

STATUS

Folkesundhed København

2007



Statusnotat

Status for Folkesundhed København

Folkesundheden er i disse år på den nationale og internationale dagsorden. Folkesundhed København har som landets største praktiske folkesundhedsmiljø også i 2007 været med til at præge dagsordenen. Med denne status præsenteres arbejdet, som det har set ud i det forløbne år.

2007 var året, hvor alle landets kommuner med den nye sundhedslov overtog forebyggelsesopgaven. I København blev kommunens sundhedspolitik endeligt vedtaget. Politikken afløste den forudgående Folkesundhedsplan og er den overordnede ramme for folkesundhedsarbejdet i hele kommunen. Politikken har tre pejlemærker: højere middellevetid, flere gode leveår og mere lighed i sundhed. Den ændring i sygdomsmønstre, vi ser i disse år, gør disse pejlemærker særligt vigtige. Vil vi have knækket overvægtskurven og vendt udviklingen i forekomsten af kroniske sygdomme, skal vi undgå, at mennesker overhovedet bliver syge og altså lægge vægt på den borgerrettede indsats. Folkesundhedsarbejdet skal derfor bredes mere ud - først og fremmest ved at gøre det til en integreret del af mødet med borgerne, hvor det finder sted - i vores skoler, daginstitutioner, plejehjem og i byens rum. Et integreret samarbejde på tværs af forvaltninger er desuden helt nødvendigt for at løse den enorme opgave, det er at mindske uligheden i sundhed.

I 2007 var arbejdet med motionsstrategien København – En By i Bevægelse et konkret eksempel på en tværsektoriel satsning. Under By i Bevægelse blev der arbejdet med at fremme fysisk aktivitet for børn i skoletiden, med motionsvejledning til voksne, styrketræning for ældre i nærmiljøet og med udviklingen af Byens Grønne Puls – et sammenhængende stisystem i hele København, som vil blive indviet i 2008. Foruden de særlige handleplaner, der ud over By i Bevægelse også dækker Hiv/aids handleplan og Alkoholpolitisk handleplan, gennemførte Folkesundhed København i 2007 en lang række andre folkesundhedsindsatser indenfor egen ramme. 2007 var dog også et år, der var præget af en stram økonomi som følge af et betydeligt efterslæb fra tidligere år. På trods af det blev 2007 et år, hvor Folkesundhed København igen kunne bidrage til den nationale opbygning af ny viden, da evalueringen af Motion og Kost på Recept viste så gode resultater, at man i Sundheds- og Omsorgsudvalget tog beslutning om at igangsætte en lignende Motion og Kost-indsats i sundhedscentrene fra 2008 og frem. Folkesundhed København var i 2007 med til at fremme vidensopbygning ved at spille en rolle som ”nationalt laboratorium” for nye metoder - i 2007 gjaldt det bl.a. projekterne Mit liv - min sundhed, Tænk på din sundhed, Mand!, Etnisk mangfoldighed i ældreplejen og Kommunens plan mod overvægt.

I 2007 besluttede Sundheds- og Omsorgsforvaltningen at gøre Folkesundhed København til en del af centralforvaltningen i et nyt Fagligt Center. Dermed ophørte Bestiller-Udfører Modellen på folkesundhedsområdet. Fra den position kan Folkesundhed København få et større potentiale til at styrke folkesundhedsperspektivet – både i sundhedsforvaltningen og ind i kommunens øvrige forvaltninger.

Vi har i 2007 haft glæde af mange gode samarbejdspartnere, både de andre forvaltninger, organisationer og enkeltpersoner, og jeg vil hermed gerne takke for samarbejdet. Med en national forebyggelseskommission i 2008 er jeg sikker på, at folkesundheden fortsat er på dagsordenen, og jeg ser frem til sammen med Folkesundhed Københavns medarbejdere at fortsætte arbejdet i et felt med store potentialer, faglige udfordringer og masser af udvikling.

Jette Jul Bruun
Folkesundhedschef
Februar 2008

Folkesundhed København i tal

Denne del af statusnotatet består af 4 afsnit:

1. Folkesundhed Københavns økonomi
2. Budget og medarbejdertid fordelt på sundhedspolitiske mål og temaer
3. Målgruppernes deltagelse i projekter og aktiviteter i de tre programmer
4. Folkesundhed Københavns samarbejdspartnere

1. Folkesundhed Københavns økonomi

Folkesundhed Københavns projekter er i 2007 gennemført inden for rammerne af et driftsbudget fra forebyggelsespuljen på 24,5 mio. kr., midler fra §79 på 22 mio. og forskellige projekt- og indsatsrelaterede kommunale og statslige bevillinger på til sammen 23,3 mio. kr.

Tabel 1. Folkesundhed Københavns budgetposter og forbrugstal 2007

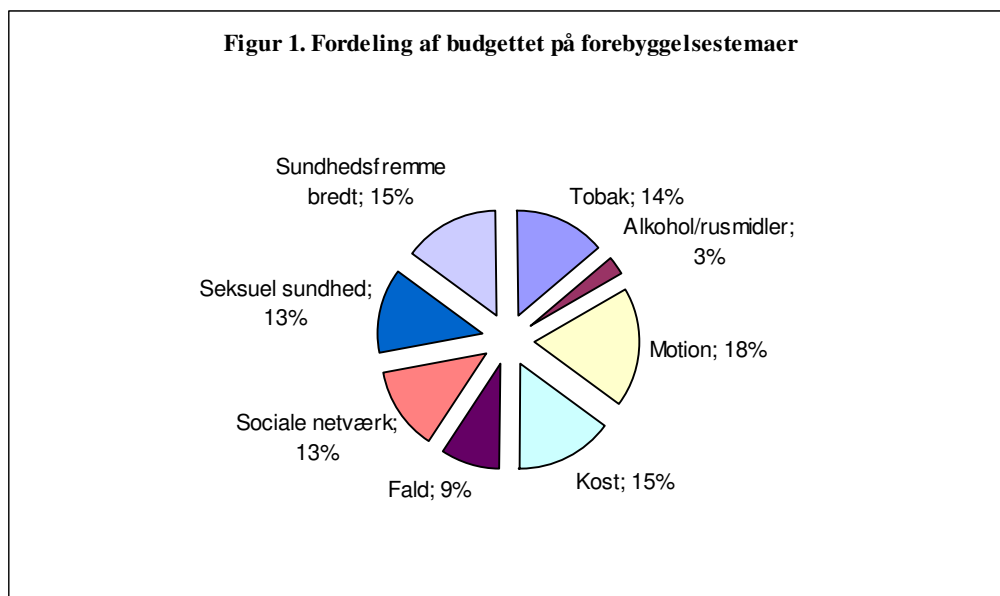
Budgetposter – kommunale	Forbrugstal 2007 kr.
Forebyggelsespuljen	24.581.000
Hiv/aids-plan	5.212.000
Alkoholpolitisk Handleplan	1.536.000
Byen i Bevægelse	2.781.000
Sex og samfund	1.725.000
Motion og kost	3.314.000
Partnerskaber og Netværk	1.388.000
Faldforebyggelsesprojekt	62.000
Sund SUF	800.000
Etniske minoriteter	100.000
Ældres Netværk	1.921.000
§79 – Pensionistklubber	21.951.000
Budgetposter – statslige	
Kommunens plan mod overvægt	409.000
STOP-linien	750.000
Mit liv - min sundhed	1.603.000
Tænk på din sundhed, Mand!	487.000
Etnisk mangfoldighed i ældreplejen	1.259.000
Total sum	69.879.000

Det er forbrugstal pr. 7. februar 2008.

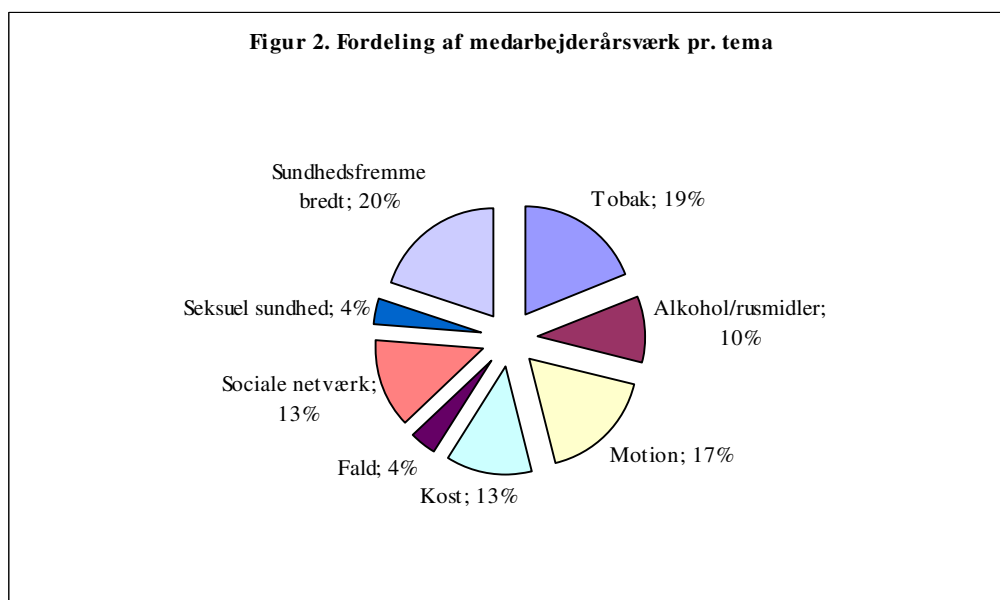
2. Budget og medarbejdertid fordelt på sundhedspolitiske mål og temaer

Folkesundhed Københavns arbejde bidrager særligt til de strategiske mål i sundhedspolitikken, der vedrører fremme af sund livsstil hos københavnernes mht. kost, rygning, alkohol og motion, og for mere specifikke målgrupper også reproduktiv sundhed, styrkelse af sociale netværk og forebyggelse af fald.

Figur 1 og 2 viser hvilke temaer i relation til sundhedspolitikken, som ressourcerne er gået til i 2007. Tallene er i procent af henholdsvis samlet projekt-budget og medarbejderårsværk.



100% = 46,6 mio. kr. Opgørelsen er baseret på projektledernes anslåede fordeling af projekt-budgettet mellem temaerne. Faste medarbejders løn er ikke medtaget.



100% = 41 årsværk. Opgørelsen er baseret på projektledernes anslåede fordeling af medarbejdernes tid mellem temaerne. Årsværk til ledelse, administration og tværgående funktioner er ikke med.

3. Målgruppernes deltagelse i projekter og aktiviteter i de tre programmer

De sundhedspolitiske mål og temaer er i Folkesundhed København omsat til en række projekter og indsatser i tre programmer for henholdsvis børn og unge, voksne og ældre. Der er forskellige typer kontakt med målgrupperne. Nedenfor præsenteres tal for målgruppernes deltagelse i projekter og aktiviteter. Med ”deltagelse” forstås her, at der har været fremmøde og ”ansigt til ansigt kontakt”, bortset fra enkelte tilfælde med deltagelse i telefonisk rådgivning. De fleste af deltagerne er borgere, dvs. slutmålgruppen, men i nogen tilfælde er deltagerne kommunale professionelle, der arbejder med borgere/slutmålgruppen. De fleste deltager i aktiviteter FSK står for, men deltagelse i aktiviteter, der er arrangeret af andre men finansieret af FSK’s budget er også med. Deltagelsen varierer i hyppighed. Nogen tal er for deltagelse i en enkelt session, andre er for deltagelse i forløb af 5 gange, eller ugentlig deltagelse i længere perioder. Der er således i høj grad tale om at lægge æbler, pærer og grøntsager sammen, men det giver et billede af den højintensive og direkte borgerrettede del af Folkesundhed Københavns aktiviteter.

Tabel 2. Projekter og deltagelse i Børn og Ungeprogrammet

		Antal deltagere	Drenge / mænd	Piger / kvinder
Sunde småbørn – bevægelseskorps.	Børn	600		
	Forældre	451		
	Personale	183		
Sunde småbørn – mad og måltider:	Forældre	234	84	150
Idræt og samvær	Elever, der træner	570		
	Ældre elever, der er trænere	176		
Idrætscontainere		13		
Move @ school	Elever	2000		
	Lærere	184		
Rygeforebyggelse i folkeskolen, elever 5.-6. kl.		1912	956	956
Rusmiddelguider, elever 7.-10. kl.		2164	1082	1082
Teenager i familien	Forældre	1998		
	Elever	762		
Sundhed, trivsel og livsstil på tekniske skoler		2090		
Idræt på tekniske skoler		44		
Sundhedsprofil på tekniske skoler		200	100	100
Sundhedszonen		970		
Sex & Samfund - rådgivningsklinik og supplerende seksualundervisning		1535	120	1415
		5000	2500	2500
I alt		21086	4842	6203
			44%	56%
Oplysninger om køn er medtaget, hvor disse forefindes. Ligesom tal for det samlede antal deltagere er det i nogle tilfælde helt eksakte tal, i andre tilfælde bygger de på et kvalificeret skøn ud fra andre tal.				

Tabel 3. Projekter og deltagelse i Voksenprogrammet

Projekt / indsats / aktivitet	Antal deltagere	mænd	kvinder
Mit liv - min sundhed	72	14	58
Rygestop i drift	1407	492	915
STOP-linien - opkald fra borgere (hele landet)	2758	1379	1379
- opkald til borgere (kun KK)	1482	519	963
Sundhed på dit sprog	4070	643	3427
Sund SUF	1000	50	950
Sundhedsfremme på arbejdspladsen	1800	450	1350
Motionsvejledning	160	16	144
Alkoholpolitik på arbejdspladsen	120	42	78
Hiv/aids planen - direkte kontakt: rådgivning	3250		
Motion og kost på recept	350	119	231
Motion og sundhed kun for kvinder	292	0	292
Forebyggelse af uønsket graviditet	310	20	290
I alt	17071	3744	10077
		27%	73%
Oplysninger om køn er medtaget, hvor disse forefindes. Ligesom tal for det samlede antal deltagere er det i nogle tilfælde helt eksakte tal, i andre tilfælde bygger de på et kvalificeret skøn ud fra andre tal.			

Tabel 4. Projekter og deltagelse i Ældreprogrammet

Projekt / indsats / aktivitet	Borger/ Medarbejder	Antal deltagere	Mænd	Kvinder
Videreudvikling af kompetenceudvikling for medarbejdere	M	80		
Integreret faldforebyggelse i lokalområderne	M	530		
Udvikling af sundhedsfremmende borgerrettet undervisning	B	257		
Bedre Balance – forebyggelse af fald blandt ældre	B	108	28	80
"Lær at leve med kronisk sygdom"	B	18	5	13
Nærgymnastik	B	650	104	546
Styrketræning for ældre	B	162		
Motion for etniske minoriteter	B	133	29	104
Seniorkoordinator i Husum Vænge Ældreboligbebyggelse	B	102	7	95
Sundhedsfremme i ældreboligbebyggelser på Nørrebro	B	13	2	11
Seniormesser/Ældresundhedsmesser/Ældredage		1.380	264	1.116
Informationsmøder for nye folkepensionister	B	1.100		
§ 79 tilskud til ældreklubber	B	13.000		
Partnerskaber på ældreområdet	Frivillige	163		
- frivillighedspolitik på plejehjem	Ældre borgere	700		
Kvalitetsudvikling af faldudredningsindsats i Vanløse Brønshøj Husum	M	558		
"Tænk på din sundhed, Mand"	M	120	120	0
Etnisk mangfoldighed i ældreplejen	Borgere	398		
	Medarbejdere	76		
Nyt om ældre	M	243	21	222
Inspirerende faglige temaeftermiddage	M	200		
		19.991	21%	79%

Oplysninger om køn er medtaget, hvor disse forefindes. Ligesom tal for det samlede antal deltagere er det i nogle tilfælde helt eksakte tal, i andre tilfælde bygger de på et kvalificeret skøn ud fra andre tal.

4. Folkesundhed Københavns samarbejdspartnere

Næsten alle Folkesundhed Københavns aktiviteter udføres i samarbejde med partnere, især kommunens andre forvaltninger og decentrale enheder, men også en lang række ikke-kommunale samarbejdspartnere.

Tabel 5. Samarbejdspartnere fordelt på de tre programmer

Kommunale forvaltninger og decentrale kommunale enheder	Ikke-kommunale samarbejdspartnere
<i>Børn og Ungeprogrammet</i>	
BUF De enkelte daginstitutioner De enkelte skoler i ISA og Move@school Områdefornyelsessekretariat Øresundskvarteret og Mimergade U-Turn	DGI-Storkøbenhavn Hjerteforeningen Dansk Skole Idræt SSP København Tekniske skoler, produktionsskoler og So-Su-skolen Sex og Samfund
<i>Voksenprogrammet</i>	
BIF, SOF, ØKF, BUF, MTF, KFF, resten af SUF Sundhedscenter Østerbro og Nørrebro SYFO, AMK, SUF's HR Kommunens kursuscenter og alkoholenhed	Sundhedsstyrelsen Partnerskabet i Urbanplanen Hjerteforeningen, Danmarks Lungeforening Rigshospitalet, Hvidovre Hospital DGI-Byen, Dansk Idrætsforbund Foreningen til Fremme af Idræt i Holmbladsgade Hiv/aids organisationerne Multikulturel Forening
<i>Ældreprogrammet</i>	
SUF's 6 lokalområder: Ældre Kontorer, P&O kontorer, plejehjem, hjemmepleje og træningscentre Sundhedscenter Østerbro Borgerservice KFF	AMU Uddannelse/Sundhedsakademi CVUØ's eftervidereuddannelsesafdeling §79 klubber Bispebjerg Hospital, Frederiksberg Hospital Aftenskolerne LOF, HOF og AOF Multikulturel Forening Foreningen gymnastik for etniske kvinder KAB og lokale afdelingsbestyrelser Ældre hjælper Ældre, Ældremobiliseringen Hovedstadens Røde Kors Ældreråd, Integrationsrådet Samvirkende Menighedsplejer Dansk Gerontologisk Selskab
<i>Tværgående</i>	
	Sund By Netværket Sundhedsstyrelsen Sundhedsministeriet Institut for Folkesundhedsvidenskab Danmarks Pædagogiske Universitet Center for Forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund

Forkortelser

AMK	Arbejdsmiljø København	P&O	Pension & Omsorg
BIF	Beskæftigelses- og integrationsforvaltningen	SOF	Socialforvaltningen
BUF	Børn og Ungeforvaltningen	SSP	Samarbejde Skole Socialvæsen Polit
CVUØ	Center for Voksenuddannelse Øresund	SUF	Sundhedsforvaltningen
DGI	Danske Gymnastik- og Idrætsforeninger	SYFO	Sygefraværsforebyggelse
HR	Human Ressource	TMF	Teknik- og miljøforvaltningen
ISA	Idræt og Samvær	U-turn	Behandlingsinstitution for unge med misbrug
KFF	Kultur- og fritidsforvaltningen	ØKF	Økonomiforvaltningen

Resultater på udvalgte områder

I denne del af statusnotatet præsenteres resultater på tre udvalgte områder, der repræsenterer nogle af de største områder i Folkesundhed Københavns arbejde:

1. Tobaksområdet
2. Motion og kost på recept
3. Forebyggelse af fald og hoftebrud

1. Tobaksområdet

Tobaksområdet er et højt prioriteret område, både ud fra et folkesundheds- og et ulighedsperspektiv. Folkesundhed København bidrager til at nedbringe antallet af rygere ved at tilbyde rygestopkurser til borgere på både kommunale og private arbejdspladser. Tabel 6 viser imidlertid en nedgang i antallet af rygestopkurser og deltagere i perioden 2005-2007. Det har direkte sammenhæng med en midlertidig budgetnedgang.

Tabel 6. Rygestopkurser og deltagere i perioden 2005 - 2007

Antal hold	2005	2006	2007
Borgerkurser	50	62	43
Kommunale arbejdspladskurser	104	95	49
Øvrige arbejdspladskurser i KK	83	62	40
Kurser for psykisk syge KK		8	7
Kurser i Region Hovedstaden*		26	48
I alt kurser	237	253	187
I alt deltagere	2920	2398	1887
I alt deltagere fra KK	2920	2138	1407

* Der er brugerbetaling for kurser uden for Københavns Kommune.

Deltagertallet for kurser i regionen er anslået 10/hold

Deltagertal på egne kurser er eksakte (fremmødt mindst én gang)

Effektevaluering af rygestopkurser ¹

I 2007 har FSK gennemført en analyse af data fra rygestopbasen der viser, at rygestopkurserne virker og har effekt – deltagerne i København stopper med at ryge i samme omfang som generelt ved rygestopkurser. Seks måneder efter endt kursus er stopprocenten 20,8% på borgerkurserne og 23,9% på arbejdspladskurserne, i gennemsnit for alle 22,9%.

Analysen viser, at de kortuddannede nås med kurserne, og at de også holder op med at ryge – om end i lidt mindre omfang end dem med mere uddannelse. Tabel 7 og 8 viser stopprocenten på arbejdspladskurser og borgerkurser i forhold til social status. Social status er her udtrykt med henholdsvis uddannelseslængde og boligform. Alle stopprocenter er opgjort ved opfølgning seks måneder efter endt rygestopkursus – analysen dækker kurser i 2006.

Tabel 7. Stopprocent i relation til uddannelse

Uddannelse	Lang	Mellem	Kort	N = Antal
Arbejdspladskurser	28	29	20	983
Borgerkurser	25	20	20	390

¹ Dette og de næste to afsnit bygger på ”Notat om effektevaluering af rygestopkurser”. Poul Tværnøse Januar 2008.

Tabel 8. Stopprocent i relation til boligform

Uddannelse	Ejerbolig	Andelsbolig	Lejerbolig	N = Antal
Arbejdspladskurser	28	22	21	983
Borgerkurser	29	21	19	390

Vundne leveår

Den sundhedsmæssige gevinst ved rygestop er flere leveår og flere år uden sygdom. Engelsk forskning har vist, hvor mange leveår der vindes ved rygestop i forskellige aldersgrupper². På baggrund af dette og den faktiske aldersfordeling og stopprocent hos 1407 københavnere, der var på rygestopkursus i 2007, har FSK beregnet, at der er vundet 1025 leveår.

Tabel 9. Vundne leveår på borger – og arbejdspladskurser i København fordelt på alder

Alder ved rygestop	<24	25-34	35-44	45-54	55-64	> 65	I alt
Antal vundne leveår	60	320	351	216	78	-	1025

I beregningen er den spontane stoprate trukket fra.

Omkostningseffektivitet

Omkostningseffektiviteten ved rygestopkurserne kan beregnes ud fra forskellige perspektiver: Et rent FSK driftsøkonomisk perspektiv, sundhedsøkonomisk perspektiv for Københavns Kommune og et samfundsøkonomisk perspektiv. I det sidste perspektiv indregnes alle relevante samfundsøkonomiske indtægter og udgifter. Det samfundsøkonomiske perspektiv er det anbefalede, men FSK har kun data til en beregning af de to første perspektiver.

Et driftsøkonomisk perspektiv for FSK/SUF sætter de vundne leveår (1025) i forhold til nettoudgifter forbundet med rygestopkurserne. Herved fås en driftsøkonomisk omkostningseffektivitet på 756 kr. pr. vundet leveår. Indregnes besparelser i direkte sundhedsudgifter fås en omkostningseffektivitet på kr. 477 pr. vundet leveår. Dette er lavt sammenlignet med hvad det koster at vinde leveår i behandlingssystemet.

² Doll et al: Mortality in relation to smoking. 50 year's observation on male British doctors, British Medical Journal 328, 2004.

2. Motion og kost på recept

Motion og kost på recept har nu været et tilbud til fysisk inaktive københavnere i godt tre år, og i 2007 kom den afsluttende evaluering fra Syddansk Universitet.³ Resultaterne efter fire måneder med træning under ledelse af en fysioterapeut er entydige. De patienter, der gennemfører programmet, forøger deres kondition og mindsker deres vægt og taljemål. Samtidig sænkes blodtryk, blodsukker og kolesterol. Hvis programmet skal have værdi for individet og for samfundet er det afgørende, at træningen er vedvarende. Opfølgningen efter otte måneder med træning på egen hånd viser, at deltagerne stort set har fastholdt de forbedringer, der var opnået. Se tabel 10.

Tabel 10. Den sundhedsmæssige effekt af Motion og Kost på Recept

Variable	1. test (ved start)	2. test (efter 4 mdr.)	3. test (et år efter start)
BMI	31,8	30,7	30,5
Taljemål (cm)	105,2	100,3	100,4
Kondition (ml/kg/min)	23,6	28,2	26,8
Systolisk blodtryk (mmHg)	142	137	136
Diastolisk blodtryk (mmHg)	86	82	82
Faste-blodsukker (mmol/l)	6,4	6	6,1
Total-kolesterol (mmol/l)	5,8	5,4	5,3
Selv vurderet helbred godt (pct.)	32	61	57

Analysen omfatter de 445 patienter der blev testet alle tre gange.
Alle tal er middelværdier. Variationsbredde er for overskuelighedens skyld ikke vist.

Tabel 11 viser udviklingen i patienternes fysiske aktivitetsniveau fra start til et år efter. Tabel 12 viser motionsform og hyppighed et år efter start.

Tabel 11. Patienternes fysiske aktivitetsniveau

Hvor ofte er du fysisk aktiv i mindst en halv time? (%)	Ved start spørgeskema 1	Efter 4 mdr. spørgeskema 2	Et år efter start spørgeskema 3
Dagligt	24	27	29
Flere gange om ugen	37	58	52
Højest en gang om ugen	32	12	16
Aldrig	7	2	3
N = 100% =	498	498	498

Analysen omfatter de 498 patienter der har besvaret alle 3 spørgeskemaer

Tabel 12. Patienternes motionsformer og hyppighed et år efter start

Har du inden for den sidste uge/måned/halve år...? (%)	Ja, den sidste uge	Ja, den sidste måned	Ja, det sidste halve år	Nej	N = 100% =
Motioneret på egen hånd	24	8	19	49	690
Motioneret med en fast makker/gruppe	8	3	9	80	690
Motioneret i en idrætsforening	6	2	4	89	690
Motioneret i et motions og fitnss center	14	5	16	66	690
Motioneret på et hold i en aftenskole	3	2	2	93	690
Motioneret et andet sted	7	1	5	87	690
Mindst én af de nævnte former	43	40		17	690

³ Dette afsnit bygger på evalueringsrapporten "Fysisk aktivitet som behandling – Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune". Kirsten Roessler, Bjarne Ibsen, Bengt Saltin og Jan Sørensen. 2007.

3. Forebyggelse af fald og hoftebrud

Faldregistrering er en del af faldforebyggelsen. Igennem flere år har kommunens plejehjem registreret fald, hoftebrud og brug af hoftebeskyttere til forebyggelse af hoftebrud. I 2007 har FSK gennemført en analyse af data fra falddatabasen, der viser udviklingen i antal fald, der bliver registreret i perioden 2004-2006 og hvor mange plejehjem, der registrerer regelmæssigt.⁴

Tabel 13. Faldregistreringer i perioden 2004-2006

År	Antal fald registreret	Antal plejehjem, der har registreret fald
2004	2436	39 (62%)
2005	6315	52 (83%)
2006	5551	48 (80%)
I alt	14.302	

Analyserne om hoftebeskytters effekt viser, at de virker – når de bliver brugt, dvs. at den ældre har dem på ved faldet. Tabel 14 viser, at der er lige stor procentvis forekomst af brud blandt borgere, der er tildelt hoftebeskytter og borgere, som ikke er tildelt hoftebeskytter. Det kan således ikke vises, at der er en forebyggende effekt på brud-hyppigheden hos plejehjemsbeboere, der er tildelt hoftebeskyttere sammenlignet med de, som ikke er tildelt hoftebeskyttere.

Tabel 14. Registrerede hoftebrud i forhold til at være tildelt hoftebeskyttere eller ej
(N=14302)

Hoftebrud?	+ Tildelt hoftebeskytter	- Tildelt hoftebeskytter	Alle
Ja	47 (1,5%)	161 (1,4%)	208 (1,5%)
Nej	3060 (98,5%)	11034 (98,6%)	14094 (98,5%)
Total	3107 (100%)	11195 (100%)	14302 (100%)

Tabel 15 viser, at hyppigheden af brud er 0,9% og 1,6% for borgerne, der henholdsvis havde hoftebeskytter på og ikke havde hoftebeskytter på ved faldet. Forskellen i forekomst af hoftebrud i de to grupper er signifikant ($p=0,023$).

Tabel 15. Registrerede hoftebrud i forhold til, om borgerne havde HP på ved faldet eller ej
(N=14.302)

Hoftebrud?	Hoftebeskyttere (HB) på ved faldet		Total
	Ja, HB på	Nej, HB ikke på	
Ja, brud	20	188	208
Nej, brud	2.162	11.932	14.094
Fald total	2.182	12.120	14.302
% brud	0,9 %	1,6%	1,5%

Det afgørende er altså ikke om borgeren er tildelt hoftebeskytter eller ej, men om hoftebeskytteren bruges (compliance), dvs. er på ved faldet.

⁴ Dette afsnit bygger på notatet ”Analyse af data registreret i falddatabasen i Lotus Notes for perioden 2004-2006”. Jane Sørensen. 16.06.2007.