

**Københavns Kommune
Sundhedsforvaltningen
Sundhedsstaben**



Københavnernes sundhed 2005

Social ulighed i sundhed i Københavns Kommune

- Belyst ved en analyse af sundhed og livsstil blandt københavnerne og tyrkiske københavnerne

Indhold

| | |
|-------------------------------------------|-------------|
| Resumé | s.3 |
| 1. Baggrund | s.4 |
| 1.1 Indledning | s.4 |
| 1.2 Social ulighed i sundhed | s.4 |
| 2. Social baggrund | s.5 |
| 2.1 Uddannelse og beskæftigelse | s.5 |
| 3. Uddannelse og sundhed og sygdom | s.7 |
| 3.1 Selvvurderet helbred | s.7 |
| 3.2 Langvarig sygdom | s.9 |
| 3.3 Medicinforbrug | s.10 |
| 3.4 Opsamling | s.11 |
| 4. Uddannelse og livsstil | s.12 |
| 4.1 Rygning | s.12 |
| 4.2 Alkohol | s.13 |
| 4.3 Overvægt | s.14 |
| 4.4 Fedme | s.15 |
| 4.5 Fysisk aktivitet | s.16 |
| 4.6 Mad og drikke | s.19 |
| 4.7 Netværk | s.22 |
| 4.8 Opsamling | s.24 |
| Bilag – Metodeovervejelser | s.26 |

Resumé

Med udgangspunkt i en spørgeskemaundersøgelse blandt københavnere og tyrkiske københavnere gennemført i vinteren 2004/2005, tegnes i denne redegørelse et billede af, hvordan social ulighed i sundhed og livsstil tager sig ud i København anno 2005. Overordnet viser undersøgelsen, at social ulighed i sundhed og livsstil er en realitet og derfor også et problem, som man er nødt til at forholde sig aktivt til, når man arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme. Af budgetforlig 2006 fremgår det også, at forskelle i sundhed, som er socialt begrundede, skal adresseres med målrettede indsatser i forhold til svage grupper f.eks. børn og etniske minoriteter.

Blandt københavnere kommer uligheden til udtryk ved, at der er sammenhæng mellem uddannelsesmæssig baggrund, eller mangel på samme, og sundhed og livsstil. Det betyder, at de borgere, som er bedst uddannede generelt har en bedre sundhedstilstand og en sundere livsstil sammenlignet med de borgere, der ingen uddannelse har. De bedst uddannede og dem uden uddannelse udgør således yderpunkterne i hhv. positiv og negativ retning. Flere steder ses yderligere en reel social gradient¹, hvor sundhed eller livsstil følger et stigende eller faldende uddannelsesniveau.

For de tyrkiske københavnere viser undersøgelsen også, at der er ulighed i sundhed og livsstil, når man sammenligner uddannede med ikke uddannede. De tyrkiske københavnere, der har en eller anden form for uddannelse, er således mere positive omkring eget helbred og mindre tilbøjelige til at lide af langvarig sygdom, end dem uden uddannelse. Også hvad angår livsstil ses en sammenhæng (daglig rygning undtaget), hvor dem med uddannelse har en sundere livsstil end dem uden uddannelse.

Endelig viser undersøgelsen, at der er forskel på sundhed og livsstil københavnere og tyrkiske københavnere imellem. Københavnerne har generelt en markant bedre sundhedstilstand og en tydeligt sundere livsstil end de tyrkiske københavnere. Samtidig har de tyrkiske københavnere, ikke mindst kvinderne, i langt højere grad end københavnere generelt et skrøbeligt socialt netværk. Undersøgelsen giver ikke noget endegyldigt svar på, hvad denne forskel skyldes, men et forsigtigt bud er, at uddannelse og beskæftigelsesgrad har en ikke ubetydelig indflydelse.

Det er værd at nævne, at de konklusioner, der drages i denne redegørelse på trods af de metodiske begrænsninger, på flere områder ligger i tråd med de konklusioner, der lægges frem i Sundhedsstyrelsens afrapportering af indvandreres sundhed og sygelighed 2005². Her fremkommer det, at tyrkiske indvandrere generelt har en højere behandlingsrate end danskere. Denne højere behandlingsrate slår bl.a. igennem i forhold til hjertekarsygdomme, luftvejssygdomme, muskelskeletlidelser og diabetes – alle sygdomme som er tæt forbundet med livsstil (rygning, kost og motion).

¹ En social gradient i den sociale ulighed betyder, at adgangen til ressourcer falder gradvist fra at være størst i det socialt mest velstillede grupper til at være lavest blandt de socialt dårligst stillede. (Medicinsk Sociologi, Lars Iversen mfl., s.106.)

² Sundhedsstyrelsen, Indvandreres sundhed og sygelighed – en opgørelse af behandlingsrater (2002) 2005

1. Baggrund

1.1 Indledning

Sundhedsforvaltningen kunne i juni 2005 præsentere den fjerde i rækken af sundhedsprofilundersøgelser om københavnerne sundhed og livsstil. De øvrige er lavet i 1991, 1995 og 1999. Det spørgeskema, som undersøgelsen bygger på, blev sendt ud til 5092 tilfældigt udvalgte københavnske husstande. 2946 skemaer kom retur i udfyldt tilstand, hvilket giver en svarprocent på 59%. Undersøgelsen mundede i første omgang ud i to produkter: en teknisk rapport, der indeholder alle data fra de indkomne spørgeskemaer, samt en borgerrettet udgave med titlen "Københavnerne Sundhed 2005", hvor de væsentligste trends i udviklingen i københavnerne sundhed og livsstil præsenteres.

Ved forberedelsen af spørgeskemaundersøgelsen gjorde styregruppen for sundhedsprofilen sig en række overvejelser om det forhold, at tidligere sundhedsprofiler ikke specifikt har undersøgt københavnerne med anden etnisk baggrund end dansk. Dette er en mangel, da indvandrere fra ikke vestlige lande udgør en voksende del af den københavnske befolkning³, og fordi vi ikke ved, om de har en anderledes sundhedsprofil end gennemsnittet af københavnerne. Derfor besluttede styregruppen, at det skulle gennemføres en pilotundersøgelse rettet mod københavnerne af tyrkisk oprindelse. Valget faldt på tyrkerne, fordi denne gruppe er en af de største indvandrergupper i København⁴, og fordi de har været i landet længe. Af tekniske grunde blev udtrækningskriteriet tyrkiske statsborgere.

Sideløbende med gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelsen om københavnerne sundhed, eksekverede sundhedsforvaltningen derfor også en undersøgelse med tilsvarende design blandt 1512 tilfældigt udvalgte tyrkiske statsborgere bosat i Københavns Kommune. Spørgeskemaet blev naturligvis oversat til tyrkisk. 693 valgte at deltage i undersøgelsen, hvilket svarer til 47%. I denne redegørelse vil de to grupper blive benævnt københavnerne og tyrkiske københavnerne. Da respondenterne i begge grupper er tilfældigt udvalgt, er der også, som i de tidligere sundhedsprofilundersøgelser, indvandrere i københavnergruppen⁵.

1.2 Social ulighed i sundhed

Et tilbagevendende tema i sundhedsforvaltningens sundhedsprofiler er **social ulighed i sundhed**. Social ulighed i sundhed er den forskel i sundhed, der er mellem forskellige "sociale" grupper af borgere. Eller som det formuleres i Folkesundhedsrapporten for Københavns Kommune;

*"Når man taler om ulighed i sundhed, som et sundhedspolitisk problem, plejer man, at henvise til systematiske forskelle mellem grupper, som både er uretfærdige og mulige at påvirke"*⁶.

³ 19% af københavnerne er født i udlandet (tjek), og 12% af københavnerne har oprindelse i et 3. land/ikke vestligt land, Orientering nr. 10, Københavns Kommunes Statistiske Kontor 2004

⁴ Der var pr. 1. januar 2004 8229 tyrkiske indvandrere og efterkommere i København. De tyrkiske københavnerne er dermed den næststørste etniske minoritet i byen. Pakistanerne udgør den største gruppe med 8643 personer. (Tal nr. 2, 2004. Københavns bydele 2004).

⁵ 12% af respondenterne i københavnerprofilen er født i udlandet (Sundhedsprofil for Københavns Kommune 2005 s.53)

⁶ Diderichsen, 2005, s.14

Når vi bruger termen ”ulighed” i stedet for det mere neutrale ”forskell” signalerer det altså, at der er tale om forskelle, som vi mener, er uretfærdige fordi, de er mulige at påvirke, fordi de hænger sammen med den ulige fordeling af socioøkonomiske ressourcer i befolkningen.

Social ulighed i sundhed kommer f.eks. til udtryk ved, at middellevetiden er betydeligt højere blandt dem øverst på den sociale rangstige, mens sygdom og for tidlig død oftere rammer dem nederst i hierarkiet. Det er vigtigt at pointere, at den sociale ulighed i sundhed ikke kun viser sig, når man sammenligner de bedst stillede med de ringest stillede. Den sociale ulighed i sundhed viser sig på alle trin i samfundet, således at en person fra middelklassen er mere syg og dør tidligere, end en person fra de øverste sociale lag⁷, men mindre syg og lever længere end en person fra de nederste sociale lag. Dette kaldes også ”den sociale gradient”.

I Københavns Kommunes Folkesundhedsplan 2000 er et af de overordnede mål for sundheds- og forebyggelsesindsatsen at mindske den sociale ulighed i sundhed⁸. Som nævnt indledningsvis er der også i Budgetforlig 2006 et direkte ønske om at mindske socialt begrundede forskelle i sundheden blandt københavnere bl.a. ved at målrette tiltag direkte mod svage grupper som f.eks. børn og etniske minoriteter.

2. Social baggrund

I det nedenstående illustreres sammenhængen mellem københavnernes og de tyrkiske københavnernes uddannelsesmæssige baggrund og beskæftigelsesgraden. Beskæftigelse har stor indflydelse på levekår og for de tyrkiske københavnere vedkommende også på integration i det danske samfund.

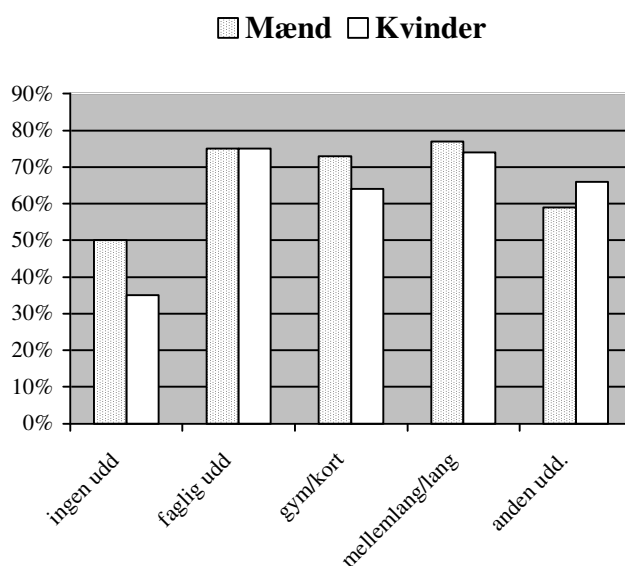
2.1 Uddannelse og beskæftigelse

Andelen af københavnske respondenter i beskæftigelse ligger på 70%. Som det fremgår af figur 1, er beskæftigelsesgraden en smule højere blandt mændene end blandt kvinderne (hhv. 72% og 68%). Særligt blandt de københavnere, der ingen uddannelse har, er der forskel i beskæftigelsen mellem kønnene. Yderligere viser figur 1 også, at der er sammenhæng mellem uddannelsesniveau og beskæftigelsesgrad. For de københavnske respondenter gælder det, at andelen, der er i arbejde er klart lavest blandt dem med mindst uddannelse og højest blandt de bedst uddannede og de fagligt uddannede.

⁷ De hårde kendsgerninger, 2. udgave, WHO. 2003. s. 10. Gradientutfordringen. Oslo. 2005. s. 10-13.

⁸ Folkesundheden i København, Plandokument 2000 s.67

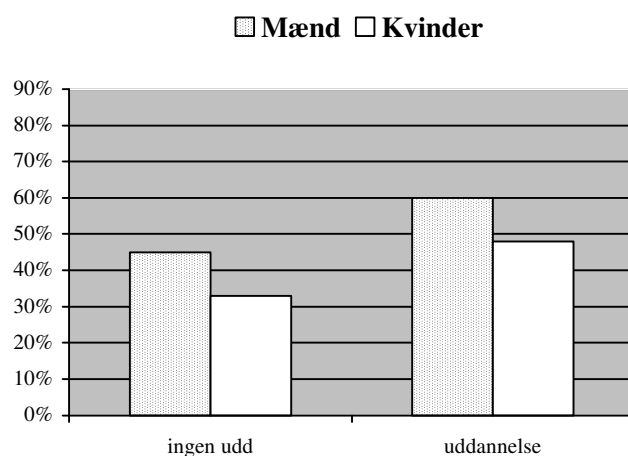
Figur 1 Sammenhængen mellem uddannelse og beskæftigelse fordelt på køn – københavnske respondenter 2005 (N=2086)



45% af de tyrkisk københavnske respondenter er i beskæftigelse, altså en beskæftigelsesgrad, som er markant lavere end københavnernes. Figur 2 viser, at det for de tyrkiske respondenter gælder, at andelen af beskæftigede er højere for dem med en eller anden form for uddannelse, sammenlignet med dem, som ingen uddannelse har, og dette gælder begge køn. 38% af dem som ikke har en uddannelse er i beskæftigelse, mens 51% af de tyrkiske respondenter, der har en uddannelse er i job.

Også blandt de tyrkiske respondenter, er beskæftigelsesgraden højere blandt mændene end blandt kvinderne. Dog er forskellen mellem kønnene mere udpræget end blandt de københavnske respondenter. Blandt de tyrkisk københavnske respondenter er 53% af mændene i beskæftigelse, mens det samme kun er tilfældet for 37% af kvinderne.

Figur 2 Sammenhængen mellem uddannelse og beskæftigelse fordelt på køn – tyrkisk københavnske respondenter 2005 (N=543)



Som det fremgår af begge ovenstående figurer, har uddannelse eller mangel på samme altså stor indflydelse på, hvorvidt man er i arbejde eller ej.

3. Uddannelse og Sundhed og sygdom

Som beskrevet indledningsvis, ved vi fra sundhedsprofilundersøgelserne, at uddannelsesmæssig baggrund og sundhed korrelerer. I det følgende belyses sammenhængen mellem uddannelse og selvvurderet helbred, langvarig sygdom og medicinforbrug for både de københavnske og tyrkisk københavnske respondenter.

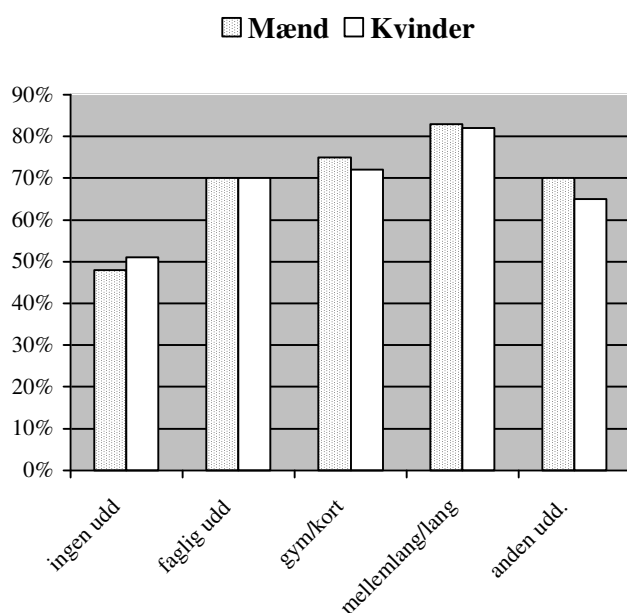
3.1 Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er en anerkendt målemetode, der kan bruges til at forudsige død blandt raske mennesker. Personer med negativt selvvurderet helbred har kortere levetid end personer med højt selvvurderet helbred. Negativt selvvurderet helbred er også forbundet med højere risiko for udvikling af kræft, forringet funktionsevne, udvikling af hjertesygdomme, højt medicinforbrug, arbejdsløshed og brug af sundhedsydelser⁹. Selvvurderet helbred er tæt forbundet med alder - i takt med at alderen stiger, falder andelen med positivt selvvurderet helbred.

3 ud af 4 af de københavnske respondenter mener selv, at de har et virkelig godt eller godt helbred og dette gælder både mænd og kvinder. For begge køn er det tilfældet, at andelen med virkelig godt eller godt selvvurderet helbred stiger i takt med længden af uddannelse. Det betyder, at der blandt dem uden udannelse er en markant lavere andel, der vurderer deres helbred positivt sammenlignet med dem, som har en mellemlang/lang videregående uddannelse. Den tydelige sociale gradient fremgår af nedenstående figur 3.

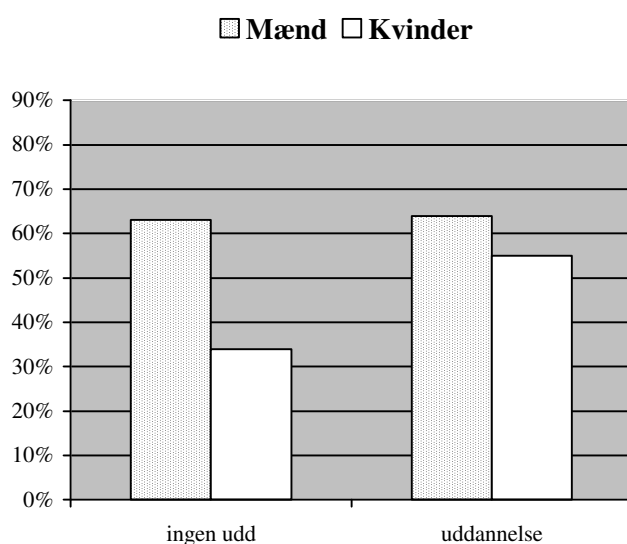
⁹ Københavnerne Sundhed 2005, Rikke P. Schmidt mfl., Medicinsk Sociologi, Lars Iversen mfl.s.22

Figur 3 Andel med virkelig godt/godt selvvalueret helbred fordelt på køn og uddannelse københavnske respondenter 2005 (N=2086)



Blandt de tyrkisk københavnske respondenter (figur 4) er det kun omkring hver anden (52%), der oplever, at deres helbred er virkelig godt eller godt. I modsætning til de københavnske respondenter, er der blandt de tyrkiske respondenter stor forskel kønnene imellem, hvad angår positivt selvvalueret helbred. Således vurderer 63% af mændene mod kun 39% af kvinderne deres helbred positivt.

Figur 4 Andel med virkelig godt/godt selvvalueret helbred fordelt på køn og uddannelse tyrkiske københavnske respondenter 2005 (N=523)

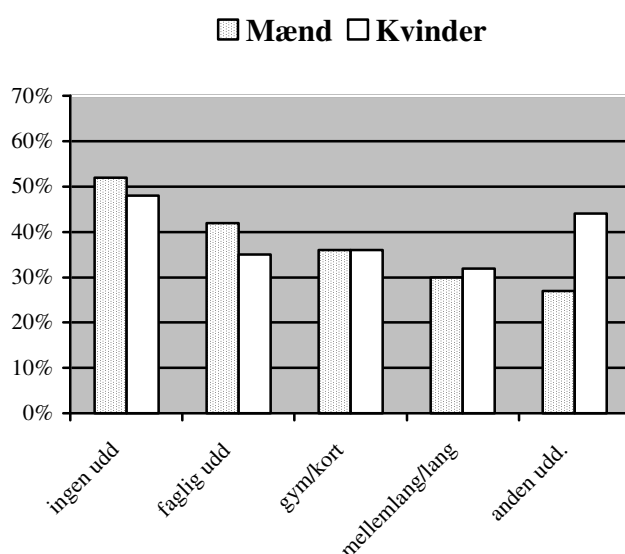


For de tyrkiske mænd er andelen med positivt selv vurderet helbred den samme uafhængigt af, om man har en uddannelse eller ej. For kvinderne derimod, er andelen med positivt selv vurderet helbred markant højere blandt de uddannede sammenlignet med dem uden uddannelse. Hvor kun 34% af kvinderne i den uuddannede gruppe vurderer deres helbred positivt, er det samme tilfældet for 55% af kvinderne i den uddannede gruppe.

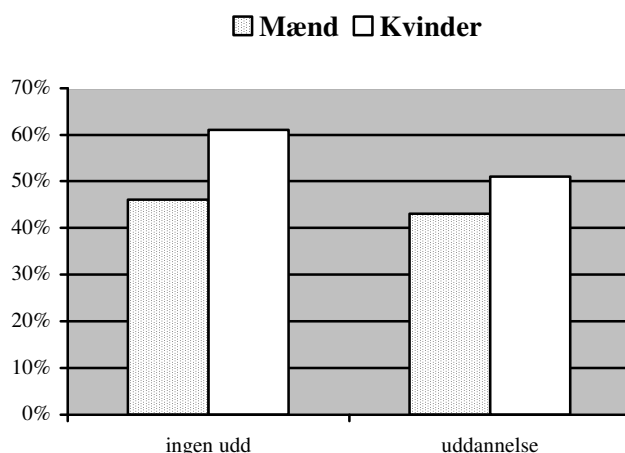
3.2 Langvarig sygdom

Lidt mere end en tredjedel af de københavnske respondenter (35%) lider under langvarig sygdom, handicap eller anden langvarig lidelse. Andelen med langvarig sygdom er stort set den samme for begge køn (hhv. 36% mænd og 35% kvinder), og som det fremgår af figur 5, ses en tydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og langvarig sygdom. Den sociale gradient går igen for begge køn og kommer til udtryk ved, at andelen med langvarig sygdom falder i takt med stigende uddannelsesniveau.

Figur 5 Andel med langvarig sygdom fordelt på køn og uddannelse københavnske respondenter 2005 (N=2058)



Figur 6 Andel med langvarig sygdom fordelt på køn og uddannelse Tyrkiske københavnske respondenter 2005 (N=531)



Blandt de tyrkisk københavnske respondenter (figur 6) er det halvdelen (51%), som lever med virkninger eller eftervirkninger af langvarig sygdom. Men hvor billedet er ens for begge køn blandt de københavnske respondenter, er det samme ikke tilfældet blandt de tyrkiske. Hele 58% af de tyrkiske kvinder i undersøgelsen lever med langvarig sygdom mod 44% af de tyrkiske mænd.

Sammenligner man de tyrkiske respondenter, som har en uddannelse med dem, som ikke har, fremkommer det, at der blandt kvinderne er en mindre andel, som lider af en langvarig sygdom eller eftervirkninger af samme blandt de uddannede (hhv. 51% og 61%). Denne forskel er ikke til stede blandt de tyrkiske mænd. Her er andelen af langvarigt syge stort set den samme for uddannede og ikke uddannede.

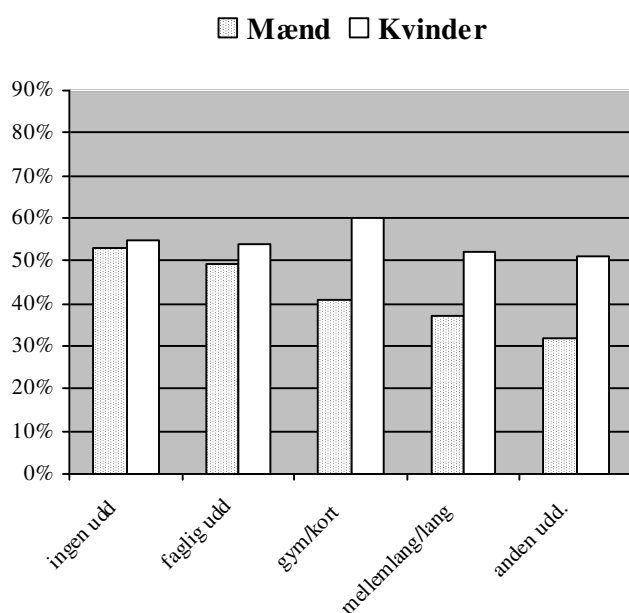
Præcis som ved selvvalderet helbred er der også for langvarig sygdom en naturlig sammenhæng med alder, forstået således, at andelen med langvarig sygdom eller gener heraf stiger i takt med alderen.

3.3 Medicinforbrug

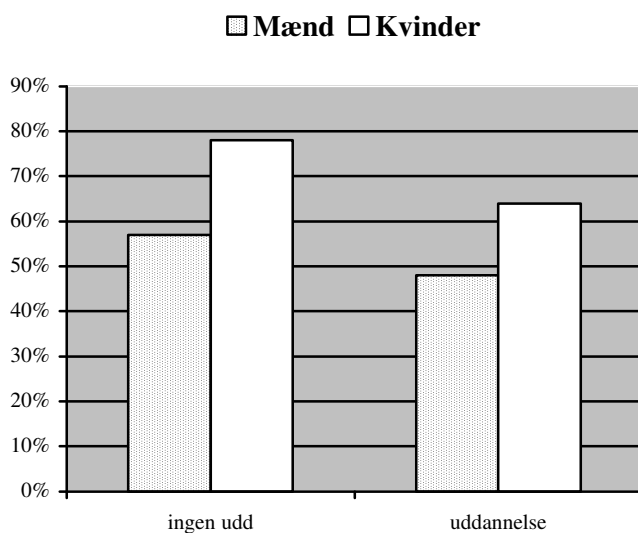
Figur 7 og 8 viser andelen, som har taget medicin de seneste 14 dage sammenholdt med uddannelse for hhv. københavnske og tyrkiske københavnske respondenter. I alt har lidt over halvdelen af de københavnske respondenter taget medicin inden for en 14 dages periode. De københavnske kvinder i undersøgelsen tager mere medicin end mændene, idet 54% af kvinderne har taget medicin mod 42% af mændene.

Ser man på de københavnske mænd, er dem uden uddannelse mere tilbøjelige til at have taget medicin end dem med uddannelse, og tilbøjeligheden til at tage medicin stiger i takt med, at uddannelsesniveaulet falder. Samme sociale gradient ses ikke blandt de københavnske kvinder, hvor medicinforbruget er nogenlunde det samme i alle grupper.

Figur 7 Andel, der har taget medicin fordelt på køn og uddannelse københavnske respondenter 2005 (N=2085)



Figur 8 Andel, der har taget medicin fordelt på køn og uddannelse tyrkiske københavnske respondenter 2005 (N=543)



Lige knap 2 ud af 3 (63%) af de tyrkiske respondenter har taget medicin inden for en 14 dages periode. Som blandt de københavnske respondenter er andelen, som har taget medicin højest blandt kvinderne. 74% af de tyrkiske kvinder har taget medicin mod 52% af de tyrkiske mænd. Blandt de tyrkiske respondenter, af begge køn, er andelen, der har taget medicin lavest blandt dem, der har en uddannelse sammenlignet med dem, som ikke har.

3.4 Opsamling

Den foreløbige analyse viser, at der for de københavnske respondenter på nogle områder er en social gradient, når man sammenkæder uddannelse med helbred, langvarig sygdom og medicinforbrug. Blot er den sociale gradient ikke entydig. Dog fremkommer det, at de københavnerne, der har mest uddannelse generelt har et mere positivt selv vurderet helbred, er mindre tilbøjelige til at lide af langvarig sygdom og tager mindre medicin, sammenlignet med dem uden uddannelse.

At billedet ikke er entydigt fortæller os, at uddannelsesmæssig baggrund kan være en del af forklaringen på ulighed i sundhed – men ikke hele forklaringen.

Yderligere viser analysen også, at de tyrkisk københavnske respondenter generelt er ringere stillet sundhedsmæssigt - sammenlignet med de københavnske respondenter. Andelen af tyrkiske respondenter med positivt selv vurderet helbred er lavere sammenlignet med københavnerne. Andelen af tyrkiske respondenter, der tager medicin og/eller lider af langvarig sygdom, er også højere end blandt københavnerne. Endelig har de tyrkiske respondenter en ringere beskæftigelsesgrad end de københavnske respondenter.

For de tyrkiske respondenter gælder det, at der i nogen grad er sammenhæng mellem sundhed og det at have en eller anden form for uddannelse, ikke mindst hvad angår kvinderne. Der er således en tendens til, at dem med uddannelse generelt er mere positive omkring eget helbred, en mindre andel lider af langvarig sygdom, og en mindre andel har taget medicin indenfor en 14 dages periode.

Flere faktorer kan forklare, at der ses en sammenhæng mellem uddannelse og sundhed. Af figur 1 og 2 fremgik det, at andelen af beskæftigede øges i takt med, at uddannelsesniveaut stiger, og netop beskæftigelse vil i langt de fleste tilfælde være ensbetydende med bedre levevilkår bl.a. i form af højere indkomst, bedre bolig osv.. For de tyrkiske københavnere vil uddannelse og dermed øget beskæftigelse også være et udtryk for en højere grad af integration i samfundet.

Yderligere kan livsstil også forklare en del af sammenhængen mellem sundhed og uddannelse, idet det antages, at øget uddannelse medfører øget viden, bedre levevilkår og dermed muligheden for en sundere livsstil.

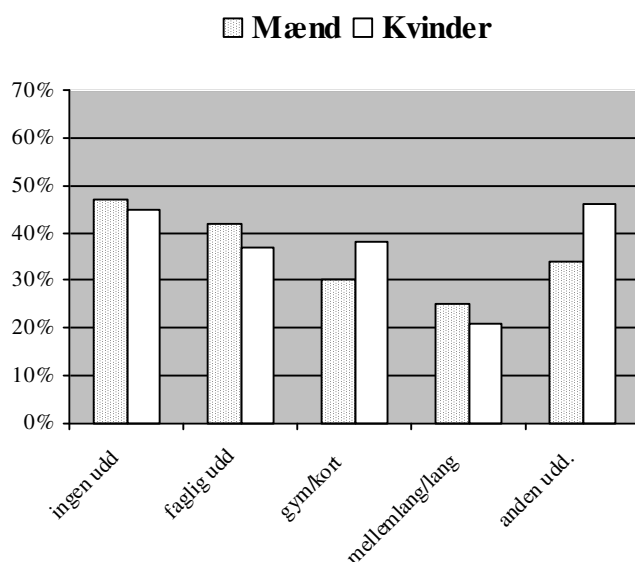
4 Uddannelse og livsstil

I det følgende analyseres sammenhængen mellem uddannelse og livsstil – her belyst gennem andelen af dagligrygere, andelen af overvægtige (BMI over 25), andelen af fede (BMI over 30) og andelen, som er fysisk aktive mindst 30 minutter hver dag. Sundhedsprofilundersøgelserne viser, at der er en sammenhæng mellem uddannelsesmæssig baggrund og livsstil, når det gælder københavnere generelt. Hvorvidt en sådan sammenhæng også går igen blandt de tyrkiske københavnere belyses også i nedenstående.

4.1 Rygning

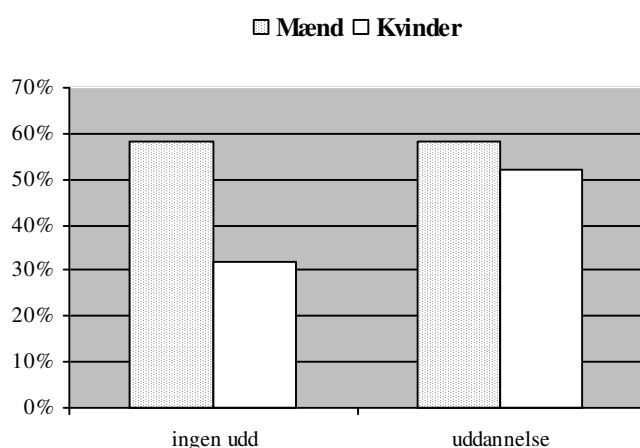
Figur 9 illustrerer andelen af dagligrygere sammenholdt med uddannelsesmæssig baggrund for de københavnske respondenter. Næsten hver tredje respondent (30%) i københavnergruppen ryger dagligt, og der er en tydelig social gradient i dagligrygningen. Andelen af dagligrygere falder stødt samtidig med at uddannelsesniveaut stiger. 46% af dem, der ikke har en uddannelse er dagligrygere, det samme er tilfældet for 22% af de københavnere, som har en mellemlang eller lang videregående uddannelse. Andelen af dagligrygere er nogenlunde ens for mænd og kvinder (hhv. 32% og 29%).

Figur 9 Andel dagligrygere fordelt på køn og uddannelse københavnske respondenter 2005 (N=2067)



Næsten halvdelen af respondenterne i den tyrkisk københavnske respondentgruppe ryger (48%). Hvor der ses en tydelig social gradient blandt københavnerne, er dette ikke tilfældet blandt de tyrkiske respondenter (figur 10). For de tyrkiske kvinders vedkommende er der ligefrem tale om omvendt social gradient, hvor andelen af dagligrygere er mindst blandt dem uden uddannelse og højest blandt dem med uddannelse. For de tyrkiske mænds vedkommende er andelen af dagligrygere stort set den samme i de to grupper. Sammenligner man de tyrkiske respondenter, er andelen af dagligrygere markant højere blandt mændene. Her ryger 58% dagligt mod 37% af kvinderne.

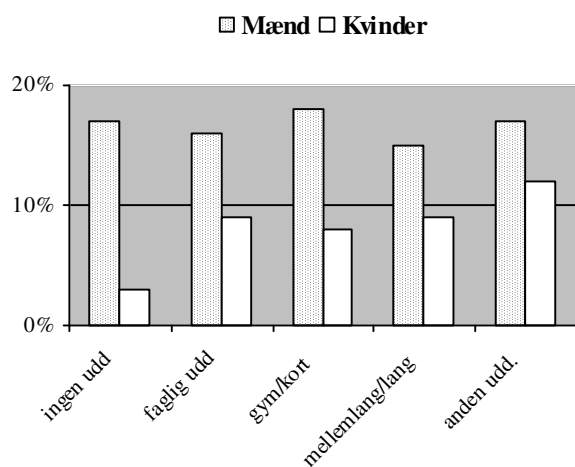
Figur 10 Andelen af dagligrygere fordelt på køn og uddannelse tyrkisk københavnske respondenter 2005 (N=511)



4.2 Alkohol

Når man ser på københavnerne alkoholforbrug, er der i modsætning til dagligrygning ikke nogen social gradient. Der er således ikke nogen sammenhæng mellem uddannelsesniveaue og alkoholforbruget. I hvert tilfælde ikke nogen traditionel sammenhæng, hvor dem uden uddannelse er mest udsatte.

Figur 11 Andel som drikker mere end genstandsgrænsen fordelt på køn og uddannelse københavnske respondenter 2005 (N=1979)



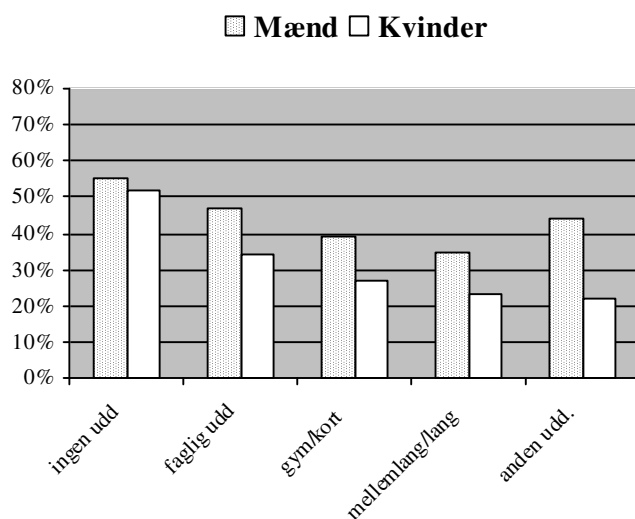
Figur 11 viser andelen af københavnere (hhv. mænd og kvinder), som drikker mere end Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænse på 14 genstande pr. uge for kvinder og 21 genstande pr. uge for mænd. Andelen er for mændenes vedkommende nogenlunde den samme i alle uddannelseskategorier. For kvinderne derimod, ses en omvendt social gradient, hvor de bedst uddannede er mere tilbøjelige til at overskride genstandsgrænsen end dem uden uddannelse.

Blandt de tyrkiske respondenter er der stort set ingen (kun 1%-2%), hverken mænd eller kvinder, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse, hvorfor det ikke giver mening at opstille en tabel.

4.3 Overvægt

For de københavnske respondenter fremkommer en social gradient, når man sammenkæder uddannelse og overvægt (BMI¹⁰ over 25). Andelen med et BMI over 25 er højest blandt dem, som ingen uddannelse har, og herefter falder andelen med BMI over 25 stille og roligt i takt med, at uddannelsesniveaet stiger. Tendensen er den samme for mænd og kvinder.

Figur 12 Andel med BMI over 25 fordelt på køn og uddannelse københavnske respondenter 2005 (N=2050)

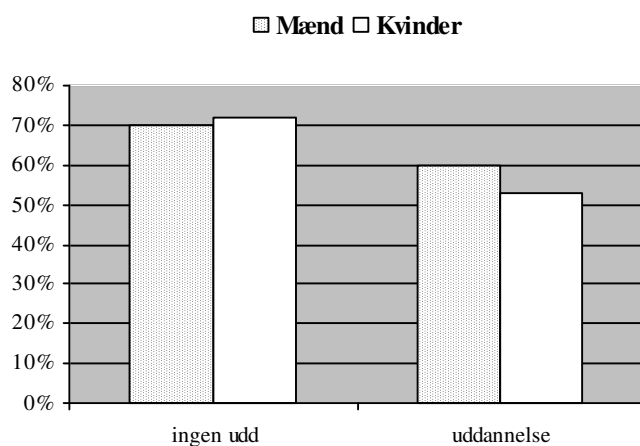


Som det fremgår af figur 12 er andelen af overvægtige højest blandt mændene, hvor 41% har et BMI over 25. For kvinders vedkommende har 27% et BMI over 25. Til sammen er 33% af de københavnske respondenter således overvægtige.

Af figur 13 fremgår det, at andelen med BMI over 25 er højest blandt de tyrkiske respondenter, som ikke har nogen uddannelse og lavere for dem med uddannelse. For de tyrkiske respondentes vedkommende er der ikke forskel i andelen af overvægtige mellem mænd og kvinder. I alt har 65% af de tyrkiske respondenter et BMI over 25. 71% af de uuddannede er overvægtige mod 58% af de uddannede.

¹⁰ BMI = vægt (kg) \ højde (m) x højde (m)

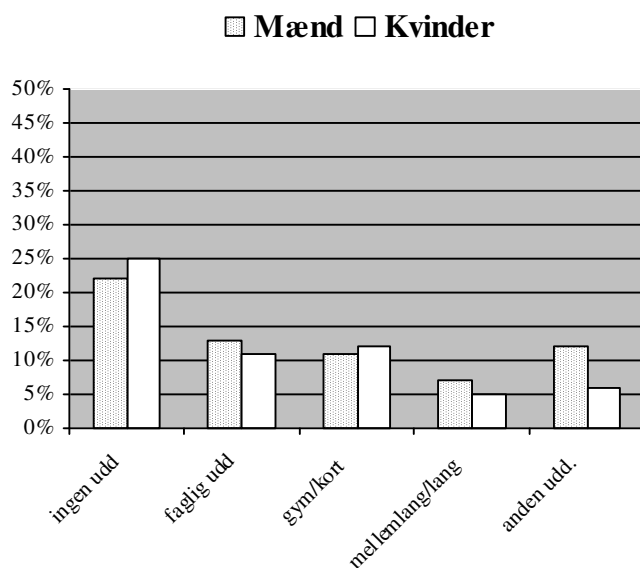
Figur 13 Andel med BMI over 25 fordelt på køn og uddannelse tyrkisk københavnske respondenter 2005 (N=519)



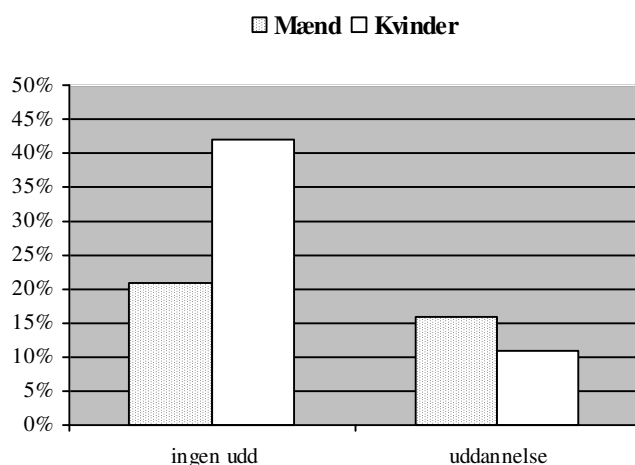
4.4 Fedme

I forhold til udbredelsen af fedme (BMI over 30) i den københavnske respondentgruppe, fremkommer den samme sociale gradient som ved overvægt (BMI over 25), hvor fedme er langt mere udbredt blandt dem uden uddannelse og andelen af fede falder i takt med stigende uddannelsesniveau. Samtidig er andelen af fede, som det fremkom ved overvægt, en smule højere for mændenes vedkommende (figur 14). 11% af de københavnske mænd er fede mod 8% af de kvindelige respondenter.

Figur 14 Andel med BMI over 30, køn fordelt på køn og uddannelse københavnske respondenter 2005 (N=2050)



Figur 15 Andel med BMI over 30 fordelt på køn og uddannelse tyrkisk københavnske respondenter 2005 (N=519)



Figur 15 viser andelen af tyrkiske respondenter med BMI over 30. I denne gruppe er fedme mest udbredt blandt kvinderne, hvor 33% er fede mod 19% af mændene, og andelen af fede er markant højere end blandt københavnerne generelt. Hvor 10% af københavnerne har et BMI over 30, er det samme tilfældet for 26% af de tyrkiske københavnere.

For de tyrkiske respondenter ses en sammenhæng mellem uddannelse og fedme, forstået således, at der er en overvægt af fede blandt dem uden uddannelse sammenlignet med dem med uddannelse. 33% af dem der ikke har en uddannelse er fede mode 14% af dem, som har en uddannelse. Sammenhængen mellem uddannelse og fedme ses for begge køn, men den er tydeligst blandt kvinderne.

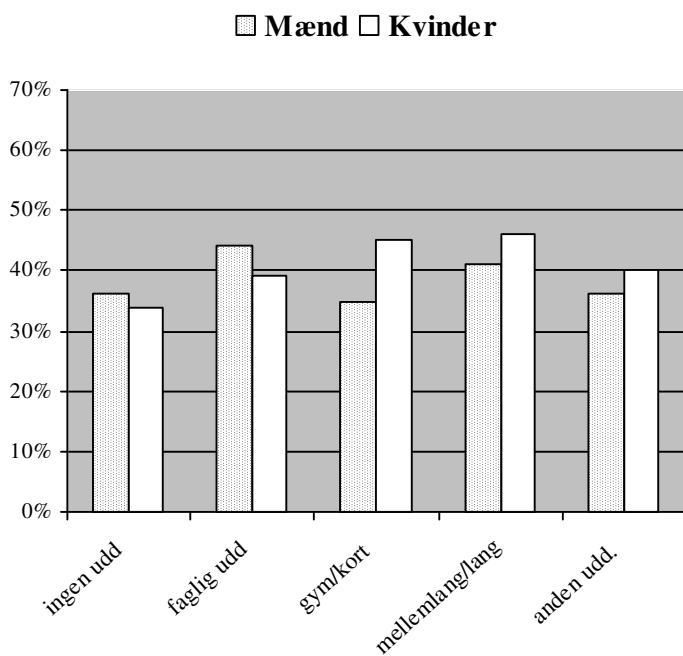
4.5 Fysisk aktivitet i dagligdagen

Ser man på fysisk aktivitet, målt på andelen som er fysisk aktive mindst en halv time dagligt, ses en vis social gradient blandt de københavnske respondenter. Generelt er det sådan, at andelen, som er fysisk aktive mindst 30 minutter hver dag, er lavest blandt de uuddannede og højest blandt dem med mest uddannelse (fig. 16). Billedet forstyrres dog lidt af de københavnske mænd, som har en faglig uddannelse. I denne gruppe er andelen, som bevæger sig dagligt, nemlig højst¹¹. For kvindernes vedkommende er tendensen mere tydelig, her er andelen af fysisk aktive jævnt stigende i takt med uddannelsesniveaueu.

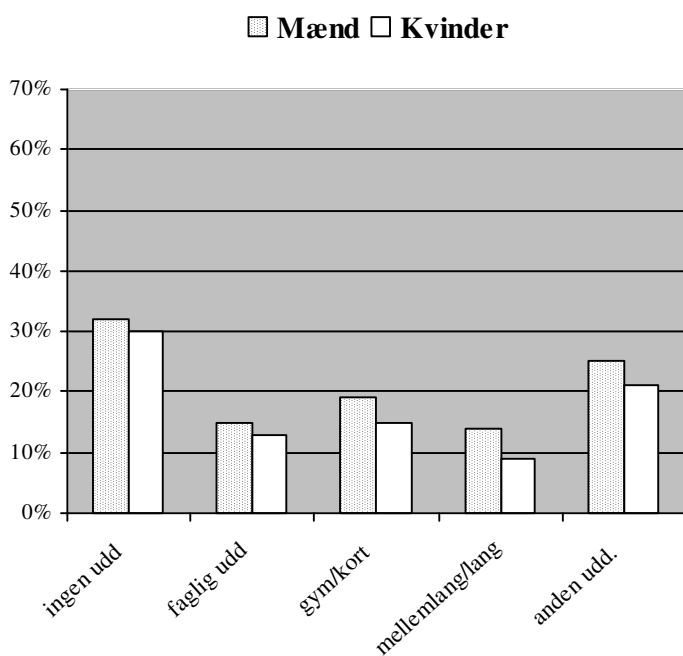
Af figur 17 fremgår det, at der også ses en sammenhæng mellem københavnernes uddannelsesmæssige baggrund og det at være stillesiddende i fritiden. Andelen, som sidder stille, når de har fri, er nemlig markant højere for dem, som ingen uddannelse har sammenlignet med dem, som har en uddannelse. Tendensen er den samme for mænd og kvinder.

¹¹ Idet denne gruppe primært tæller håndværkere og andre fagligt uddannede, er det ikke så underligt, at de bevæger sig dagligt.

Figur 16 Andel som er fysisk aktive min. 30 min. dagligt fordelt på køn og uddannelse københavnske respondenter 2005 (N=2079)

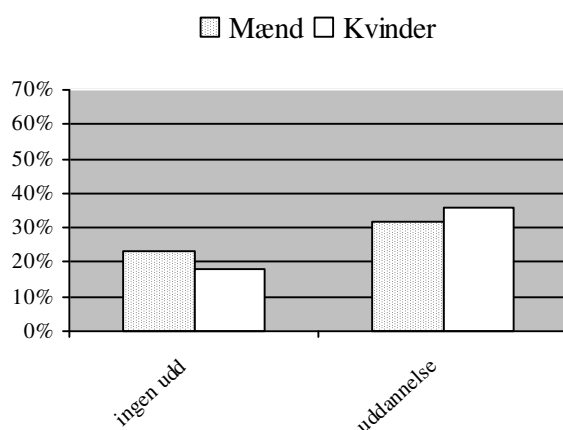


Figur 17 Andel er stillesiddende i deres fritid fordelt på køn og uddannelse københavnske respondenter 2005 (N=2065)

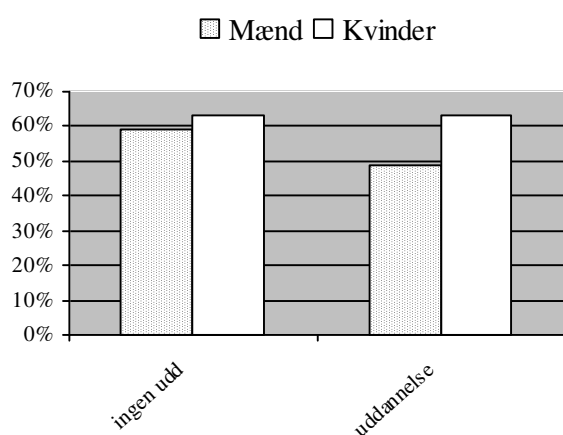


Figur 18 viser andelen, der er fysisk aktive mindst en halv time dagligt, blot for de tyrkiske københavnske respondenter. Blandt de tyrkiske respondenter ses også en sammenhæng mellem fysisk aktivitet og uddannelse. Andelen som er fysisk aktive, er nemlig højere blandt dem, som har en uddannelse sammenlignet med dem, der ikke har nogen uddannelse. Blandt de tyrkiske respondenter er der 20% af de uuddannede, der er fysisk aktive mindst 30 minutter hver dag, hvorimod der blandt dem med uddannelse er 33%, der er fysisk aktive på daglig basis.

Figur 18 Andel som er fysisk aktive min. 30 min. dagligt fordelt på uddannelse tyrkisk københavnske respondenter 2005 (N=530)



Figur 19 Andel der er stillesiddende i deres fritid fordelt på køn og uddannelse tyrkisk københavnske respondenter 2005 (N=486)

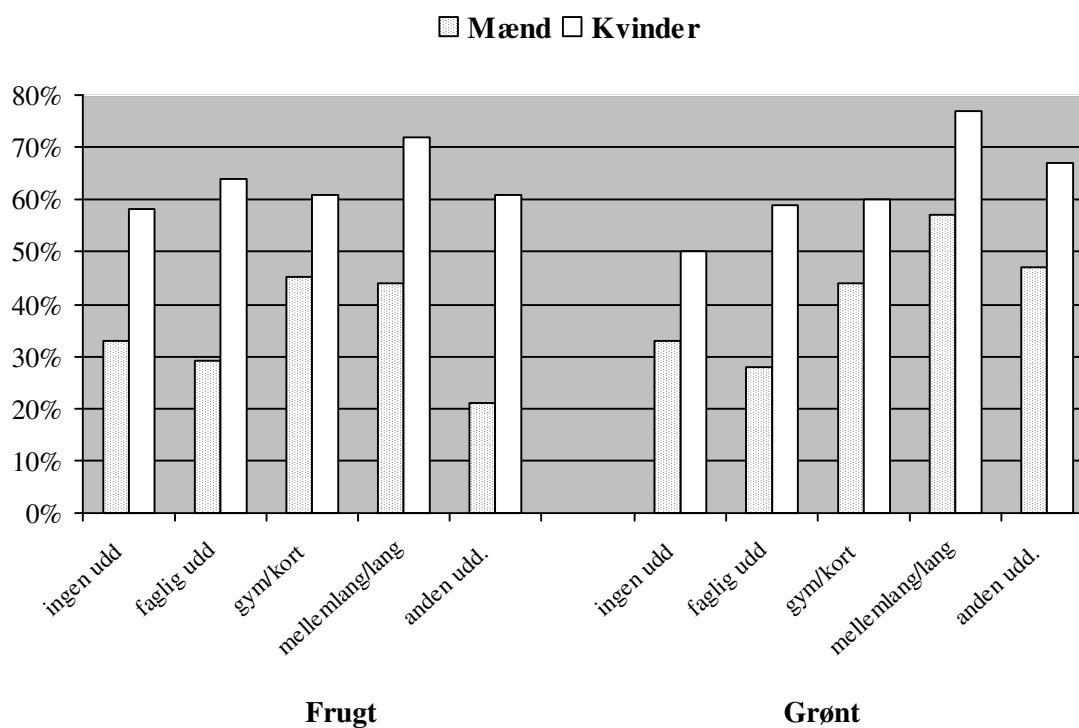


Figur 19 viser andelen af tyrkisk københavnske respondenter, som er stillesiddende i deres fritid. Blandt tyrkerne ses ikke nogen bemærkelsesværdig forskel på de to grupper af hhv. uddannede og ikke uddannede og ej heller på mænd og kvinder. Over halvdelen af de tyrkisk københavnske respondenter har stillesiddende fritidsaktiviteter. Blandt københavnerne er det mindre end hver femte, der sidder stille i fritiden.

4.6 Mad og drikke

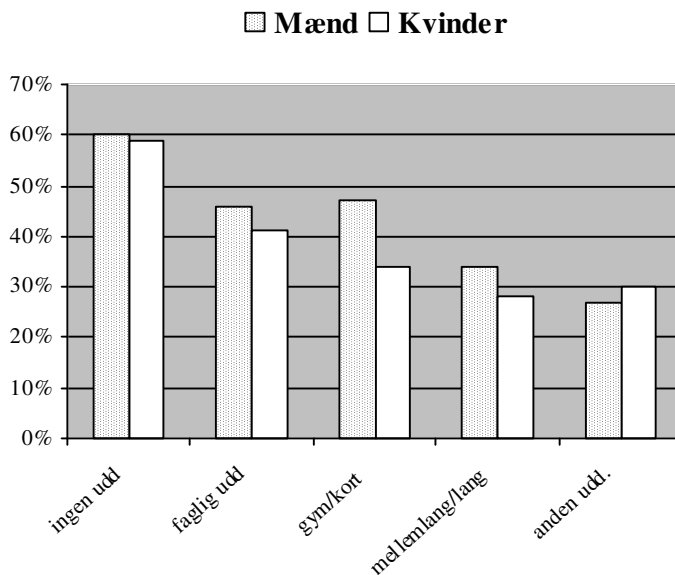
Ser man på andelen af københavnere, der spiser frugt og grønt en eller flere dagligt, ses en vis sammenhæng med uddannelsesniveau, ikke mindst for de københavnske kvinders vedkommende. Generelt er andelen, der spiser frugt og grønt en eller flere gange dagligt større blandt kvinderne end blandt mændene. For kvindernes ses en social gradient, der betyder, at andelen der spiser frugt og grønt er højest blandt de bedst uddannede og falder i takt med uddannelsesniveautet, til at være lavest blandt dem uden uddannelse. Helt den samme sociale gradient går ikke igen blandt mændene, men også her er det de bedst uddannede, som er mest tilbøjelige til at spise frugt og grønt. I alt spiser 55% af københavnere frugt en eller flere gange dagligt og 60% spiser grøntsager en eller flere gange hver dag.

Figur 20 Andel der spiser frugt og grønt dagligt eller flere gange dagligt fordelt på køn og uddannelse københavnske respondenter 2005 (N=2086)



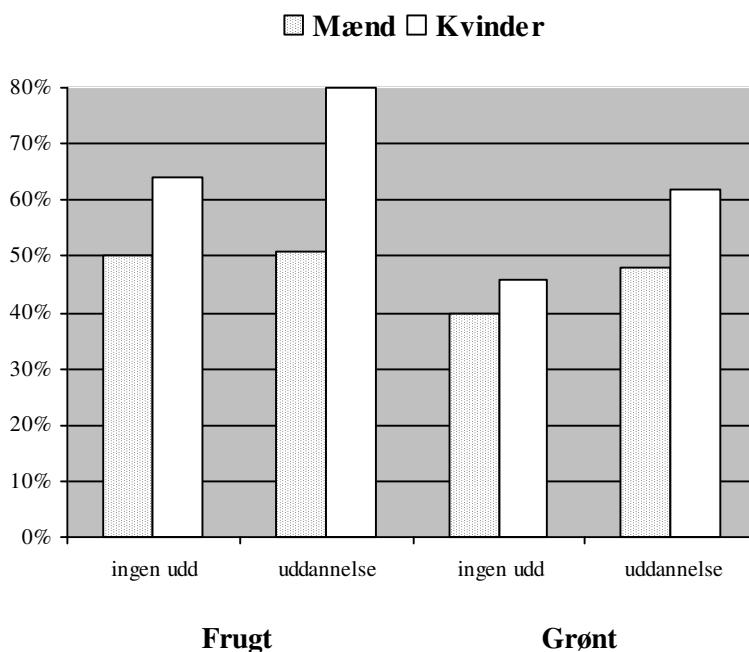
Andelen af københavnere, der indtager sukkerholdige drikkevarer (saftvand, sodavand og kakao) hver dag, er højest blandt dem uden uddannelse og lavest blandt dem med en mellem-lang eller lang videregående uddannelse. Yderligere ses en tydelig social gradient, der kommer til udtryk ved, at andelen der drikker sukkerholdige drikke, falder støt samtidig med, at uddannelsesniveautet stiger (se figur 21). Tendensen er den samme for begge køn, og set i sammenhæng med figur 20, fremkommer et billede, hvor de bedst uddannede har markant bedre spise- og drikkevaner end dem uden uddannelse. I alt drikker 37% af de københavnske respondenter sukkerholdigt hver dag.

Figur 21 Andel der drikker sukkerholdige drikkevarer (kakao, saft og sodavand) dagligt fordelt på køn og uddannelse, københavnske respondenter 2005 (N=2086)



Figur 22 viser andelen af tyrkisk københavnske respondenter, der spiser frugt og grønt hver dag. Også blandt tyrkerne er kvinderne mere tilbøjelige til at indtage frugt og grøntsager på daglig basis, men der er slet ikke så stor forskel på kønnene som blandt københavnerne generelt. 60% af de tyrkiske københavnere spiser frugt en eller flere gange dagligt og 47% spiser grøntsager mindst en gang hver dag.

Figur 22 Andel der spiser frugt og grønt dagligt eller flere gange dagligt fordelt på køn og uddannelse, tyrkisk københavnske respondenter 2005 (N=543)

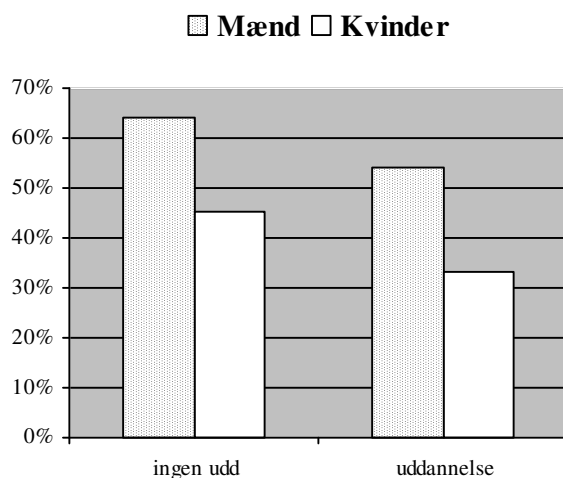


For de tyrkiske kvinder gælder det, at dem der har en eller anden form for uddannelse er mere tilbøjelige til at spise frugt og grønt dagligt end dem som står uden uddannelse. For mændenes vedkommende ses ikke den samme sammenhæng mellem uddannelse og indtag af frugt og grønt.

Andelen, der spiser frugt og grønt en eller flere gange dagligt, er stort set den samme blandt københavnere og tyrkiske københavnere, dog med den forskel, at de tyrkiske mænd er noget mere tilbøjelige til at spise frugt end de københavnske, mens de københavnske kvinder er mere tilbøjelige til at spise grønt dagligt sammenlignet med de tyrkisk københavnske kvinder¹².

Figur 23 viser andelen af tyrkisk københavnske respondenter, der drikker saft, sodavand eller kakao på daglig basis. Som blandt de københavnske respondenter, er det også blandt de tyrkisk københavnske respondenter mændene, der er mest tilbøjelige til at drikke sukkerholdigt hver dag. For begge køn gælder det, at andelen, som drikker sukkerholdigt er højest blandt dem uden uddannelse (samme tendens som blandt københavnere). Andelen der drikker sukkerholdigt hver dag, er noget højere blandt de tyrkisk københavnske respondenter, sammenlignet med de københavnske hhv. 50% og 37%.

Figur 23 Andel der drikker sukkerholdige drikkevarer (kakao, saft og sodavand) dagligt fordelt på køn og uddannelse, tyrkisk københavnske respondenter 2005 (N=543)

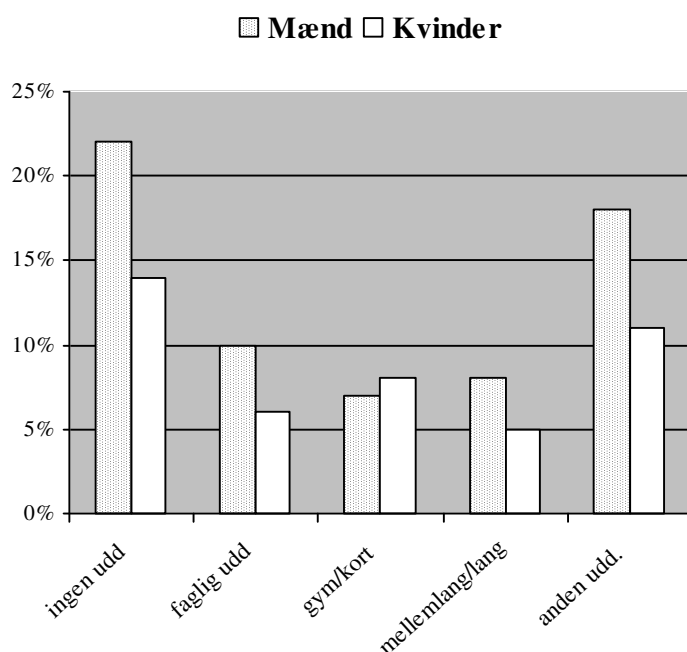


¹² Det er pudsigt, at der ifht. frugt og grønt ikke ses den samme forskel i livsstil mellem københavnere og tyrkiske københavnere, som vi har set på de øvrige livsstilsområder (røg, alkohol og fysisk aktivitet). Forklaringen kan bl.a. være, at man i det tyrkiske køkken anvender mange forskellige grøntsager og frisk frugt er den daglige afslutning på hovedmåltiderne (Bente Leed, Mad, livsglæde og integration s.57)

4.7 Netværk

Netværk og sociale relationer mellem mennesker bidrager til sundheden både individuelt og i samfundet¹³. Social isolation øger risikoen for et liv med kronisk sygdom og tidlig død. Nedenstående figurer 24 og 25, viser andelen af københavnere, der ofte føler sig uønsket alene og andelen, som ikke mener, de vil få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom.

Figur 24 Andel som ofte er uønsket alene fordelt på køn og uddannelse københavnske respondenter 2005 (N=2082)

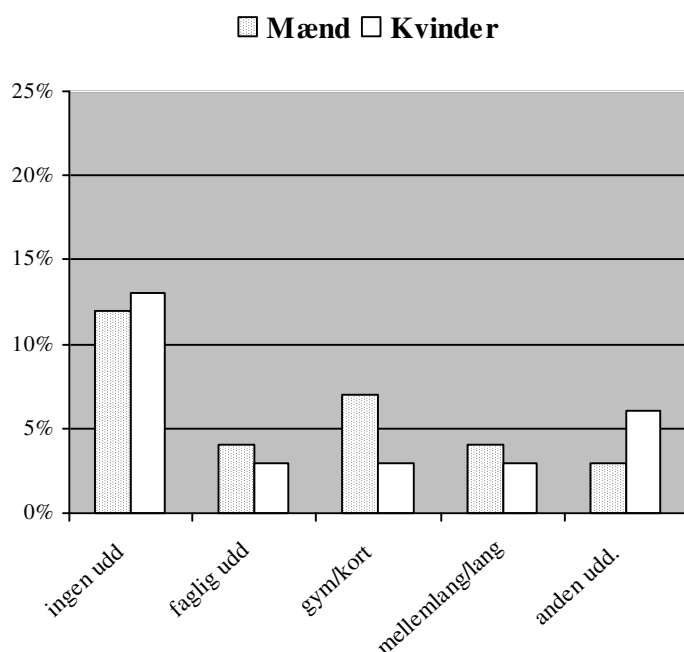


Hhv. 10% af de københavnske mænd og 7% af de københavnske kvinder føler sig ofte uønsket alene. For både mænd og kvinder gælder det, at andelen som ofte føler sig uønsket alene er højest blandt dem uden uddannelse og lavest blandt dem med en mellemlang eller lang videregående uddannelse. For begge køn ses en vis social gradient, hvor andelen, som føler sig uønsket alene, falder i takt med, at uddannelsesniveaet stiger.

Samme tendens går igen, når man ser på andelen, som ikke regner med at kunne få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom (figur 25). 4% af københavnere regner ikke med at få hjælp af andre, hvis de bliver syge. Og andelen, som ikke regner med at kunne få hjælp, er markant højere blandt dem, der ingen uddannelse har sammenlignet med dem, der har en uddannelse. Tendensen er den samme for begge køn.

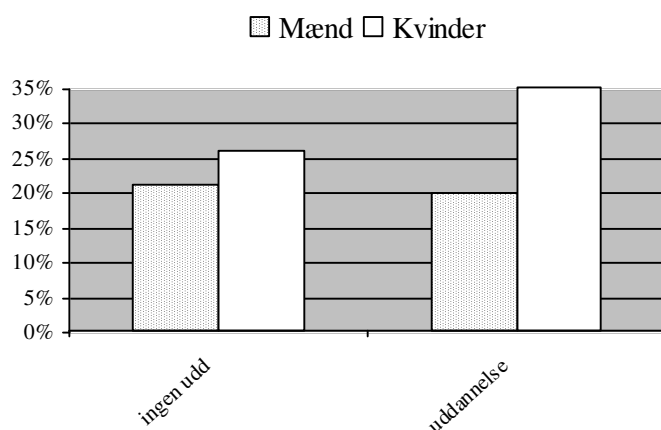
¹³ De hårde kendsgerninger, anden udgave, WHO 2003, s.22

Figur 25 Andel som ikke regner med at få hjælp i tilfælde af sygdom fordelt på køn og uddannelse, københavnske respondenter 2005 (N=2084)



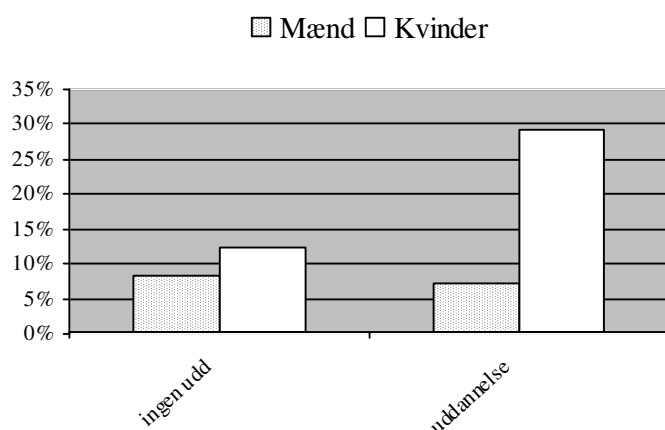
Figur 26 viser andelen af tyrkisk københavnske respondenter, som ofte føler sig uønsket alene. 21% af de tyrkiske mænd og 28% af de tyrkiske kvinder og dermed lige omkring hver fjerde tyrkiske københavnere føler sig ofte uønsket alene.

Figur 26 Andel som ofte er uønsket alene fordelt på køn og uddannelse, tyrkisk københavnske respondenter 2005 (N=537)



12% af de tyrkisk københavnske respondenter, regner ikke med at få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom. Andelen, som ikke regner med hjælp, er således markant højere blandt de tyrkisk københavnske respondenter, sammenlignet med de københavnske ditto. Blandt mændene er det 7%, der ikke regner med hjælp, mens der for kvindernes vedkommende er tale om 17% (figur 27).

Figur 27 Andel som ikke regner med at få hjælp i tilfælde af sygdom fordelt på køn og uddannelse, tyrkisk københavnske respondenter 2005 (N=537)



Blandt de tyrkiske respondenter ses ikke umiddelbart den samme sammenhæng mellem netværk og uddannelse, som det sås for københavnernes vedkommende. Det som i første omgang falder i øjnene, når man ser på de tyrkisk københavnske respondenter og netværk, er de kvinder, som har en eller anden form for uddannelse. De oplever tilsyneladende en betydeligt højere grad af social isolation, både sammenlignet med de tyrkisk københavnske mænd og med københavnernes generelt.

Det er en udbredt opfattelse blandt mange, at indvandrerne generelt har et godt netværk. Denne opfattelse bekræftes ikke i denne undersøgelse, som derimod viser, at tyrkiske københavnere af begge køn og i udpræget grad de tyrkiske kvinder, lever med et niveau af social isolation, der er mere udbredt end for københavnernes generelt.

4.8 Opsamling

I forhold til livsstil viser analysen, at der for københavnernes vedkommende er en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og livsstil. Generelt er billedet sådan, at dem med mest uddannelse er mindre tilbøjelige til at ryge dagligt, mindre tilbøjelige til at være overvægtige eller fede og mere tilbøjelige til at være fysisk aktive. I den anden ende af skalaen ligger så dem, som igen uddannelse har – her er der mange, der ryger, mange vejer for meget og mange rører sig alt for lidt. For dagligrygning og overvægt/fedme ses en tydelig social gradient, som både omfatter mænd og kvinder. Derimod er billedet lidt mere blandet i forhold til fysisk aktivitet. Også her fremkommer en social gradient – men kun for kvindernes vedkommende.

Blandt de tyrkiske respondenter tegner der sig et lidt andet billede, på trods af, at der stadig kan ses en sammenhæng mellem livsstil og uddannelse/ikke uddannelse. F.eks. er det de tyrkiske respondenteres rygemønstre, markant anderledes end københavnernes. Bl.a. er der for kvinders vedkommende en stor overvægt af dagligrygere blandt dem med uddannelse sammenlignet med dem uden uddannelse. I forhold til fysisk aktivitet, drikkevaner, overvægt og fedme er billedet dog mere klart, og det fremkommer, at det at have en eller anden form for uddannelse spiller ind på livsstil, forstået således, at dem med uddannelse ikke i samme grad er overvægtige eller fede, ligesom de også er mere tilbøjelige til at være fysisk aktive og mindre tilbøjelige til at drikke sukkerholdigt hver dag.

Sammenligner man de københavnske respondenter med de tyrkisk københavnske, står det tydeligt frem, at de livsstilsproblemer vi finder i den københavnske gruppe, er akkumuleret i den tyrkiske gruppe. Her er der nemlig en højere andel dagligrygere, en højere andel overvægtige og fede, en højere andel der drikker sukkerholdige drikke dagligt og en mindre andel, der er fysisk aktive dagligt. Til gengæld, drikker næsten ingen af de tyrkisk københavnske respondenter over Sundhedsstyrelsen genstandsgrænse, og andelen der spiser frugt og grønt hver dag, er næsten den samme som blandt de øvrige københavnere.

Bilag - Metodeovervejelser

Overvejelser i forbindelse med metode og analyse

Det er vigtigt at fremhæve, at datamaterialet bag analysen har visse begrænsninger. Materialet baseres, som nævnt i det ovenstående, dels på en større spørgeskemaundersøgelse blandt københavnere, og dels på en pilotundersøgelse blandt tyrkiske statsborgere bosat i København. De to respondentgrupper er antalsmæssig meget forskellige. Dette er der til en hvis grad justeret for, idet der er foretaget en vægtning af alderssammensætningen tilsvarende alderssammensætningen i henholdsvis København og blandt de tyrkiske statsborgere bosat i København. Vægtningen er foretaget, dels for at kunne sammenligne de to respondentgrupper og dels for at opveje den manglende repræsentativitet. Det skal dog bemærkes, at datamaterialet til trods for denne vægtning har nogle begrænsninger.

Når man, som i denne redegørelse, inddrager flere variable i analysen, bliver især den tyrkiske gruppe så lille, at det ikke er forsvarligt at generalisere på baggrund af materialet. Dette ses særligt, når materialet opdeles på køn, alder, uddannelse og en fjerde variabel (f.eks. selvvurderet helbred). I denne redegørelse arbejdes der alene med personer mellem 25 og 66 år¹⁴. Derudover er uddannelsesvariablen for de tyrkiske københavnere reduceret til at indeholde to kategorier: uuddannede og uddannede. Der er foretaget kørsler, hvor alle uddannelseskategorier er medtaget, uden at disse viste nogen entydig tendens udover, at uddannelse generelt har en betydning.

Tabel 1 viser køns- og aldersfordelingen i begge grupper¹⁵. Som det fremgår af tabellen, er de tyrkiske københavnere yngre end københavnere, og der er flere kvinder bag de københavnske respondenter sammenlignet med de tyrkiske københavnere.

Tabel 1. Køn og aldersfordeling på respondenterne i sundhedsprofilundersøgelsen

| Københavnere | | | | | Tyrkiske københavnere | | | | |
|--------------|-------|---------|-------------|---------|-----------------------|-------|---------|------------|---------|
| | Mænd | Kvinder | I alt | Procent | | Mænd | Kvinder | I alt | Procent |
| 25-44 år | 571 | 798 | 1369 | 64,2% | 25-44 år | 221 | 210 | 431 | 73,2% |
| 45-66 år | 324 | 441 | 765 | 35,8% | 45-66 år | 79 | 79 | 158 | 26,8% |
| I alt | 895 | 1239 | 2134 | | I alt | 300 | 289 | 589 | |
| Procent | 41,9% | 58% | | | Procent | 50,9% | 49% | | |

Med hensyn til opdeling i sociale grupper har vi for de københavnske respondenter vedkommende valgt en inddeling i grupper efter "højest afsluttede uddannelse" (En kombination af spørgsmål 57 og 58 i spørgeskemaet). I nedenstående tabel 2, ses fordelingen af respondenter i sundhedsprofilundersøgelsen, mens tabel 3 viser den faktiske fordeling blandt københavnere og tyrkiske københavnere (statsborgere) pr. 1. januar 2004.

¹⁴ I denne undersøgelse har vi valgt ikke at inddrage borgere mellem 18 og 24 år, idet mange i denne gruppe er under uddannelse og endnu ikke etableret i en socialgruppe.

¹⁵ Ikke alle har angivet køn, derfor er totalen lidt mindre end de 2135 og 592.

Tabel 2. Respondenter i sundhedsprofilen efter højest afsluttede uddannelse

| Mænd og kvinder | Københavnerne | | Tyrkiske københavnere | |
|------------------------------------------------|---------------|-----------|-----------------------|-----------|
| | 25-66 år | fordeling | 25-66 år | fordeling |
| Grundskole og evt. specialarbejderkurser. | 211 | 10% | 321 | 59% |
| Erhvervsfaglig uddannelse | 369 | 18% | 49 | 9% |
| Gymnasium og kort videregående uddannelse | 282 | 14% | 52 | 10% |
| Mellemlang/lang videregående uddannelse 3-4 år | 1120 | 54% | 69 | 13% |
| Anden uddannelse | 104 | 5% | 52 | 10% |
| I alt | 2086 | 101% | 543 | 101% |

At i alt tallene ikke giver 100% skyldes afrunding

Fordelingen af respondenter, i grupper efter højest afsluttede uddannelse i sundhedsprofilundersøgelsen varierer noget fra den faktiske fordeling af københavnere, jf. tabel 3. Det betyder bl.a., at de veluddannede er overrepræsenterede og dem uden uddannelse underrepræsenterede i sundhedsprofilen. Dette gælder både københavnere og de tyrkiske københavnere. Omkring køns- og alderssammensætningen i de forskellige uddannelsesgrupper, ses det samme mønster med flere unge i alle aldersgrupper blandt de tyrkiske københavnere. Modsat københavnere, er der blandt de tyrkiske københavnere flere mænd med en mellemlang/lang videregående uddannelse.

Tabel 3. Københavns befolkning efter højeste afsluttede uddannelse

1. januar 2003

| Mænd og kvinder, 25-66 år. | Københavnere | Tyrkiske statsborgere |
|-------------------------------------------|--------------|-----------------------|
| Grundskole mv. (inkl. uoplyst uddannelse) | 27% | 80% |
| Erhvervsfaglig uddannelse | 26% | 11% |
| Gymnasium og kort videregående uddannelse | 18% | 7% |
| Mellemlang/lang videregående uddannelse | 29% | 1% |
| | 100% | 99% |
| I alt personer | 307.394 | 3432 |

Kilde: Københavns Bydele Tal fra Statistisk Kontor. Tabel 18 + særkørsel sep. 2005

Det skal understreges, at tallene ikke er 100% sammenlignelige mellem sundhedsprofilen og Københavns befolkning generelt, idet spørgsmålene i sundhedsprofilen ikke er identisk med Statistisk kontors kategorier.

Inddeling i socialgrupper

Forudsætningen for at kunne arbejde med begrebet social ulighed i sundhed er, at man kan inddele befolkningen i sociale grupper. De mest almindelige er uddannelse, erhverv og indkomst, som alle er variable, der afspejler fordelingen af socioøkonomiske goder i samfundet, og som derfor er med til at bestemme individets materielle og sociale status. Begreber som sociale ressourcer, handlemuligheder, netværk, racisme, forskelsbehandling og social status har også betydning, men de er noget sværere at operationalisere. Endelig er der også forskel på den enkeltes genetiske modtagelighed overfor sygdom, men det er de miljørelaterede faktorer, som er de mest almindelige årsager¹⁶. Inddelingen kan foretages efter de forskellige variable - hver for sig eller kombineret.

¹⁶ De hårde kendsgerninger, WHO. 2003 s.7

Sundhedsforvaltningens erfaringer, med at inddrage mere komplekse variable som kulturelle og etniske forhold netværk og sociale ressourcer i sundhedsprofilundersøgelserne, er forholdsvis begrænsede, hvorfor vores analyser i relation til social ulighed i sundhed blandt københavnere, indtil videre afgrænser sig til socioøkonomiske variable. I denne undersøgelse har vi valgt en inddeling efter højest afsluttede uddannelse.

Analyser fra sundhedsprofilen "Københavnerne Sundhed 2005" og de tidligere sundhedsprofiler viser, at der for københavnernes vedkommende er en sammenhæng mellem uddannelsesmæssig baggrund og sundhed og livsstil. Hvorvidt uddannelsesmæssig baggrund korrelerer med sundhed og livsstil for de tyrkiske københavnere vedkommende, og om mønsteret er det samme som blandt københavnere forsøges belyst i dette arbejdsrapport. Antagelsen er således, at der både for københavnere og tyrkiske københavnere er en sammenhæng mellem sociale forhold og sundhed, og at forskelle i sundheden bl.a. kan forklares med social ulighed.