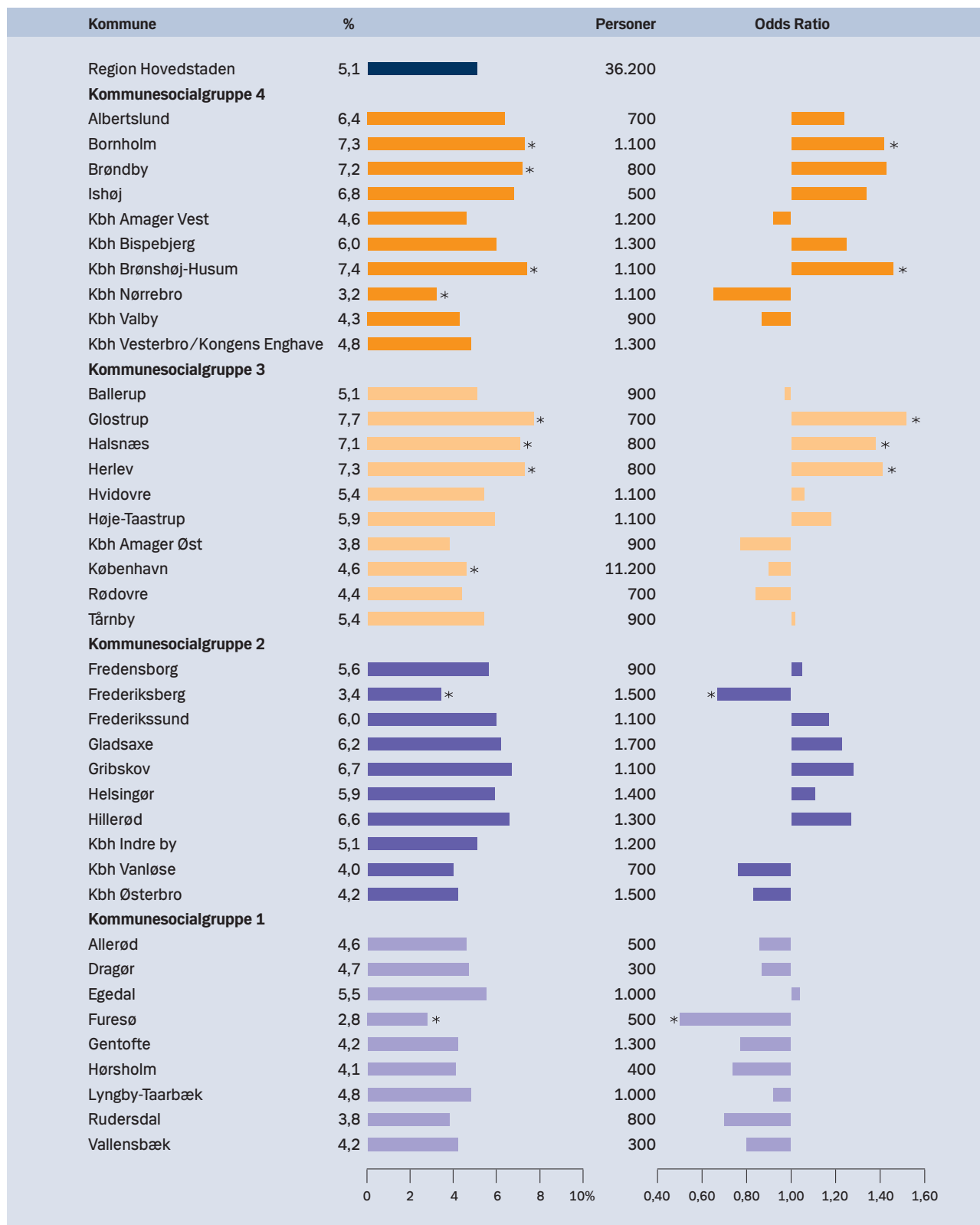
Tabel 4.15 Borgere i kommunerne, som har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage


* 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 4.16 Borgere i kommunerne, som har haft mere end 25 dages sygefravær det seneste år



* 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

Biologiske mål



5 Biologiske mål

- 30 % af borgerne er moderat overvægtige, og 11 % er svært overvægtige
- 16 % af borgerne har forhøjet blodtryk
- Der er ikke sket ændringer i forekomsten af moderat og svær overvægt, men der er store kommunale variationer

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

Forekomsten af moderat og svær overvægt er steget markant inden for de seneste årtier (Motion- og Ernæringsrådet, 2008). Overvægt medfører øget risiko for udvikling af følgesygdomme som type 2 diabetes, hjertekarsygdomme, muskelskeletsygdomme og visse kræftformer. Derudover kan overvægt medføre psykosociale problemer og forringet livskvalitet. Overvægt som følge af fysisk inaktivitet og et højt kalorieindtag i maden er således et tiltagende problem for borgernes sundhed.

Forhøjet blodtryk er hyppigst blandt:

- Ældre borgere
- Borgere, som kun har en grundskoleuddannelse
- Førtidspensionister og pensionister
- Borgere med dansk etnisk baggrund

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

Hvert år dør 1.300-1.400 danskere på grund af overvægt, mens ca. 2.000 dør som følge af forhøjet blodtryk. Disse tal svarer til henholdsvis 2 % og 4 % af alle dødsfald. Overvægtige dør i gennemsnit 2-3 år tidligere end normalt vægtige, mens borgere med forhøjet blodtryk i gennemsnit dør 1-3 år tidligere sammenlignet med borgere med normalt blodtryk. Derudover koster overvægt sundhedsvæsenet ca. 1,5 mio. kr. om året i nettoomkostninger (Juel et al., 2006).

Svær overvægt indgår i Regeringens folkesundhedsprogram 'Sund hele livet', hvor målet er at forhindre en stigning i antallet af svært overvægtige (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002).

I dette kapitel beskrives forekomsten af moderat overvægt, svær overvægt samt forhøjet blodtryk. Oplysningerne stammer fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2010".

5.1 Overvægt

Overvægt vurderes på baggrund af borgernes BMI, der beregnes ud fra en persons vægt og højde som vægt (kg) / højde (m)². I sundhedsprofilen inddeles BMI i fire vægtklasser baseret på WHO's definition:

Undervægt:	BMI < 18,5
Normalvægt:	BMI 18,5 - < 25,0
Moderat overvægt:	BMI 25,0 - < 30,0
Svær overvægt:	BMI >= 30,0

Da vægt og højde er selvrapporteret, må undersøgelsens tal for overvægt betragtes som minimumstal. Det skyldes, at flere undersøgelser har vist, at overvægtige oplyser en lavere vægt eller en højere højde end de faktiske mål.

Overvægt er hyppigst blandt:

- 45-79-årige
- Samlevende
- Borgere, som kun har en grundskoleuddannelse
- Førtidspensionister
- Borgere med ikke-vestlig baggrund
- Moderat overvægt er derudover hyppigst blandt mænd

I Region Hovedstaden er 61 % af kvinderne og 49 % af mændene normalvægtige. Andelen af borgere, der er undervægtige, er henholdsvis 2 % for mænd og 4 % for kvinder (resultater ikke vist). 49 % af mændene og 34 % af kvinderne er overvægtige. Når der skelnes mellem moderat og svær overvægt, er 30 % af borgerne i Region Hovedstaden moderat overvægtige, mens 11 % er svært overvægtige (tabel 5.1).

Køn og alder: Sammenlignet med kvinder er andelen af mænd, som er moderat overvægtige, større, mens andelen af svært overvægtige er næsten den samme blandt mænd og kvinder. Andelen af borgere med både moderat og svær overvægt stiger med alderen frem til 65-års alderen, hvorefter forekomsten flader ud, og endelig falder i gruppen af ældre over 80 år. Årsagen til dette fald kan skyldes, at de overvægtige borgere enten er døde af følgesygdomme eller, at der i disse aldersgrupper er mange kronisk syge borgere med deraf følgende vægttab.

Tabel 5.1 Borgere med moderat og svær overvægt

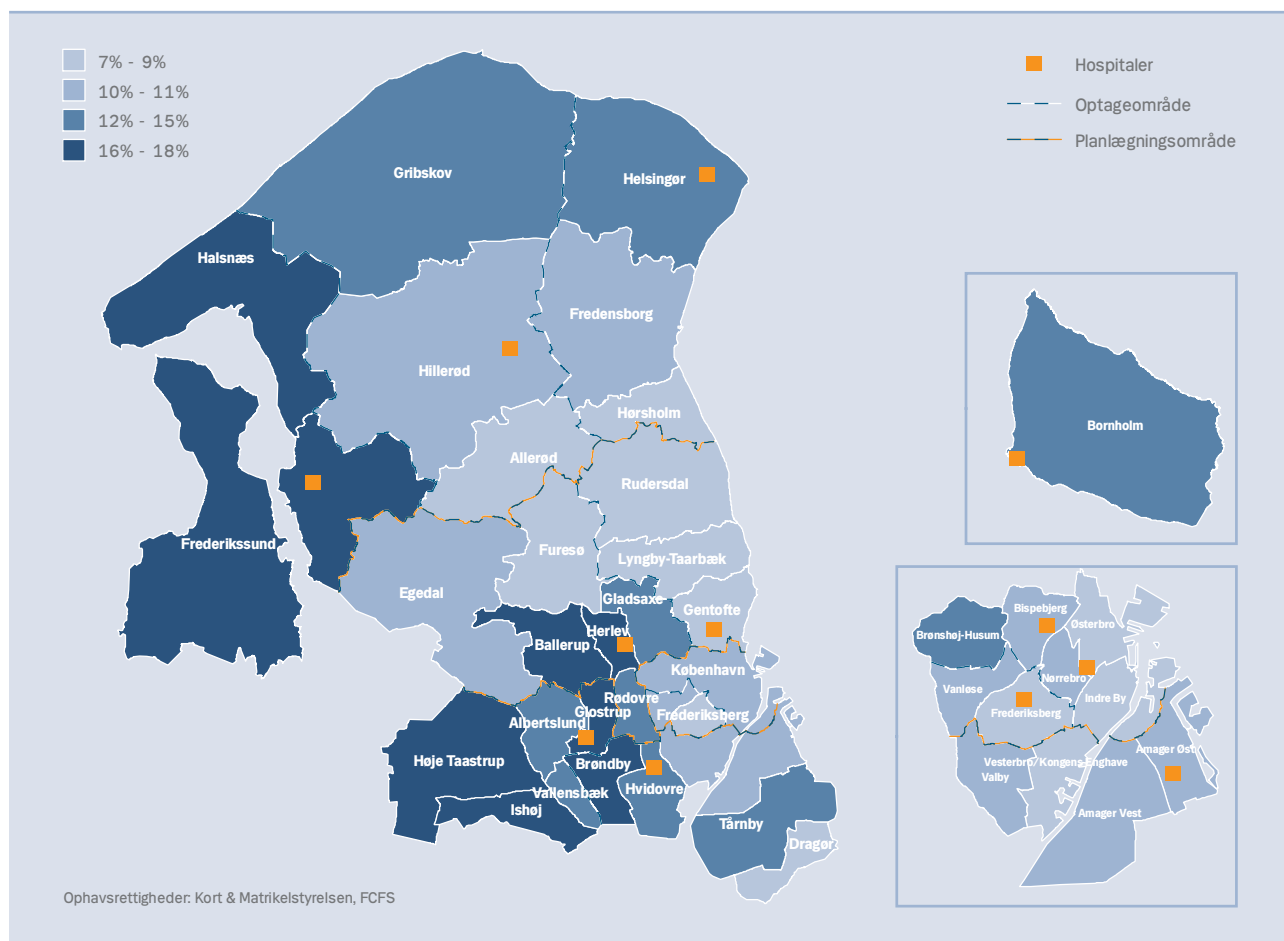
	Moderat overvægt		Svær overvægt	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	30	402.700	11	152.300
Køn				
Mand	38	242.700	11	72.900
Kvinde	23	160.000	12	79.400
Alder				
16-24 år	15	26.900	5	8.400
25-34 år	23	54.500	8	18.800
35-44 år	32	80.000	11	27.900
45-54 år	36	77.000	14	30.800
55-64 år	38	74.400	16	32.200
65-79 år	39	70.800	15	28.200
80+ år	31	19.100	10	6.100
Uddannelse				
Under uddannelse	14	19.400	4	5.600
Grundskole	37	34.900	23	21.200
Kort uddannelse	35	138.100	15	59.300
Kort videreg. uddannelse	32	43.400	13	17.500
Mellemlang videreg. uddannelse	30	75.100	9	23.700
Lang videreg. uddannelse	28	64.400	5	12.600
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	32	231.000	11	77.300
Arbejdsløs	29	14.800	16	8.000
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	29	8.800	20	6.000
Førtidspensionist	31	14.500	27	12.700
Pensionist	37	97.000	14	36.200
Samlevsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	30	106.800	13	48.000
Samlevende (blandt 25+ årige)	34	258.600	12	90.500
Etnisk baggrund				
Danmark	30	339.600	11	128.400
Andre vestlige lande	28	24.700	8	7.300
Ikke-vestlige lande	32	38.400	14	16.600

Uddannelse og erhvervstilknytning: For moderat overvægt ses en svag tendens til, at andelen af borgere, som er moderat overvægtige, falder med højere uddannelsesniveau, mens denne tendens er meget tydelig for svært overvægtige borgere. Samtidigt ses, at andelen af moderat overvægtige er størst blandt pensionister, mens den for svært overvægtige er størst blandt borgere uden for arbejdsmarkedet – deriblandt især gruppen af førtidspensionister.

Samlivsstatus blandt 25+årige: En lidt højere andel blandt samlevende end blandt enlige er moderat overvægtige, mens der ikke er den store forskel i forekomsten af svær overvægt mellem enlige og samlevende.

Etnisk baggrund: Der er ikke forskel på andelen af borgere med moderat overvægt blandt de etniske grupper, mens andelen af borgere med svær overvægt er størst blandt borgere fra ikke-vestlige lande.

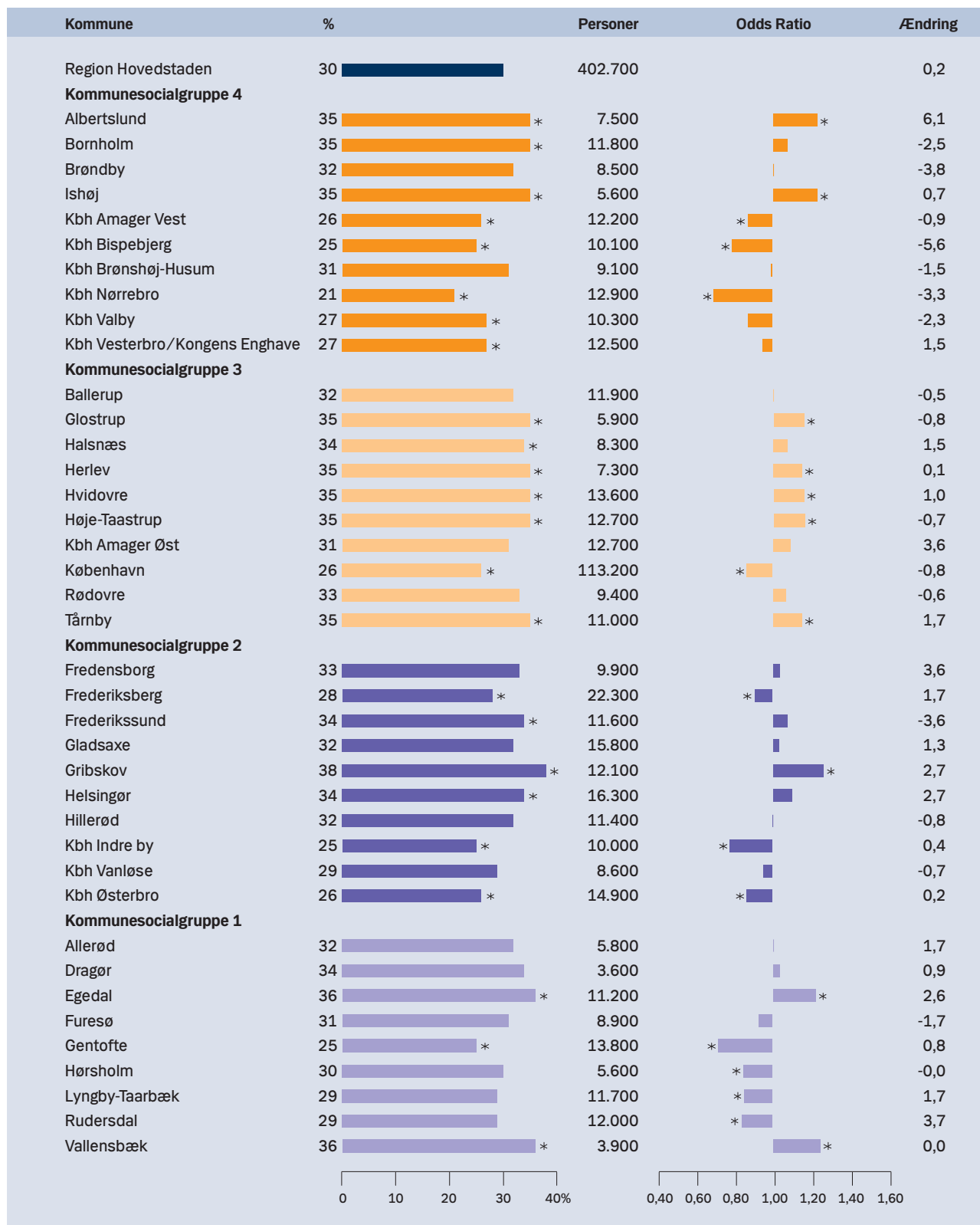
Figur 5.1 Borgere med svær overvægt



Variation mellem kommunerne: Forekomsten af moderat overvægt varierer på tværs af kommunerne fra 21 % i bydelen Nørrebro til 38 % i Gribskov Kommune (tabel 5.2). Forekomsten af svær overvægt varierer fra 7 % i bydelen Indre by til 18 % i Ishøj og Halsnæs Kommune (tabel 5.3). Der ses ingen tydelig social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne i forekomsten af moderat overvægt. Derimod ses en tydelig social gradient i forekomsten af svær overvægt. Næsten alle kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 har en signifikant højere forekomst af svært overvægtige end regionsgennemsnittet, hvorimod næsten alle kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 og 2 har en lavere forekomst end regionsgennemsnittet.

Ændringer siden 2007 blandt borgere i alderen 25-79 år: Siden 2007 er der på regionsniveau stort set ingen ændringer sket i forekomsten af moderat og svær overvægt. Dog ses der store kommunale variationer for både moderat og svær overvægt. For moderat overvægt ses et fald på 5,6 % i bydelen Bispebjerg, mens der ses en stigning på 6,1 % i Albertslund Kommune. For svær overvægt ses et fald på 1,6 % i Albertslund og Allerød Kommune, mens der ses en stigning på 7,9 % i bydelen Brønshøj-Husum.

Tabel 5.2 Borgere i kommunerne med moderat overvægt



* 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 5.3 Borgere i kommunerne med svær overvægt

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring
Region Hovedstaden	11	152.300		1,0
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	12	2.600		-1,6
Bornholm	15*	5.200	*	0,3
Brøndby	17*	4.500	*	3,0
Ishøj	18*	2.900	*	2,0
Kbh Amager Vest	11	5.100		1,3
Kbh Bispebjerg	11	4.700		1,2
Kbh Brønshøj-Husum	15*	4.500	*	7,9
Kbh Nørrebro	10	6.200		1,9
Kbh Valby	11	4.100		-1,8
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	8*	3.500	*	-0,6
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	16*	5.800	*	1,8
Glostrup	16*	2.800	*	4,5
Halsnæs	18*	4.300	*	2,1
Herlev	16*	3.300	*	2,9
Hvidovre	15*	5.900	*	3,1
Høje-Taastrup	16*	5.900	*	3,9
Kbh Amager Øst	11	4.700		-0,0
København	10*	43.300	*	1,3
Rødovre	13	3.800		0,8
Tårnby	14*	4.500	*	-0,9
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	11	3.500		3,1
Frederiksberg	8*	6.100	*	0,6
Frederikssund	16*	5.300	*	4,9
Gladsaxe	12	5.700		0,0
Gribskov	13	4.300		0,7
Helsingør	12	5.600		-1,0
Hillerød	11	3.800		-2,4
Kbh Indre by	7*	2.600	*	-0,1
Kbh Vanløse	11	3.100		1,8
Kbh Østerbro	9*	4.800	*	2,8
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	9*	1.700	*	-1,6
Dragør	9*	900	*	-0,8
Egedal	11	3.600		-0,6
Furesø	9*	2.600	*	-0,6
Gentofte	8*	4.700	*	0,7
Hørsholm	9*	1.700	*	-0,0
Lyngby-Taarbæk	8*	3.500	*	0,5
Rudersdal	8*	3.200	*	-0,3
Vallensbæk	13	1.400		2,3

* 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 Forhøjet blodtryk

I Region Hovedstaden har 16 % af borgerne forhøjet blodtryk. Dette svarer til 211.800 borgere (tabel 5.4).

Køn og alder: Andelen af borgere med forhøjet blodtryk er lige stor blandt kvinder og mænd, mens andelen stiger med alderen. Således har kun én ud af 16 blandt borgere under 45 år forhøjet blodtryk, mens én ud af tre 55-64-årige og halvdelen af borgerne på 80 år eller derover har forhøjet blodtryk.

Tabel 5.4 Borgere med forhøjet blodtryk

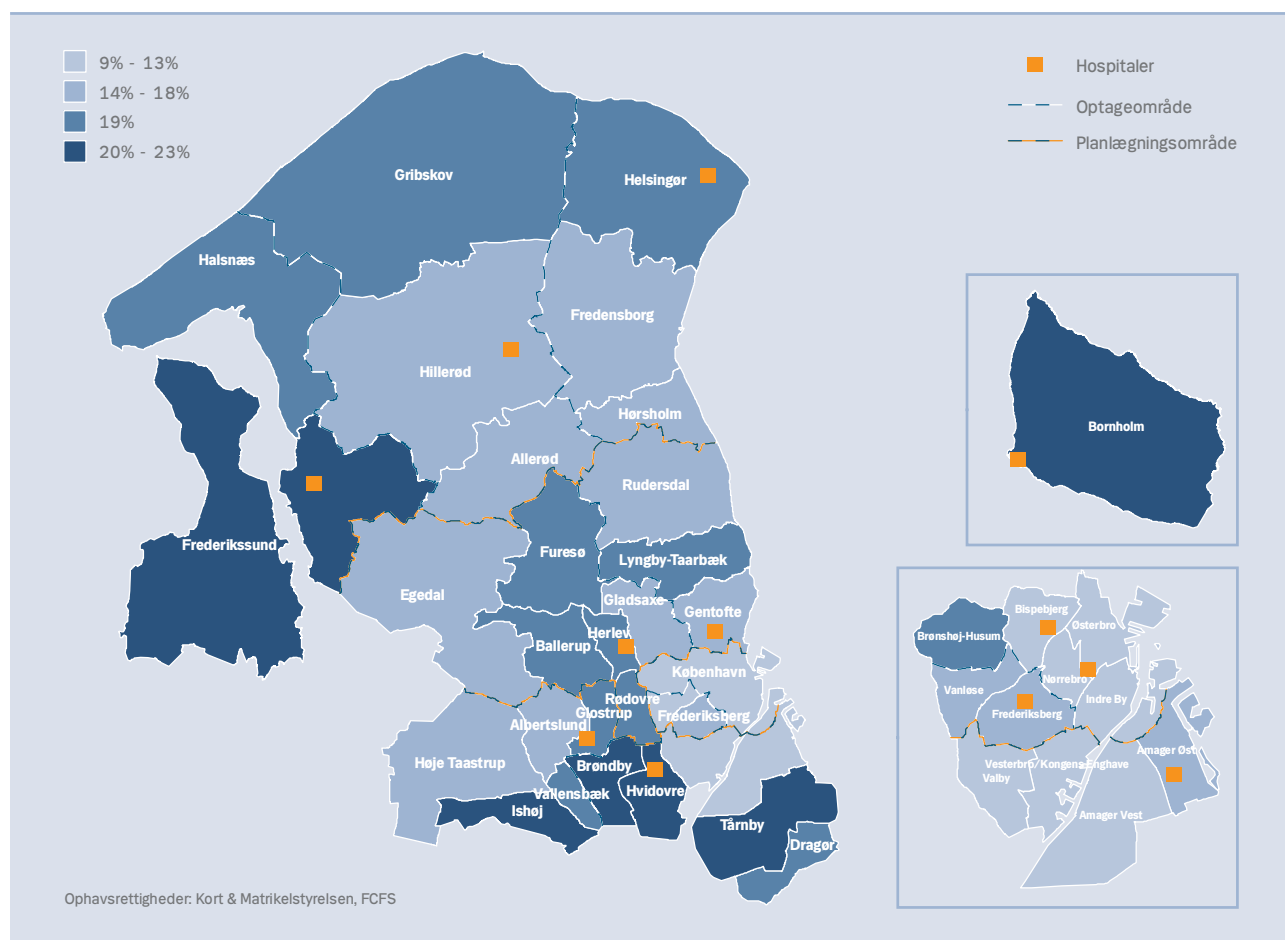
	%	Personer
Region Hovedstaden	16	211.800
Køn		
Mand	16	102.500
Kvinde	16	109.400
Alder		
16-24 år	1	2.200
25-34 år	2	4.700
35-44 år	6	14.600
45-54 år	15	32.900
55-64 år	29	55.800
65-79 år	41	73.100
80+ år	50	28.700
Uddannelse		
Under uddannelse	1	1.500
Grundskole	34	30.100
Kort uddannelse	20	80.300
Kort videreg. uddannelse	16	21.200
Mellemlang videreg. uddannelse	14	35.300
Lang videreg. uddannelse	10	22.500
Erhvervstilknytning		
I beskæftigelse	10	73.500
Arbejdsløs	10	5.000
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	19	5.300
Førtidspensionist	33	15.200
Pensionist	41	103.700
Samlivsstatus		
Enlig (blandt 25+ årige)	22	75.800
Samlevende (blandt 25+ årige)	16	122.300
Etnisk baggrund		
Danmark	17	185.300
Andre vestlige lande	14	12.300
Ikke-vestlige lande	12	14.200

Uddannelse og erhvervstilknytning Der er en social gradient i forekomsten af forhøjet blodtryk. Mens hver tredje borger, som kun har en grundskoleuddannelse, har forhøjet blodtryk, er det kun hver tiende borger med en lang videregående uddannelse. For erhvervstilknytning er sammenhængen mindre klar. Andelen af borgere med forhøjet blodtryk er mindst blandt borgere i beskæftigelse og blandt arbejdsløse, mens den er størst blandt pensionister. Dette er i overensstemmelse med den stærke sammenhæng, der findes mellem alder og forhøjet blodtryk.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Andelen af borgere med forhøjet blodtryk er lige stor blandt enlige og samlevende.

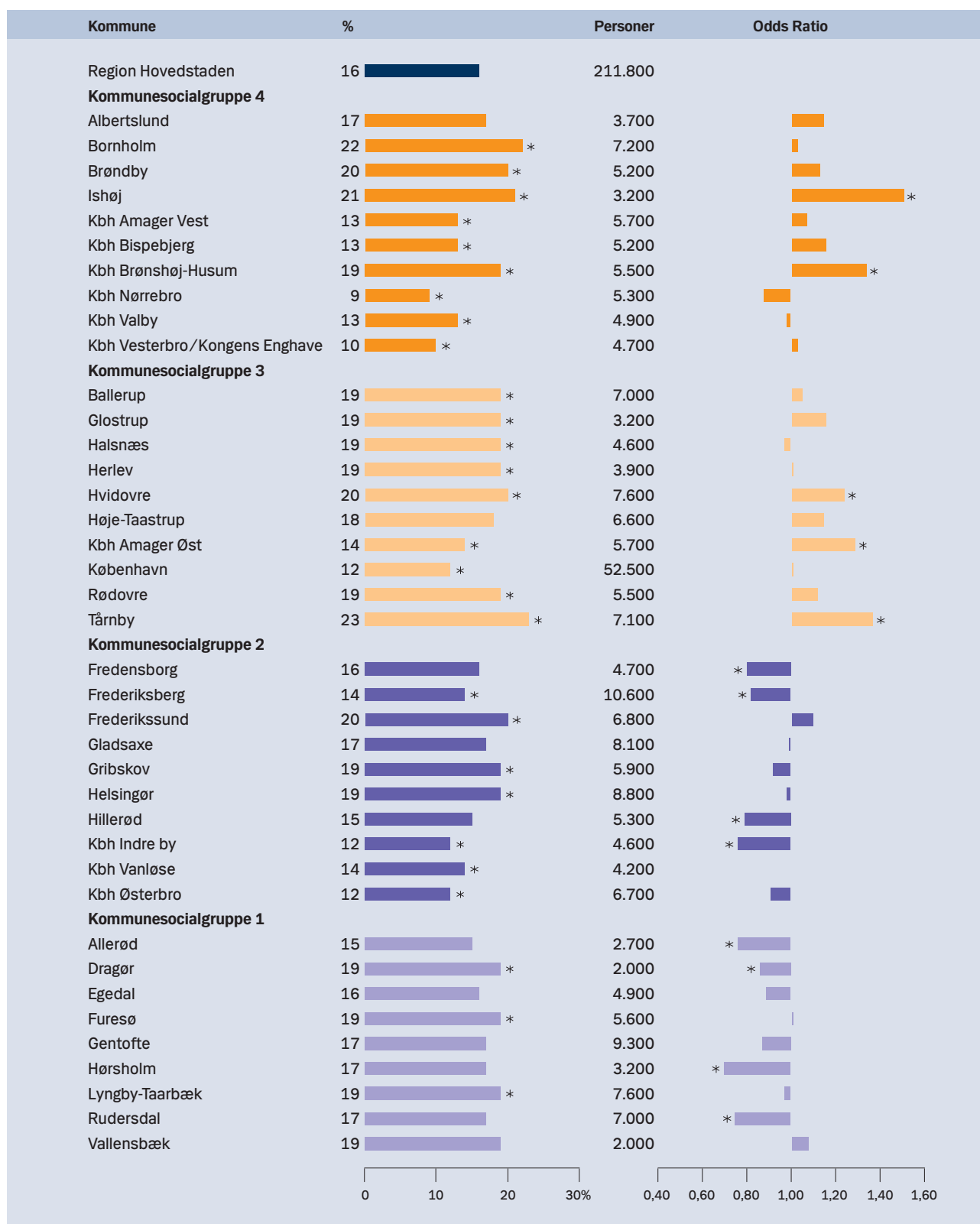
Etnisk baggrund: Forekomsten af forhøjet blodtryk er lidt højere blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med anden vestlig baggrund eller ikke-vestlig baggrund.

Figur 5.2 Borgere med forhøjet blodtryk



Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere med forhøjet blodtryk varierer signifikant på tværs af kommunerne (tabel 5.5). Mens 23 % af borgerne i Tårnby Kommune og 22 % af borgerne på Bornholm har forhøjet blodtryk, er det tilsvarende tal 9 % i bydelen Nørrebro og 10 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave.

Der er en tydelig social gradient i forhold til forekomsten af forhøjet blodtryk. Otte kommuner i kommunesocialgruppe 1 og 2 ligger signifikant over regionsgennemsnittet, mens ingen ligger under. Samtidig ligger fem kommuner i kommunesocialgruppe 3 og 4 under regionsgennemsnittet, mens ingen kommuner i disse grupper ligger signifikant over regionsgennemsnittet.

Tabel 5.5 Borgere i kommunerne, der har forhøjet blodtryk


* 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

Kroniske sygdomme



6 Kroniske sygdomme

- Kroniske sygdomme forekommer hyppigt i regionen. 57 % af befolkningen lever med mindst én kronisk sygdom, og 12 % lever med mindst tre kroniske sygdomme
- Der er sociale forskelle i forekomsten af kroniske sygdomme. Forekomsten falder generelt med stigende uddannelsesniveau og er hyppigst blandt borgere uden for arbejdsmarkedet
- For de fleste kroniske sygdomme ses en social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne
- Der er et stort forebyggelsespotentiale blandt patienter med kroniske sygdomme, idet borgere med kroniske sygdomme generelt har en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd end borgerne uden kroniske sygdomme
- Borgere med kroniske sygdomme har hyppigere et dårligt helbred og et højt stressniveau end borgere uden kronisk sygdom
- Borgere med kroniske sygdomme har flere sygedage end borgere uden kroniske sygdomme
- Generelt er borgere med kroniske sygdomme mere begrænsede i funktionsniveau end borgere uden kroniske sygdomme. Borgere med hjertekarsygdomme, KOL, leddegigt eller vedvarende psykiske sygdomme har generelt brug for mest hjælp
- Flere blandt borgere med kroniske sygdomme har få kontakter til deres sociale netværk

Andelen af borgere med kroniske sygdomme er stigende i Danmark. Denne stigning skyldes dels, at befolkningen bliver ældre, og dels en forbedret akut behandling, rehabilitering og forebyggelse af sygdommene, som bevirker, at mange lever længere med deres kroniske sygdomme end tidligere. Kroniske sygdomme er blandt de fleste borgere ikke umiddelbart livstruende, men kan medføre begrænsninger i hverdagen i form af f.eks. funktionstab, nedsat livskvalitet og social isolation. Borgere med kroniske sygdomme er den patientgruppe, der optager flest ressourcer i sundhedsvæsenet. Der stilles derfor store krav til sundhedsvæsenets håndtering af disse borgere både i regionerne og kommunerne.

I regeringens folkesundhedsprogram Sund hele livet 2002-2010 meldte regeringen ud, at der skulle laves strategier for følgende otte sygdomme: diabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjertekarsygdomme, knogleskørhed, muskelskeletsygdomme, overfølsomhedssygdomme (astma og allergi), psykiske sygdomme og kronisk obstruktiv lunge sygdom (KOL) (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). Mange patienter oplever manglende sammenhæng og opfølgning samt kontrol og behandling af deres kroniske sygdomme. For at rette op på dette har kommunerne, almen praksis og hospitalerne sammen udarbejdet forløbsprogrammer. I 2010 er de første forløbsprogrammer for diabetes og KOL ved at blive implementeret i Region Hovedstaden. Desuden er der ved at blive udarbejdet forløbsprogrammer for hjertekarsygdomme og demens, og det er planen, at der skal igangsættes forløbsprogrammer for muskelskeletsygdomme (Region Hovedstaden, 2009).

Mange af de kroniske sygdomme hænger sammen med sundhedsadfærd. Ændring af sundhedsadfærden er derfor en vigtig komponent i rehabiliteringen og behandlingen

af flere af de kroniske sygdomme og er derfor nævnt som vigtige behandlingstiltag i flere af de kliniske vejledninger over for kroniske sygdomme.

I denne sundhedsprofil beskrives de otte sygdomsområder fra regeringens folkesundhedsprogram samt hovedpine og alle kræftsygdomme. I tabel 6.1 er der en opgørelse over hvilke sygdomme, der rapporteres.

Forekomsten af kroniske sygdomme kan opgøres ved at anvende forskellige datakilder. Man kan bl.a. opgøre byrden ved brug af spørgeskemaer eller centrale registre. I de centrale registre kan indhentes informationer om indlæggelser, ambulante kontakter til hospitalsvæsenet samt indløsning af receptpligtig sygdomsspecifik medicin. I spørgeskemaundersøgelser spørges der ind til forskellige udvalgte sygdomme. Ved brug af registeroplysninger vil man i nogle tilfælde underestimere forekomsten af kroniske sygdomme. Dette gælder specielt forekomsten af sygdomme, som primært diagnosticeres og behandles i almen praksis. Dette vil f.eks. være tilfældet for flere muskelskeletsygdomme og allergi. Omvendt vil man ved anvendelse af spørgeskemaer evt. kunne over- og underestimere forekomsten af nogle sygdomme. Overestimering kan ske, hvis borgerne har fået at vide af lægen, at de har en eller anden sygdom uden, at der har foregået en egentlig diagnosticeringsproces. Dette kan f.eks. være tilfældet for slidgigt. Der kan også ske en underestimering, da nogle patienter kan have glemt, at de har en given sygdom. I sundhedsprofilen 2008 blev de kroniske sygdomme opgørt på baggrund af registerdata. I denne profil opgøres de kroniske sygdomme på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2010". Dette er besluttet som led i den nationale standardisering af sundhedsprofilarbejdet. Det er derfor ikke muligt at vise ændringer siden 2007 i forekomsten af kroniske sygdomme.

I spørgeskemaundersøgelsen er deltagerne for en række kroniske sygdomme blevet bedt om at angive, om de har sygdommen nu eller har haft den tidligere. Hvis de har haft en sygdom tidligere, er de blevet bedt om at angive, om de stadig har eftervirkninger. En person er defineret til at have en given kronisk sygdom, hvis vedkommende har svaret "Ja, det har jeg nu" eller "Ja, det har jeg haft tidligere" og har svaret "Ja" til stadig at have eftervirkninger.

Kroniske sygdomme forekommer hyppigst blandt de ældre borgere. Som beskrevet i kapitel 2 varierer aldersfordelingen betydeligt mellem kommunerne. Kommuner med mange ældre borgere vil derfor ofte have en stor andel af borgere med kroniske sygdomme. For at vurdere om variationen i sygdomsforekomsten mellem kommunerne kan forklares af andre faktorer end køn og alder, er det afgørende, at der netop i analyserne vedr. de kroniske

sygdomme tages højde for køns- og alderssammensætningen på tværs af kommunerne.

I dette kapitel er der relativt få besvarelser for de unge under 35 år, da en række kroniske sygdomme forekommer sjældent blandt unge. Samtidig er der for nogle af de sjældnere kroniske sygdomme få besvarelser i enkelte bydele og kommuner. I de tilfælde, hvor der er få besvarelser i fx en aldersgruppe, et uddannelsesniveau eller en kommune, vil resultaterne være behæftet med meget stor usikkerhed. Disse resultater vises ikke, men markeres i stedet i tabellerne med -.

I kapitlet beskrives først forekomsten af de valgte kroniske sygdomme, dernæst beskrives sundhedsadfærden, overvægt, generelt helbred, symptomer, sygefravær, begrænsninger af aktiviteter og socialt netværk blandt borgere med kroniske sygdomme.

6.1 Forekomsten af kroniske sygdomme

I Region Hovedstaden har 57 % af borgerne på 16 år eller derover mindst én kronisk sygdom. Blandt borgerne på 65 år eller derover er der 76 %, som har mindst én kronisk sygdom (tabel 6.1). Allergi er den hyppigste sygdom

blandt alle borgere, mens slidgigt er den hyppigste sygdom blandt de ældre aldersgrupper. I aldersgruppen 65 år og opefter har henholdsvis 12 % diabetes, 11 % KOL og 4 % har haft blodprop i hjertet.

Tabel 6.1 Borgere, som har kroniske sygdomme

	Blandt alle		Blandt 65+årige	
	%	Personer	%	Personer
Uden kronisk sygdom	43	555.600	24	57.500
Hjertekarsygdomme				
Blodprop i hjertet	1	15.300	4	8.200
Hjertekrampe	2	25.100	5	10.400
Blodprop eller blødning i hjernen	1	16.800	4	9.000
Diabetes	4	58.400	12	27.100
Kræft	2	29.400	6	14.700
Luftvejssygdomme				
Astma	8	97.500	8	18.600
KOL	4	55.800	11	25.700
Muskelskeletsygdomme				
Leddegigt	6	75.700	13	28.400
Slidgigt	18	233.800	46	107.000
Rygsygdomme	13	163.700	18	42.000
Knogleskørhed	3	39.700	11	26.100
Psykiske sygdomme				
Forbigående psykiske sygdomme	13	173.300	10	23.800
Vedvarende psykiske sygdomme	4	46.700	3	6.100
Nervesystemet				
Migræne, hovedpine	16	203.300	10	22.300
Allergi	26	338.900	20	44.700
Flere kroniske sygdomme				
1 kronisk sygdom	31	398.300	31	74.300
2 kroniske sygdomme	15	193.000	21	50.500
3+ kroniske sygdomme	12	155.000	24	56.600

6.1.1 Hjertekarsygdomme

Hjertekarsygdomme skyldes ofte forsnavringer af hjertets kranspulsårer eller de små kar i hjernen på grund af åreforkalkning. Dette medfører iskæmisk hjertesygdom, som kan føre til blodprop i hjertet, forstyrrelser i hjerterytmen eller hjertesvigt samt hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Årsagerne til hjertekarsygdomme er mange. De vigtigste er rygning, fysisk inaktivitet, fedtholdig kost, forhøjet blodtryk og diabetes.

I dette afsnit beskrives forekomsten af blodprop i hjertet og hjertekramper, som er symptomer på iskæmisk hjertesygdom, samt hjerneblødning/blodprop i hjernen.

Tabel 6.2 Borgere, som har blodprop i hjertet, og borgere, som har hjertekrampe

	Blodprop i hjertet		Hjertekrampe	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	1,18	15.300	1,9	25.100
Køn				
Mand	1,68	10.600	1,9	12.200
Kvinde	0,70	4.600	1,9	12.900
Alder				
16-24 år	-	-	1,1	2.000
25-34 år	-	-	0,8	1.800
35-44 år	0,27	700	0,9	2.200
45-54 år	0,94	2.000	1,7	3.600
55-64 år	2,07	4.000	2,6	5.000
65-79 år	3,34	5.800	4,3	7.400
80+ år	4,52	2.400	5,6	3.000
Uddannelse				
Under uddannelse	-	-	0,7	1.000
Grundskole	2,83	2.500	4,6	4.000
Kort uddannelse	1,60	6.200	2,2	8.500
Kort videreg. uddannelse	0,99	1.300	2,1	2.800
Mellemlang videreg. uddannelse	0,59	1.500	1,3	3.100
Lang videreg. uddannelse	0,45	1.000	0,9	2.100
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	0,44	3.200	1,0	7.300
Arbejdsløs	0,77	400	2,1	1.000
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	1,99	600	4,4	1.300
Førtidspensionist	4,21	1.900	6,1	2.700
Pensionist	3,31	8.100	4,3	10.500
Samlevsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	1,58	5.400	2,7	9.200
Samlevende (blandt 25+ årige)	1,16	8.600	1,7	12.700
Etnisk baggrund				
Danmark	1,08	11.800	1,7	18.900
Andre vestlige lande	1,00	900	2,5	2.100
Ikke-vestlige lande	2,25	2.600	3,4	4.000

- for få besvarelser til, at der kan gives resultater

Blandt borgerne i Region Hovedstaden har 3,8 % af borgerne mindst én hjertekarsygdom. 1,2 % har haft blodprop i hjertet, 1,9 % har hjertekramper, og 1,3 % har haft hjerneblødning/blodprop i hjernen (tabel 6.2 og 6.3).

Køn og alder: Andelen af mænd, der har haft blodprop i hjertet, er mere end dobbelt så stor som andelen blandt

kvinder. Forekomsten af hjerneblødning/blodprop i hjernen er lidt højere blandt mænd end kvinder, mens hjertekramper er lige udbredt blandt mænd og kvinder. For alle tre sygdomme gælder, at forekomsten stiger markant med alderen. Der er for eksempel mere end tre gange så mange blandt borgere på 65 år og derover, der har haft blodprop i hjertet, som blandt de 45-54 årige.

Tabel 6.3 Borgere, som har hjerneblødning/blodprop i hjernen



- for få besvarelser til, at der kan gives resultater

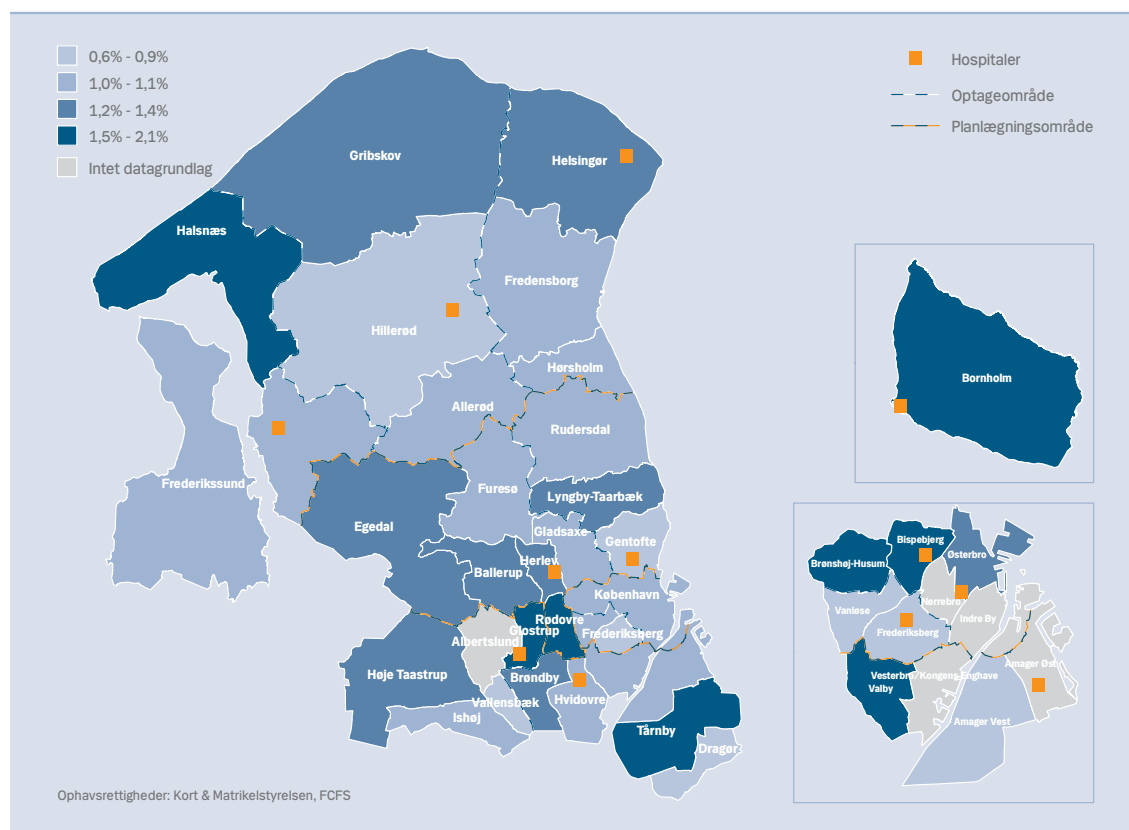
Uddannelse og erhvervstilknytning: For alle tre sygdomme gælder, at forekomsten falder med stigende uddannelsesniveau. Sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse forekommer hjertekarsygdommene mere end fire gange så hyppigt blandt borgere kun med grundskoleuddannelse. Forekomsten af alle tre sygdomme er højere blandt arbejdsløse, langtidssyge og førtidspensionister end blandt borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25-årige: En større andel af enlige end samlevende borgere har hjertekarsygdomme. Dette kan eventuelt skyldes, at borgere med hjertekarsygdomme er ældre og derfor har mistet deres ægtefælle.

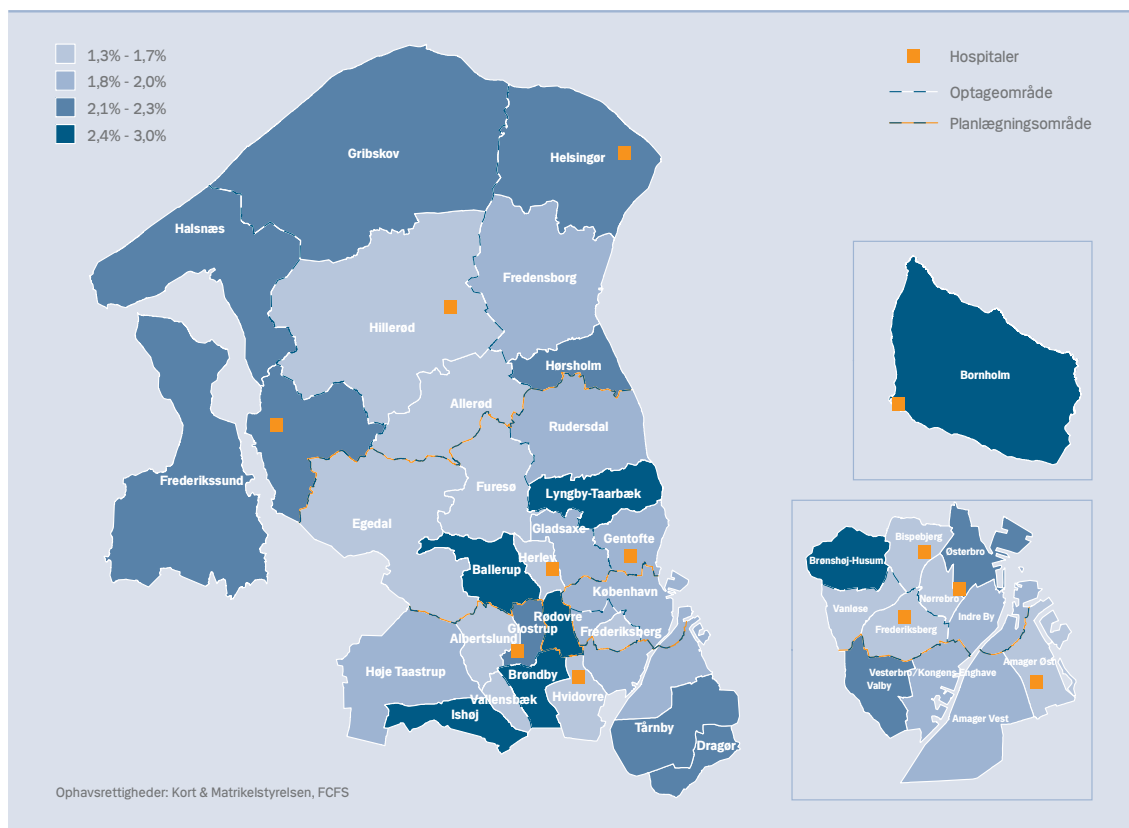
Etnisk baggrund: Blodprop i hjertet og hjertekrampe er mere udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund. Omvendt er hjerneblødning/blodprop i hjernen mere udbredt blandt borgere med dansk baggrund end borgere med ikke-vestlig baggrund.

Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere med blodprop i hjertet varierer fra 0,69 % i Hillerød Kommune til 2,13 % på Bornholm (tabel 6.4). Andelen af borgere med hjertekrampe varierer fra 1,3 % i bydelene Amager Øst, Nørrebro og Vanløse samt Vallensbæk Kommune til 3,0 % i Brøndby Kommune (tabel 6.5). Andelen af borgere med hjerneblødning/blodprop i hjernen varierer fra 0,81 % i Egedal Kommune til 2,51 % i bydelen Brønshøj/Husum (tabel 6.6). En del af variationen mellem kommunerne kan skyldes forskelle i aldersfordelingen mellem kommunerne. Når der tages højde for dette, ses en social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne. Dette er særligt udtalt for blodprop i hjertet, hvor forekomsten er mindre end regionsgennemsnittet i de fleste kommuner fra kommunesocialgruppe 1 og 2, mens forekomsten er større end regionsgennemsnittet i de fleste kommuner fra gruppe 3 og 4. For hjertekrampe og hjerneblødning/blodprop i hjernen er der også en tendens til en social gradient, dog ikke så udtalt som for blodprop i hjertet.

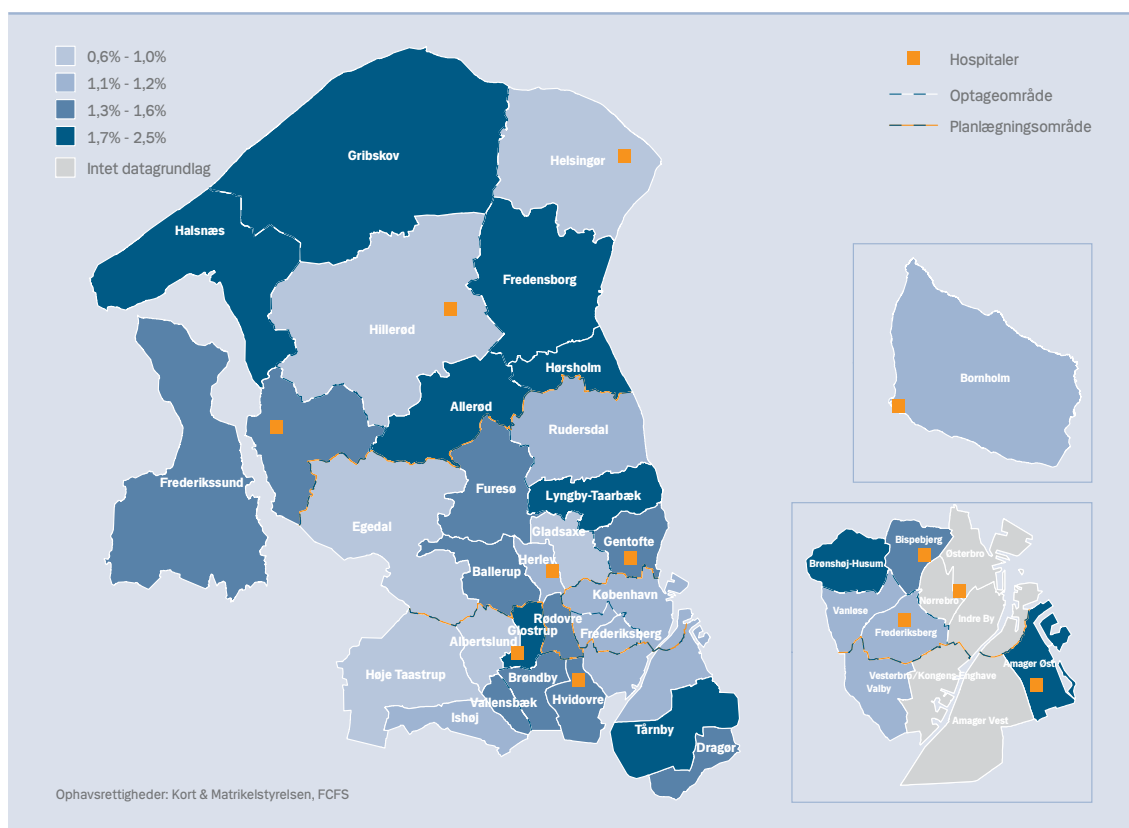
Figur 6.1 Borgere, som har blodprop i hjertet



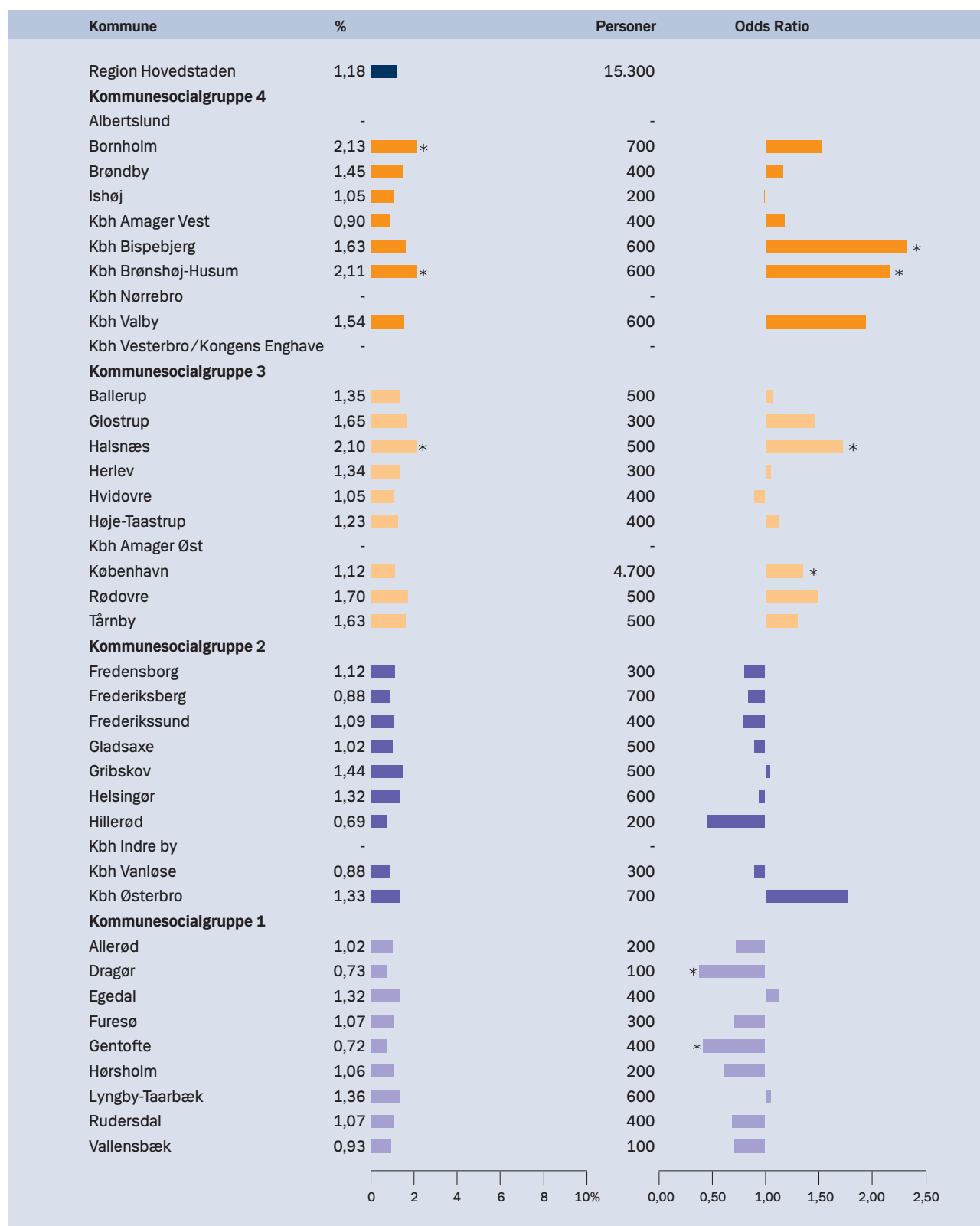
Figur 6.2 Borgere, som har hjertekrampe



Figur 6.3 Borgere, som har hjerneblødning/blodprop i hjernen



Tabel 6.4 Borgere i kommunerne, som har blodprop i hjertet

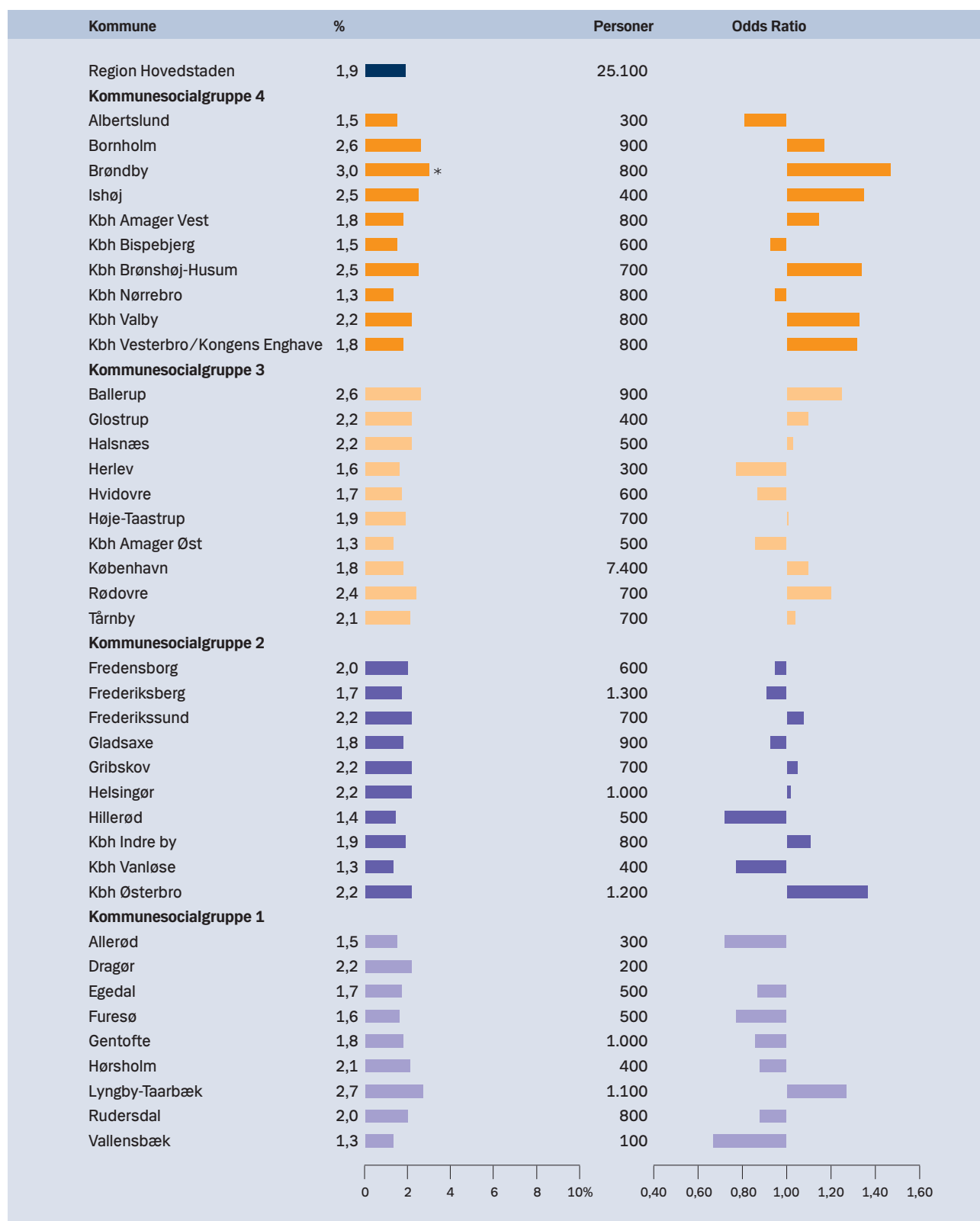


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

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

- for få besvarelser til, at der kan gives resultater

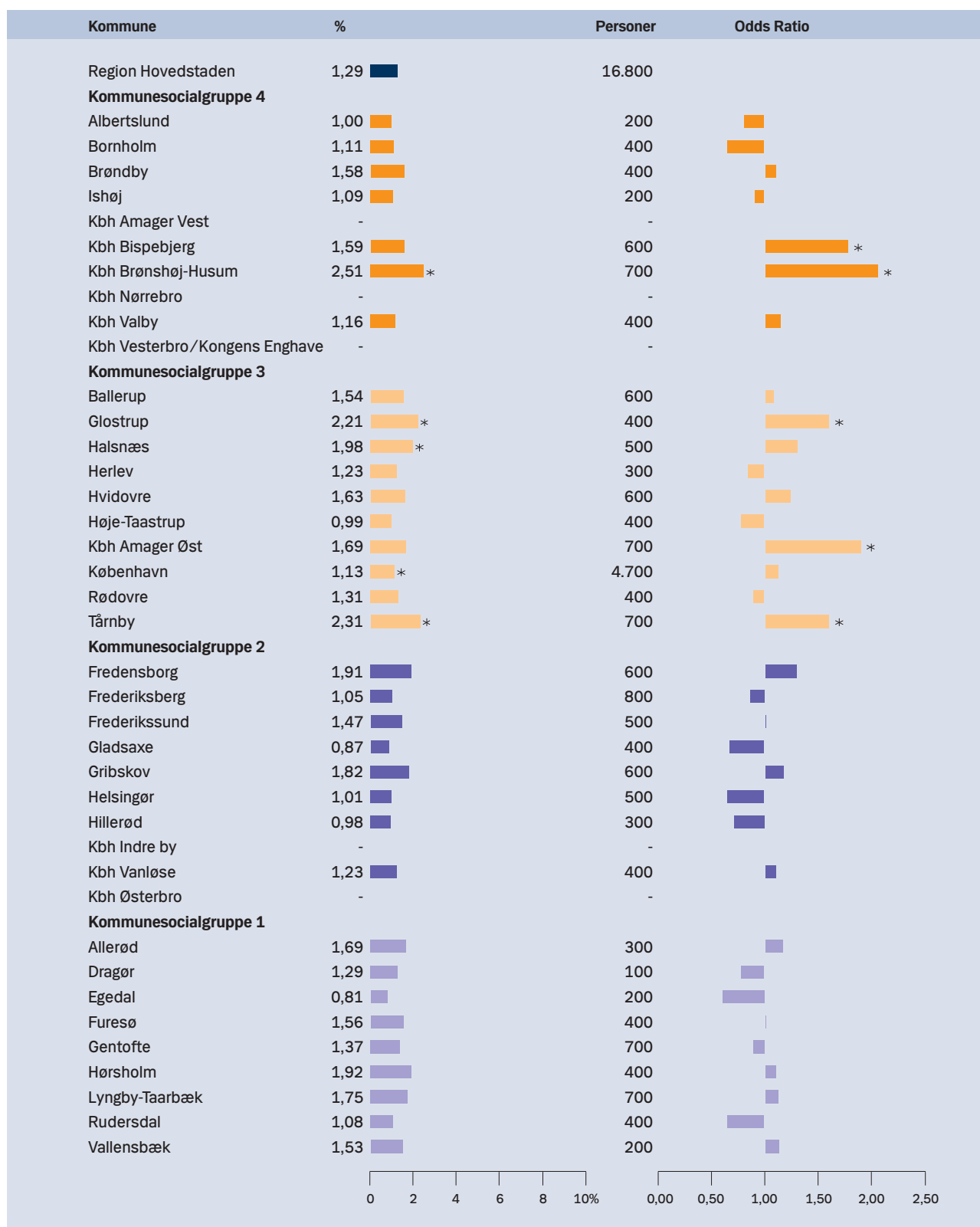
Tabel 6.5 Borgere i kommunerne, som har hjertekrampe


* 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 6.6 Borgere i kommunerne, som har hjerneblødning/blodprop i hjernen



* 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

- for få besvarelser til, at der kan gives resultater

6.1.2 Diabetes

Diabetes er en sygdom, der kommer snigende, og mange patienter kan gå i helt op til 10-12 år, før de diagnosticeres. Mere end halvdelen af de borgere, som har diabetes, ved det ikke. Diabetes er en sygdom præget af mange komplikationer, hvis sygdommen ikke kontrolleres og behandles optimalt. Behandlingen af diabetes udgør omkring 10 % af de samlede sundhedsudgifter i det danske sundhedsvæsen (Kjøller et al., 2007).

I Region Hovedstaden har 4,5 % af borgerne diabetes, hvilket svarer til 58.400 personer (tabel 6.7).

Køn og alder: Diabetes forekommer lidt hyppigere blandt mænd end blandt kvinder. Diabetes stiger markant med alderen og er mest udbredt i aldersgruppen 65-79 år, hvor 12,1 % af borgerne har diabetes mod 0,6 % blandt de 16-24 årige.

Tabel 6.7 Borgere, som har diabetes

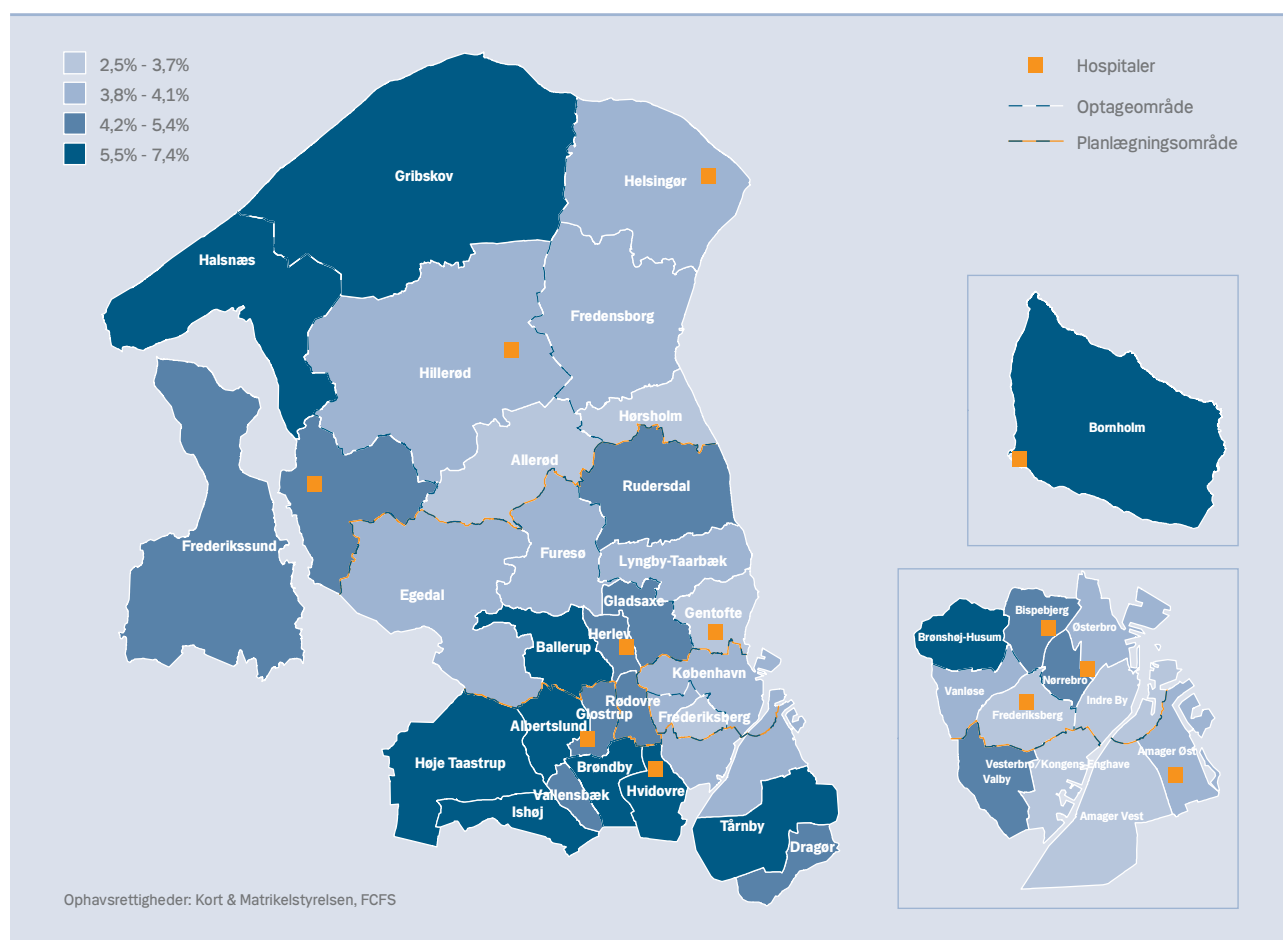
	%	Personer
Region Hovedstaden	4,5	58.400
Køn		
Mand	5,0	31.900
Kvinde	4,0	26.500
Alder		
16-24 år	0,6	1.100
25-34 år	0,5	1.100
35-44 år	1,8	4.500
45-54 år	4,1	8.700
55-64 år	8,3	15.900
65-79 år	12,1	21.100
80+ år	10,9	6.000
Uddannelse		
Under uddannelse	0,7	900
Grundskole	12,2	10.800
Kort uddannelse	5,7	22.100
Kort videreg. uddannelse	3,8	5.000
Mellemlang videreg. uddannelse	2,7	6.800
Lang videreg. uddannelse	2,1	4.700
Erhvervstilknytning		
I beskæftigelse	2,4	17.300
Arbejdsløs	3,3	1.700
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	7,3	2.100
Førtidspensionist	13,8	6.200
Pensionist	11,0	27.100
Samlivsstatus		
Enlig (blandt 25+ årige)	6,1	21.000
Samlevende (blandt 25+ årige)	4,4	32.700
Etnisk baggrund		
Danmark	4,4	48.100
Andre vestlige lande	3,2	2.800
Ikke-vestlige lande	6,5	7.600

Uddannelse og erhvervstilknytning: Andelen af borgere med diabetes falder med stigende uddannelsesniveau. Diabetes forekommer seks gange hyppigere blandt borgere, som kun har en grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse. Forekomsten af diabetes er højere blandt borgere uden beskæftigelse sammenlignet med borgere i beskæftigelse. Næsten 14 % af førtidspensionisterne har diabetes, mens 2,4 % af borgerne i beskæftigelse har diabetes.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Forekomsten af diabetes er lidt højere blandt enlige end blandt samlevende borgere.

Etnisk baggrund: Forekomsten af diabetes er højere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund i forhold til borgere med dansk baggrund.

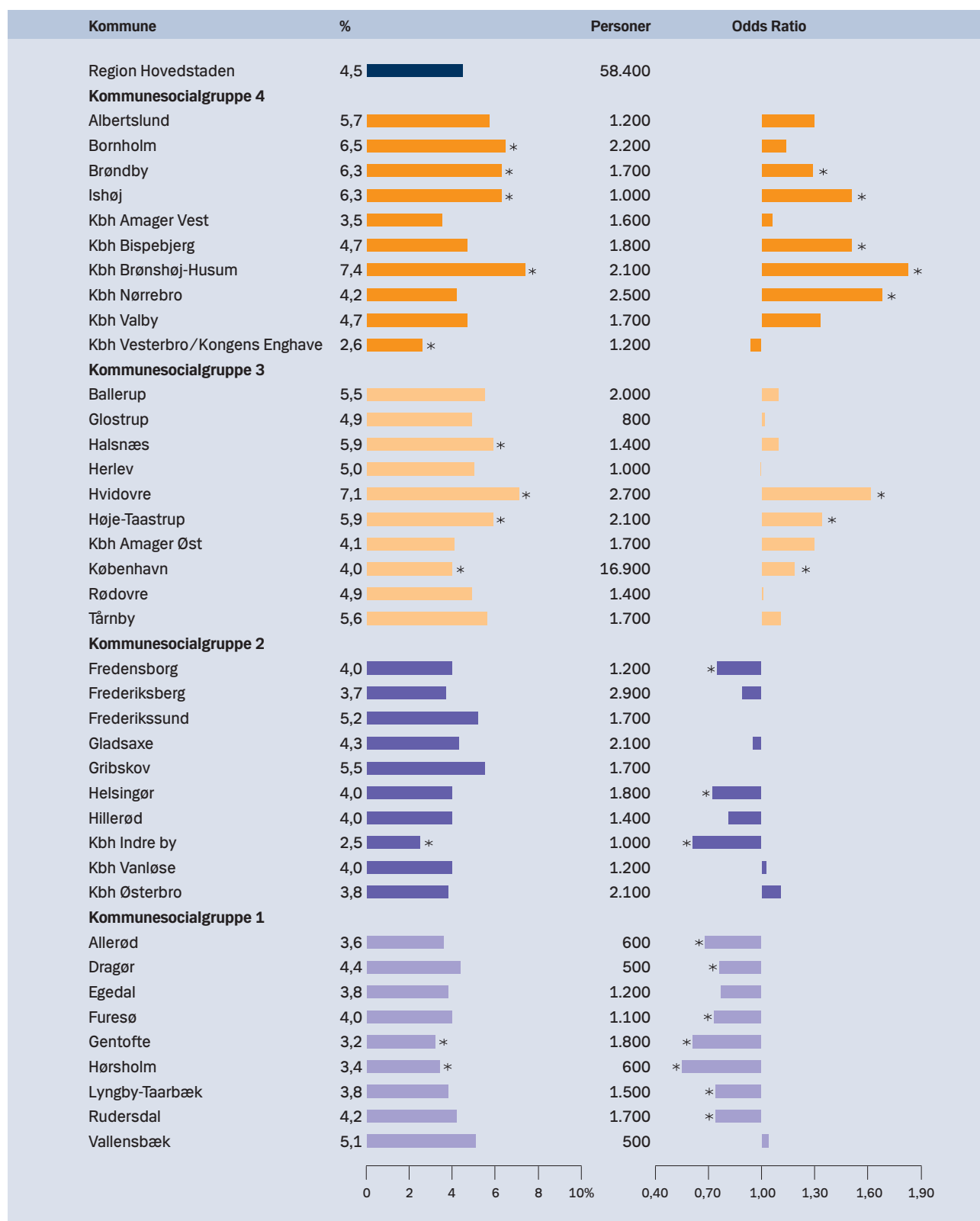
Figur 6.4 Borgere, som har diabetes



Variation mellem kommunerne: Forekomsten af diabetes varierer fra 2,5 % i bydelen Indre by til 7,4 % i bydelen Brønshøj-Husum (Tabel 6.8). Når der tages højde for alders- og kønsforskellene mellem kommunerne, er forekomsten af diabetes højere end regionsgennemsnittet i et

stort antal af kommunerne fra kommunesocialgruppe 3 og 4, hvorimod forekomsten er lavere end regionsgennemsnittet i hovedparten af kommunerne fra gruppe 1 og 2. Der er således en stærk social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne.

Tabel 6.8 Borgere i kommunerne, som har diabetes



* 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

6.1.3 Kræft

Kræft er mange forskellige sygdomme. De fleste kræftsygdomme skyldes flere risikofaktorer, hvoraf nogle af de vigtigste er rygning, alkohol, manglende fysisk aktivitet og solskoldning. Dødeligheden har næsten været konstant siden 70'erne, og der dør ca. 16.000 om året på grund af kræft. Der bliver i disse år implementeret kræftpakker

med henblik på at standardisere og optimere udredning og behandling af flere kræfttyper. Målet er en bedre prognose og dermed lavere dødelighed (www.sst.dk).

I Region Hovedstaden har 2,3 % af borgerne kræft, hvilket svarer til 29.400 personer (tabel 6.9).

Tabel 6.9 Borgere, som har kræft

	%	Personer
Region Hovedstaden	2,3	29.400
Køn		
Mand	2,1	13.300
Kvinde	2,4	16.200
Alder		
16-24 år	0,1	300
25-34 år	0,4	900
35-44 år	0,6	1.600
45-54 år	1,9	4.100
55-64 år	4,1	7.900
65-79 år	6,0	10.400
80+ år	7,8	4.300
Uddannelse		
Under uddannelse	0,3	400
Grundskole	3,9	3.500
Kort uddannelse	2,4	9.400
Kort videreg. uddannelse	2,3	3.000
Mellemlang videreg. uddannelse	2,5	6.100
Lang videreg. uddannelse	1,6	3.700
Erhvervstilknytning		
I beskæftigelse	1,2	8.900
Arbejdsløs	1,0	500
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	3,8	1.100
Førtidspensionist	5,8	2.600
Pensionist	6,1	14.900
Samlivsstatus		
Enlig (blandt 25+ årige)	3,1	10.500
Samlevende (blandt 25+ årige)	2,3	17.200
Etnisk baggrund		
Danmark	2,4	26.200
Andre vestlige lande	2,0	1.700
Ikke-vestlige lande	1,3	1.500

Køn og alder: Kræft er lidt mere udbredt blandt kvinder end mænd. Forekomsten af kræft stiger markant med alderen og er mest udbredt blandt de ældste borgere på 80 år og derover. I denne aldersgruppe har 7,8 % af borgerne kræft, hvorimod under 1 % af borgerne i alderen 16-44 år har kræft.

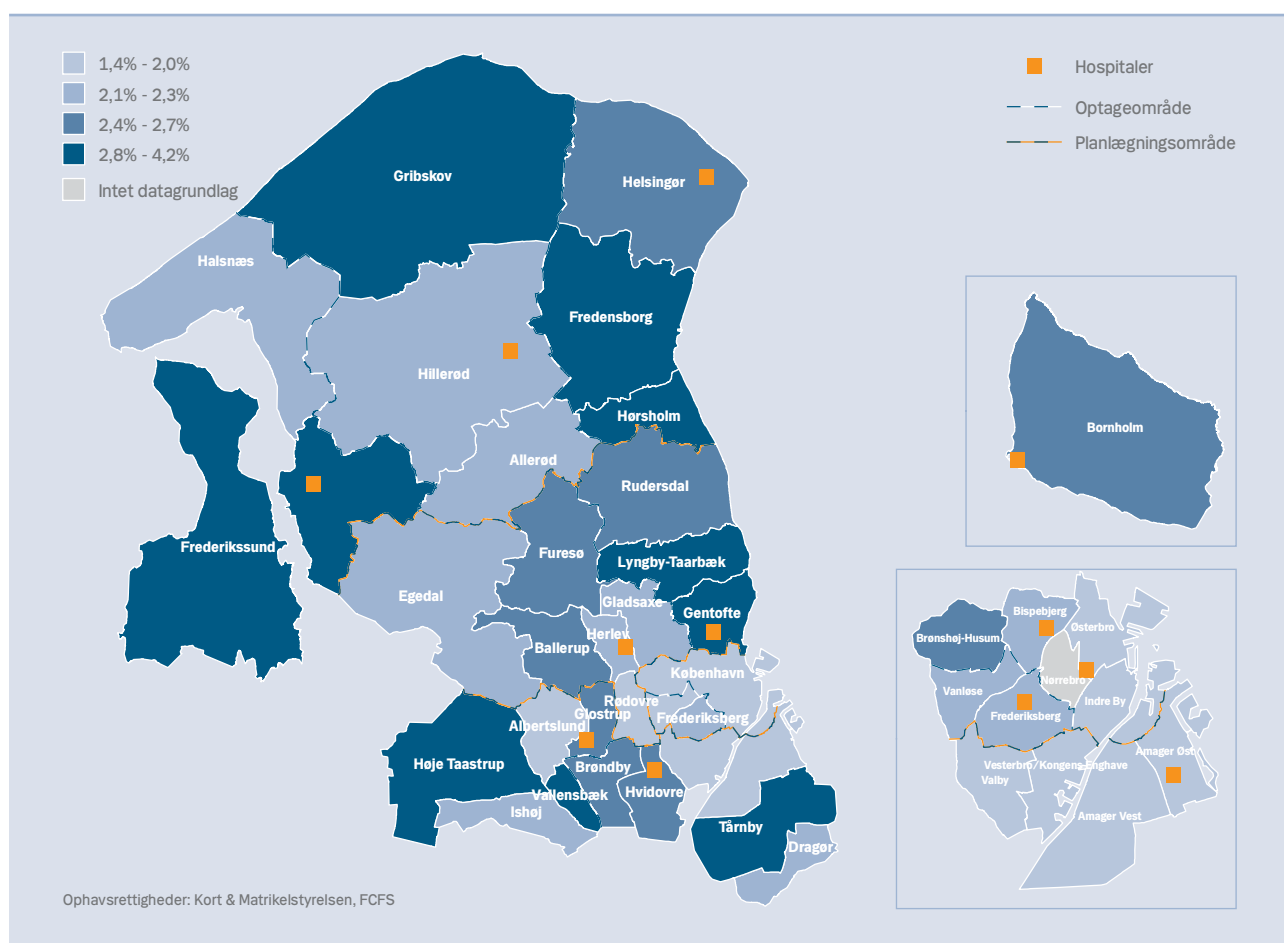
Uddannelse og erhvervstilknytning: Andelen af borgere med kræft er størst blandt borgere, som kun har en grundskoleuddannelse og mindst blandt borgere med en lang videregående uddannelse. Der er ingen forskel på kræftforekomsten blandt borgere med kort uddannelse,

kort videregående uddannelse og mellemlang videregående uddannelse. Sammenlignet med borgere i beskæftigelse og arbejdsløse er forekomsten af kræft mere end tre gange så høj blandt langtidssyge, førtidspensionister og pensionister.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Forekomsten af kræft er højere blandt enlige end blandt samlevende.

Etnisk baggrund: Forekomsten af kræft er højere blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med ikke-vestlig baggrund.

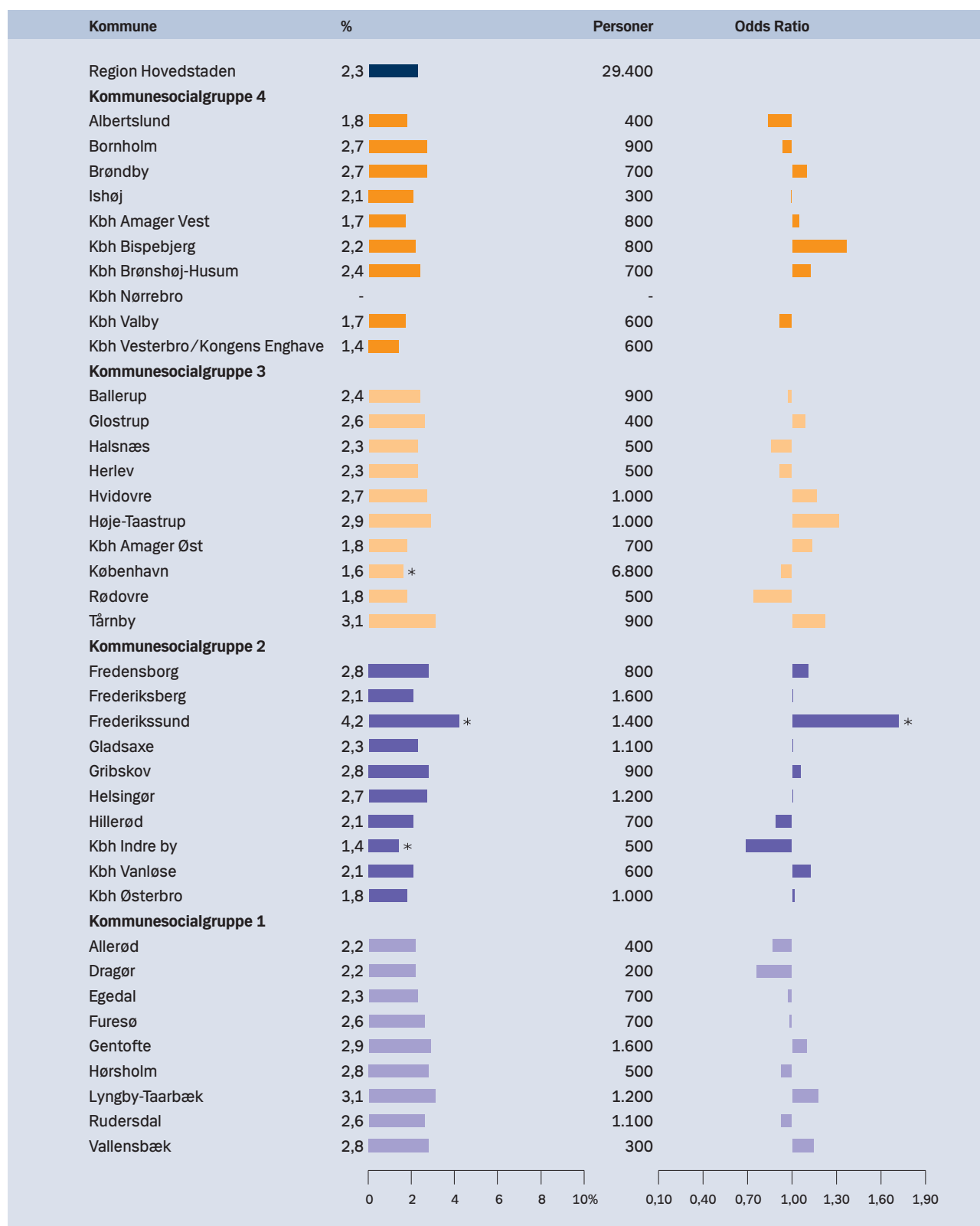
Figur 6.5 Borgere, som har kræft



Variation mellem kommunerne: Forekomsten af kræft varierer fra 1,4 % i bydelene Vesterbro/Kongens Enghave og Indre by til 4,2 % i Frederikssund Kommune. Når der

tages højde for alders- og kønsforskellene mellem kommunerne, er der ingen betydelig forskel på forekomsten af kræft mellem kommunerne (tabel 6.10).

Tabel 6.10 Borgere i kommunerne, som har kræft



* 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

- for få besvarelser til, at der kan gives resultater

6.1.4 KOL og astma

KOL og astma er begge kroniske lungesygdomme. Årsagerne til sygdommene er forskellige. KOL skyldes i de fleste tilfælde rygning. Der dør ca. 10 personer om dagen af KOL, svarende til 3.500 personer om året. KOL er årsag til ca. 22.000 indlæggelser om året i Danmark (Kjøller et al., 2007). Årsagerne til astma er derimod ikke så entydige. Allergi er en af de hyppigste årsager til astma.

I Region Hovedstaden har 4,3 % af borgerne KOL, hvilket svarer til 55.800 personer, og 7,5 % af borgerne har astma, hvilket svarer til 97.500 borgere (tabel 6.11).

Tabel 6.11 Borgere, som har KOL, og borgere, som har astma

	KOL		Astma	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	4,3	55.800	7,5	97.500
Køn				
Mand	4,3	27.400	6,6	41.300
Kvinde	4,3	28.400	8,5	56.200
Alder				
16-24 år	0,9	1.600	8,6	15.500
25-34 år	0,6	1.500	6,6	15.500
35-44 år	1,7	4.200	7,0	17.500
45-54 år	4,3	9.100	7,9	16.700
55-64 år	7,2	13.700	7,2	13.700
65-79 år	11,0	19.100	8,0	13.600
80+ år	12,1	6.600	9,2	5.000
Uddannelse				
Under uddannelse	1,1	1.500	8,7	11.900
Grundskole	12,6	11.200	10,5	9.200
Kort uddannelse	5,5	21.500	7,7	29.700
Kort videreg. uddannelse	3,8	5.000	7,6	9.900
Mellemlang videreg. uddannelse	2,9	7.200	7,0	17.300
Lang videreg. uddannelse	1,6	3.800	5,5	12.600
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	1,9	13.900	6,4	46.100
Arbejdsløs	3,4	1.700	7,5	3.800
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	9,1	2.600	15,3	4.300
Førtidspensionist	17,0	7.600	15,0	6.600
Pensionist	10,7	26.300	8,1	19.600
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	7,6	26.000	8,5	29.100
Samlevende (blandt 25+ årige)	3,4	25.400	6,8	50.300
Etnisk baggrund				
Danmark	4,4	48.500	7,4	81.000
Andre vestlige lande	3,4	3.000	7,6	6.500
Ikke-vestlige lande	3,8	4.300	8,6	10.000

Køn og alder: Der er ingen forskelle i forekomsten af KOL blandt mænd og kvinder, hvorimod astma forekommer hyppigere blandt kvinder end mænd. KOL stiger markant med alderen. Således har mere end én ud af ti borgere på 65 år eller derover KOL, mens det er mindre end én ud af 100 borgere under 35 år, der har KOL. Der er ingen betydelig aldersgradient for astma.

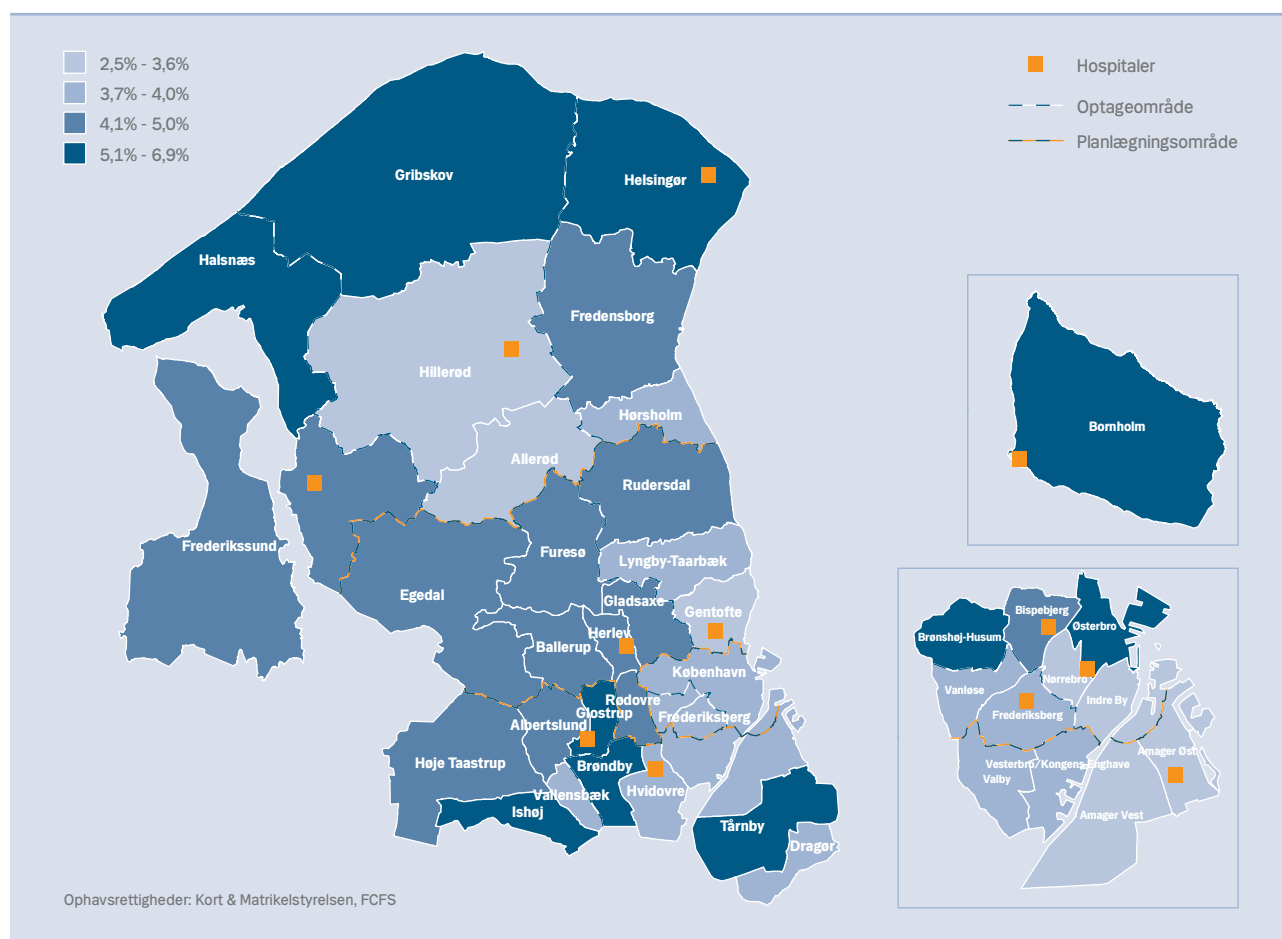
Uddannelse og erhvervstilknytning: Forekomsten af KOL og astma falder med stigende uddannelsesniveau - mest markant for KOL. Andelen af borgere med KOL og astma er størst blandt borgere, som kun har en grund-

skoleuddannelse, og mindst blandt borgere med en lang videregående uddannelse. Sammenlignet med borgere i beskæftigelse er forekomsten af KOL knap ni gange højere blandt førtidspensionisterne og knap fem gange højere blandt de langtidssyge borgere. Astma er godt dobbelt så udbredt blandt førtidspensionister og langtidssyge sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

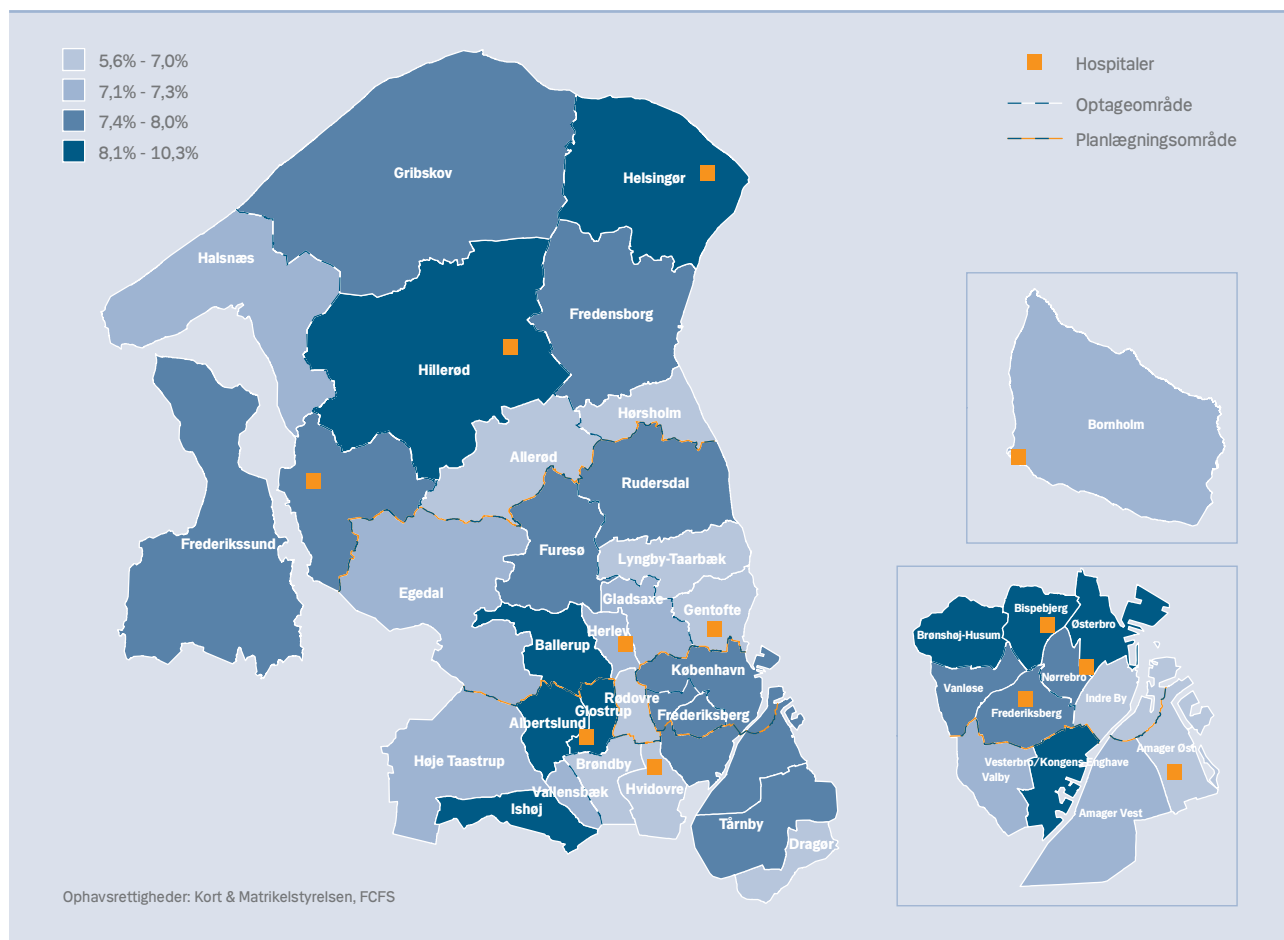
Samlivsstatus blandt 25+årige: Både KOL og astma er mere udbredt blandt enlige end blandt samlevende borgere.

Etnisk baggrund: Der er ingen betydelig forskel på forekomsten af KOL eller astma mellem borgere med dansk, vestlig og ikke-vestlig baggrund.

Figur 6.6 Borgere, som har KOL



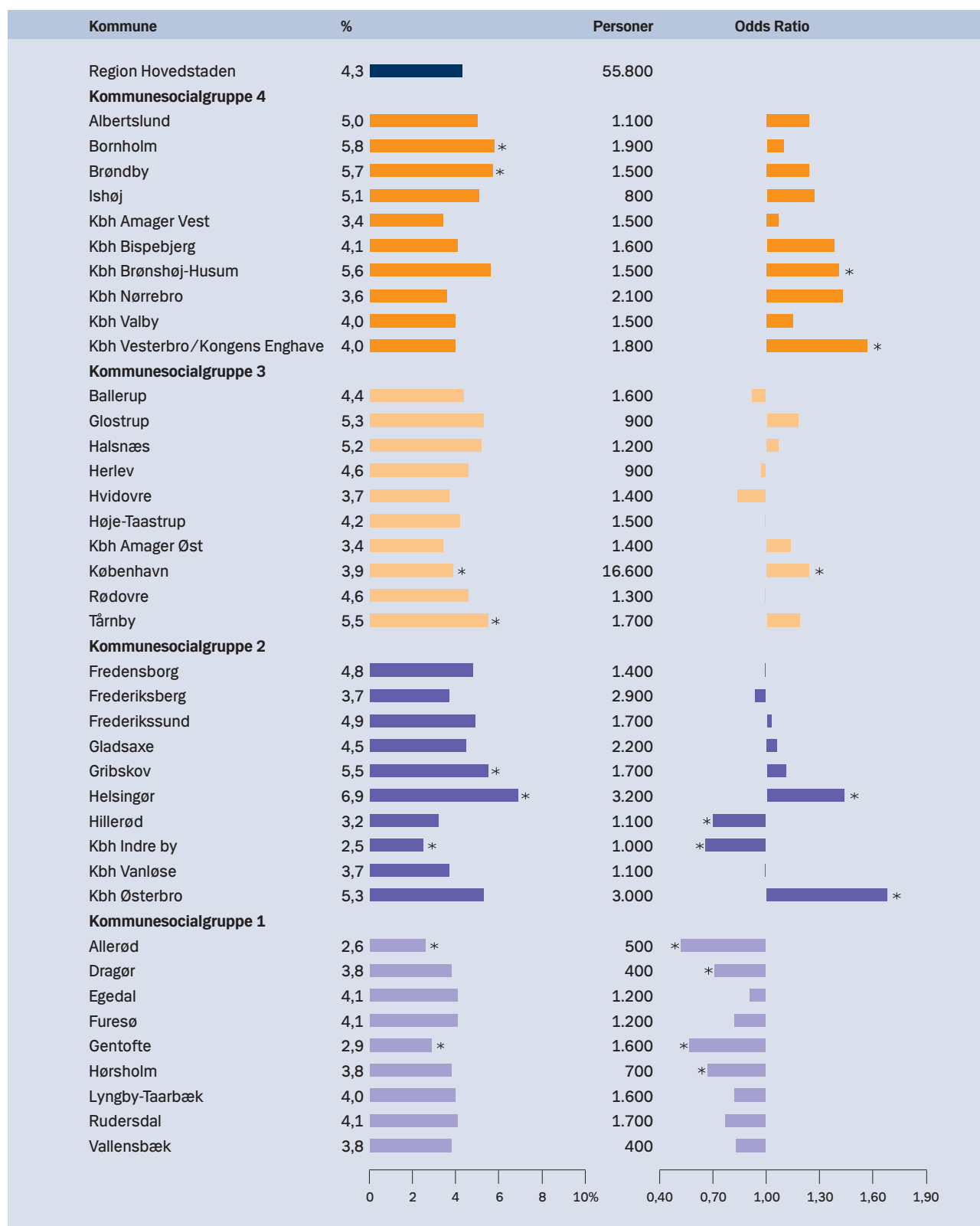
Figur 6.7 Borgere, som har astma



Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere med KOL varierer fra 2,5 % i bydelen Indre by til 6,9 % i Helsingør Kommune (tabel 6.12). Andelen af borgere med astma varierer fra 5,6 % i Gentofte Kommune til 10,3 % i bydelen Brønshøj-Husum (tabel 6.13). Når der tages højde for alders- og kønsforskellene mellem kommu-

nerne, har alle kommunerne i kommunesocialgruppe 4 en højere forekomst af KOL end regionsgennemsnittet, mens alle kommunerne i kommunesocialgruppe 1 har en lavere forekomst af KOL end regionsgennemsnittet. Der er en tendens til samme billede for astma dog langt fra lige så udtalt.

Tabel 6.12 Borgere i kommunerne, som har KOL

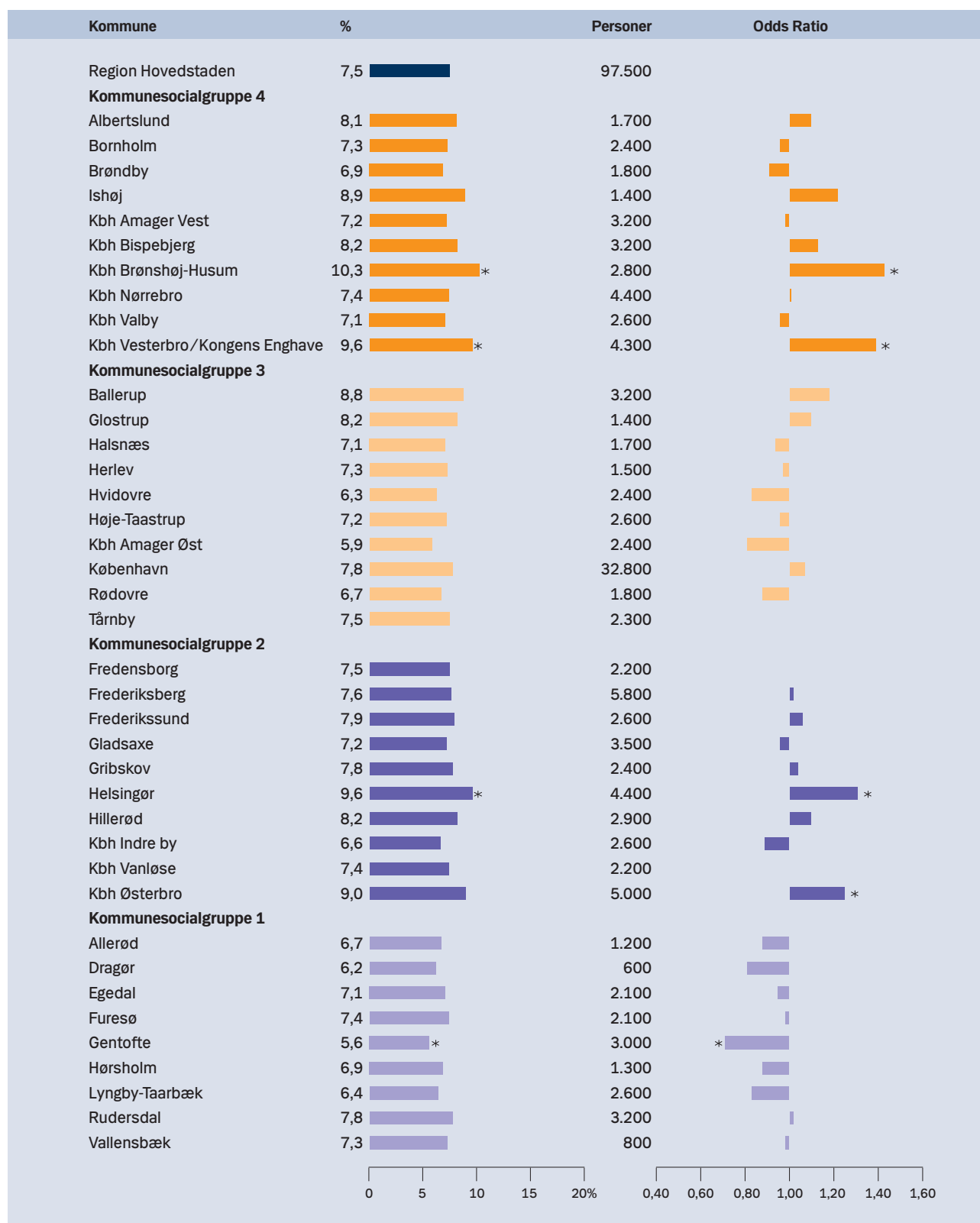


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

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 6.13 Borgere i kommunerne, som har astma



* 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

6.1.5 Muskelskelettsygomme

Muskelskelettsygdomme er en samlet betegnelse for mange forskellige sygdomme eller lidelser, hvoraf de mest udbredte er ryggsygdomme, gigtsygdomme, knogleskørhed, og "museskader". Sygdommene er præget af smerter og nedsat funktionsevne. Muskelskelettsygdom er den hyppigste årsag til langvarig sygdom i befolkningen (Kjøller et al., 2007).

Muskelskelettsygdomme er blandt de hyppigste sygdomme i Region Hovedstaden. De forekommer i alle aldersgrupper og er årsag til, at mange borgere er på førtidspension

(Glümer & Andreasen, 2010). Nogle af risikofaktorerne for muskelskelettsygdomme er alder, sociale faktorer, overvægt, rygning og alkoholmisbrug.

Det er besluttet, at Region Hovedstaden vil igangsætte forløbsprogrammer for muskelskelettsygdomme. Der tages i foråret 2011 stilling til, hvornår dette arbejde skal påbegyndes (www.regionh.dk).

I dette afsnit beskrives forekomsten af leddegigt, slidgigt, ryggsygdomme og knogleskørhed i Region Hovedstaden.

Tablet 6.14 Borgere, som har leddegigt, og borgere, som har slidgigt

	Leddegigt		Slidgigt	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	5,9	75.700	18	233.800
Køn				
Mand	5,7	35.600	14	89.600
Kvinde	6,1	40.200	22	144.200
Alder				
16-24 år	1,0	1.700	1	1.700
25-34 år	1,2	2.800	2	4.500
35-44 år	2,9	7.200	7	16.700
45-54 år	7,5	15.800	18	39.000
55-64 år	10,6	19.900	34	64.900
65-79 år	12,4	21.000	43	76.300
80+ år	14,2	7.400	54	30.700
Uddannelse				
Under uddannelse	1,0	1.400	1	1.400
Grundskole	15,2	13.000	40	35.300
Kort uddannelse	7,2	27.700	22	85.200
Kort videreg. uddannelse	6,1	8.000	20	26.200
Mellemlang videreg. uddannelse	3,9	9.700	17	43.200
Lang videreg. uddannelse	2,8	6.400	9	21.100
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	3,4	24.600	11	76.800
Arbejdsløs	6,8	3.400	13	6.500
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	13,7	3.800	27	7.500
Førtidspensionist	22,4	9.800	46	20.800
Pensionist	12,2	28.900	45	111.600
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	8,4	28.400	26	89.200
Samlevende (blandt 25+ årige)	5,6	41.400	18	130.700
Etnisk baggrund				
Danmark	5,4	58.100	19	203.900
Andre vestlige lande	7,7	6.600	17	15.000
Ikke-vestlige lande	9,6	11.000	13	14.900

I Region Hovedstaden er slidgigt en af de hyppigste kroniske sygdomme. 18 % af borgerne har slidgigt, mens 5,9 % har leddegigt. Det svarer til henholdsvis 233.800 og 75.700 personer (tabel 6.14). 13 % af borgerne har rygsygdomme, mens 3,1 % har knogleskørhed. Det svarer til henholdsvis 163.700 og 39.700 personer (tabel 6.15).

Køn og alder: Slidgigt og knogleskørhed forekommer hyppigere blandt kvinder end mænd. Én ud af fem kvin-

der i regionen har slidgigt, mens én ud af syv mænd har slidgigt. For leddegigt og rygsygdomme er der ingen betydelig forskel på forekomsten blandt mænd og kvinder. Forekomsten af alle fire sygdomme stiger med alderen. Forekomsten af leddegigt og slidgigt stiger støt gennem alle aldersgrupper. Forekomsten af rygsygdomme stiger mellem de yngste aldersgrupper for derefter at være næsten konstant fra omkring 45-års alderen. Omvendt forekommer knogleskørhed næsten ikke frem til 45-års

Tabel 6.15 Borgere, som har rygsygdomme, og borgere, som har knogleskørhed

	Rygsygdomme		Knogleskørhed	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	13	163.700	3,1	39.700
Køn				
Mand	12	77.900	1,0	6.500
Kvinde	13	85.800	5,0	33.300
Alder				
16-24 år	4	6.500	-	-
25-34 år	7	15.700	0,2	500
35-44 år	11	28.600	0,4	1.000
45-54 år	16	35.100	1,9	3.900
55-64 år	19	35.900	4,2	8.000
65-79 år	18	31.800	9,4	16.200
80+ år	19	10.100	18,1	9.900
Uddannelse				
Under uddannelse	4	5.300	-	-
Grundskole	23	20.600	7,2	6.300
Kort uddannelse	15	57.000	3,4	13.100
Kort videreg. uddannelse	14	18.200	3,2	4.200
Mellemlang videreg. uddannelse	12	30.600	3,1	7.800
Lang videreg. uddannelse	8	18.300	1,2	2.800
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	10	72.500	0,9	6.300
Arbejdsløs	14	6.800	1,6	800
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	28	8.000	4,8	1.300
Førtidspensionist	40	18.000	8,2	3.600
Pensionist	18	44.500	10,4	25.300
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	16	55.300	5,6	19.100
Samlevende (blandt 25+ årige)	13	96.400	2,3	17.300
Etnisk baggrund				
Danmark	12	135.600	3,0	33.100
Andre vestlige lande	13	11.300	3,5	3.000
Ikke-vestlige lande	14	16.800	3,2	3.600

- for få besvarelser til, at der kan gives resultater

alderen, hvorefter forekomsten stiger. Blandt borgere på 55 år eller derover har mere end hver tiende leddegigt, mere end hver tredje har slidgigt, og hver femte har en ryg sygdom. Én ud af ti borgere på 65-79 år og én ud af fem borgere på 80 år og derover har knogleskørhed.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Forekomsten af alle fire muskelskelet sygdomme falder med stigende uddannelsesniveau. Leddegigt og knogleskørhed forekommer mere end fem gange så hyppigt blandt borgere, som kun har en grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse. Slidgigt forekommer fire gange så hyppigt og ryg sygdomme næsten tre gange så hyppigt blandt borgere, som kun har en grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse. Sammenlignet med borgere i beskæftigelse er forekomsten af alle fire sygdomme markant højere blandt borgere uden for arbejdsmarkedet. Blandt førtidspensionisterne har 46 % slidgigt, 40 % har ryg sygdomme, 22 % har leddegigt, og 8 % har knogleskørhed. For en stor del af disse borgere er muskelskelet sygdommen sandsynligvis årsag til deres førtidspension.

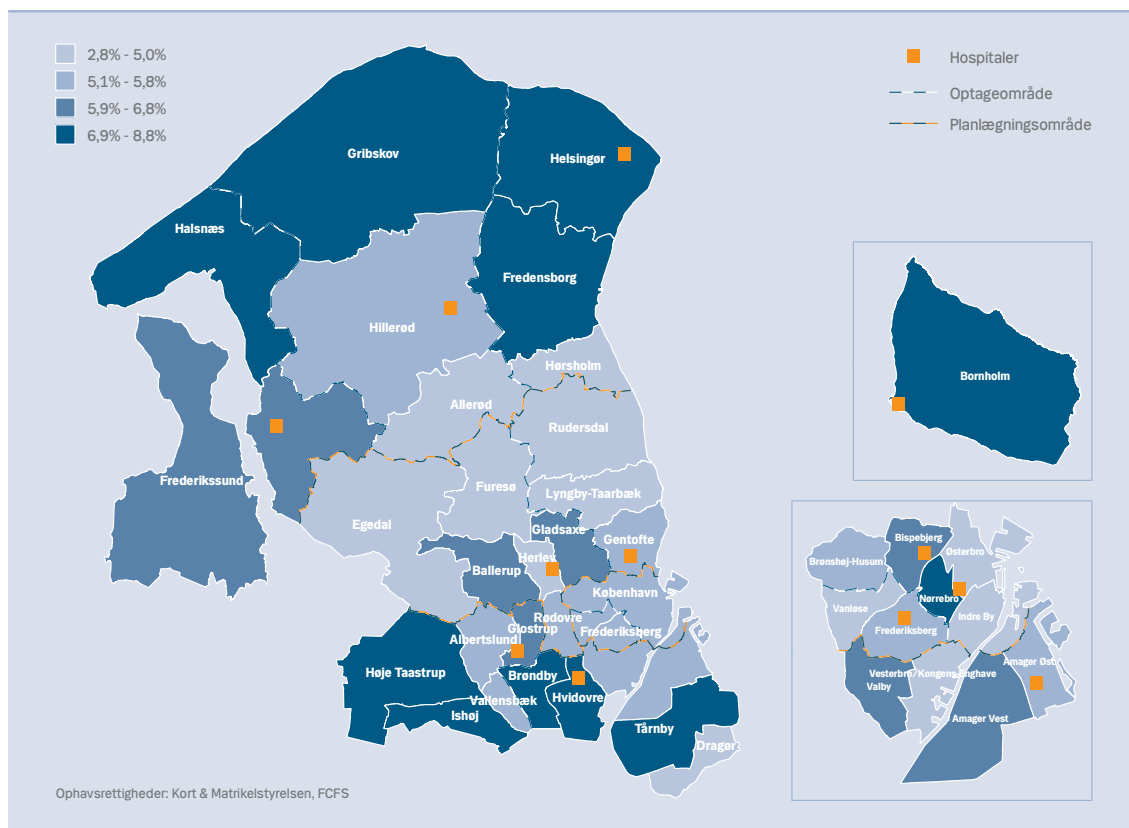
Samlivsstatus blandt 25+årige: Især slidgigt og knogleskørhed forekommer hyppigere blandt enlige sammenlig-

net med samlevende borgere. Denne tendens er ikke så udtalt for leddegigt og ryg sygdomme. Den højere forekomst af knogleskørhed blandt enlige kan evt. forklares ved, at der er relativt mange med knogleskørhed blandt de ældste borgere, og at der samtidig er relativt mange enlige i disse aldersgrupper.

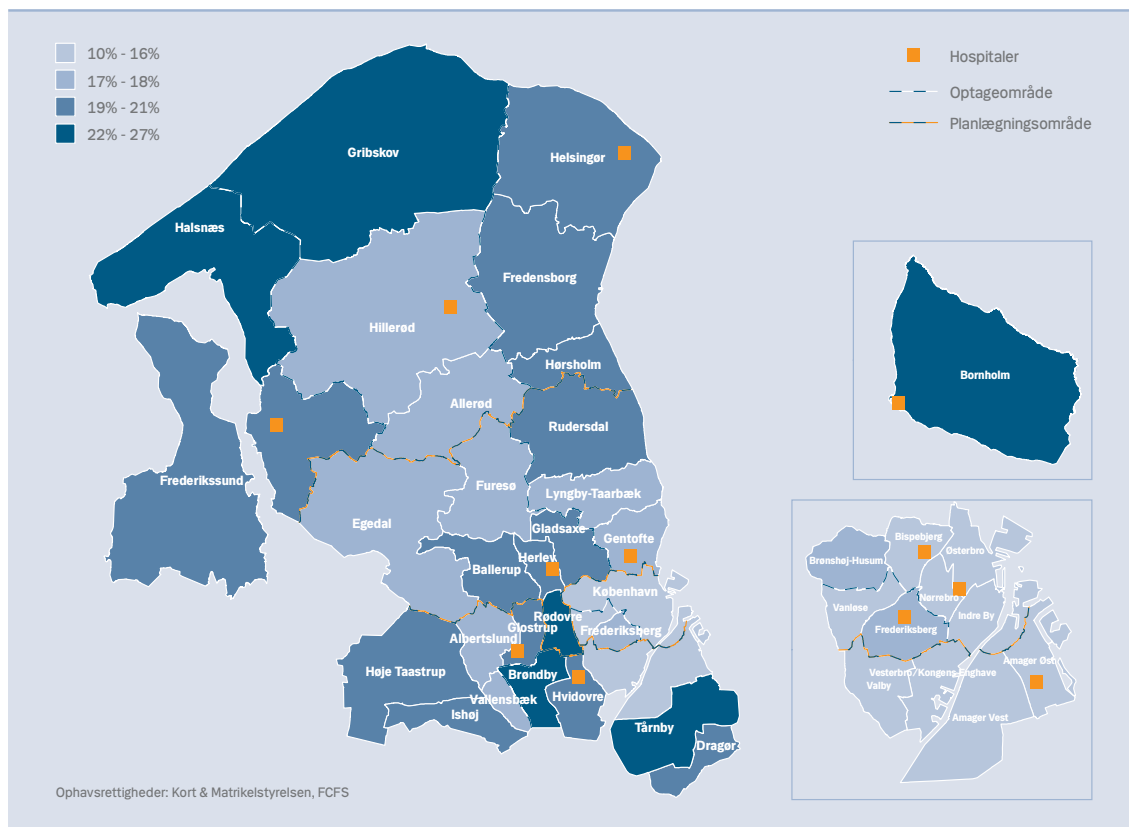
Etnisk baggrund: Der er ingen betydelig forskel på forekomsten af ryg sygdomme og knogleskørhed mellem borgere med forskellig etnisk baggrund. Omvendt er leddegigt hyppigst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, mens slidgigt er hyppigst blandt borgere med dansk baggrund.

Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere med leddegigt varierer fra 2,8 % i bydelen Indre by til 8,8 % i Brøndby Kommune (tabel 6.16). Slidgigt varierer fra 10 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave til 27 % på Bornholm (tabel 6.17). Ryg sygdomme varierer fra 8 % i Furesø Kommune til 18 % på Bornholm (tabel 6.18). Knogleskørhed varierer fra 1,7 % i bydelene Amager Vest og Amager Øst til 4,9 % i bydelen Brønshøj-Husum (tabel 6.19). Når der tages højde for alders- og kønsforskellene mellem kommunerne, er der en social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne. Den sociale gradient er udtalt for leddegigt, slidgigt og ryg sygdomme og mindre udtalt for knogleskørhed.

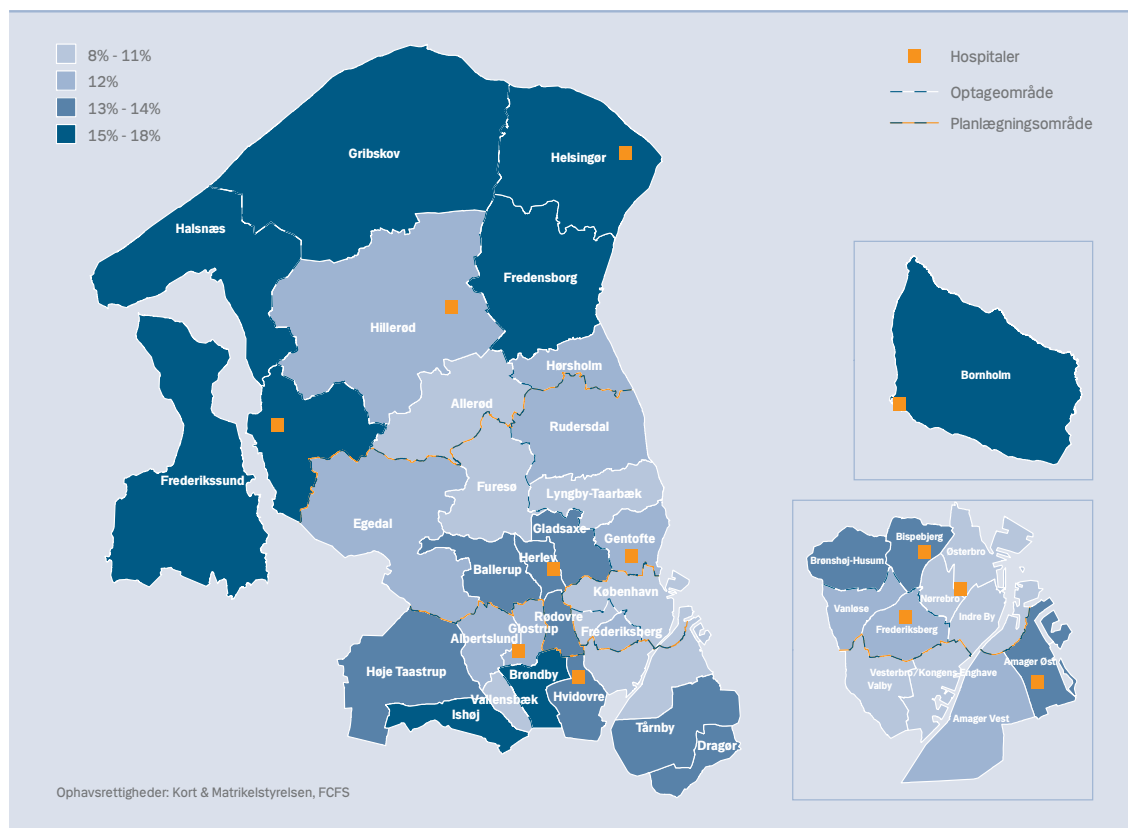
Figur 6.8 Borgere, som har leddegigt



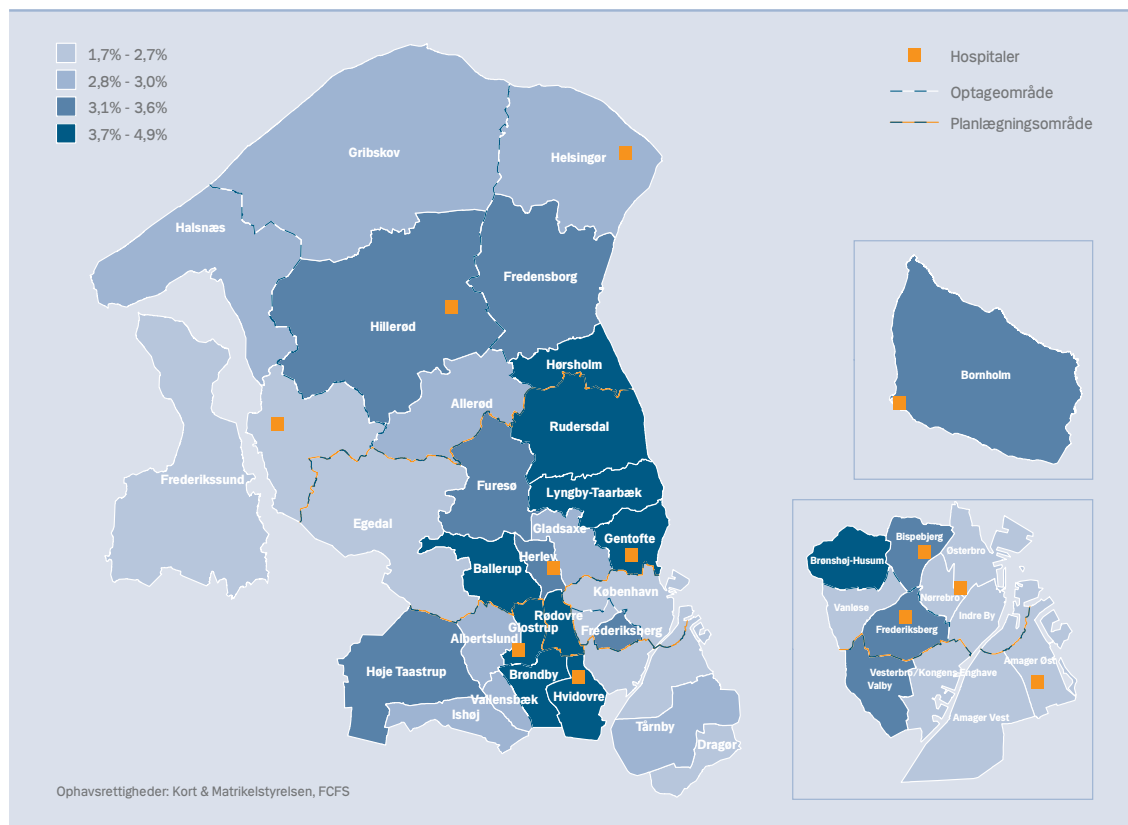
Figur 6.9 Borgere, som har slidgigt

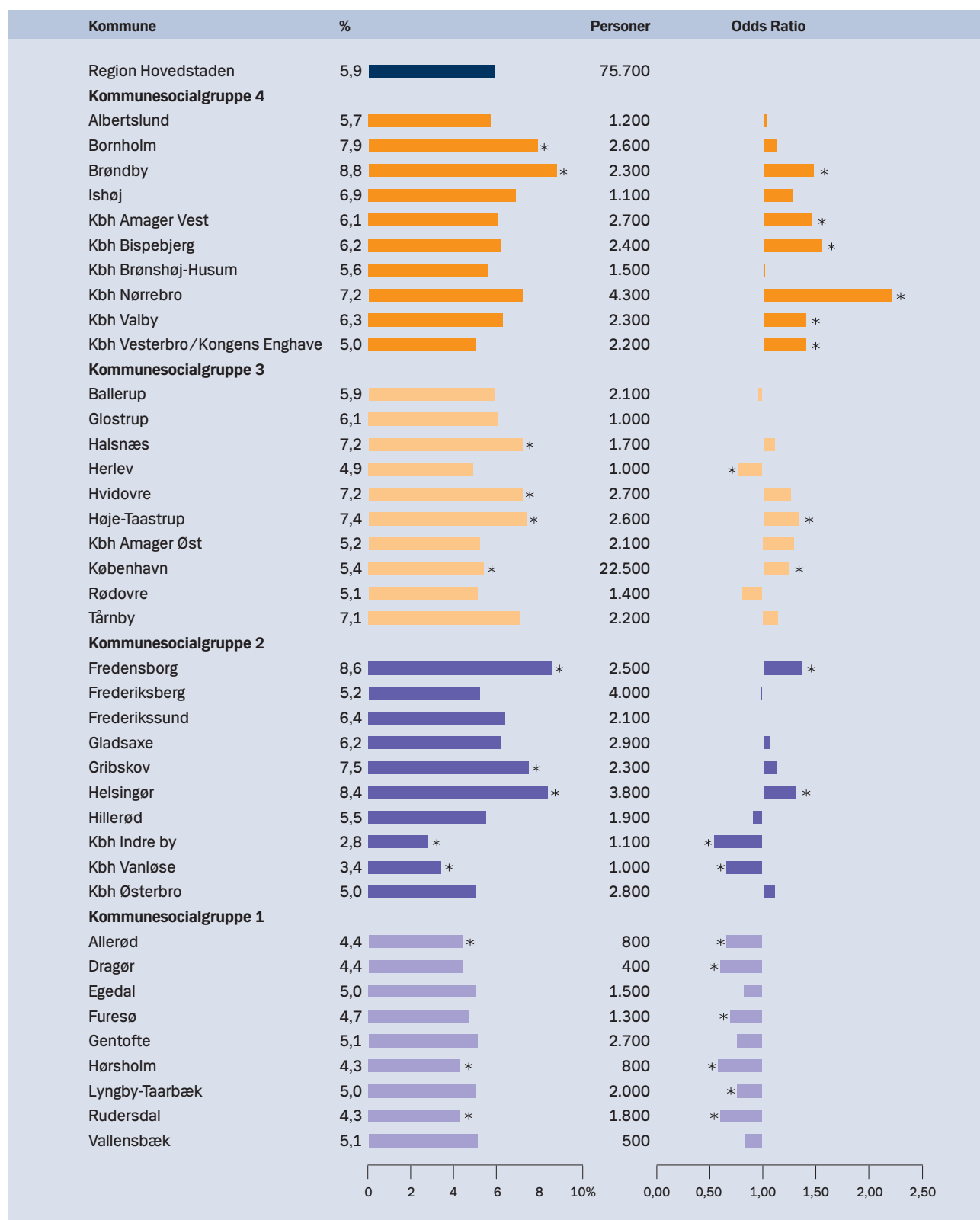


Figur 6.10 Borgere, som har ryggsygdomme



Figur 6.11 Borgere, som har knogleskørhed



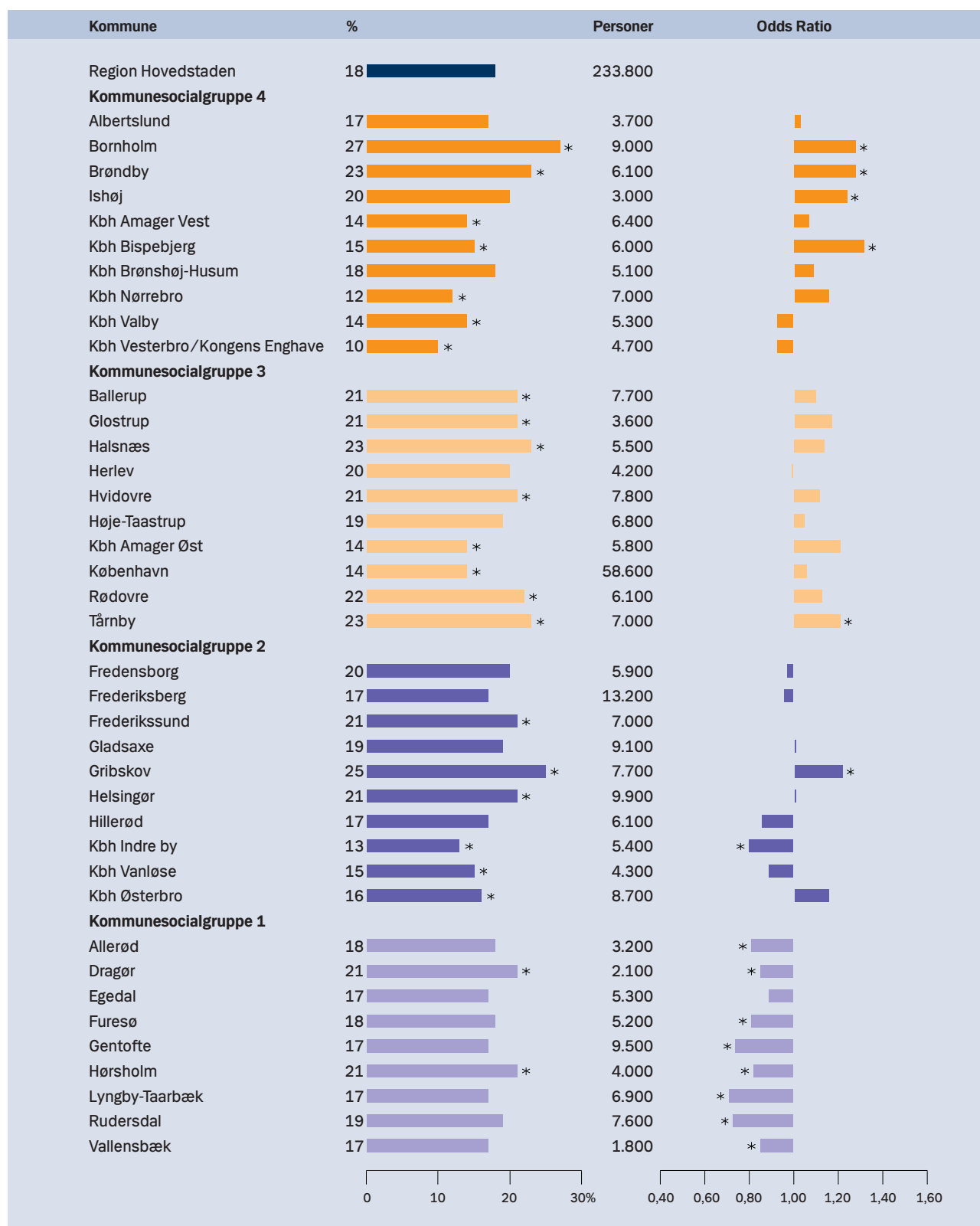
Tabel 6.16 Borgere i kommunerne, som har leddegigt


* 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 6.17 Borgere i kommunerne, som har slidgigt

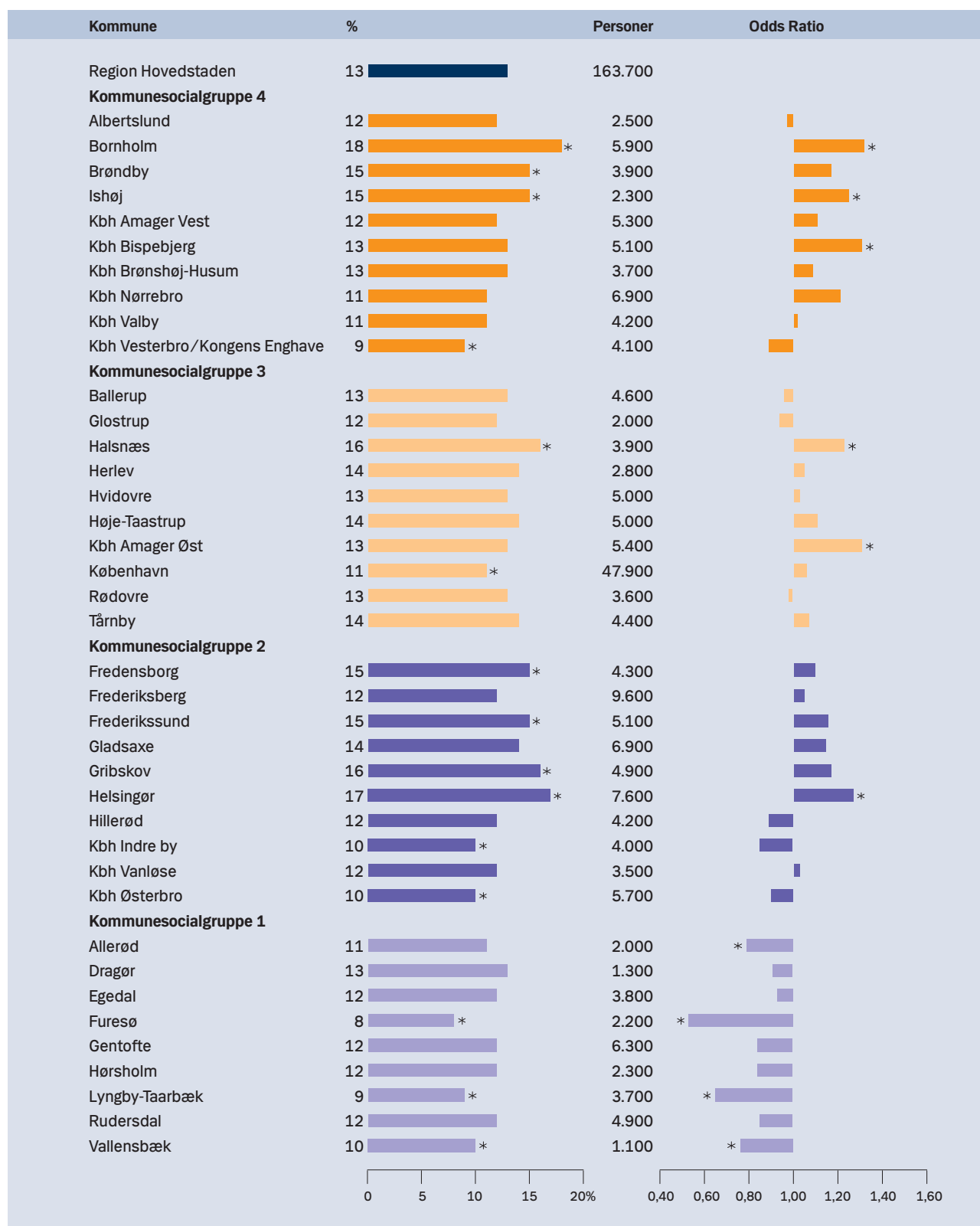


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

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 6.18 Borgere i kommunerne, som har ryggsygdomme

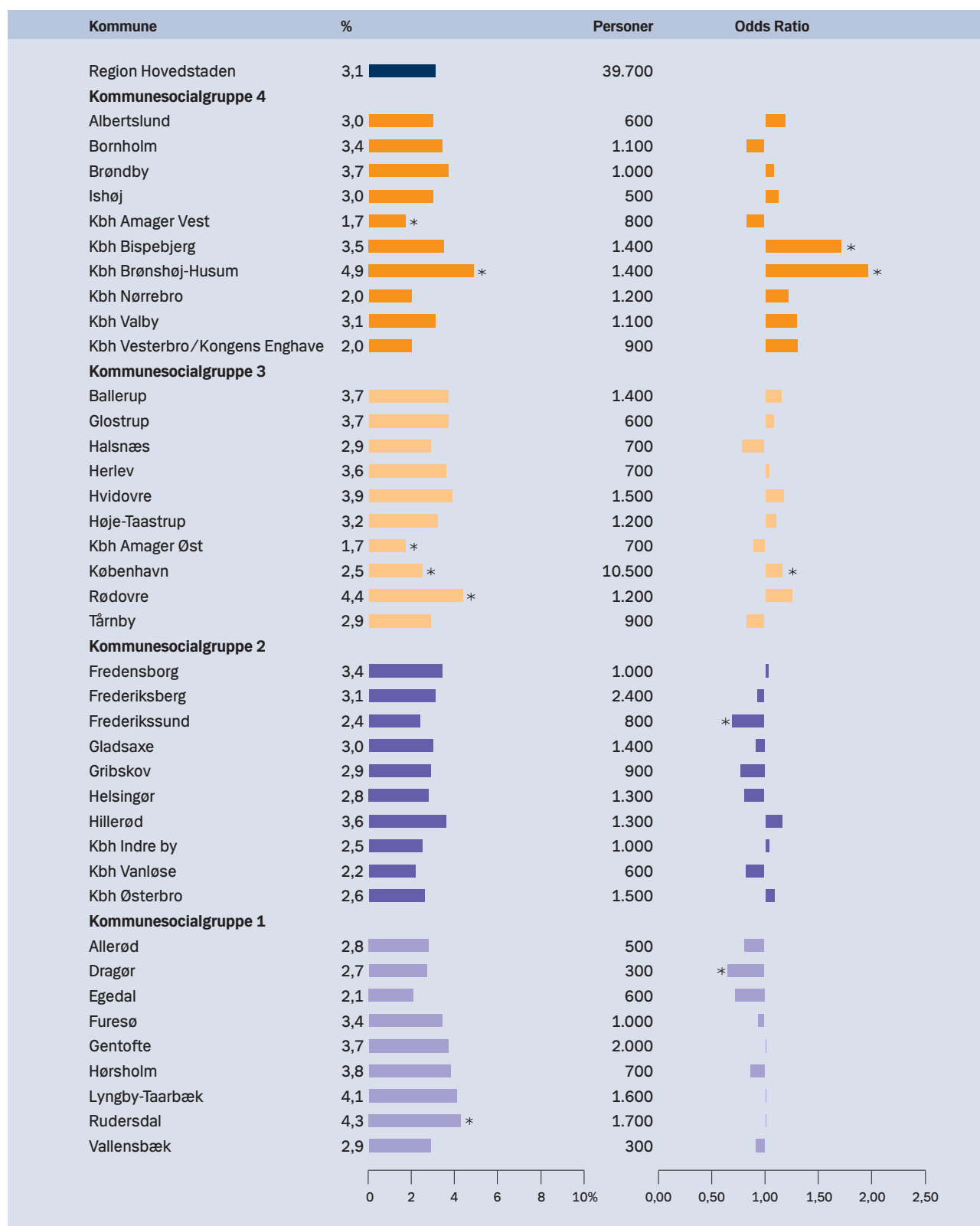


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

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 6.19 Borgere i kommunerne, som har knogleskørhed



* 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

6.1.6 Psykiske sygdomme

Psykiske sygdomme omfatter alle grader af psykisk sygdom fra blandt andet svære psykoser (skizofreni) til affektive lidelser (depression) og nervøse lidelser. Psykisk sygdom antages at være ansvarlig for 35-40 % af sygefraværet i Danmark (Kjøller et al., 2007).

I dette afsnit opgøres henholdsvis forbigående og vedvarende psykiske sygdomme. Forbigående psykiske sygdomme

dækker over let depression og angst, mens vedvarende psykisk sygdom dækker over mentale forstyrrelser.

I Region Hovedstaden har 13 % af de voksne borgere forbigående psykiske sygdomme, og knap 4 % har vedvarende psykiske sygdomme. Det svarer til henholdsvis 173.300 og 46.700 personer (tabel 6.20).

Tabel 6.20 Borgere, som har forbigående psykiske sygdomme, og borgere, som har vedvarende psykiske sygdomme

	Forbigående psykiske sygdomme		Vedvarende psykiske sygdomme	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	13	173.300	3,6	46.700
Køn				
Mand	11	68.000	3,4	21.300
Kvinde	16	105.300	3,8	25.400
Alder				
16-24 år	12	22.300	3,4	6.000
25-34 år	14	33.200	3,2	7.500
35-44 år	14	35.100	3,6	9.100
45-54 år	15	32.300	4,4	9.300
55-64 år	14	26.600	4,5	8.600
65-79 år	10	17.500	2,4	4.200
80+ år	11	6.200	3,7	2.000
Uddannelse				
Under uddannelse	14	18.300	3,4	4.600
Grundskole	19	17.000	7,8	6.800
Kort uddannelse	14	52.700	4,0	15.500
Kort videreg. uddannelse	13	17.700	3,0	4.000
Mellemlang videreg. uddannelse	13	32.300	2,8	7.000
Lang videreg. uddannelse	9	21.600	1,8	4.100
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	10	73.700	1,5	10.800
Arbejdsløs	28	13.800	7,7	3.800
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	45	13.000	22,0	6.200
Førtidspensionist	37	16.700	24,6	10.900
Pensionist	11	26.300	2,8	6.900
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	19	64.400	6,4	21.800
Samlevende (blandt 25+ årige)	11	80.400	2,2	16.700
Etnisk baggrund				
Danmark	12	136.000	3,3	36.600
Andre vestlige lande	17	14.600	3,1	2.600
Ikke-vestlige lande	20	22.600	6,5	7.500

Køn og alder: Forbigående psykiske sygdomme forekommer hyppigere blandt kvinder end blandt mænd, mens vedvarende psykiske sygdomme forekommer lige hyppigt blandt kvinder og mænd. Forbigående psykiske sygdomme forekommer hyppigst blandt borgere i alderen 25-64 år, mens sygdommene er mindre hyppige blandt de yngste og de ældste borgere. Vedvarende psykiske sygdomme forekommer hyppigst blandt de 45-64-årige.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Andelen af borgere med forbigående samt vedvarende psykiske sygdomme falder med stigende uddannelsesniveau. Sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse forekommer forbigående psykiske sygdomme dobbelt så hyppigt blandt borgere, der kun har en grundskoleuddannelse, mens vedvarende psykiske sygdomme forekommer fire gange så hyppigt blandt borgere, som kun har en grundskoleuddannelse. Nogle af disse sociale forskelle kan skyldes, at en del psykisk sygdomme udvikles i en tidlig alder, og at borgeren derfor ikke får en uddannelse. Samtidig er forekomsten af både forbigående og vedvarende psykiske sygdomme blandt borgere i den erhvervsaktive alder markant højere for borgere uden for arbejdsmarkedet sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

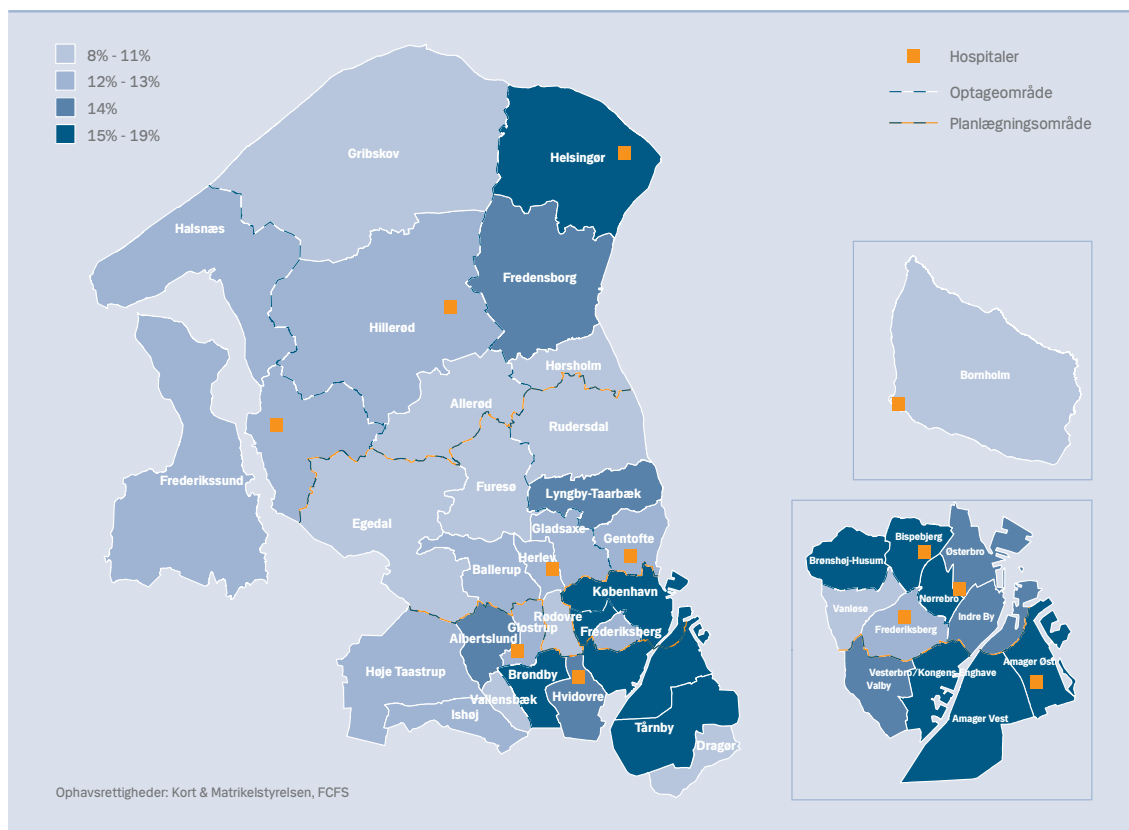
Samlivsstatus blandt 25+årige: Forekomsten af både forbigående og vedvarende psykiske sygdomme er væsentligt højere blandt enlige end blandt samlevende. Dette kan være et udtryk for social isolation.

Etnisk baggrund: Både forbigående og vedvarende psykiske sygdomme er mere udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

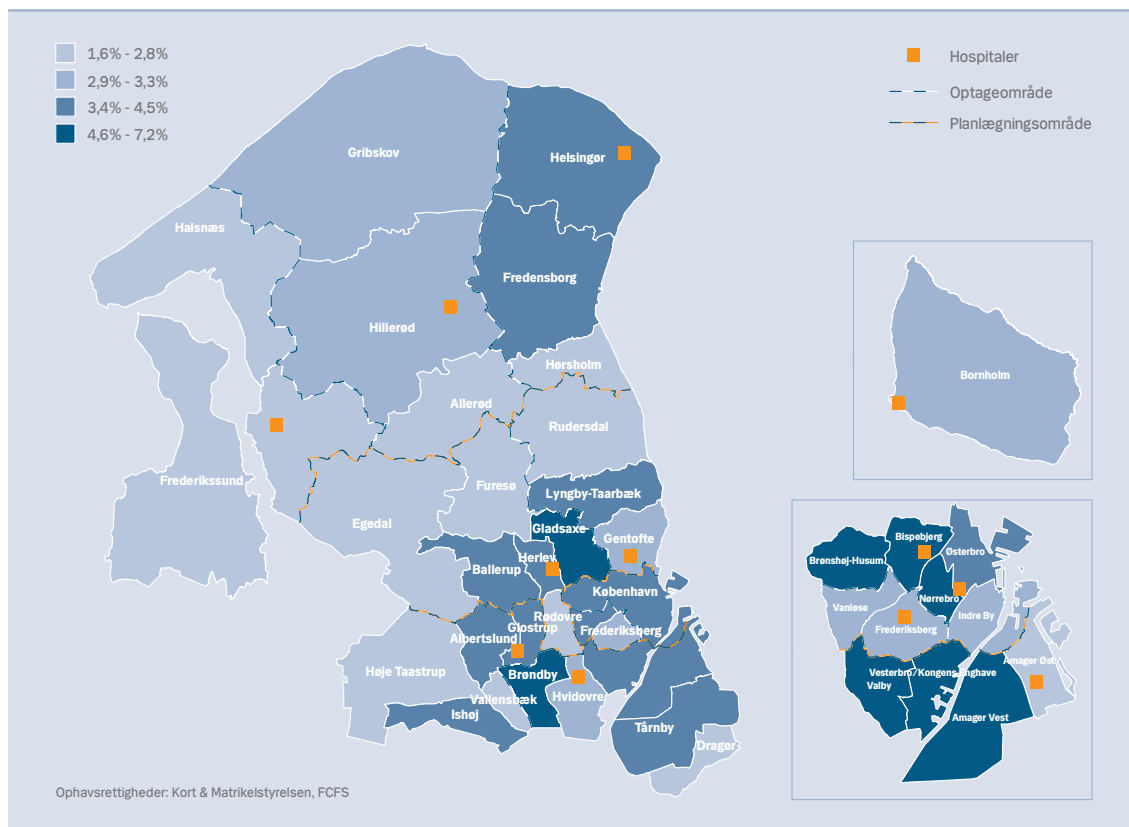
Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere med forbigående psykisk sygdom varierer fra 8 % i Allerød Kommune til 19 % i bydelen Bispebjerg (tabel 6.21). Forekomsten af vedvarende psykiske sygdomme varierer fra 1,6 % i Vallensbæk Kommune til 7,2 % i bydelen Bispebjerg (tabel 6.22).

For begge sygdomme ses en social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne. Næsten alle kommuner i kommunesocialgruppe 4 har en højere forekomst af psykiske sygdomme end regionsgennemsnittet, mens hovedparten af kommunerne i kommunesocialgruppe 1 har en lavere forekomst end regionsgennemsnittet. Denne gradient ses også efter justering for alders- og kønsforskellene på tværs af kommunerne.

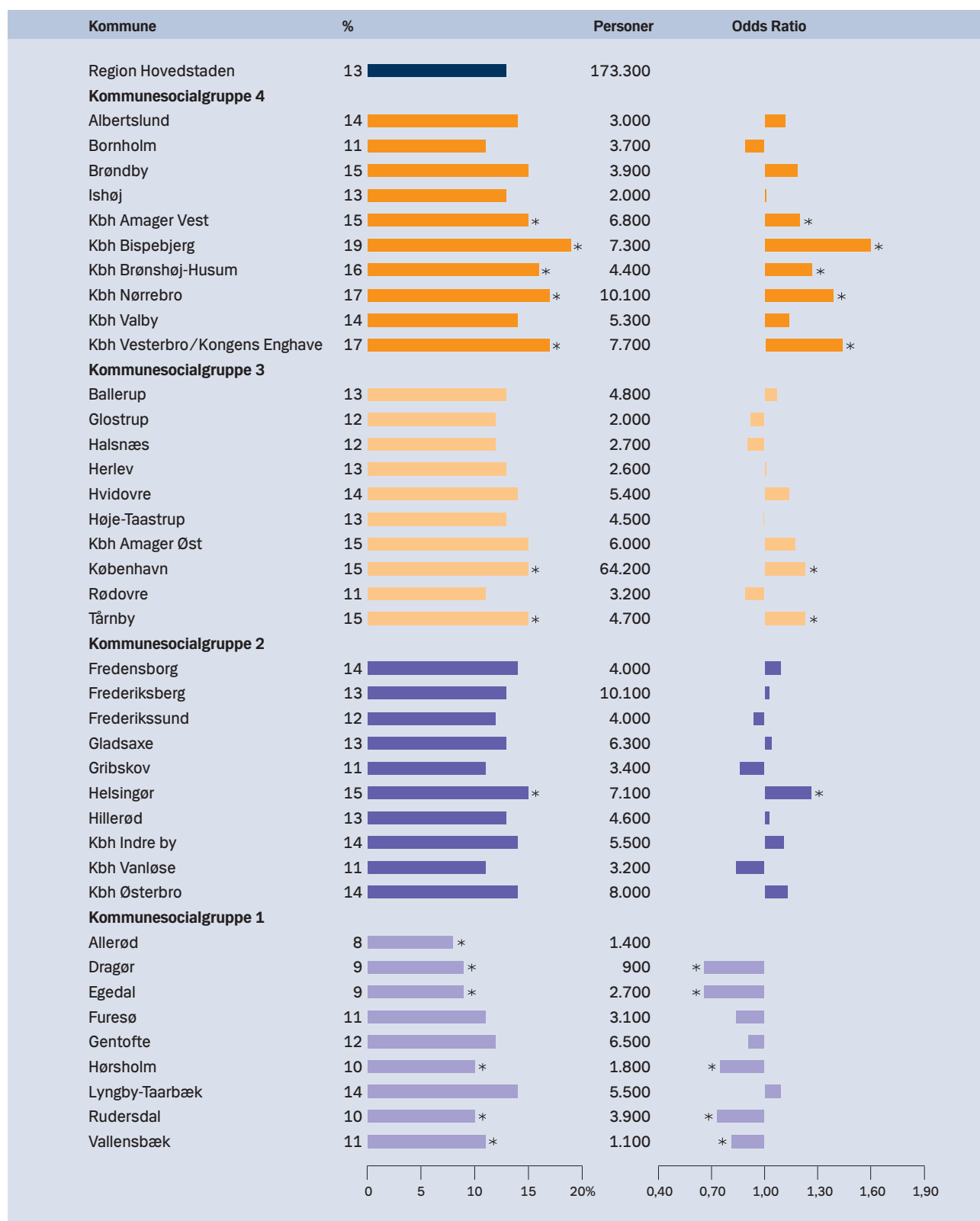
Figur 6.12 Borgere, som har forbigående psykiske sygdomme



Figur 6.13 Borgere, som har vedvarende psykiske sygdomme



Tabel 6.21 Borgere i kommunerne, der har forbigående psykisk sygdom

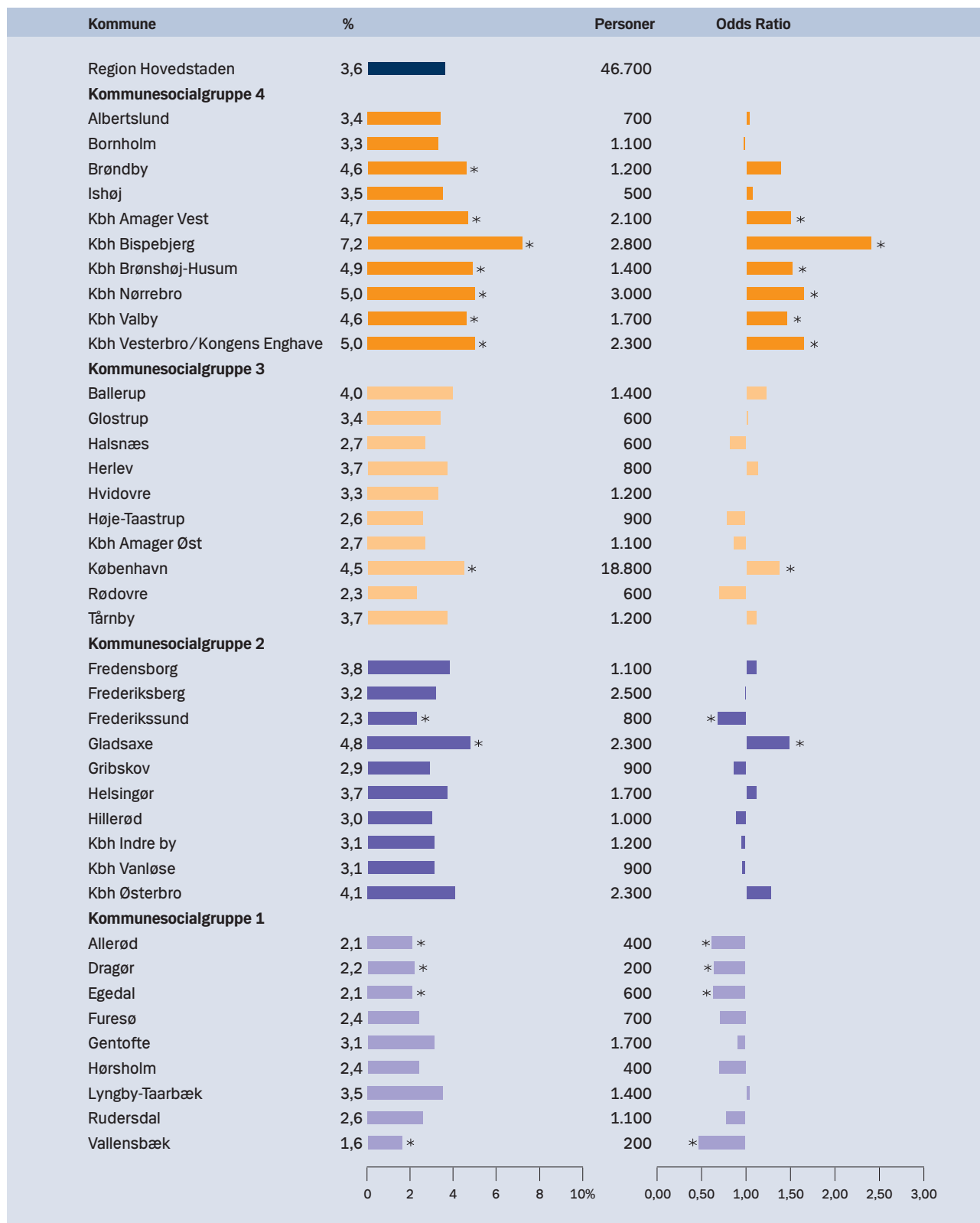


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

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 6.22 Borgere i kommunerne, der har vedvarende psykisk sygdom



* 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

6.1.7 Allergi og hovedpine

Allergi og hovedpine er to tilstande, som er forholdsvis hyppige. Ingen af de to tilstande er livstruende, men de påvirker det enkelte individ i dagligdagen, så det til tider kan være invaliderende.

I denne rapport dækker allergi over allergisk snue, føde-
vareallergi og anden form for allergi, mens hovedpine
dækker over migræne eller hyppig hovedpine.

I Region Hovedstaden har hver fjerde borger allergi, og
hver sjette borger har hovedpine. Dette svarer til hen-
holdsvis 338.900 og 203.300 personer (tabel 6.23).

Tabel 6.23 Borgere, som har allergi, og borgere, som har hovedpine

	Allergi		Hovedpine	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	26	338.900	16	203.300
Køn				
Mand	24	149.000	9	59.700
Kvinde	29	189.900	22	143.600
Alder				
16-24 år	27	48.300	14	25.900
25-34 år	29	68.800	15	35.200
35-44 år	30	73.400	19	47.900
45-54 år	28	59.700	20	42.200
55-64 år	23	44.000	16	29.800
65-79 år	21	35.200	10	17.700
80+ år	18	9.600	9	4.600
Uddannelse				
Under uddannelse	27	36.700	14	19.100
Grundskole	21	17.900	21	18.100
Kort uddannelse	25	94.500	16	62.300
Kort videreg. uddannelse	27	35.800	19	25.300
Mellemlang videreg. uddannelse	29	71.200	15	38.300
Lang videreg. uddannelse	28	64.100	11	25.000
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	27	194.400	15	109.700
Arbejdsløs	30	14.900	22	11.300
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	33	9.300	36	10.300
Førtidspensionist	32	13.900	32	14.400
Pensionist	20	48.700	11	25.600
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	27	91.000	16	56.200
Samlevende (blandt 25+ årige)	26	193.400	16	116.300
Etnisk baggrund				
Danmark	26	283.600	15	162.200
Andre vestlige lande	30	25.400	14	12.000
Ikke-vestlige lande	26	29.900	25	29.100

Køn og alder: For både allergi og hovedpine gælder, at sygdommene er mere udbredt blandt kvinder end blandt mænd. Kønsforskellen er mest udtalt for hovedpine, der forekommer mere end dobbelt så hyppigt blandt kvinder sammenlignet med mænd. Forekomsten af allergi er størst blandt de 16-54-årige, hvorefter den falder med alderen. Hovedpine er mest udbredt blandt de 35-54-årige borgere og mindst udbredt blandt borgere på 65 år eller derover.

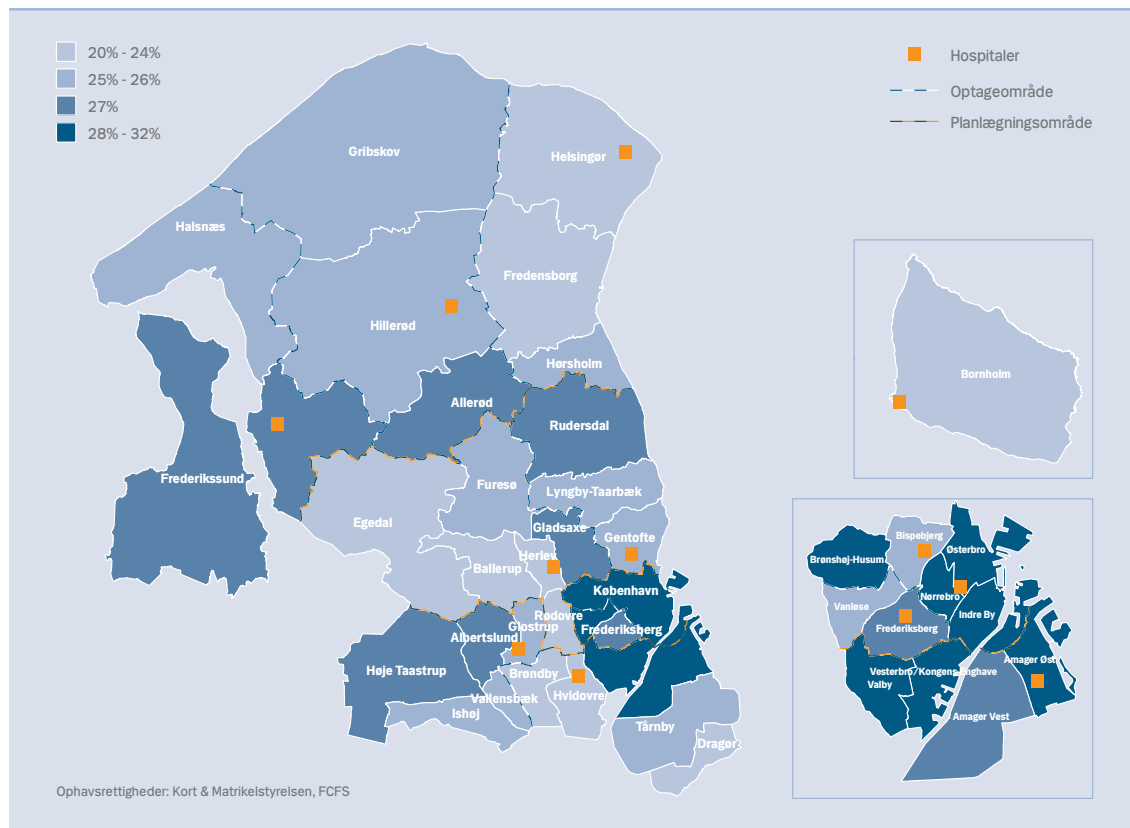
Uddannelse og erhvervstilknytning: Der er en tendens til, at forekomsten af allergi stiger med stigende uddannelsesniveau. Omvendt er der en tendens til, at forekomsten af hovedpine falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt borgere, som kun har en grundskoleuddannelse, har én ud af fem allergi, og én ud af fem har hovedpine. Blandt borgerne med en lang videregående uddannelse har mere end én ud af fire allergi, mens kun én ud af ti har hovedpine. En større andel af borgere i den erhvervsaktive alder, som er udenfor arbejdsmarkedet, har hovedpine eller allergi sammenlignet med erhvervsaktive borgere. Én ud af tre førtidspensionister eller langtidssyge m.m. har hovedpine, mens knapt én ud af seks borgere i beskæftigelse har hovedpine. Tendensen er ikke så udtalt for allergi.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Andelene af borgere med henholdsvis allergi og hovedpine er den samme blandt samlevende og enlige.

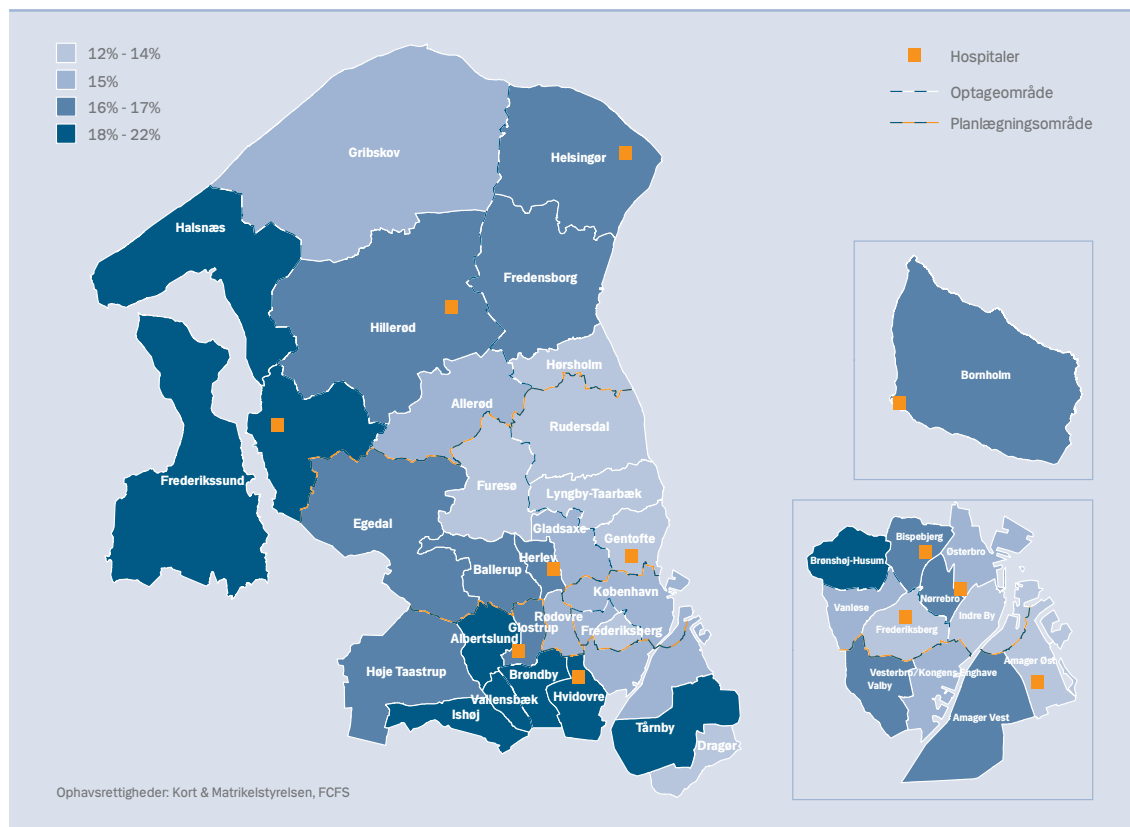
Etnisk baggrund: Allergi forekommer lige hyppigt blandt borgere med dansk baggrund og borgere med ikke-vestlig baggrund, mens forekomsten er lidt hyppigere blandt borgere med anden vestlig baggrund end dansk. Dette kan skyldes, at disse ofte er mere veluddannede end borgere med henholdsvis dansk og ikke-vestlig baggrund. Hovedpine er hyppigere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, hvor hver fjerde borger lider af hovedpine, mens kun hver syvende borger med dansk baggrund lider af hovedpine.

Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere med allergi varierer fra 20 % på Bornholm til 32 % i bydelen Østerbro. Der er ingen forskel på forekomsten af allergi på tværs af kommunesocialgrupperne (tabel 6.24). Andelen af borgere med hovedpine varierer fra 12 % i Hørsholm og Furesø Kommune samt bydelen Indre by til 22 % i Ishøj Kommune. Der er en tendens til en socialgradient på tværs af kommunesocialgrupperne. Således er forekomsten af hovedpine højere end regionsgennemsnittet i størstedelen af kommunerne i kommunesocialgruppe 3 og 4, mens forekomsten er lavere end regionsgennemsnittet i størstedelen af kommunerne i kommunesocialgruppe 1 og 2 (tabel 6.25).

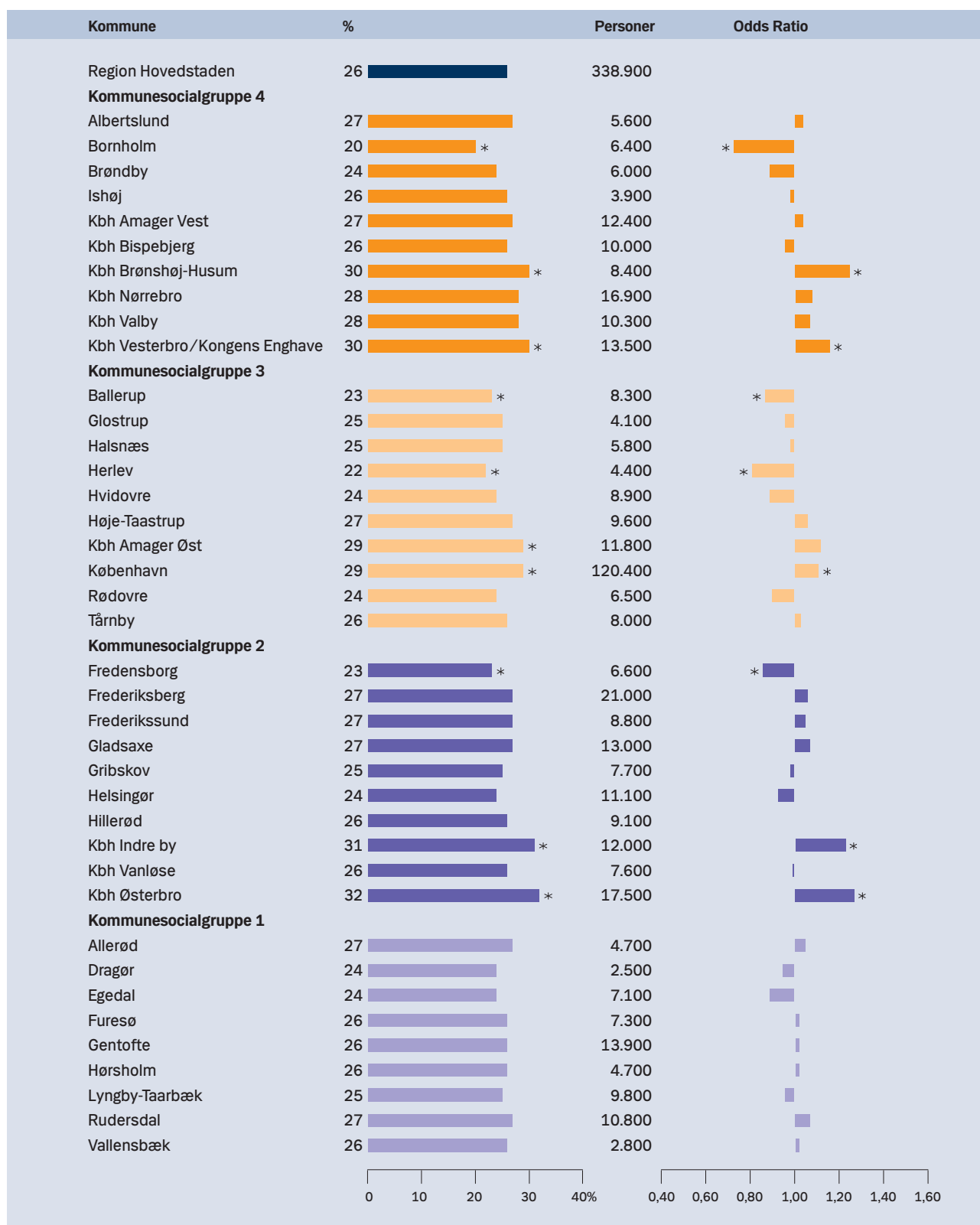
Figur 6.14 Borgere, som har allergi



Figur 6.15 Borgere, som har hovedpine



Tabel 6.24 Borgere i kommunerne, som har allergi

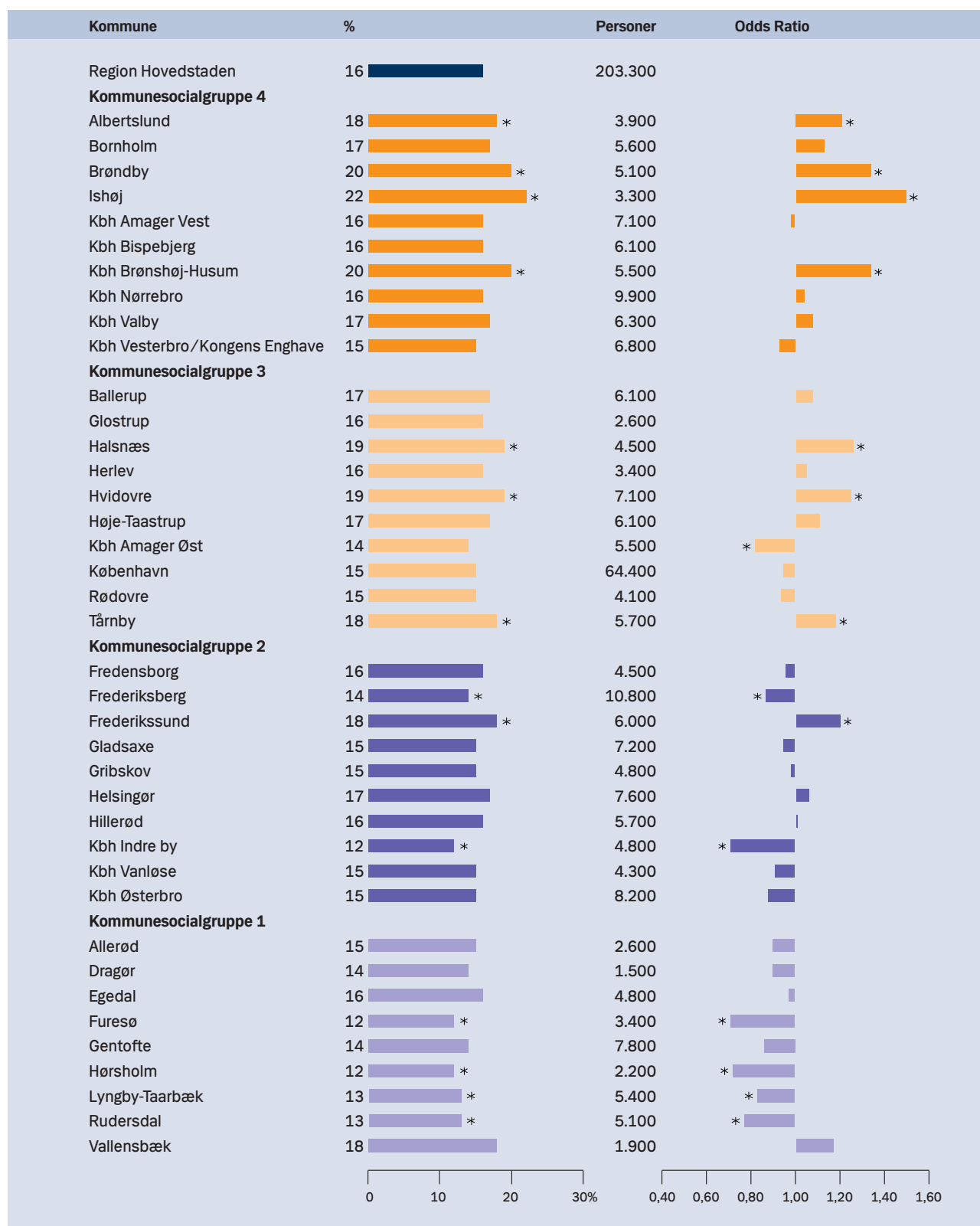


* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

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 6.25 Borgere i kommunerne, som har hovedpine



* 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

6.1.8 Flere kroniske sygdomme

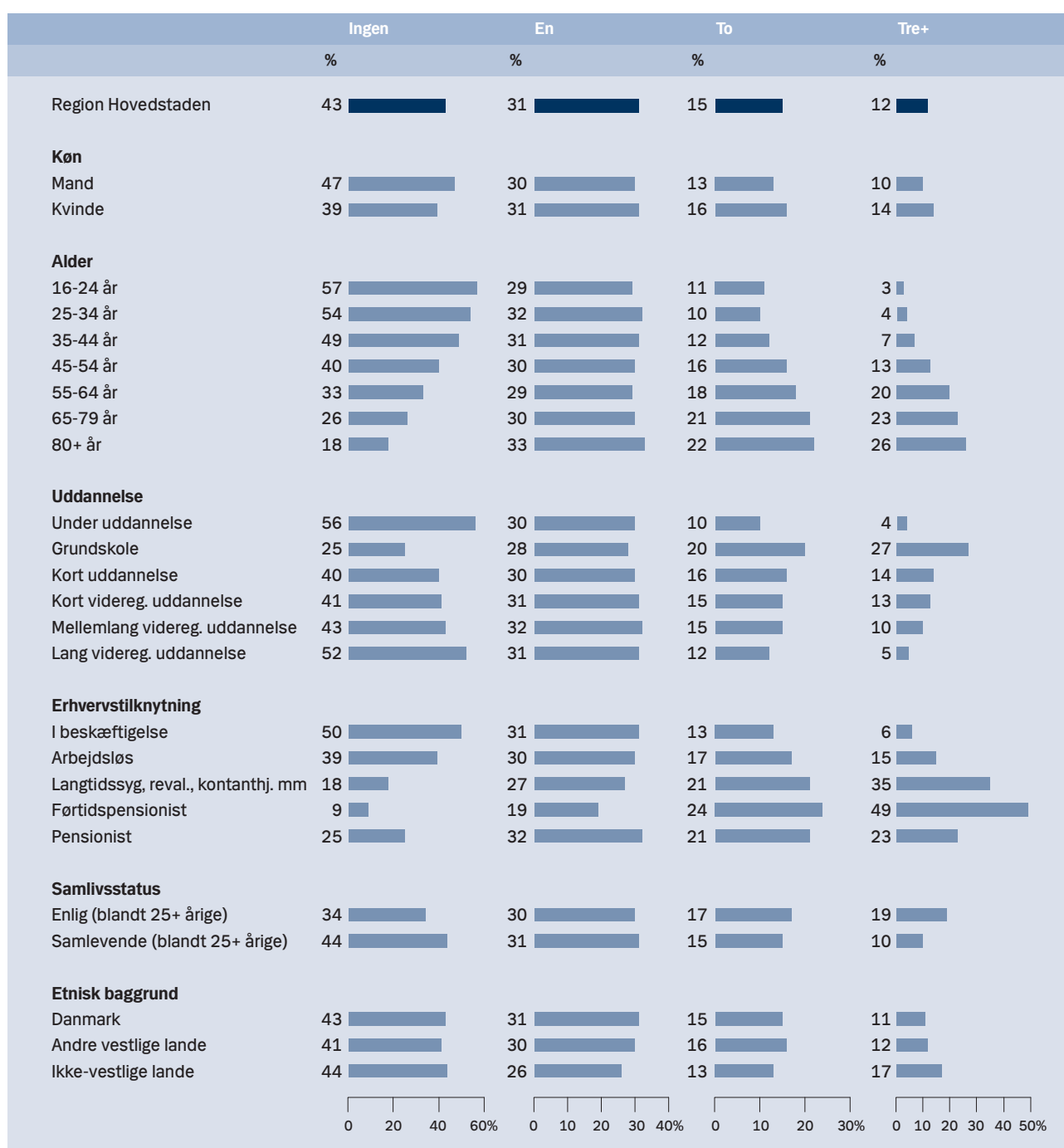
Den akutte behandling og den efterfølgende kontrol og behandling af mange kroniske sygdomme er blevet markant forbedret i løbet af de seneste 10-20 år. Dette medfører, at flere overlever længere med kronisk sygdom, og dermed stiger forekomsten af de kroniske sygdomme i befolkningen. Man må samtidig forvente,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

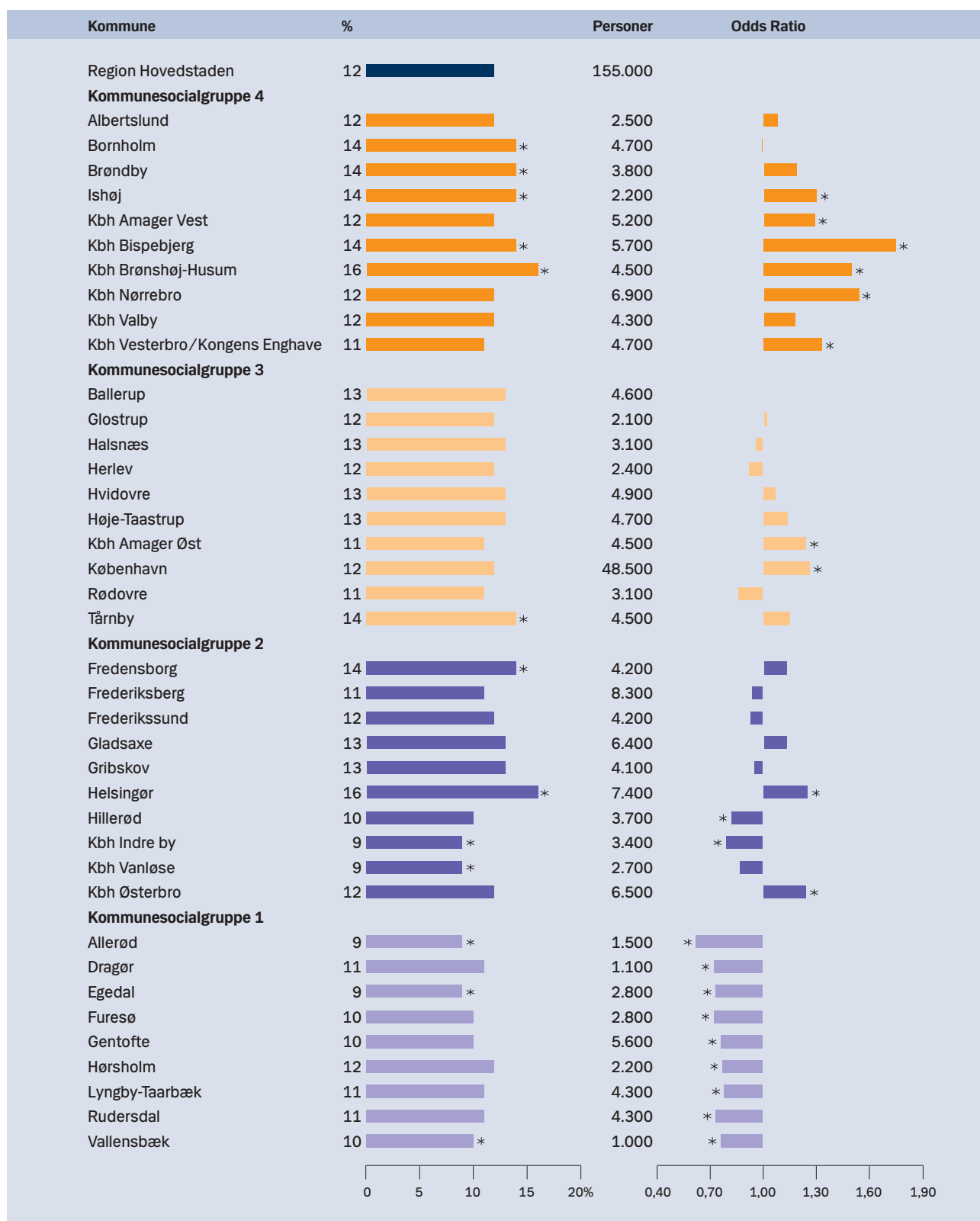
I dette afsnit beskrives andelen af borgere, der lever med flere kroniske sygdomme. Fællesbetegnelsen kroniske sygdomme dækker – med undtagelse af hovedpine – over de sygdomme, som er beskrevet i de tidligere afsnit i kapi-

tel 6: Blodprop i hjertet, hjertekramper, hjerneblødning/ blodprop i hjernen, diabetes, kræft, KOL, astma, leddegigt, slidgigt, rygsygdomme, knogleskørhed, forbigående og vedvarende psykiske sygdomme samt allergi.

I Region Hovedstaden lever 43 % af borgerne uden kronisk sygdom. Hver tredje borger har én kronisk sygdom. De hyppigste sygdomme blandt borgere med én kronisk sygdom er allergi, slidgigt og rygsygdomme. Andelen af borgere med én kronisk sygdom, som har allergi, er 43 %, 17 % har slidgigt, og 11 % har rygsygdomme. Hver 10. borger lever med tre eller flere kroniske sygdomme – svarende til 155.000 personer (tabel 6.26).

Tabel 6.26 Borgere, som har flere kroniske sygdomme



Tabel 6.27 Borgere i kommunerne, som har mindst tre kroniske sygdomme


* 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 Kroniske sygdomme, sundhedsadfærd og overvægt

Som led i behandlingen af mange af de kroniske sygdomme er en hensigtsmæssig sundhedsadfærd afgørende for prognosen. I dette afsnit beskrives sundhedsadfærd blandt borgere med kroniske sygdomme i Region Hovedstaden. Derudover beskrives sundhedsadfærd blandt borgere med forhøjet blodtryk og borgere med svær overvægt; to risikofaktorer, der er tæt relateret til en række kroniske sygdomme. Endelig beskrives sammenfaldet mellem kroniske sygdomme og overvægt.

En stor andel af borgere med kroniske sygdomme

- har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd
- er moderat eller svært overvægtige

6.2.1 Sundhedsadfærd og de forskellige kroniske sygdomme

Som beskrevet i kapitel 3 ryger 20 % af borgerne i Region Hovedstaden, 28 % har en risikabel alkoholadfærd, 31 % er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen, og 10 % spiser en meget usund kost (tabel 6.28).

Ryning: For størsteparten af de kroniske sygdomme (undtagen kræft og allergi) er der en større andel af dagligrygere blandt borgere med kroniske sygdomme end blandt borgere uden kroniske sygdomme. Rygning er sær-

ligt udbredt blandt borgere med KOL og psykiske sygdomme. Næsten hver anden borger med KOL ryger, hvilket indikerer, at der fortsat er et stort forebyggelsespotentiale blandt disse patienter.

Alkohol: Blandt borgere med KOL eller vedvarende psykiske sygdomme er der en større andel, som har en risikabel alkoholadfærd sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme. Omvendt er andelen en anelse mindre for de

Tabel 6.28 Borgere med kroniske sygdomme, som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost

	Ryning	Alkohol	Fysisk aktivitet	Kost
	%	%	%	%
Region Hovedstaden	20	28	31	10
Uden kronisk sygdom	17	28	26	9
Hjertekarsygdomme				
Blodprop i hjertet	23	27	55*	13
Hjertekrampe	28*	26	48*	12
Blodprop eller blødning i hjernen	25*	26	56*	15*
Diabetes	22*	24*	50*	11
Kræft	18	28	46*	12
Luftvejssygdomme				
Astma	21*	27	35*	12*
KOL	44*	32*	54*	21*
Muskelskeletsygdomme				
Leddegigt	28*	27	46*	13*
Slidgigt	22*	27*	43*	11*
Rygsygdomme	27*	26	41*	14*
Knogleskørhed	22*	19	53*	11*
Psykiske sygdomme				
Forbigående psykiske sygdomme	31*	29*	40*	13*
Vedvarende psykiske sygdomme	38*	34*	48*	16*
Migræne, hovedpine	24*	20*	38*	11*
Allergi	17	27	30*	9
Forhøjet blodtryk	20*	28*	44*	12*
Svær overvægt	20*	22*	47*	14*
Flere kroniske sygdomme				
1 kronisk sygdom	19*	27	30*	9*
2 kroniske sygdomme	22*	28*	36*	12*
3+ kroniske sygdomme	28*	27*	48*	13*

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

fleste andre kroniske sygdomme (hjertekarsygdomme, diabetes, astma, leddegigt, slidgigt og allergi) og markant mindre for knogleskørhed eller migræne/hovedpine.

Fysisk aktivitet: Generelt er der en større andel af borgere med kronisk sygdom, som ikke er fysisk aktive 30 minutter om dagen, sammenlignet med borgere, som ikke er kronisk syge. Det gælder for alle kroniske sygdomme. Godt halvdelen af borgerne med blodprop i hjertet, blodprop eller blødning i hjernen, KOL eller knogleskørhed er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen. Til sammenligning er det kun en fjerdedel af borgerne uden kroniske sygdomme. Denne sammenhæng kan dels skyldes, at en række af de kroniske sygdomme gør det vanskeligt at være fysisk aktiv, og dels at mangel på fysisk aktivitet er

en medvirkende årsag til udviklingen af nogle kroniske sygdomme.

Kost: Andelen af borgere, der spiser meget usundt, er større blandt borgere med alle typer af kroniske sygdomme (undtagen allergi) sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme. Blandt borgere med KOL spiser én ud af fem meget usundt, hvilket er over dobbelt så mange som blandt borgere uden kroniske sygdomme.

Flere kroniske sygdomme: Andelen af borgere, som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til rygning, fysisk aktivitet og kost, stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger, mens den er konstant i forhold til alkohol.

6.2.2 Overvægt og de forskellige kroniske sygdomme

Blandt borgere i Region Hovedstaden er 30 % moderat overvægtige, og 11 % er svært overvægtige (tabel 6.29). For stort set alle kroniske sygdomme gælder, at en større

andel af borgere med kroniske sygdomme er moderat eller svært overvægtige sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom.

Tabel 6.29 Borgere med kroniske sygdomme, som er moderat eller svært overvægtige

	Moderat overvægt		Svær overvægt	
	%		%	
Region Hovedstaden	30		11	
Uden kronisk sygdom	28		8	
Hjertekarsygdomme				
Blodprop i hjertet	42		29	
Hjertekrampe	35		22	
Blodprop eller blødning i hjernen	37		21	
Diabetes	38		37	
Kræft	35		16	
Luftvejssygdomme				
Astma	31		16	
KOL	36		19	
Muskelskeletsygdomme				
Leddegigt	38		23	
Slidgigt	37		20	
Rygsygdomme	37		18	
Knogleskørhed	27		10	
Psykiske sygdomme				
Forbigående psykiske sygdomme	29		16	
Vedvarende psykiske sygdomme	32		18	
Migræne, hovedpine	28		16	
Allergi	29		12	
Forhøjet blodtryk	40		25	
Flere kroniske sygdomme				
1 kronisk sygdom	30		11	
2 kroniske sygdomme	32		15	
3+ kroniske sygdomme	36		22	

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

Moderat overvægt: Moderat overvægt er mere udbredt blandt borgere med de fleste typer af kroniske sygdomme (undtagen knogleskørhed samt migræne/hovedpine) sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme. Blandt borgere med hjertekarsygdomme og forhøjet blodtryk er 40 % moderat overvægtige.

Svær overvægt: Svær overvægt er mere udbredt blandt borgere med alle typer af kroniske sygdomme sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme. Blandt borgere med diabetes er næsten fire ud af ti svært overvægtige, hvilket er fem gange så mange som blandt borgere uden kroniske sygdomme.

Hvis man betragter gruppen af moderat og svært overvægtige borgere samlet, er det særligt borgere med blodprop i

hertet, diabetes eller forhøjet blodtryk, som skiller sig ud. Tre ud af fire borgere med diabetes (75%), næsten tre ud af fire med blodprop i hjertet (71%) og to ud af tre med forhøjet blodtryk (65%) er moderat eller svært overvægtige sammenlignet med godt én ud af tre borgere uden kronisk sygdom (36%). Sammenhængen mellem overvægt og kroniske sygdomme kan skyldes flere faktorer. På den ene side kan overvægten være opstået som følge af de kroniske sygdomme, på grund af ændringer i livsstil eller som følge af medicinering. På den anden side kan overvægt også have været medvirkende til udviklingen af de kroniske sygdomme.

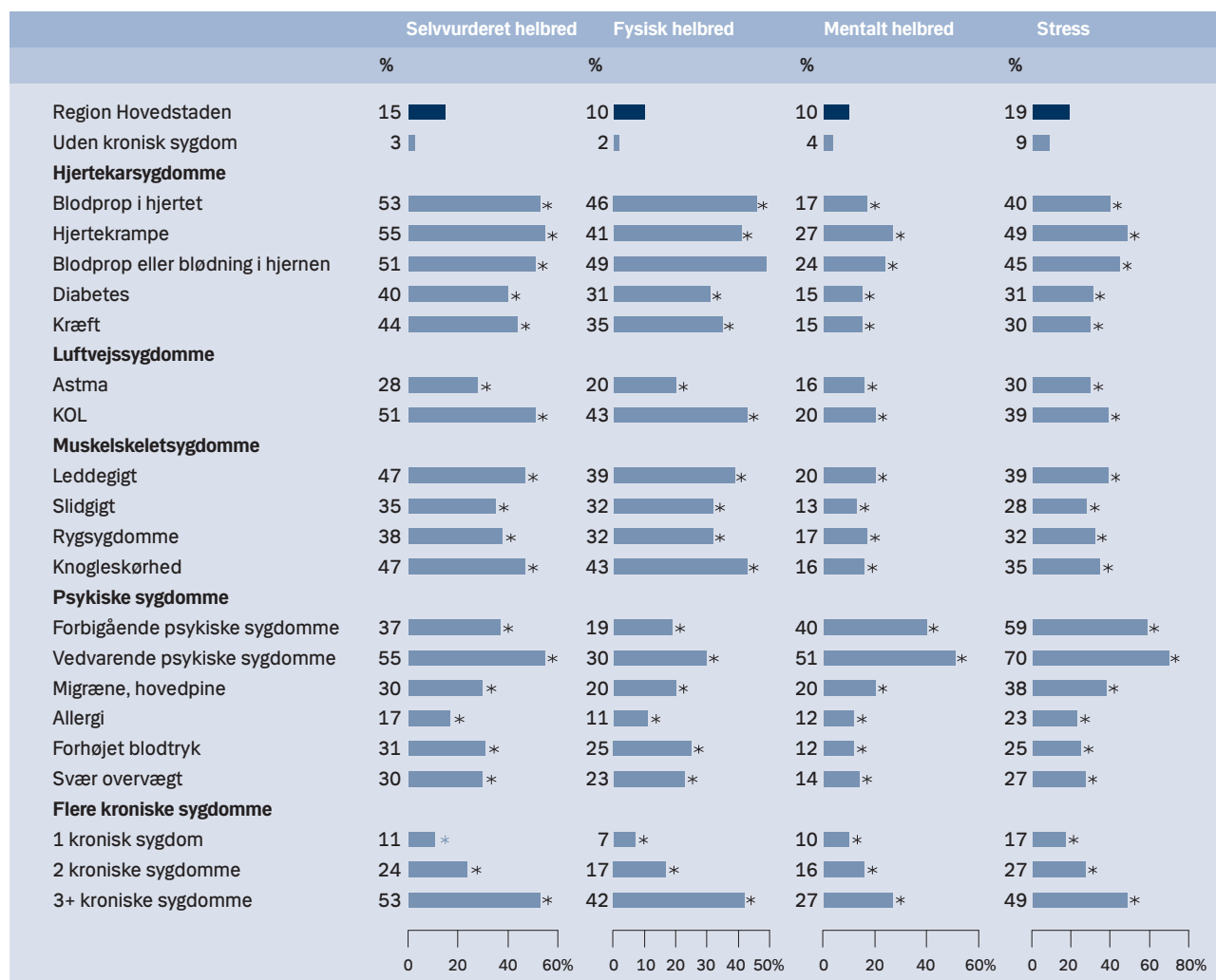
Flere kroniske sygdomme: Forekomsten af moderat eller svær overvægt øges med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger.

6.3 Kroniske sygdomme og helbred

At leve med en kronisk sygdom har en række konsekvenser for det enkelte menneske. For mange vil livskvaliteten

være nedsat. Der kan være flere årsager til nedsat livskvalitet, som i mange tilfælde vil være afhængig af det

6.3.0 Borgere med kroniske sygdomme, som har et mindre godt eller dårligt selvurderet helbred, dårligt fysisk helbred, dårligt mentalt helbred eller et højt stressniveau



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

enkelte menneskes baggrund og ressourcer. Nogle årsager til nedsat livskvalitet kan være smerter, bivirkninger af behandling, manglende mobilitet, social udstødning eller udstødning fra arbejdsmarkedet samt erkendelsen af at skulle leve resten af livet med en kronisk sygdom. I dette afsnit beskrives generelt helbred blandt de kronisk syge i Region Hovedstaden. Derefter beskrives generelt helbred blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme.

Som beskrevet i kapitel 4 har 15 % af borgerne i Region Hovedstaden et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (tabel 6.30). Regionsniveauet for dårligt fysisk helbred, dårligt mentalt helbred og højt stressniveau er fastsat i definitionen af de tre mål og giver derfor ikke mening i sig selv (kapitel 4).

Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred:

Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er langt mere udbredt blandt borgere med alle typer af kroniske sygdomme sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom. Blandt borgere med hjertekarsygdomme, KOL eller vedvarende psykiske sygdomme har mere end halvdelen et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred sammenlignet med 3 % blandt borgere uden kroniske sygdomme.

Dårligt fysisk helbred: Dårligt fysisk helbred er ligeledes langt mere udbredt blandt borgere med alle typer af kroniske sygdomme end blandt borgere uden kronisk sygdom. Særligt blandt borgere med hjertekarsygdomme, KOL eller knogleskørhed har mange et dårligt fysisk helbred sammenlignet med borgerne uden kroniske sygdomme.

Dårligt mentalt helbred: Dårligt mentalt helbred er igen markant større blandt borgere med alle typer af kroniske sygdomme end blandt borgere uden kronisk sygdom. Der er særligt mange blandt borgerne med vedvarende psykiske sygdomme, der har et dårligt mentalt helbred sammenlignet med borgerne uden kroniske sygdomme.

Højt stressniveau: Andelen af borgerne med højt stressniveau er ligeledes større blandt borgere med alle typer af kroniske sygdomme end blandt borgere uden kronisk sygdom. Seks ud af ti borgere med forbigående psykiske sygdomme og syv ud af ti borgere med vedvarende psykiske sygdomme har et højt stress niveau mod kun én ud af ti borgere uden kroniske sygdomme.

Flere kroniske sygdomme: Andelen af borgere, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, et dårligt fysisk helbred, et dårligt mentalt helbred og et højt stressniveau, stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger.

6.3.1 Generelt helbred og mindst tre kroniske sygdomme

Blandt de mest sygdomsbelastede af borgerne i Region Hovedstaden – de, som har mindst tre kroniske sygdomme – vurderer 53 %, at deres helbred er mindre godt eller dårligt, hvilket svarer til 79.800 personer (tabel 6.31).

Køn og alder: Der ses ingen betydelig forskel på andelen af mænd og kvinder med mindst tre kroniske sygdomme, der vurderer deres helbred som mindre godt eller dårligt, eller som har et højt stressniveau (tabel 6.31). Til gengæld har en større andel af kvinder end mænd med mindst tre kroniske sygdomme et dårligt fysisk helbred, mens en større andel af mænd end kvinder har et dårligt mentalt helbred (tabel 6.32). For alle fire helbredsmål gælder, at alder har en betydning. Andelen af borgere med mindst tre kroniske sygdomme, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred eller har et dårligt fysisk helbred, stiger med alderen. Omvendt falder andelen af borgere med mindst tre kroniske sygdomme, der har et højt

stressniveau eller et dårligt mentalt helbred, med alderen. De ældste borgere på 80 år eller derover skiller sig lidt ud, idet forekomsten af dårligt helbred i forhold til alle de fire helbredsparametre er større blandt disse borgere sammenlignet med de 65-79-årige.

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en gradient i forhold til uddannelse for selv vurderet helbred, fysisk og mentalt helbred samt stressniveau blandt borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. Jo kortere uddannelse, des højere forekomst af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, dårligt fysisk helbred, dårligt mentalt helbred og højt stressniveau. Undtaget herfor er borgere med lang videregående uddannelse, som lidt hyppigere har højt stressniveau og dårligt mentalt helbred sammenlignet med borgere med mellemlang videregående uddannelse.

I forhold til erhvervstilknytning ses en tilsvarende gradient. Andelen af borgere med mindst tre kroniske sygdomme, som har dårligt helbred i forhold til de fire helbredsparametre, er mindre blandt beskæftigede sammenlignet med arbejdsløse, langtidssyge m.m. samt førtidspensionister.

Samlivsstatus blandt 25+årige: En større andel blandt enlige med mindst tre kroniske sygdomme har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, et dårligt fysisk

Sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme har en større andel af borgere med kroniske sygdomme:

- Dårligt eller mindre godt selv vurderet helbred, dårligt fysisk helbred, dårligt mentalt helbred eller højt stressniveau

helbred, et dårligt mentalt helbred og et højt stressniveau sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: En markant større andel blandt borgere med mindst tre kroniske sygdomme, som har en ikke-vestlig baggrund, har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, et dårligt fysisk helbred, et dårligt mentalt helbred og et højt stressniveau sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Variation mellem kommunerne: Af tabellerne 6.33 og 6.34 fremgår det, at der for alle fire helbredsmål er en stor variation mellem kommunerne. Der ses en social gradient på tværs af kommunerne, idet dårligt eller mindre godt selvvurderet helbred, højt stressniveau, dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred generelt er mere udbredt i kommunerne fra kommunesocialgruppe 4 sammenlignet med kommunesocialgruppe 1.

Tabel 6.31 Borgere med mindst tre kroniske sygdomme, som har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred eller højt stressniveau

	Selvvurderet helbred		Stress	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	53	79.800	49	74.300
Køn				
Mand	54	33.000	48	29.900
Kvinde	52	46.800	50	44.400
Alder				
16-24 år	27	1.400	72	3.800
25-34 år	40	3.700	61	5.800
35-44 år	54	9.200	62	10.600
45-54 år	56	15.300	55	15.200
55-64 år	55	20.200	46	17.000
65-79 år	52	20.400	37	14.600
80+ år	63	9.500	48	7.300
Uddannelse				
Under uddannelse	31	1.400	70	3.100
Grundskole	64	15.500	59	14.500
Kort uddannelse	54	28.500	47	25.000
Kort videreg. uddannelse	48	7.700	45	7.300
Mellemlang videreg. uddannelse	43	10.600	38	9.400
Lang videreg. uddannelse	38	4.500	42	5.000
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	33	14.300	39	17.000
Arbejdsløs	67	4.800	69	4.800
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	81	8.100	79	7.800
Førtidspensionist	76	17.000	67	14.800
Pensionist	54	30.200	39	22.000
Samlevsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	60	37.800	53	34.000
Samlevende (blandt 25+ årige)	48	35.800	43	32.200
Etnisk baggrund				
Danmark	50	60.600	45	55.900
Andre vestlige lande	57	5.800	51	5.300
Ikke-vestlige lande	72	13.400	73	13.200

0 20 40 60 80 100%

0 20 40 60 80%

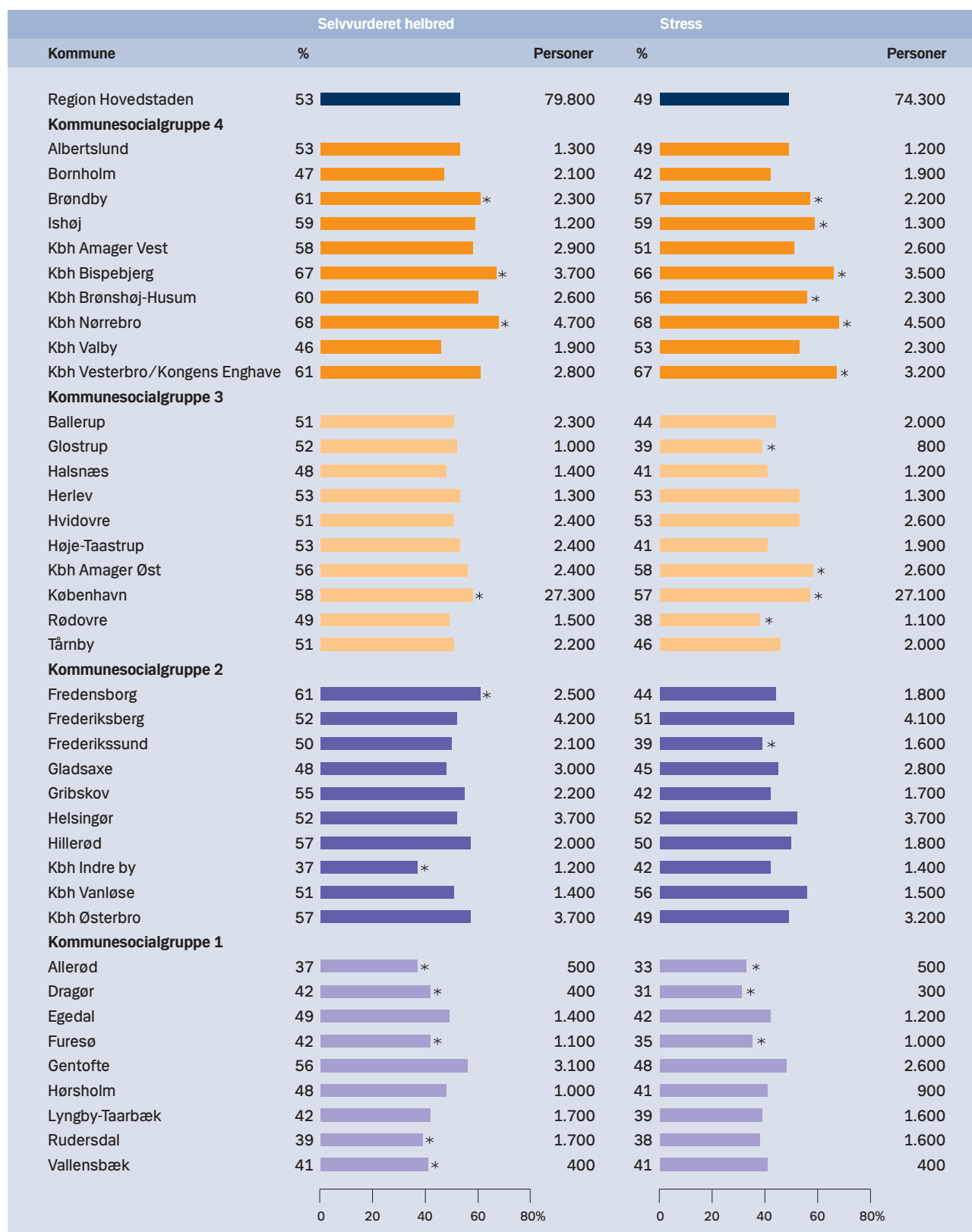
Tabel 6.32 Borgere med mindst tre kroniske sygdomme, som har et dårligt fysisk helbred eller dårligt mentalt helbred

	Fysisk helbred		Mentalt helbred	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	42	55.600	27	36.500
Køn				
Mand	39	21.700	30	16.400
Kvinde	44	33.900	26	20.200
Alder				
16-24 år	10	500	52	2.700
25-34 år	21	1.900	43	3.800
35-44 år	35	5.500	38	6.000
45-54 år	39	9.600	33	8.200
55-64 år	43	13.900	24	7.700
65-79 år	47	16.000	15	5.000
80+ år	67	8.300	26	3.100
Uddannelse				
Under uddannelse	4	200	56	2.300
Grundskole	58	11.700	29	5.900
Kort uddannelse	43	20.700	26	12.400
Kort videreg. uddannelse	44	6.500	26	3.900
Mellemlang videreg. uddannelse	31	7.000	20	4.500
Lang videreg. uddannelse	26	2.800	25	2.700
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	20	8.200	22	9.100
Arbejdsløs	41	2.600	47	3.000
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	60	5.300	56	4.900
Førtidspensionist	67	12.500	39	7.300
Pensionist	51	24.300	17	8.400
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	48	26.300	32	17.600
Samlevende (blandt 25+ årige)	38	25.800	21	14.600
Etnisk baggrund				
Danmark	40	43.200	25	26.600
Andre vestlige lande	43	3.900	32	2.900
Ikke-vestlige lande	55	8.500	45	7.000

0 20 40 60 80%

0 20 40 60%

Tabel 6.33 Borgere i kommunerne med mindst tre kroniske sygdomme, som har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred eller højt stressniveau



* 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 6.34 Borgere i kommunerne med mindst tre kroniske sygdomme, som har et dårligt fysisk helbred eller dårligt mentalt helbred

Kommune	Fysisk helbred		Mentalt helbred	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	42	55.600	27	36.500
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	39	800	29	600
Bornholm	47	1.800	16 *	600
Brøndby	50 *	1.700	31	1.000
Ishøj	46	900	33	600
Kbh Amager Vest	44	2.000	30	1.400
Kbh Bispebjerg	56 *	2.700	41 *	2.000
Kbh Brønshøj-Husum	51 *	2.000	37 *	1.400
Kbh Nørrebro	52 *	3.100	41 *	2.400
Kbh Valby	37	1.300	30	1.100
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	45	1.900	41 *	1.700
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	43	1.700	22	900
Glostrup	45	800	25	500
Halsnæs	41	1.100	20	500
Herlev	39	800	21	500
Hvidovre	38	1.500	29	1.100
Høje-Taastrup	42	1.700	26	1.100
Kbh Amager Øst	35	1.300	38 *	1.400
København	43	18.000	35 *	14.300
Rødovre	40	1.100	27	700
Tårnby	47	1.800	30	1.200
Kommunesocialgruppe 2				
Fredensborg	42	1.500	20	700
Frederiksberg	36	2.500	26	1.800
Frederikssund	38	1.300	24	800
Gladsaxe	39	2.100	24	1.300
Gribskov	49	1.700	28	1.000
Helsingør	45	2.800	21	1.300
Hillerød	44	1.300	23	700
Kbh Indre by	24 *	700	33	1.000
Kbh Vanløse	38	900	29	700
Kbh Østerbro	39	2.100	23	1.200
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	26 *	400	22	300
Dragør	33	300	22	200
Egedal	34	900	24	600
Furesø	35	900	16 *	400
Gentofte	48	2.400	28	1.400
Hørsholm	38	700	26	500
Lyngby-Taarbæk	36	1.400	23	900
Rudersdal	34	1.300	21	800
Vallensbæk	28 *	300	23	200

* 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

6.4 Kroniske sygdomme, symptomer og sygefravær

Oplevelsen af at have symptomer har stor betydning for konsekvenserne af at leve med kroniske sygdomme. I det følgende afsnit beskrives andelen af borgere med kroniske sygdomme, som oplever symptomer. Herefter beskrives

sygefravær blandt borgere med kroniske sygdomme og blandt borgere med mindst tre kroniske sygdomme. På grund af manglende styrke er det ikke muligt at opgøre resultater for sygefravær på kommuneniveau.

6.4.1 Symptomer og de forskellige kroniske sygdomme

Blandt borgerne i Region Hovedstaden har 27 % haft symptomer i bevægeapparatet de seneste 14 dage, 7 % har

haft hovedpine, og 15 % har haft psykiske symptomer (tabel 6.35).

Tabel 6.35 Borgere med kroniske sygdomme, som har været meget generet af symptomer de seneste 14 dage

	Bevægeapparatet	Hovedpine	Psykiske symptomer
	%	%	%
Region Hovedstaden	27	7	15
Uden kronisk sygdom	12	4	7
Hjertekarsygdomme			
Blodprop i hjertet	56 *	11 *	26 *
Hjertekrampe	61 *	16 *	43 *
Blodprop eller blødning i hjernen	56 *	11 *	32 *
Diabetes	46 *	9 *	24 *
Kræft	43 *	6 *	24 *
Luftvejssygdomme			
Astma	40 *	12 *	23 *
KOL	53 *	12 *	32 *
Muskelskeletsygdomme			
Leddegigt	65 *	13 *	32 *
Slidgigt	57 *	10 *	24 *
Rygsygdomme	64 *	12 *	28 *
Knogleskørhed	57 *	11 *	30 *
Psykiske sygdomme			
Forbigående psykiske sygdomme	46 *	18 *	50 *
Vedvarende psykiske sygdomme	53 *	20 *	62 *
Migræne, hovedpine	51 *	34 *	31 *
Allergi	31 *	9 *	18 *
Forhøjet blodtryk	40 *	7 *	21 *
Svær overvægt	42 *	9 *	23 *
Flere kroniske sygdomme			
1 kronisk sygdom	25 *	6 *	14 *
2 kroniske sygdomme	42 *	9 *	23 *
3+ kroniske sygdomme	66 *	16 *	41 *

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

Symptomer i bevægeapparatet: Symptomer i bevægeapparatet er mere udbredt blandt borgere med alle typer af kroniske sygdomme, end blandt borgere uden kronisk sygdom. F.eks. har mere end hver anden borger med muskelskeletsygdom inden for de seneste 14 dage haft symptomer fra bevægeapparatet, hvorimod det kun er hver tiende borger uden kronisk sygdom, som har haft symptomer.

Hovedpine: Hovedpine er ligeledes mere udbredt blandt borgere med alle typer af kroniske sygdomme end blandt borgere uden kronisk sygdom. Hver femte borger med forbigående eller vedvarende psykiske sygdomme har hovedpine, mens det kun er hver 25. borger uden kroniske sygdomme. Blandt borgere, der lider af migræne/hovedpine, har hver tredje borger haft hovedpine inden for de seneste 14 dage.

Psykiske symptomer: Forekomsten af psykiske symptomer er større blandt borgere med alle typer af kroniske sygdomme end blandt borgere uden kronisk sygdom. Mere end hver anden borger med forbigående eller vedvarende psykiske sygdomme har haft psykiske symptomer sammenlignet med knapt hver tiende borger uden kroniske sygdomme.

Flere kroniske sygdomme: Andelen af borgere, som har oplevet symptomer i bevægeapparatet, hovedpine eller psykiske symptomer inden for de seneste 14 dage stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger.

Sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme, har en større andel af borgere med kroniske sygdomme:

- Været meget generet af symptomer i bevægeapparatet, hovedpine eller psykiske symptomer inden for de seneste 14 dage
- Haft sygefravær de sidste 14 dage
- Haft sygefravær på mere end 25 dage det seneste år

6.4.2 Sygefravær og de forskellige kroniske sygdomme

Følgende resultater er kun opgjort for borgere under 65 år, der er i arbejde.

Blandt borgerne i Region Hovedstaden har 19 % haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, mens 5,1 % har haft mere end 25 dages sygefravær det seneste år (tabel 6.36). Borgere med mindst én kronisk sygdom har i gennemsnit inden for de seneste 14 dage haft 0,8 sygedag og har i gennemsnit inden for det seneste år haft 11,1 sygedage (resultater ikke vist). For borgere uden kroniske sygdomme er disse tal 0,4 sygedage inden for de seneste 14 dage og 5,3 sygedage inden for det seneste år.

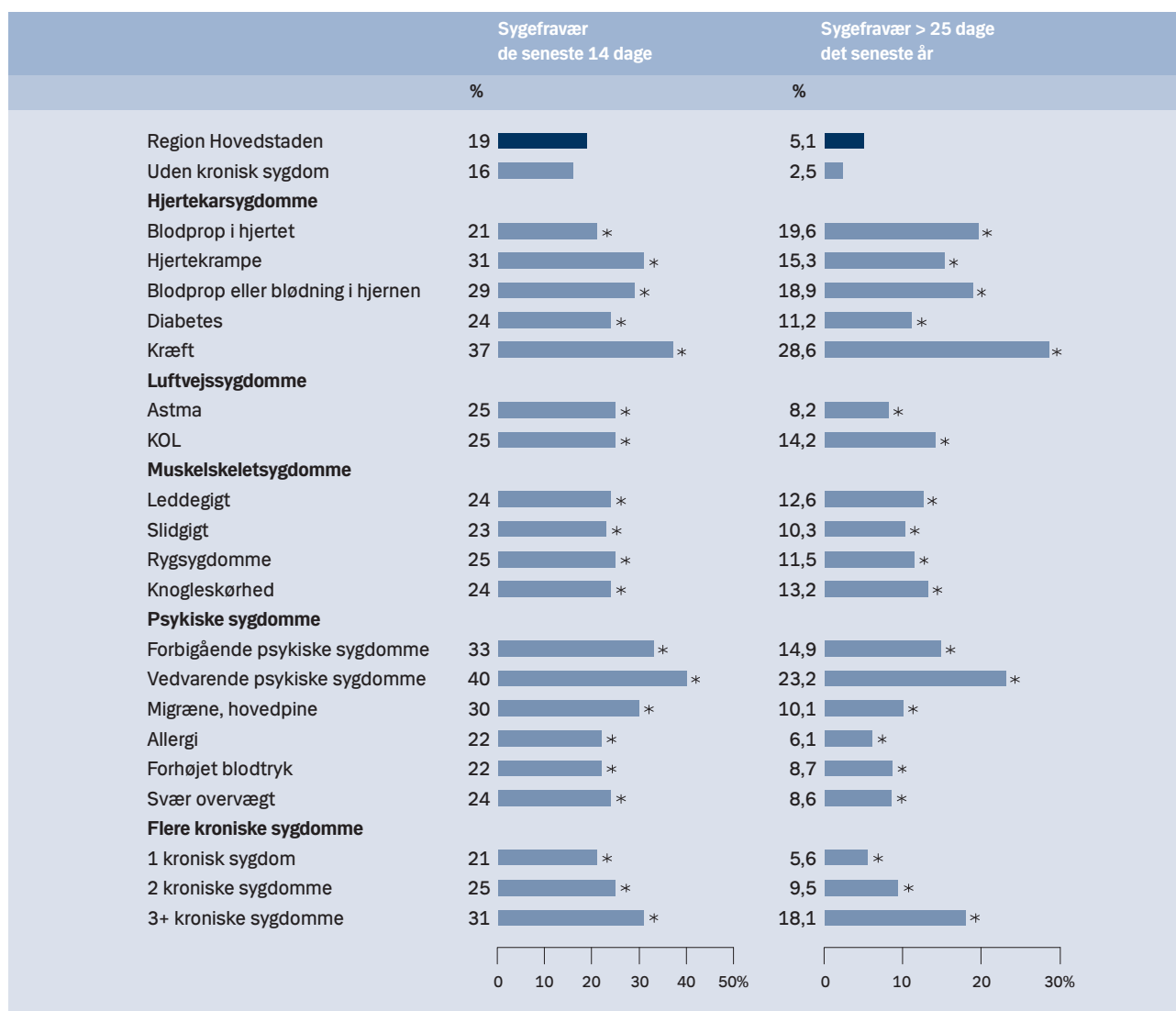
Sygefravær de seneste 14 dage: Sygefravær inden for de seneste 14 dage er mere udbredt blandt borgere med alle typer af kroniske sygdomme end blandt borgere uden kronisk sygdom. Flest blandt borgere med kræft eller vedvarende psykiske sygdomme har haft sygefravær inden for

de seneste 14 dage og færrest blandt borgere med blodprop i hjertet eller forhøjet blodtryk. Blandt borgere med kræft har fire ud af ti haft sygefravær inden for de seneste 14 dage.

Sygefravær på mere end 25 dage det seneste år: Andelen af borgerne med mere end 25 dages sygefravær det seneste år er markant større blandt borgere med alle typer af kroniske sygdomme, end blandt borgere uden kronisk sygdom. Der er flest blandt borgere med kræft, som har haft mere end 25 sygedage inden for det seneste år, og der er færrest blandt borgere med hovedpine. Blandt borgere med kræft har én ud af tre haft mere end 25 sygedage det seneste år.

Flere kroniske sygdomme: Andelen af borgere, som har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage eller har haft mere end 25 sygedage det seneste år, stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger.

Tabel 6.36 Sygefravær blandt borgere under 65 år med kroniske sygdomme, som er i arbejde



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

6.4.3 Sygefravær og mindst tre kroniske sygdomme

Blandt de mest sygdomsbelastede af borgerne - de, som har mindst tre kroniske sygdomme - har 31 % haft sygefravær de seneste 14 dage, og 18 % har haft mere end 25 sygedage det seneste år (tabel 6.37).

Køn og alder: En større andel af kvinder med mindst tre kroniske sygdomme har haft sygefravær de seneste 14 dage samt mere end 25 sygedage det seneste år i forhold til mænd med mindst tre kroniske sygdomme. Andelen af borgere med mindst tre kroniske sygdomme, som har haft sygefravær de seneste 14 dage, falder blandt de 45-64-årige i forhold til de yngre borgere. Derimod er der næsten ingen forskel på andelen, som har haft sygefravær mere end 25 dage på tværs af aldersgrupperne. Kun blandt gruppen af 35-44-årige har en lidt mindre andel haft sygefravær mere end 25 dage det seneste år sammenlignet med de andre aldersgrupper.

Uddannelse: En større andel blandt borgere med mindst tre kroniske sygdomme, som er under uddannelse eller

har en kort videregående uddannelse, har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage sammenlignet med de andre uddannelsesniveauer. For sygefravær mere end 25 dage det seneste år er der en tendens til, at andelen falder med stigende uddannelsesniveau. Dette kan skyldes, at en del erhverv, som kun kræver kortere uddannelser, er mere fysisk krævende end de erhverv, der knytter sig til længere uddannelser.

Samlivsstatus blandt 25+årige: Der ses ingen forskel på sygefravær blandt enlige og samlevende borgere med mindst tre kroniske sygdomme.

Etnisk baggrund: Der er ingen betydelig forskel på andelen af borgere med mindst tre kroniske sygdomme, som har haft sygefravær inden for de seneste 14 dage, blandt borgere med forskellig etnisk baggrund. I forhold til sygefravær på mere end 25 dage det seneste år er andelen lidt større blandt borgere med anden etnisk baggrund end dansk sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

Tabel 6.37 Sygefravær blandt borgere under 65 år med mindst tre kroniske sygdomme, som er i arbejde

	Sygefravær de seneste 14 dage		Sygefravær > 25 dage det seneste år	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	31	12.100	18	6.600
Køn				
Mand	26	4.400	16	2.600
Kvinde	36	7.700	20	4.000
Alder				
16-24 år	35	900	19	400
25-34 år	34	1.600	19	800
35-44 år	36	2.800	16	1.200
45-54 år	32	4.100	18	2.100
55-64 år	25	2.700	19	2.100
Uddannelse				
Under uddannelse	45	800	-	-
Grundskole	32	800	20	500
Kort uddannelse	29	3.700	19	2.300
Kort videreg. uddannelse	43	2.100	19	1.000
Mellemlang videreg. uddannelse	30	2.900	15	1.400
Lang videreg. uddannelse	27	1.300	14	600
Samlivsstatus				
Enlig (blandt 25+ årige)	31	3.700	18	2.100
Samlevende (blandt 25+ årige)	31	7.300	18	4.100
Etnisk baggrund				
Danmark	32	10.600	17	5.400
Andre vestlige lande	29	800	21	500
Ikke-vestlige lande	29	800	24	600

0 10 20 30 40 50%

0 10 20 30%

6.5 Kroniske sygdomme og begrænsninger i daglige gøremål

Det at have én eller flere kroniske sygdomme har stor betydning for den enkelte borgers funktionsevne og dermed borgerens behov for hjælp til at udføre forskellige daglige aktiviteter. I det følgende afsnit beskrives først, hvor stor en andel af borgere med kroniske sygdomme, som rapporterer, at de på grund af helbredet er begrænsede i forskellige daglige aktiviteter. Dernæst beskrives begrænsninger i forskellige aktiviteter blandt borgere med

mindst tre kroniske sygdomme. Der er i spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2010" spurgt "Hvilke daglige gøremål har du på grund af helbredsproblemer svært ved at klare?" med mulighed for at afkrydse for personlig pleje (vaske sig, klæde sig på, spise), daglig husholdning (lave mad, gøre rent, købe ind) og udadvendte aktiviteter (gå til lægen, besøge bekendte, gå en tur).

6.5.1 Begrænsninger i daglige gøremål og de forskellige kroniske sygdomme

I Region Hovedstaden rapporterer 15 % af borgerne, som er 35 år eller derover, at de har svært ved at klare daglige gøremål. For borgere, som er 65 eller derover, har 25 % problemer med daglige gøremål.

Af tabel 6.38 fremgår det, at en større andel af borgere med kroniske sygdomme har svært ved at klare daglige

gøremål sammenlignet med borgere med kroniske sygdomme. For borgere med hjertekarsygdomme, KOL, knogleskørhed og vedvarende psykiske sygdomme har op mod halvdelen af borgerne problemer med daglige gøremål. Desuden stiger andelen med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger.

Tabel 6.38 Borgere, som på grund af helbredet er begrænset i daglige gøremål



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

12 % af alle borgerne i regionen har problemer med at klare daglig husholdning, 8 % har svært ved udadvendte aktiviteter, og 3 % har svært ved personlig pleje (tabel 6.39).

En markant større andel af kronisk syge borgere er begrænsede i dagligdags gøremål sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme (tabel 6.39). Især borgere med hjertekarsygdomme, KOL, vedvarende psykiske sygdomme eller muskelskeletsygdomme er begrænsede i deres daglige gøremål. Mere end hver tredje af disse borgere kan ikke klare den daglige husholdning, og hver tiende borger har vanskeligheder ved personlig pleje.

Flere kroniske sygdomme: Andelen af borgere, som er begrænsede i henholdsvis personlig pleje, daglig husholdning samt udadvendte aktiviteter, stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger. Andelen af borgere, som har svært ved personlig pleje, daglig husholdning og udadvendte aktiviteter, er mere end dobbelt så stor for borgere med mindst tre kroniske sygdomme som for borgere med to kroniske sygdomme.

Tabel 6.39 Borgere, som på grund af helbredet er begrænset i daglige gøremål

	Personlig pleje	Daglig husholdning	Udadvendte aktiviteter
	%	%	%
Region Hovedstaden	3	12	8
Uden kronisk sygdom	0	2	1
Hjertekarsygdomme			
Blodprop i hjertet	11 *	36 *	29 *
Hjertekrampe	13 *	42 *	33 *
Blodprop eller blødning i hjernen	17 *	46 *	38 *
Diabetes	9 *	28 *	22 *
Kræft	7 *	28 *	19 *
Luftvejssygdomme			
Astma	6 *	25 *	17 *
KOL	12 *	37 *	28 *
Muskelskeletsygdomme			
Leddegigt	11 *	35 *	24 *
Slidgigt	6 *	27 *	17 *
Rygsygdomme	7 *	30 *	19 *
Knogleskørhed	13 *	41 *	28 *
Psykiske sygdomme			
Forbigående psykiske sygdomme	8 *	29 *	23 *
Vedvarende psykiske sygdomme	16 *	47 *	39 *
Migræne, hovedpine	5 *	22 *	15 *
Allergi	3 *	14 *	9 *
Forhøjet blodtryk	5 *	21 *	15 *
Svær overvægt	5 *	20 *	15 *
Flere kroniske sygdomme			
1 kronisk sygdom	2 *	8 *	5 *
2 kroniske sygdomme	4 *	18 *	11 *
3+ kroniske sygdomme	11 *	40 *	28 *

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

6.5.2 Begrænsninger i daglige gøremål og mindst tre kroniske sygdomme

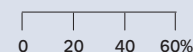
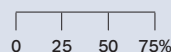
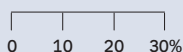
Blandt de mest sygdomsbelastede af borgerne – de som har mindst tre kroniske sygdomme – har 45 % svært ved at klare daglige gøremål på grund af helbredet.

Køn og alder: En større andel af kvinder med mindst tre kroniske sygdomme er begrænsede i daglig husholdning sammenlignet med mænd, mens der ikke er betydelig for-

skel mellem kønnene i forhold til personlig pleje og udadvendte aktiviteter (tabel 6.40). Andelen af borgere med mindst tre kroniske sygdomme, som har svært ved at klare personlig pleje, er forholdsvis konstant op til 79 år, hvorefter andelen stort set fordobles til 23 %. Samme tendens ses for aktiviteter som daglig husholdning og udadvendte aktiviteter.

Tabel 6.40 Borgere med mindst tre kroniske sygdomme, der på grund af helbredet er begrænset i daglige gøremål

	Personlig pleje		Daglig husholdning		Udadvendte aktiviteter	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	11	14.200	40	50.700	28	36.000
Køn						
Mand	12	6.100	32	16.600	27	13.900
Kvinde	11	8.200	45	34.100	29	22.100
Alder						
35-44 år	12	2.000	35	5.900	28	4.700
45-54 år	11	2.700	35	8.900	23	5.900
55-64 år	10	3.300	37	12.800	26	9.000
65-79 år	8	3.000	38	13.900	26	9.400
80+ år	23	3.200	67	9.200	51	7.100
Uddannelse						
Grundskole	15	3.300	49	10.500	37	7.900
Kort uddannelse	11	5.200	41	19.000	29	13.200
Kort videreg. uddannelse	8	1.100	38	5.400	27	3.800
Mellemlang videreg. uddannelse	7	1.500	30	6.600	19	4.100
Lang videreg. uddannelse	5	500	25	2.400	19	1.900
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	5	2.000	17	6.100	11	3.900
Arbejdsløs	14	800	45	2.400	31	1.700
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	20	1.600	58	4.600	46	3.700
Førtidspensionist	16	3.200	61	12.300	45	9.100
Pensionist	12	6.000	44	22.800	31	16.200
Samlivsstatus						
Enlig	13	7.600	49	28.100	35	19.700
Samlevende	9	6.000	30	20.100	22	15.000
Etnisk baggrund						
Danmark	10	10.600	38	40.000	27	28.000
Andre vestlige lande	14	1.300	47	4.200	34	3.000
Ikke-vestlige lande	17	2.400	47	6.600	35	4.900



Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en gradient i forhold til uddannelse for begrænsning i forhold til alle tre aktivitetstyper, idet en større andel med kortere uddannelse er begrænsede sammenlignet med borgere med længere uddannelser. I forhold til erhvervstilknytning er en større andel uden for arbejdsmarkedet med mindst tre kroniske sygdomme begrænsede i alle tre typer af aktiviteter sammenlignet med borgere i arbejde med mindst tre kroniske sygdomme. Blandt langtidssyge og førtidspensionister er det knap to ud af tre med mindst tre kroniske sygdomme, som har svært ved daglig husholdning og udadvendte aktiviteter.

Samlivsstatus blandt 25+årige: En markant større andel af enlige med mindst tre kroniske sygdomme har svært ved at klare personlig pleje, daglig husholdning og udadvendte aktiviteter sammenlignet med samlevende borgere. Dette kan skyldes, at de samlevende borgere ikke behøver at klare lige så mange daglige gøremål som de enlige.

Etnisk baggrund: En større andel af borgere med mindst tre kroniske sygdomme og ikke-vestlig baggrund har svært ved at klare personlig pleje, daglig husholdning og udadvendte aktiviteter sammenlignet med borgere med dansk baggrund og mindst tre kroniske sygdomme.

Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere med mindst tre kroniske sygdomme, der har svært ved at klare daglige gøremål, varierer på tværs af kommunerne (tabel 6.41). I forhold til daglig husholdning er 21 % begrænsede i Allerød Kommune mod 54 % i Brøndby Kommune og bydelen Bispebjerg. I forhold til udadvendte aktiviteter er 16 % begrænsede i Vallensbæk Kommune mod 39 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave. I forhold til personlig pleje, kan der ikke gives resultater for en række kommuner og bydele, idet der er meget få, der har svaret, at de har brug for hjælp og resultaterne derfor er behæftet med meget stor usikkerhed. For alle tre typer af aktiviteter ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper i forhold til, om borgere er begrænsede i de daglige gøremål.

Tabel 6.41 Borgere i kommunerne med mindst tre kroniske sygdomme, som på grund af helbredet er begrænset i daglige gøremål

Kommune	Personlig pleje		Daglig husholdning		Udadvendte aktiviteter	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	11	14.200	40	50.700	28	36.000
Kommunesocialgruppe 4						
Albertslund	10	200	41	800	24	500
Bornholm	11	400	37	1.500	22	900
Brøndby	16	500	54 *	1.800	36 *	1.200
Ishøj	28 *	500	48 *	900	34	600
Kbh Amager Vest	11	400	50 *	2.000	33	1.300
Kbh Bispebjerg	12	500	54 *	2.400	37 *	1.700
Kbh Brønshøj-Husum	21 *	800	41	1.500	37 *	1.300
Kbh Nørrebro	-	-	44	2.400	32	1.700
Kbh Valby	15	500	36	1.100	24	800
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	-	-	50 *	1.800	39 *	1.400
Kommunesocialgruppe 3						
Ballerup	-	-	33	1.200	22	800
Glostrup	12	200	45	700	32	500
Halsnæs	14	400	33	900	29	800
Herlev	12	200	38	800	30	600
Hvidovre	13	500	42	1.800	32	1.300
Høje-Taastrup	-	-	32	1.200	22	800
Kbh Amager Øst	13	400	41	1.300	29	900
København	13	4.900	44 *	16.600	32 *	12.000
Rødovre	12	300	35	900	22	600
Tårnby	12	500	43	1.600	34	1.300
Kommunesocialgruppe 2						
Fredensborg	14	500	41	1.600	26	1.000
Frederiksberg	12	800	40	2.800	29	2.000
Frederikssund	-	-	34	1.200	20	700
Gladsaxe	11	600	39	2.000	29	1.500
Gribskov	8	300	38	1.300	26	900
Helsingør	12	700	38	2.300	26	1.600
Hillerød	12	400	42	1.300	30	900
Kbh Indre by	-	-	27	700	20	500
Kbh Vanløse	-	-	40	800	26	500
Kbh Østerbro	13	700	46	2.600	34	1.900
Kommunesocialgruppe 1						
Allerød	-	-	21 *	300	19	200
Dragør	-	-	27 *	300	19 *	200
Egedal	-	-	29	700	21	500
Furesø	-	-	35	900	22	500
Gentofte	-	-	43	2.100	32	1.500
Hørsholm	-	-	38	700	29	500
Lyngby-Taarbæk	-	-	33	1.100	23	800
Rudersdal	-	-	35	1.300	25	900
Vallensbæk	-	-	27 *	300	16 *	100

* 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

- for få besvarelser til, at der kan gives resultater

6.6 Kroniske sygdomme og socialt netværk

Relationer til andre mennesker har betydning for helbredet. Mennesker med mange sociale kontakter bliver eksempelvis ikke så let syge, og hvis de bliver syge, kommer de sig hurtigere og har mindre risiko for at dø af deres sygdom end personer med få sociale kontakter. Sociale relationer kan fungere som støtte og hjælp f.eks. i forbindelse med sygdom. I det følgende afsnit beskrives det sociale netværk blandt borgere med kroniske sygdomme. Dernæst beskrives det sociale netværk blandt borgere med mindst tre kroniske sygdomme.

I spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2010" er der spurgt til, hvor ofte borgeren har kontakt med venner, bekendte, og familie, som de ikke bor sammen med. I denne rapport fokuseres på de borgere, som har kontakt mindre end én gang om måneden eller aldrig – dette benævnes i det følgende 'sjældent kontakt'.

6.6.1 Socialt netværk og de forskellige kroniske sygdomme

Blandt borgerne i Region Hovedstaden har 7 % sjældent kontakt til deres familie, 6 % har sjældent kontakt til venner/kolleger, og 35 % har sjældent kontakt til naboer

(tabel 6.42). En større andel af borgere med kronisk sygdom har sjældent kontakt til deres sociale netværk sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom.

Tabel 6.42 Borgere med kronisk sygdom, som har kontakt til socialt netværk mindre end én gang om måneden

	Kontakt – familie	Kontakt – venner/kolleger	Kontakt – naboer
	%	%	%
Region Hovedstaden	7	6	35
Uden kronisk sygdom	6	4	37
Hjertekarsygdomme			
Blodprop i hjertet	11 *	13 *	28
Hjertekrampe	12 *	15 *	31
Blodprop eller blødning i hjernen	10 *	18 *	28
Diabetes	11 *	12 *	28
Kræft	8 *	10 *	26
Luftvejssygdomme			
Astma	8 *	7 *	37 *
KOL	13 *	13 *	29 *
Muskelskeletsygdomme			
Leddegigt	12 *	12 *	28
Slidgigt	8 *	10 *	26
Rygsygdomme	9 *	9 *	31
Knogleskørhed	9 *	14 *	28
Psykiske sygdomme			
Forbigående psykiske sygdomme	12 *	10 *	44
Vedvarende psykiske sygdomme	19 *	15 *	44
Migræne, hovedpine	9 *	8 *	38 *
Allergi	7 *	5 *	36
Forhøjet blodtryk	8 *	10 *	27 *
Svær overvægt	8 *	9 *	32
Flere kroniske sygdomme			
1 kronisk sygdom	7 *	5 *	36 *
2 kroniske sygdomme	8 *	7 *	34 *
3+ kroniske sygdomme	11 *	12 *	31 *

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

Kontakt med familie, venner/kolleger og naboer: Der er en større andel af borgere med kroniske sygdomme, som kun har sjældent kontakt til deres familie, venner og naboer sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom (tabel 6.42). Dette gælder for alle typer kroniske sygdomme. Omvendt er der en mindre andel af borgere med kroniske sygdomme, som sjældent har kontakt til naboer sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom. Sjældent kontakt til familie og venner/kolleger er mest

udbredt blandt borgere med hjertekarsygdomme, diabetes, KOL, muskelskeletsygdomme og psykiske sygdomme. Desuden er sjældent kontakt til naboer mest udbredt blandt borgere med forbigående og vedvarende psykiske sygdomme.

Flere kroniske sygdomme: Andelen af borgere, som sjældent har kontakt til deres sociale netværk, stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger.

6.6.2 Socialt netværk og mindst tre kroniske sygdomme

Blandt de mest sygdomsbelastede af borgerne – de som har mindst tre kroniske sygdomme – har 11 % sjældent kontakt til familien, 12 % har sjældent kontakt til venner/kolleger, og 31 % har sjældent kontakt til deres naboer (tabel 6.43).

Køn og alder: En større andel af mænd med mindst tre kroniske sygdomme har sjældent kontakt til familie og venner sammenlignet med kvinder, hvorimod der ikke er forskel mellem kønnene, hvad kontakt til naboer angår. I forhold til alder har flere borgere med mindst tre kroniske sygdomme kontakt med familien og naboer, og færre har kontakt med venner/kolleger jo ældre, de bliver.

Tabel 6.43 Borgere med mindst tre kroniske sygdomme, som har kontakt til socialt netværk mindre end én gang om måneden

	Kontakt – familie		Kontakt – venner/kolleger		Kontakt – naboer	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	11	17.200	12	17.000	31	46.300
Køn						
Mand	16	9.700	14	8.200	32	19.300
Kvinde	8	7.500	11	8.800	31	27.000
Alder						
16-24 år	8	400	-	-	51	2.700
25-34 år	8	700	6	600	47	4.500
35-44 år	14	2.400	10	1.800	41	6.900
45-54 år	15	4.100	11	2.900	35	9.400
55-64 år	12	4.500	14	4.900	30	10.800
65-79 år	9	3.700	12	4.400	22	8.500
80+ år	9	1.300	19	2.400	26	3.600
Uddannelse						
Under uddannelse	10	500	-	-	51	2.400
Grundskole	14	3.400	18	4.000	32	7.600
Kort uddannelse	11	5.900	12	6.000	30	15.500
Kort videreg. uddannelse	13	2.000	10	1.500	32	5.000
Mellemlang videreg. uddannelse	8	2.000	8	1.900	28	6.900
Lang videreg. uddannelse	9	1.000	9	1.000	34	4.000
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	9	3.900	8	3.300	36	15.500
Arbejdsløs	15	1.100	15	1.100	38	2.800
Langtidssyg, reval., kontanthj. mm	20	2.000	13	1.300	42	4.000
Førtidspensionist	15	3.400	18	3.600	32	6.900
Pensionist	10	5.400	14	7.000	23	12.400
Samlivsstatus						
Enlig (blandt 25+ årige)	14	9.200	13	7.700	33	20.900
Samlevende (blandt 25+ årige)	9	6.800	12	8.500	29	21.500
Etnisk baggrund						
Danmark	10	12.400	11	12.500	29	34.400
Andre vestlige lande	19	1.900	14	1.400	41	4.100
Ikke-vestlige lande	16	2.900	18	3.100	44	7.900

* Signifikant forskellig fra forekomsten blandt borgere uden kronisk sygdom, når der justeres for køn og alder i de forskellige sygdomsgrupper
- for få besvarelser til, at der kan gives resultater

Uddannelse og erhvervstilknytning: Der ses en forskel i forhold til uddannelse for andelen af borgere med mindst tre kroniske sygdomme, som kun har sparsom kontakt til deres sociale netværk. En større andel af borgere, som kun har en grundskoleuddannelse, har sjældent kontakt til deres sociale netværk sammenlignet med borgere med længerevarende uddannelser. I forhold til erhvervstilknytning har en større andel uden for arbejdsmarkedet med mindst tre kroniske sygdomme sjældent kontakt til familie og venner/kolleger sammenlignet med borgere i beskæftigelse med mindst tre kroniske sygdomme. Blandt langtidssyge med mindst tre kroniske sygdomme har omkring hver femte sjældent kontakt til familie, hver tiende har sjældent kontakt til venner/kolleger, og godt hver tredje har sjældent kontakt til naboer.

Samlivsstatus blandt 25+årige: En større andel af enlige med mindst tre kroniske sygdomme har kun sjældent kontakt til familie og naboer sammenlignet med samlevende borgere, mens der ikke er betydelig forskel på andelen, som sjældent har kontakt til venner/kolleger.

Etnisk baggrund: En større andel af borger med mindst tre kroniske sygdomme og vestlig eller ikke-vestlig baggrund har sjældent kontakt til deres sociale netværk sam-

menlignet med borgere med dansk baggrund og mindst tre kroniske sygdomme.

Variation mellem kommunerne: Andelen af borgere med mindst tre kroniske sygdomme, der kun sjældent har kontakt til deres sociale netværk, varierer på tværs af kommunerne (tabel 6.44). Andelen af borgere, som sjældent har kontakt med familie, varierer fra 6 % i Frederikssund Kommune til 26 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave. Andelen af borgere, som sjældent har kontakt til venner/kolleger, varierer fra 9 % i Albertslund, Halsnæs og Gribskov Kommune samt bydelen Amager Vest til 19 % i bydelene Brønshøj-Husum, Valby, Amager Øst og Vanløse. Andelen af borgere, som sjældent har kontakt til naboer, varierer fra 18 % på Bornholm til 47 % i bydelen Bispebjerg.

Der er en tendens til en social gradient i forhold til socialt netværk blandt borgere med mindst tre kroniske sygdomme, således at ingen kommuner i kommunesocialgruppe 1 har en signifikant højere andel af borgere med sparsomt netværk end regionsgennemsnittet. Tendensen utydeliggøres dog noget af, at flere kommuner har få besvarelser til, at der kan vises resultater.

Tabel 6.44 Borgere i kommunerne med mindst tre kroniske sygdomme, som har kontakt til socialt netværk mindre end én gang om måneden

	Kontakt – familie		Kontakt – venner/kolleger		Kontakt – naboer	
	%	Personer	%	Personer	%	Pesoner
Region Hovedstaden	11	17.200	12	17.000	31	46.300
Kommunesocialgruppe 4						
Albertslund	10	300	9	200	28	700
Bornholm	10	500	11	400	18 *	800
Brøndby	12	400	15	500	36	1.300
Ishøj	10	200	15	300	37	800
Kbh Amager Vest	13	700	9	400	40 *	2.000
Kbh Bispebjerg	16 *	900	14	700	47 *	2.500
Kbh Brønshøj-Husum	13	600	19 *	800	33	1.400
Kbh Nørrebro	20 *	1.400	-	-	43 *	2.800
Kbh Valby	9	400	19 *	700	39 *	1.600
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	26 *	1.200	-	-	32	1.500
Kommunesocialgruppe 3						
Ballerup	9	400	10	400	29	1.300
Glostrup	-	-	10	200	25	500
Halsnæs	-	-	9	200	22 *	600
Herlev	12	300	18 *	400	30	700
Hvidovre	9	400	10	500	35	1.700
Høje-Taastrup	15	700	12	500	29	1-300
Kbh Amager Øst	-	-	19 *	700	43 *	1.700
København	15 *	6.900	12	5.500	38 *	17.300
Rødovre	11	300	16	400	30	900
Tårnby	15	600	12	500	30	1.300
Kommunesocialgruppe 2						
Fredensborg	8	300	12	500	31	1.300
Frederiksberg	14 *	1.200	14	1.000	43 *	3.300
Frederikssund	6	200	10	400	24	900
Gladsaxe	12	800	11	600	23	1.400
Gribskov	8	300	9	300	22	800
Helsingør	10	700	16	1.100	25	1.700
Hillerød	13	500	12	400	27	900
Kbh Indre by	16 *	500	-	-	28	900
Kbh Vanløse	-	-	19 *	500	28	700
Kbh Østerbro	10	600	-	-	35	2.100
Kommunesocialgruppe 1						
Allerød	9	100	-	-	22	300
Dragør	-	-	10	100	24	300
Egedal	-	-	-	-	20 *	500
Furesø	-	-	12	300	25	700
Gentofte	12	700	15	800	35	1.800
Hørsholm	13	300	11	200	24	500
Lyngby-Taarbæk	-	-	14	500	34	1.400
Rudersdal	-	-	-	-	22	900
Vallensbæk	10	100	12	100	27	300

* Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

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

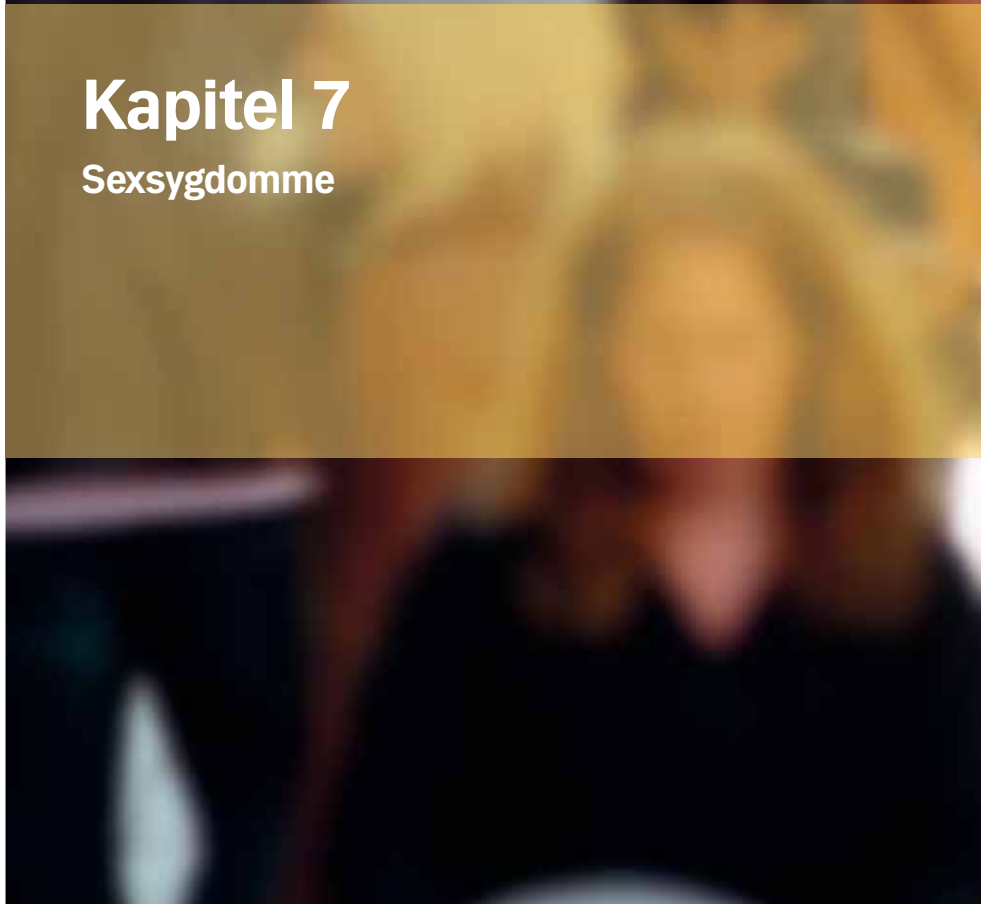
Ved odds ratio over 1 er kommunens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

- for få besvarelser til, at der kan gives resultater



Kapitel 7

Sexsygdomme



7 Sexsygdomme

- 28 % af de 16-34-årige har fået konstateret én eller flere sexsygdomme
- Klamydia er den mest udbredte sexsygdom, som 18 % har fået konstateret

Bekæmpelse af sexsygdomme var frem til 1988 underlagt særlig lovgivning i Danmark, hvorefter loven om bekæmpelse af kønssygdomme blev ophævet. Siden da har ansvaret for forebyggelse og behandling af sexsygdomme været delt mellem amt og kommuner, og siden mellem region og kommuner. Sexsygdomme diagnosticeres og behandles i vidt omfang i almen praksis. Den alment praktiserende læge har ved sin nære kontakt med befolkningen mulighed for at give individuel vejledning, rådgivning og undervisning i primær forebyggelse. Oplysning, tidlig diagnose og behandling samt omhyggelig smitteopsporing er vigtige midler i forebyggelsen af alle sexsygdomme (www.sst.dk).

Sexsygdomme udgør som beskrevet i afsnit 3.6 en særlig risiko for unge.

Livmoderhalskræft og HIV hører til de alvorligste sexsygdomme og kan have døden til følge. Hvert år findes der ca. 400 nye tilfælde af livmoderhalskræft og 250-300 nye tilfælde af HIV-infektion. Livmoderhalskræft fører til ca. 175 dødsfald årligt, og HIV-infektion fører til ca. 20 dødsfald årligt (www.sst.dk, www.sexogsundhed.dk). Livmoderhalskræft og HIV udgør trods sygdommenes alvor ikke et folkesundhedsproblem og behandles derfor ikke nærmere i denne sundhedsprofil.

I 2005 blev der konstateret ca. 24.000 tilfælde af klamydia i Danmark, og omkring 5 % af den seksuelt aktive del af befolkningen i alderen 16-25 år anses for at være smittet med klamydia (www.sst.dk).

Hvert år er klamydia blandt de 16-25-årige årsag til ca. 4.000 tilfælde af underlivsbetændelse, 480 tilfælde af ufri-villig barnløshed, 320 tilfælde af graviditet uden for livmoderen og 600 tilfælde af kroniske underlivssmerter. Klamydia medfører således store personlige omkostninger og en økonomisk belastning af sundhedsvæsenet (www.sst.dk).

For unge i Region Hovedstaden gælder at:

- 28 % har fået konstateret én eller flere sexsygdomme
- 18 % har haft klamydia
- 11 % har haft kønsvorter
- 4,7 % har haft herpes på kønsorganerne
- 1,5 % har haft gonoré
- 3,3 % har haft en sexsygdom

Tabel 7.1 Unge som har fået konstateret en sexsygdom

	Alle sexsygdomme		Klamydia	
	%	Personer	%	Personer
Region Hovedstaden	28	102.400	18	65.100
Køn				
Mand	23	41.700	14	25.200
Kvinde	32	60.700	21	39.900
Alder				
16-24 år	22	31.000	16	21.600
25-34 år	31	71.400	19	43.500
Etnisk baggrund				
Danmark	30	89.500	19	56.700
Andre vestlige lande	23	6.400	17	4.800
Ikke-vestlige lande	17	6.500	10	3.600

I dette afsnit beskrives udbredelsen af sexsygdomme. Opgørelserne gælder kun for borgere i alderen 16-34 år, da spørgsmålene om seksuel sundhed kun er stillet til denne aldersgruppe. Udbredelsen af sygdommene opgøres for alle unge, uanset seksuel debut.

I Region Hovedstaden har 28 % af de unge – svarende til 102.400 personer – fået konstateret én eller flere sexsygdomme (tabel 7.1). Klamydia er den mest udbredte sexsygdom. 18 % af de unge har fået konstateret klamydia, mens 11 % af de unge har haft kønsvorter og 5 % har haft herpes på kønsorganerne. Gonoré er en relativt sjælden sygdom, som kun 1,5 % af de unge har fået konstateret.

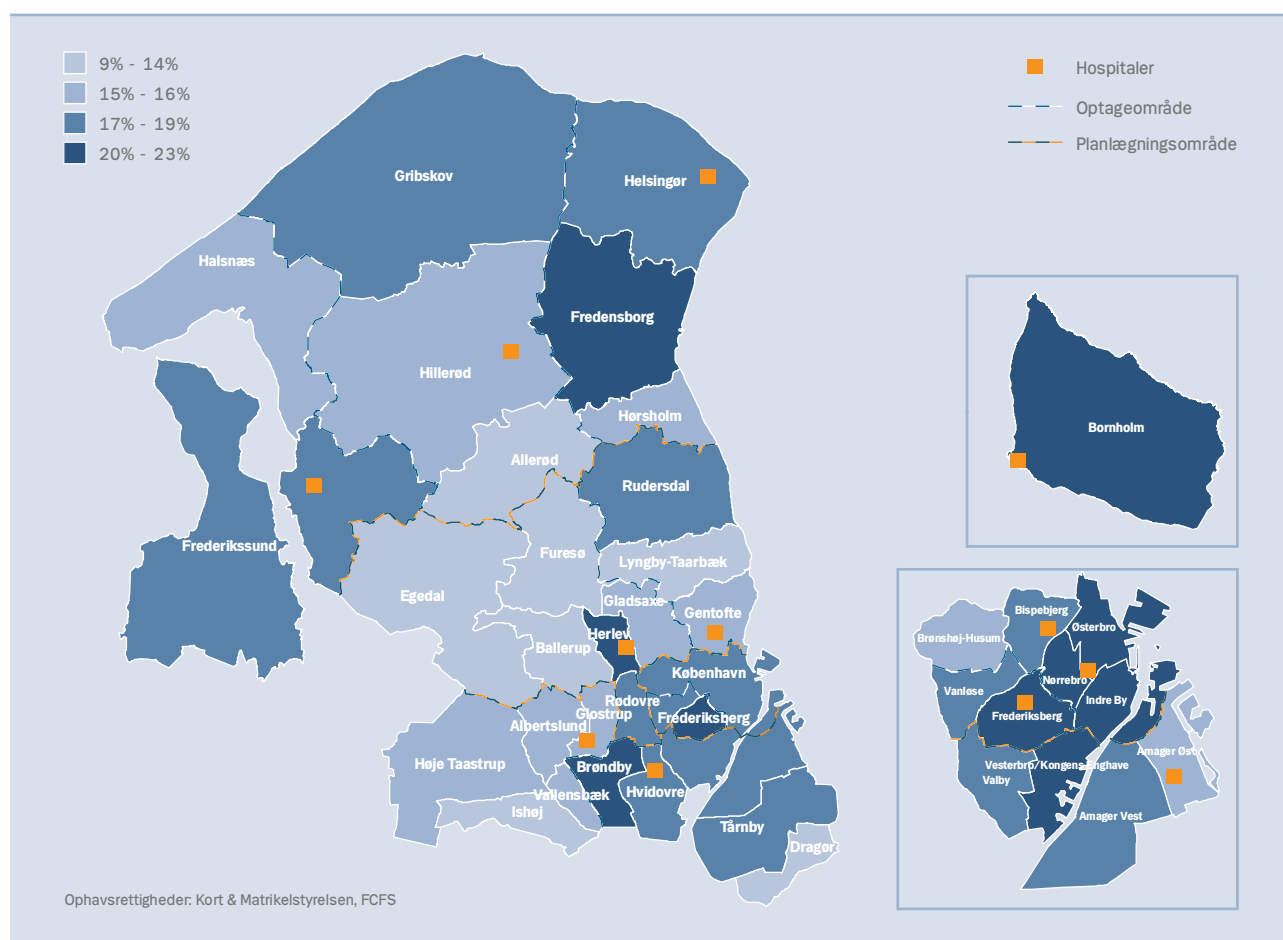
Køn og alder: En større andel af kvinderne har fået konstateret sexsygdomme, herunder klamydia, sammenlignet med mænd. Dette er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med, at sexsygdomme er mere udbredt blandt kvinder end mænd. Det kan skyldes, at kvinder er mere tilbøjelige til at blive undersøgt for sexsygdomme. En større andel af de ældre unge har fået konstateret en sexsygdom sammenlig-

net med de helt unge. Dette er forventeligt, da denne gruppe har været seksuelt aktive i længere tid. Bemærkelsesværdigt nok er der kun en lille forskel på forekomsten af klamydia i de to aldersgrupper, hvilket kan tyde på, at unge smittes med klamydia første gang i en relativt ung alder.

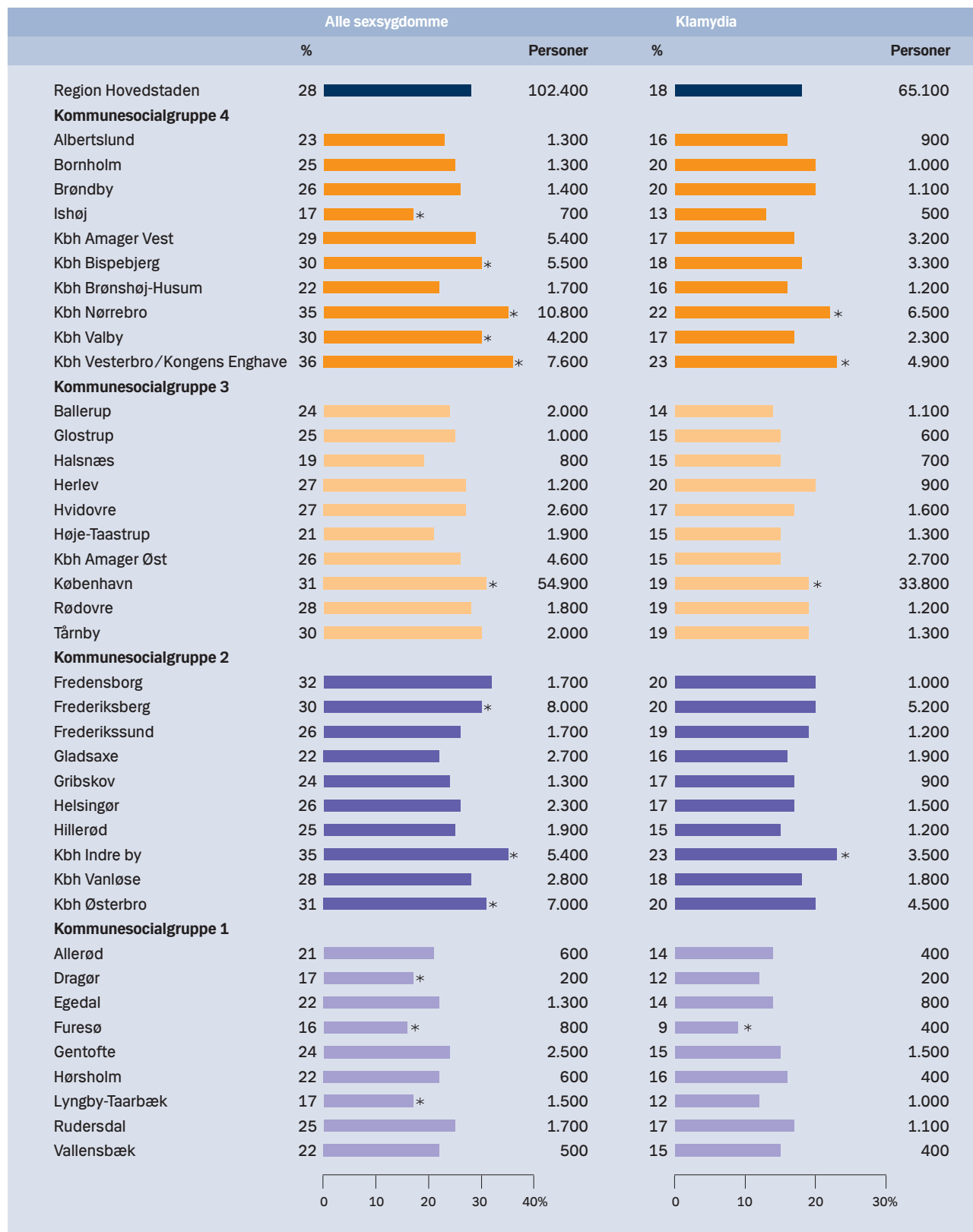
Etnisk baggrund: En mindre andel af unge med ikke-vestlig baggrund har fået konstateret en sexsygdom, herunder klamydia, sammenlignet med unge med dansk eller anden vestlig baggrund. Dette stemmer godt overens med, at en mindre andel af disse unge dyrker sex uden kondom og har skiftende partnere.

Variation mellem kommunerne: Andelen af unge, som har fået konstateret en sexsygdom, varierer på tværs af kommunerne fra 16 % i Furesø Kommune til 36 % i bydelen Kongens Enghave (tabel 7.2). Det er i de københavnske bydele og Frederiksberg Kommune, at forekomsten af sexsygdomme er størst. Det samme billede tegner sig, når man ser på klamydia alene.

Figur 7.1 Unge, som har fået konstateret klamydia



Tabel 7.2 Unge i kommunerne, som har fået konstateret en sexsygdom



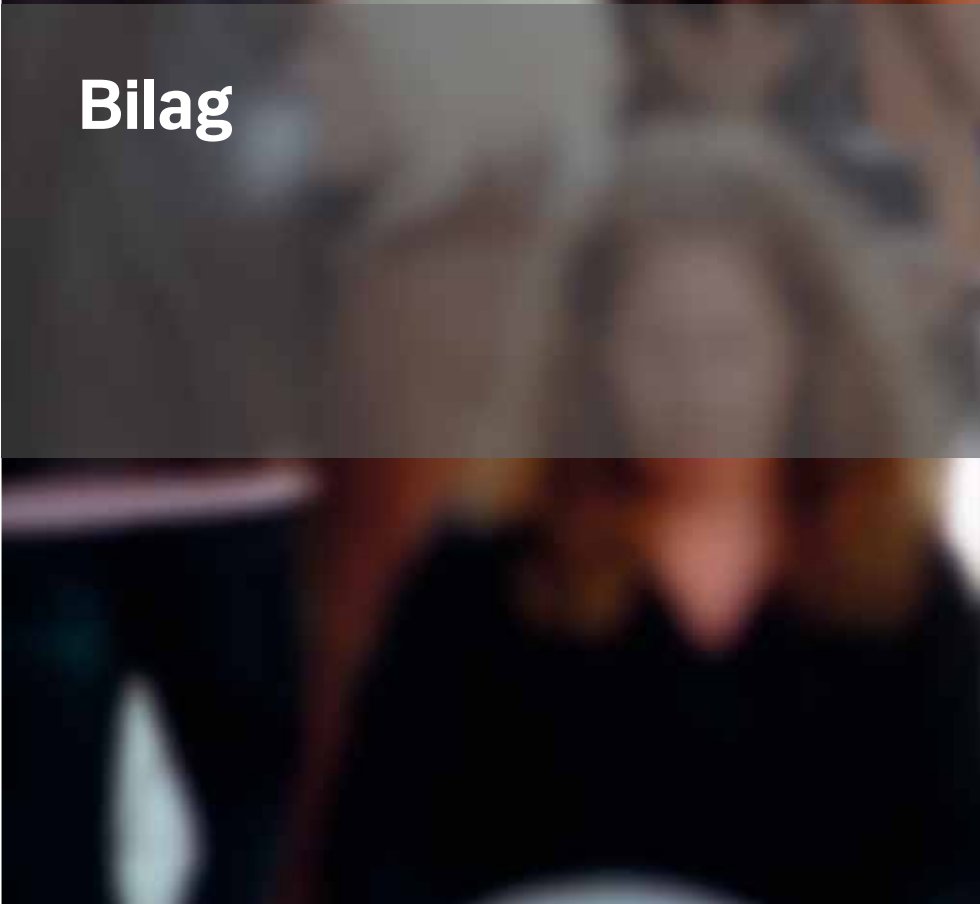


Referencer

- Christensen, A. I., Davidsen, M., Kjølner, M., & Juel, K. (2010). *Mental sundhed blandt voksne danskere*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (4), 385-396.
- Dunstan, D. W., Barr, E.L.M., Healy, G.N., Salmon, J., Shaw, J.E., Balkau, B., Magliano, D.J. et al. (2010). Television viewing time and mortality: the Australian diabetes, obesity and lifestyle study (AusDiab). *Circulation*, 121, 384-391.
- Glümer, C., Hilding-Nørkjær, H., Jensen, H. N., Jørgensen, T., Andreasen, A. H., & Ladelund, S. (2008). *Sundhedsprofil for region og kommuner 2008*. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.
- Glümer, C. & Andreasen, A. H. (2010). *Forekomsten og konsekvenser af muskelskeletsygdomme i Region Hovedstaden*. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.
- Hamilton, M.T., Hamilton, D. G., Zderic, T. W. (2007). Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. *Diabetes*, 56 (11), 2655-2667.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Regeringen. (2002). *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010*. København.
- Juel, K., Sørensen, J., & Brønnum-Hansen, H. (2006). *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. Statens Institut for Folkesundhed. København.
- Kjølner, M., Davidsen, M., & Juel, K. (2010). *Ældrebeholdningens sundhedstilstand i Danmark - analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Kjølner M., Juel K., Kamper-Jørgensen F. (2007). *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen. (2007). *Unge livsstil og dagligdag 2006* (MULD-rapport nr. 6). København.
- Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen. (2009): *Unge livsstil og dagligdag 2008* (MULD-rapport nr. 7). København.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Regeringen. (2009). *Sundhedspakke 2009: Godt på vej mod et sundere Danmark - 8 store skridt der gør et godt sundhedsvæsen endnu bedre*. København.
- Region Hovedstaden. (2009). *Implementering af kroniske forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Hospitalerne, kommunerne og de praktiserende læger i Hovedstaden august 2009*. København.
- Sundhedsstyrelsen. (2008). *Alkohol og helbred*. 1. udgave, 1. oplag. København.
- Sundhedsstyrelsen. (2009). *Narkotikasituationen i Danmark 2009*. København.
- Sørensen, I. A., Due, P., Hansen, B., Heitmann, B., Lichenberg, A., Michaelsen, K.F., Müller, P., & Richelsen, B. (2008). *Monitorering af forekomsten af fedme*. Motions og Ernæringsrådet.
- ***
- <http://www.dst.dk/Vejviser/dokumentation/Nomenklaturer/dun.aspx> (26.11.10)
- <http://www.cancer.dk/Forskning/nyheder/forskningsnyheder+2009/vandpibertilcigaretter.htm?category=8> (26.11.2010)
- http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Kronisksygdom/Muskel_skelet_lidelser/ (26.11.10)
- <http://www.sexogsundhed.dk/1/hiv/udbredelse-i-danmark/aids-doedsfald-pr-aar-i-dk.html> (26.11.2010)
- <http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsstyrelsens%20registre/Abortregister.aspx> (26.11.2010)
- <http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Seksualitet/Kunmedkondom2010/Fakta%20klamydia.ashx> (26.11.2010)
- <http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Seksualitet/Kunmedkondom2010/Fakta%20kondylomer.ashx> (26.11.2010)
- <http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Seksualitet/Kunmedkondom2010/Fakta%20unges%20risikovurdering.ashx> (26.11.2010)
- <http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2010/Kunmedkondom2010.aspx> (26.11.2010)
- <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kraeftbehandling/Pakkeforloeb.aspx> (26.11.10)
- <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kronisk%20sygdom/Forloebprogrammer.aspx> (26.11.2010)
- http://www.sst.dk/publ/Publ2007/MTV/HPV/HPV_vaccination.pdf (26.11.2010)
- <http://www.sst.dk/publ/vejledninger/99/venera/kap01.htm> (26.11.2010)
- <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Alkohol.aspx> (26.11.2010)
- <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Fysisk%20aktivitet/Anbefalinger%20til%20voksne.aspx> (26.11.2010)
- <http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Narkotika.aspx> (26.11.2010)



Bilag



Bilag 1

Planlægningsområder og hospitalsoptageområder i relation til hospitalsplanlægningen for Region Hovedstaden

Planlægningsområde	Kommuner
Planlægningsområde Nord: Frederikssund Hospital Helsingør Hospital Hillerød Hospital	Frederikssund, Halsnæs Fredensborg, Helsingør, Hørsholm Allerød, Gribskov, Hillerød
Planlægningsområde Midt: Gentofte Hospital Herlev Hospital	Gentofte, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal Ballerup, Egedal, Furesø, Gladsaxe, Herlev, Rødovre
Planlægningsområde Syd: Amager Hospital Glostrup Hospital	Amager Vest, Amager Øst, Dragør, Tårnby Albertslund, Glostrup, Høje-Taastrup, Ishøj, Vallensbæk
Hvidovre Hospital	Brøndby, Hvidovre, Kbh. Valby, Kbh. Vesterbro
Byen Frederiksberg Hospital Bispebjerg Hospital	Frederiksberg, Kbh. Vanløse Kbh. Bispebjerg, Kbh. Brønshøj, Kbh. Indre by, Kbh. Nørrebro, Kbh. Østerbro
Bornholm	Bornholm

Bilag 2

Klassificering af uddannelsesniveau på baggrund af spørgeskemaoplysninger

Til klassificering af uddannelse er der taget udgangspunkt i Dansk Uddannelsesnomenklatur (DUN), som klassificerer personer på baggrund af personens højest fuldførte uddannelse uden hensyntagen til igangværende uddan-

nelser. Klassificeringen i Sundhedsprofilen 2010 ligner så vidt muligt DUN. Dog er der tilføjet en ekstra kategori ved navn "Under uddannelse".

	DUN	Sundhedsprofilen 2010	Eksempel
0	Folkeskoleniveau	Grundskole	Børnehaveklasse
1	Grundskoleniveau I	Grundskole	1.-6. klasse
2	Grundskoleniveau II	Grundskole	7.-10. klasse
3	Gymnasialt niveau I	Kort uddannelse	Social- og sundhedshjælper
4	Gymnasialt niveau II	Kort uddannelse	Tømrer, frisør, redder, kontor-assistent, student/HF
5	Korte videregående uddannelser	Kort videregående uddannelse	Tekniker, merkonom
6	Mellemlange videregående uddannelser	Mellemlang videregående uddannelse	Skolelærer, politibetjent, journalist, pædagog
7	Lange videregående uddannelser	Lang videregående uddannelse	Civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog
8	Forskerniveau	Lang videregående uddannelse	Ph.d.-grad
		Under uddannelse	Gymnasieelev, lærling, universitetsstuderende
9	Uden for niveauplacing	Missing	

Alle borgere, som har gennemført minimum en kort uddannelse, er ligesom i DUN placeret efter den højeste uddannelse, de har gennemført, også hvis de er under uddannelse. De borgere, som stadig går i skole eller er under uddannelse og ikke allerede har gennemført minimum en kort uddannelse, er placeret i kategorien "Under

uddannelse". De øvrige borgere, som ikke går i skole eller er under uddannelse, og som ikke har gennemført minimum en kort uddannelse, er placeret i forhold til den DUN-klasse, som de tilhører. En oversigt over kategoriseringen af borgere på baggrund af spørgeskemaet er vist nedenfor.

Figur: DUN-klassificering af spørgeskemaoplysninger

Har du fuldført en erhvervsuddannelse?	Hvilken skoleuddannelse har du?						
	Går stadig i skole	7 eller færre år	8-9 år	10-11 år	Studerer-/HF-eksamen	Andet	Missing
Nej							
Et eller flere kortere kurser							
Faglært inden for håndværk...							
Kort videregående uddannelse							
Mellemlang videregående uddannelse							
Lang videregående uddannelse							
Missing							

Under uddannelse

DUN 0-2

DUN 3

DUN 4

DUN 5

DUN 6

DUN 7-8

DUN 9

Bilag 3

Klassificering af erhvervstilknytning på baggrund af spørgeskemaoplysninger

Til klassificering af erhvervstilknytning er der taget udgangspunkt i den socioøkonomiske klassifikation SOCIO02 fra Indkomststatistikregisteret, som dannes ud fra oplysninger om væsentligste indkomstkilde for personen. Ud fra indkomstkilden fastlægges, om personen er selvstændig erhvervsdrivende, medarbejdende ægtefælle,

lønmodtager, arbejdsløs eller uden for arbejdsstyrken, herunder pensionist, kontanthjælps-modtager eller uddannelsessøgende (www.dst.dk). Klassificeringen i Sundhedsprofilen 2010 ligner så vidt muligt variabelen SOCIO02. Dog er alle beskæftigede slået sammen til én kategori uden niveaupdeling.

SOCIO02	Sundhedsprofilen 2010	Kategorier fra spørgeskemaet
Selvstændig, +10 ansat. Selvstændig, 1-4 ansat. Selvstændig, ingen ansat Medarbejdende Topleder Lønmodtager høj færdigh. Lønmodtager mel. færdigh. Lønmodtager grund færdigh. Andre lønmodtagere Lønmodtager færdigh. Uoplyst	I beskæftigelse	Selvstændig landmand Selvstændig i øvrigt Medhjælpende ægtefælle Arbejder faglært Arbejder ufaglært Funktionær, tjenestemand (fx læge, kontorassistent, skolelærer) Anden beskæftigelse Værnepligtig
Uddannelsessøgende	Under uddannelse	Lærling, elev Studerende Skoleelev
Arbejdsløs min. halvt år	Arbejdsløs	Arbejdsløs eller arbejdsløs i aktivering
Sygedagpenge, orlov mv. Kontanthjælpsmodtager	Langtidssyg, revalidering, kontanthjælp mm.	Langtidssyg (3 mdr. eller mere) Under revalidering På kontanthjælp, bistandshjælp Hjemmearbejdende husmor, husfar
Førtidspensionister	Førtidspensionist	Førtidspensionist Anden form for pension
Folkepensionister Efterlønsmodtager mv.	Pensionist	Alderspensionist Efterlønsmodtager, overgangsydelse
Andre Børn Ikke i AKM	Missing	Andre: Andet

Kilde: http://www.dst.dk/tilsalg/forskningservice/hkt4forsker/hkt4_variabel_liste_forsker/hkt4_variabel.aspx?fk=10077 (28.11.2010)



**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