

Uddrag af Sundhedsprofil 2013 for Københavns Kommune



Indholdsfortegnelse

1 Baggrund.....	3
2 Sundhedsadfærd.....	4
2.1 Rygning.....	4
2.2 Risikabel alkoholadfærd.....	9
2.3 Mad.....	11
2.4 Bevægelse.....	13
2.5 Euforiserende stoffer.....	16
3 Overvægt.....	18
3.1 Moderat og svær overvægt.....	18
4 Generelt helbred.....	21
4.1 Selvvurderet helbred.....	21
4.2 Fysisk og mentalt helbred.....	23
4.3 Stress.....	26
5 Seksuel adfærd og seksygdomme.....	28
5.1 Ubeskyttet sex.....	28
5.2 Seksygdomme.....	30
6 Sociale relationer.....	32
6.1 Sociale relationer – den strukturelle dimension.....	32
6.2 Sociale relationer – den funktionelle dimension.....	35
7 Rammer for borgernes sundhed.....	36
7.1 Rygning på arbejdspladser og i lokalområdet.....	37
7.2 Alkohol på arbejdspladser og i lokalområdet.....	38
7.3 Mad på arbejdspladser og i lokalområdet.....	40
7.4 Bevægelse i lokalområdet.....	41
8 Individorienteret forebyggelse.....	44
8.1 Forebyggelse af rygning.....	44
8.2 Forebyggelse af risikabel alkoholadfærd.....	46
8.3 Forebyggelse af usunde madvaner.....	48
8.4 Forebyggelse af fysisk inaktivitet.....	50

1 Baggrund

Uddrag af sundhedsprofilen 2013 for Københavns Kommune er et kommunalt supplement til Region Hovedstadens *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013*, som indeholder detaljeret information om sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd i samtlige 29 kommuner i Region Hovedstaden. Formålet med dette uddrag er at give et overblik over Københavns Kommunes resultater i forhold til en række nøgleindikatorer.

De udvalgte nøgleindikatorer er borgernes sundhedsadfærd, overvægt, generelle helbred, seksuel adfærd og sexsygdomme, sociale relationer, rammer for borgerens sundhed samt individorienteret forebyggelse. Et gennemgående træk i sundhedsprofilen er et fokus på den sociale ulighed. Derfor vil udvalgte nøgleindikatorer blive præsenteret med fordelinger over borgernes sociale positioner og demografiske karakteristika. Fordelingerne af indikatorerne vil blive beskrevet ved at præsentere resultaterne ift. borgerens køn, alder og uddannelsesniveau; sidstnævnte er en vigtig indikator for social position. I de tilfælde hvor der er for få besvarelser til at kategorisere besvarelserne i forhold til fx køn eller alder, vises resultaterne ikke, men markeres i stedet i tabellen med -.

Nøgleindikatorerne er ligeledes opgjort på bydelsniveau i separate tabeller for hver indikator. Bydelene vil i disse tabeller være rangeret på samme måde som i *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013*. Det vil sige at bydelene i Københavns Kommune er inddelt i forskellige kommunesocialgrupper. Bydelene Bispebjerg, Brønshøj-Husum, Nørrebro, Valby og Vesterbro/Kongens Enghave tilhører alle kommunesocialgruppe 4. og vil være anført øverst i tabellerne. Bydelene Amager Vest og Amager Øst, samt hele Københavns Kommune tilhører kommunesocialgruppe 3. og vil blive anført herunder. De tre sidste bydele Indre by, Vanløse og Østerbro tilhører kommunesocialgruppe 2. og vil blive anført til sidst i tabellerne i alfabetisk rækkefølge. En lavere kommunesocialgruppe betegner en bydel med gennemsnitlig socialt bedre stillet borgere, end i højere kommunesocialgrupper.

Forskellen mellem bydelene i tabellerne er vist i andele og i Odds Ratios (OR) justeret for køn og alder. For yderligere beskrivelse af kommunesocialgrupper, fortolkning af Odds Ratios mm henvises til *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013*.

De forskellige nøgleindikatorer i denne rapport er belyst ved hjælp af data indsamlet i spørgeskemaundersøgelsen ”Hvordan har du det? 2013”. Spørgeskemaerne blev udsendt til en tilfældig stikprøve af borgerne på 16 år eller derover i Region Hovedstaden – i alt 95.150 borgere modtog et spørgeskema. Der blev udsendt 2.450 til hver af de 10 bydele i Københavns Kommune, dvs. 24.500 spørgeskemaer i alt.

Den samlede svarprocent for hele Region Hovedstaden lå på 43,5 % og for Københavns Kommune på 37,8 %. Der er forskel på de borgere som har besvaret spørgeskemaet. Der er generelt flere kvinder end mænd, som har besvaret skemaet, ligesom at andelen er større blandt borgere i alderen 55-74 år, end i de andre aldersgrupper. Også borgere med højere indkomst og i beskæftigelse har gene-

relt en højere svarprocent end andre grupper. Ved analyse af spørgeskemaerne er der derfor vægtet for nonrespons og stikprøvestørrelse, så resultaterne også er repræsentative for Københavns Kommune. Vægtene for analysen af spørgeskemaerne er udarbejdet i samarbejde med Danmarks Statistik.

Sundhedsprofilen 2013 er anderledes end profilen fra 2010 på en række områder. Der indgår to selvstændige afsnit relateret til forebyggelse og sundhedsfremme. I afsnit 7 fokuseres på sunde rammer i borgernes lokalmiljø, og i afsnit 8 på individorienteret forebyggelse. Herudover indgår et afsnit om borgernes sociale relationer og relationernes betydning for generelt helbred, sundhedsadfærd, motivation til adfærdsændring og individorienteret forebyggelse (afsnit 6). Uddraget er udarbejdet af Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning, på baggrund af data indsamlet og forberedt af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (FCFS), der har udarbejdet Sundhedsprofilen 2013.

2 Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd er de handlinger, et menneske udfører for sig selv eller andre, som på længere sigt påvirker sundheden. Adfærden kan altså både påvirke sundheden positivt og negativt. Det er derfor vigtigt at kende befolkningens sundhedsadfærd, således at man kan vurdere fremtidige behov for sociale og sundhedsmæssige ydelser og måske påvirke folks sundhedsadfærd i en positiv retning. Der fokuseres i følgende afsnit på rygning, alkoholvaner, madvaner, bevægelse, samt motivation for at ændre sin sundhedsadfærd.

2.1 Rygning

Rygning er forsat den vigtigste forebyggelige årsag til sygdom og for tidlig død i Danmark. Kræft, hjertekarsygdomme og kroniske lungesygdomme er de mest alvorlige følgesygdomme af rygning. Det anslås, at ca. 14.000 dødsfald om året er relateret til rygning i Danmark, og at storrygere lever 8-10 år kortere end aldrigrygere (Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2006). Andelen af dagligrygere og personer som udsættes for passiv rygning har været støt faldende siden 2007. Denne udvikling ses i kølevandet på stramninger i rygeloven 2007, samt at rygning er blevet mindre social acceptabelt i samme periode. I dette afsnit fokuseres på dagligrygere og personer, som er udsat for passiv rygning.

Rygning – Udvikling i København

I Københavns kommune er 17 % af borgerne daglige rygere (tabel 2.1). Dette svarer til 79.700 personer og er 2 procentpoint højere end andelen i hele Region Hovedstaden. Siden den første sundhedsprofil udkom i 2007 er andelen af daglige rygere faldet med 8-12 procentpoint i bydelene Amager Vest og Valby, mens andelen er faldet med 4-7 procentpoint i resten af Københavns Kommunes bydele (ikke vist).

Der er stadig flere mænd end kvinder som ryger dagligt Københavns Kommune. Andelen af daglig-rygere er størst blandt midaldrende, fra 45 til 64 år, og mindst blandt unge i alderen 16-34 år og borgere på 80 år eller derover. Der ses en social gradient i forhold til andelen af borgere, som ryger dagligt. Andelen af personer, som ryger, er således væsentligt højere blandt borgere med en kort uddannelse end hos borgere med en længere uddannelse.

Andelen af passive rygere er i Københavns Kommune på 8 % (Tabel 2.1). Andelen af personer, som udsættes for passiv rygning er størst i de samme aldersgrupper, som dem hvor der er flest som rygere, hvilket gælder for personer i alderen fra 45-79 år. Passiv rygning omfatter ikke-rygere, som opholder sig mindst ½ time om dagen i et rum, hvor der bliver røget eller lugter af tobaksrøg. Generelt udsættes personer med længere uddannelse for mindre passiv rygning, end borgere med kortere uddannelser. Andelen af borgere, som ryger dagligt, er lavest for personer med en anden vestlig baggrund, mens borgere med ikke-vestlig baggrund og etniske danskere har en større andel daglig-rygere på 17-18 %. Borgere med ikke-vestlig baggrund har en større andel som udsættes for passiv rygning, end borgere af dansk eller ikke-vestlig baggrund. Andelen af ikke-rygere, som har været udsat for passiv rygning er faldet eller har været konstant i alle Københavns Kommunes bydele siden 2010.

Tabel 2.1 – Borgere med risikabel sundhedsadfærd – rygning og passiv rygning

	Dagligrygere		Passivrygere			
	Procent		Personer	Ændring siden 2010	Procent	Personer
Region Hovedstaden	15%		213.600	-5	7%	74.800
København	17%		79.700	-4	8%	25.600
Køn						
Mand	20%		35.200	-3	9%	13.300
Kvinde	15%		44.500	-4	7%	12.300
Alder						
16-24	13%		10.300	-4	6%	5.000
25-34	12%		15.300	-4	4%	5.200
35-44	15%		12.600	-7	5%	4.200
45-54	28%		17.600	-2	6%	3.600
55-64	28%		12.800	-2	8%	3.600
65-79	21%		9.000	-3	8%	3.400
80+	15%		2.000	4	5%	700
Uddannelse						
Under uddannelse	15%		1.900	-	15%	1.300
Grundskole og gymnasial	31%		7.800	-	16%	2.300
Erhvervsfaglig	23%		32.900	-	10%	9.200
Kort og mellemlang videreg.	14%		16.500	-	5%	4.800
Lang videregående	7%		7.400	-	4%	3.300
Etnisk Baggrund						
Danmark	18%		63.200	-	7%	17.600
Andre vestlige lande	14%		6.300	-	8%	2.700
Ikke-vestlige lande	17%		10.200	-	14%	5.300

Rygning – udvikling i bydelene

Andelen af borgere, som ryger dagligt, varierer mellem kommunens bydele. I bydelen Vesterbro/Kongens Enghave ryger 21 % af borgene dagligt, mens det i bydelene Valby, Amager Vest og Øst, Indre by og Vanløse er 16 %, som ryger dagligt (tabel 2.2). Der ses en tydelig social gradient mellem bydelene. Således er der flere daglige rygere i bydelene, som er klassificeret som kommunesocialgruppe 4 end bydele i kommunesocialgruppe 3 og 2. Generelt har udviklingen siden 2010 være positiv. Andelen af daglige rygere er faldet med 1-6 procentpoint i alle bydele, med undtagelse af Brønshøj-Husum. Faldet har været størst i Amager Vest, Bispebjerg og Valby.

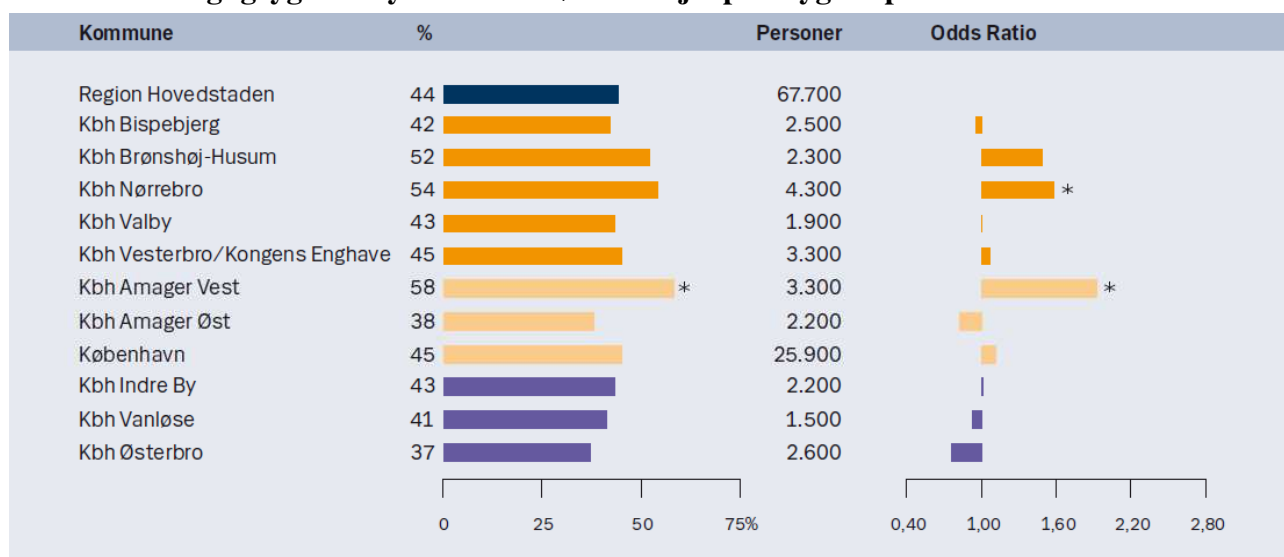
Tabel 2.2 – Borgere i bydelene som ryger dagligt

Kommune	%	Personer	Odds Ratio	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	15	213.600		-5
Kbh Bispebjerg	20 *	8.500	1,30 *	-5
Kbh Brønshøj-Husum	20 *	6.400	1,10 *	2
Kbh Nørrebro	18	11.000	1,10 *	-4
Kbh Valby	16	6.400	0,80	-5
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	21 *	10.400	1,30 *	-3
Kbh Amager Vest	16	7.700	0,80	-5
Kbh Amager Øst	16	7.100	0,80	-6
København	17 *	79.700	1,10 *	-4
Kbh Indre By	16	7.000	0,80	-2
Kbh Vanløse	16	5.000	0,80	-3
Kbh Østerbro	17	10.100	0,80	-1

*Stjerne angiver, at andelen i bydelen afviger signifikant fra den gennemsnitlige kommune i Region Hovedstaden. Dette gælder for denne og alle efterfølgende tabeller.

45 % af Københavns rygere ønsker hjælp til at stoppe, dvs. 25.900 borgere. Ønsket er signifikant størst i bydelen Amager Vest, hvor 58 % af de daglige ryger ønsker hjælp til at blive røgfri (tabel 2.3).

Tabel 2.3 – Dagligrygere i bydelene som ønsker hjælp til rygestop



Rygning i hjem med børn – Udvikling i København

Rygning i hjemmet med børn, kategoriseres ved indendørs rygning i hjemmet flere gange om ugen, samt at husstanden indbefatter børn under 16 år.

Tabel 2.4 – Borgere med risikabel sundhedsadfærd – rygning i hjem med børn

Rygning i hjemmet blandt borgere, som bor sammen med børn		
	Procent	Personer
Region Hovedstaden	6%	15.900
København	8%	6.500
Samlivsstatus		
Enlig	16%	300
Samlevende	7%	3.800
Uddannelse		
Under uddannelse	30%	400
Grundskole og gymnasial	20%	500
Erhvervsfaglig	15%	2.500
Kort og mellemlang videreg.	7%	1.600
Lang videregående	3%	800
Etnisk Baggrund		
Danmark	7%	3.800
Andre vestlige lande	9%	800
Ikke-vestlige lande	14%	1.900

8 % af de adspurgte københavnere, som bor sammen med børn under 16 år, svarer, at der ryges indendørs i hjemmet (tabel 2.4). Dette er 2 procentpoint højere end regionsgennemsnittet. Andelen af

hjem med børn, hvor der ryges indendørs er højere i hjem, hvor borgeren er enlig forsørger. Der ses en tydelig social gradient mellem rygning i hjem med børn og svarpersonens uddannelse (det skal dog bemærkes, at data som præsenteres her stammer fra meget få observationer og dermed er usikre). Endelig ses en tydelig forskel i andelen af hjem med børn, som der ryges i, blandt de etniske grupper.

Rygning i hjem med børn – Udvikling i bydelene

I alle bydelene i København, undtagen Vanløse og Østerbro, ligger andelen af hjem, hvor der ryges indendørs med børn under 16 år, over regionsgennemsnittet. Der er 10 procentpoints forskel på de to bydele, Brønshøj-Husum og Vanløse, som har den højeste og den laveste andel af hjem med børn under 16, hvor der ryges. Ændringerne siden 2010 er dog meget positive for hele København, på nær bydelen Brønshøj-Husum. Den største reduktion i andelen af hjem med børn, hvor der ryges, ses på Nørrebro med et fald på 12 procentpoint siden 2010.

Tabel 2.5 – Borgere i bydelene som ryger indendørs i hjem med børn



2.2 Risikabel alkoholadfærd

Alkohol har stor indflydelse på folkesundheden i Danmark. Hvert år er alkohol årsag til omkring 5 % af alle dødsfald, svarende til 3.000 dødsfald. Udover at alkohol kan være afhængighedsskabende (alkoholisme), øger alkohol risikoen for en lang række andre sygdomme, heriblandt kræftsygdomme, mave- og tarm sygdomme, hjertekarsygdomme, leversygdomme, forhøjet blodtryk, angst og depression samt fosterskader. Ofte hænger det sådan sammen, at jo større alkoholforbrug, des større risiko er der for udvikling af sygdom.

I sundhedsprofilen 2013 skelnes der mellem fem former for risikabel alkoholadfærd:

- **Storforbrug.** Et ugentligt alkoholforbrug, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogenstandsgrænse på 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd.
- **Moderat forbrug.** Et ugentligt alkoholforbrug, der overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogenstandsgrænse, men ligger under højrisikogenstandsgrænsen. Et moderat forbrug defineres som 7-14 genstande for kvinder og 14-21 for mænd.
- **Rusdrikkeri.** Indtagelse af 5 genstande eller mere ved samme lejlighed mindst 1 gang om ugen.
- **Tegn på alkoholafhængighed.** Måles på baggrund af CAGE-C spørgeskemaet.
- **Risikabel alkoholadfærd.** Storforbrug eller tegn på alkoholafhængighed. Risikabel alkoholadfærd er defineret anderledes end i Sundhedsprofil 2010, idet rusdrikkeri ikke indgår i indikatoren i nærværende rapport. Dette skyldes, at rusdrikkeri i høj grad afspejler en alkoholkultur blandt unge.

Alkohol – Udvikling i København

I Københavns Kommune har 23 % af borgerne et storforbrug af alkohol eller tegn på alkoholafhængighed (risikabelt alkoholadfærd). Det svarer til 100.000 personer. 20 % af borgerne rusdrikker, hvilket svarer til 91.000 personer (tabel 2.6). Der er væsentligt flere mænd end kvinder med risikabelt alkoholadfærd og rusdrikkeri i Københavns Kommune. Risikabel alkoholadfærd er mest udbredt blandt de 55-64-årige, mens rusdrikkeri er mest udbredt blandt de 16-24-årige og de 25-34-årige.

Risikabel alkoholadfærd er desuden mere udbredt blandt borgere med en kort og mellemlang uddannelse end blandt borgere med en lang uddannelse. Andelen af borgere som rusdrikker er størst blandt borgere under uddannelse og personer med en kort og mellemlang videregående uddannelse. Blandt de etniske grupper er andelen af borgere, som har et risikabelt alkoholadfærd størst for personer med dansk og anden vestlig baggrund. Det samme billede gør sig gældende for borgere som rusdrikker.

Da risikabel alkoholadfærd er defineret på en anden måde i Sundhedsprofilen 2013 end 2010, er det ikke muligt at opgøre ændringer siden 2010.

Tabel 2.6 – Borgere med risikabel alkoholadfærd

	Risikabel alkoholadfærd		Alkohol rusdrikkeri	
	Procent	Personer	Procent	Personer
København	23%	100.000	20%	91.000
Køn				
Mand	29%	62.000	27%	59.400
Kvinde	17%	38.000	14%	31.600
Alder				
16-24	26%	19.200	35%	26.600
25-34	19%	24.000	24%	30.100
35-44	20%	76.700	13%	10.800
45-54	25%	15.000	18%	11.400
55-64	30%	13.500	17%	7.800
65-79	26%	10.100	10%	4.200
80+	13%	1.600	2%	200
Uddannelse				
Under uddannelse	21%	2.614	29%	3.600
Grundskole og gymnasial	23%	5.100	13%	3.200
Erhvervsfaglig	24%	33.000	23%	32.200
Kort og mellemlang videreg	29%	25.400	25%	22.900
Lang videregående	22%	21.600	20%	19.700
Etnisk Baggrund				
Danmark	25%	84.800	23%	80.000
Andre vestlige lande	23%	9.900	15%	6.800
Ikke-vestlige lande	10%	5.400	8%	4.300

Alkohol – Udvikling i bydelene

Borgere med et storforbrug af alkohol varierer på tværs af kommunens bydele – fra 9 % af borgerne i Valby til 14 % af borgerne i Indre by (tabel 2.7). I fem af kommunes 10 bydele er andelen af borgere, som har et storforbrug af alkohol signifikant større end gennemsnittet i Region Hovedstaden. Disse bydele er fordelt på samtlige kommunesocialgrupper i Københavns Kommune, 2, 3 og 4.

Tabel 2.7 – Borgere i bydelene som har et storforbrug af alkohol



2.3 Mad

Usunde kostvaner kan påvirke udviklingen af kroniske sygdomme som hjertekarsygdomme og kræft i fordøjelsessystemet. 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.

I sundhedsprofilen er der anvendt en kostscore, som et samlet mål for, hvor sunde borgernes generelle kostvaner er. Kostscoren inddeler 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.

Mad – Udvikling i København

I Københavns Kommune har 10 % af borgerne meget usunde kostvaner. Det vil sige, at 44.600 borgere i kommunen har et meget lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt et højt indtag af fedt og især mættet fedt (tabel 2.8). Dette er 8.400 borgere flere end ved sidste Sundhedsprofil fra 2010. Andelen af borgere med meget usunde kostvaner er stadig næsten dobbelt så høj blandt mænd som blandt

kvinder. Meget usunde kostvaner forekommer hyppigst blandt de ældre borgere¹. Uddannelsesniveauet har også stor betydning for borgernes kostvaner. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel spiser meget usundt. Dette tyder på en social gradient. Andelen af borgere med anden vestlig baggrund, som har meget usunde kostvaner, er væsentligt lavere end for personer med dansk eller ikke-vestlig baggrund. For borgere med sunde kostvaner er andelen dog mere konstant for alle etniske grupper på omkring 25 %.

25 % af borgene i Københavns Kommune har meget sunde kostvaner. De sunde kostvaner er næsten ligeligt fordelt blandt aldersgrupperne. For ældre borgere over 79 år er andelen af personer, som har meget sunde kostvaner, dog lavest. Borgere under uddannelse eller med en længere uddannelse har sundere kostvaner end personer med kortere uddannelser.

Tabel 2.8 – Borgere som har meget usunde kostvaner og borgere som har meget sunde kostvaner

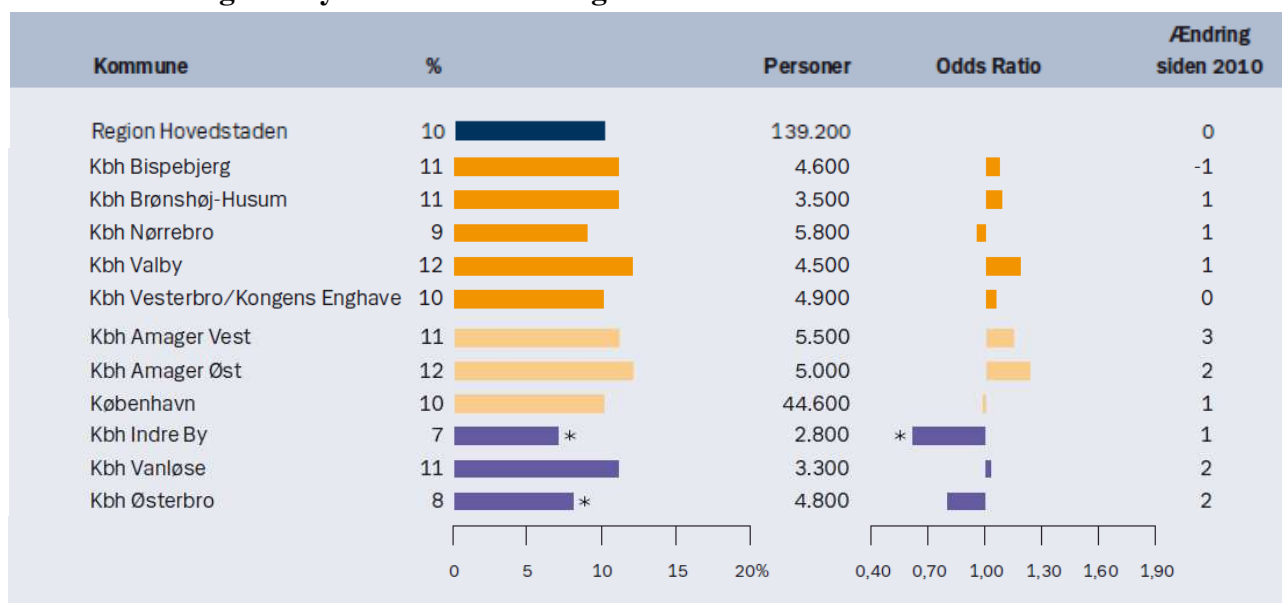
	Meget usunde kostvaner		Sunde kostvaner			
	Procent		Personer	Ændring siden 2010	Procent	Personer
Region Hovedstaden	10%		139.200	0	25%	330.400
København	10%		44.600	1	25%	111.400
Køn						
Mand	13%		27.800	1	21%	44.800
Kvinde	7%		16.900	1	30%	66.600
Alder						
16-24	11%		8.100	3	22%	16.700
25-34	7%		8.100	1	28%	34.900
35-44	7%		6.300	1	27%	22.500
45-54	10%		6.200	1	25%	15.300
55-64	15%		6.600	3	26%	11.600
65-79	17%		6.800	-2	21%	8.400
80+	20%		2.400	3	17%	2.000
Uddannelse						
Under uddannelse	7%		900	-	28%	3.400
Grundskole og gymnasial	25%		5.900	-	16%	3.800
Erhvervsfaglig	14%		18.600	-	20%	27.700
Kort og mellemlang videreg.	7%		24.500	-	28%	31.500
Lang videregående	4%		3.800	-	33%	33.000
Etnisk Baggrund						
Danmark	11%		37.500	-	25%	86.800
Andre vestlige lande	4%		1.900	-	24%	10.700
Ikke-vestlige lande	9%		5.200	-	25%	14.000

¹ Skrøbelige ældre, der modtager hjemmepleje eller bor i plejebolig har andre ernæringsmæssige behov end raske voksne. Grundet lille appetit og oplevet utilsigtet vægttab, har skrøbelige ældre ofte behov for mange energirige måltider med mere fedt og færre grøntsager. Dvs. den omvendte kostpyramide i forhold til de råd, man ellers giver til raske voksne.

Mad – Udvikling i bydelene

Andelen af borgere med meget usunde kostvaner varierer mellem bydelene (tabel 2.9). Laveste andele ses i bydelene Indre By og Østerbro – hhv. 7 og 8 % – mens den højeste andel ses i Valby med 12 %. Andelen af borgere med meget usunde kostvaner er signifikant lavere i bydelene Indre by og Østerbro ift. gennemsnittet for regionen. Udviklingen har dog generelt være negativ siden 2010 for alle bydele.

Tabel 2.9 – Borgere i bydelene som har meget usunde kostvaner



2.4 Bevægelse

Manglende fysisk aktivitet påvirker borgernes sundhed og livskvalitet. Fysisk inaktivitet øger risikoen for udvikling af en lang række kroniske sygdomme som type 2 diabetes, hjertekarsygdomme, muskelskeletsygdomme, visse former for kræftsygdomme (eksempelvis bryst- og tyktarmskræft) og psykiske sygdomme. Desuden øges risikoen for funktionsevnetab og demens hos ældre borgere. Videnskabelige studier viser en overbevisende sammenhæng mellem det at være fysisk inaktiv og sygelighed og dødelighed i alle aldre.

I sundhedsprofilen opgøres følgende aspekter af fysisk aktivitet:

- Moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden – mindre end 30 minutter om dagen
- Hård fysisk aktivitet i fritiden – mindre end 40 minutter om ugen
- Stillesiddende adfærd i fritiden – mere end fire timer om dagen

Den tid, borgerne bruger på hård fysisk aktivitet i fritiden, opgøres som tid brugt på anstrengende sport og motion som eksempelvis løb, fodbold, tennis, aerobic eller lignende.

Bevægelse – Udvikling i København

I Københavns Kommune er der 28 % af borgerne, som ikke er fysisk aktive i 30 minutter om dagen i fritiden, herefter kaldet inaktive (tabel 2.10). Det svarer til 121.000 personer. Der er stort set ingen forskel på andelen af mænd og kvinder, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om moderat til hård fysisk aktivitet. Andelen af borgere, der ikke lever op til anbefalingen, stiger med alderen. Sammenlignet med de 16-24-årige, er andelen af inaktive borgere to til tre gange større blandt borgere over 65 år. Der ses en social gradient i andelen af borgere, der ikke er moderat til hårdt fysisk aktive i fritiden. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne er fysisk inaktive.

Tabel 2.10 – Borgere som dyrker mindre daglig motion end anbefalet af Sundhedsstyrelsen og borgere som sidder stille i mere end 4 timer af deres fritid

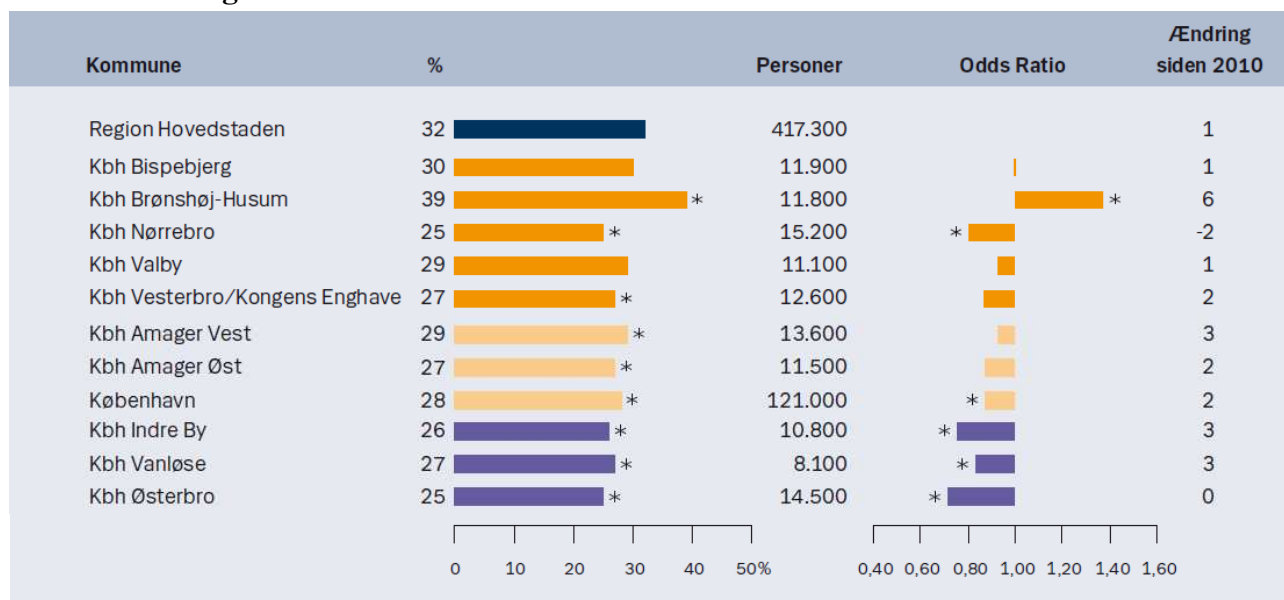
	Borgere som dyrker moderat til hård fysisk aktivitet mindre end 30 min. Om dagen i fritiden				Borgere med stillesiddende aktiviteter i fritiden - mere end 4 timer om dagen			
	Procent	Personer	Ændring siden 2010	Procent	Personer	Ændring siden 2010		
Region Hovedstaden	32%	477.300	1	28%	369.400	1		
København	28%	121.000	2	27%	121.000	0		
Køn								
Mand	28%	60.000	2	30%	64.800	2		
Kvinde	28%	61.000	1	25%	56.200	0		
Alder								
16-24	16%	12.000	0	30%	22.000	2		
25-34	21%	25.700	2	20%	24.300	1		
35-44	26%	22.300	3	17%	14.300	0		
45-54	32%	19.400	5	25%	15.400	0		
55-64	35%	15.500	0	40%	18.100	3		
65-79	52%	18.400	2	52%	20.100	2		
80+	75%	7.600	6	56%	6.700	-1		
Uddannelse								
Under uddannelse	24%	3.000	-	37%	4.400	-		
Grundskole og gymnasial	58%	12.700	-	56%	12.600	-		
Erhvervsfaglig	29%	39.600	-	35%	48.900	-		
Kort og mellemlang videreg.	24%	27.200	-	21%	23.800	-		
Lang videregående	21%	20.800	-	13%	12.600	-		
Etnisk Baggrund								
Danmark	26%	87.900	-	28%	96.300	-		
Andre vestlige lande	25%	10.600	-	20%	8.800	-		
Ikke-vestlige lande	43%	22.500	-	29%	15.800	-		

Bevægelse – Udvikling i bydelene

Andelen af borgere, som er fysisk aktive i mindre end 30 minutter om dagen i fritiden, varierer mellem kommunens bydele (tabel 2.11). Den største andel findes i bydelen Brønshøj-Husum, hvor 39 % er fysisk inaktive, mens den laveste andel ses på Nørrebro og Østerbro, hvor 25 % er fysisk inak-

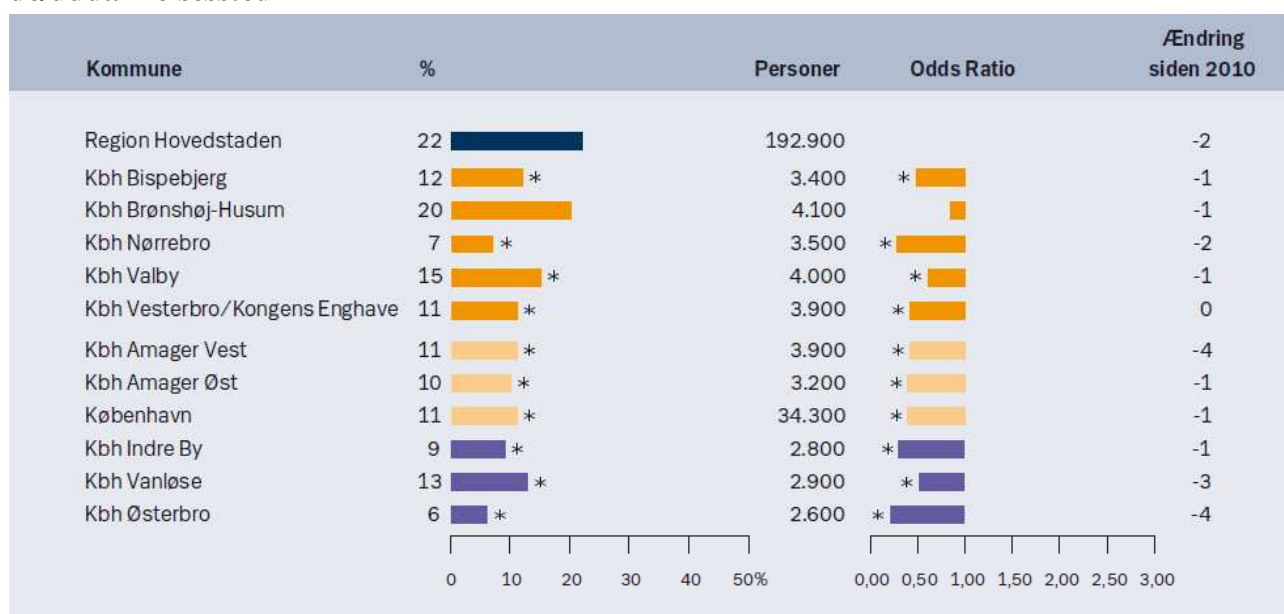
tive. Der er ingen tydelig social gradient mellem bydelene idet bydele, der ligger henholdsvis over og under kommunegennemsnittet, findes i alle kommunesocialgrupper.

Tabel 2.11 – Borgere i bydelene som dyrker moderat til hård fysisk aktivitet mindre end 30 minutter om dagen i fritiden



Andelen af borgere i kommunen, der hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted varierer mellem bydelene fra 7 % på Nørrebro til 20 % i Brønshøj-Husum (tabel 2.12). Alle bydele i København, på nær Brønshøj-Husum, har en signifikant lavere andel af borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde/uddannelsessted end regionsgennemsnittet. Der er ingen tydelig social gradient mellem bydelene idet at bydele, der ligger henholdsvis over og under kommunegennemsnittet, findes i alle kommunesocialgrupper.

Tabel 2.12 – Borgere i bydelene som hverken cykler eller går til og fra arbejde/uddannelsessted



2.5 Euforiserende stoffer

Eksperimenterende brug af euforiserende stoffer (herefter kaldet stoffer) medfører risiko for ulykker, risiko for at komme ud i et vedvarende stofmisbrug samt risiko for forgiftning med eller uden døden til følge. Hash kan desuden hæmme indlæringssevnen ved langvarigt intensivt brug, og derved have konsekvenser for den enkeltes skolegang og uddannelsesmuligheder.

Euforiserende Stoffer – Udvikling i København

Fra 2010 til 2013 ses et fald i andelen af unge i Region Hovedstaden, som har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer. I Københavns Kommune har 59 % af de unge – svarende til 119.900 personer eksperimenteret med hash, mens 16 % af de unge – svarende til 31.500 personer – har eksperimenteret med andre stoffer end hash (tabel 2.13). Tilsvarende har en større andel af de 25-34-årige prøvet hash og andre stoffer sammenlignet med de 16-24-årige. Både køns- og aldersforskellen er mere udtalt for andre stoffer end for hash. Andelen af borgere som har eksperimenteret med hash og andre stoffer, varierer betydeligt på tværs af etniske grupper. For borgere med dansk og anden vestlig baggrund er andelen af personer, som har prøvet hash og andre stoffer, markant højere end hos borgere med en ikke-vestlig baggrund.

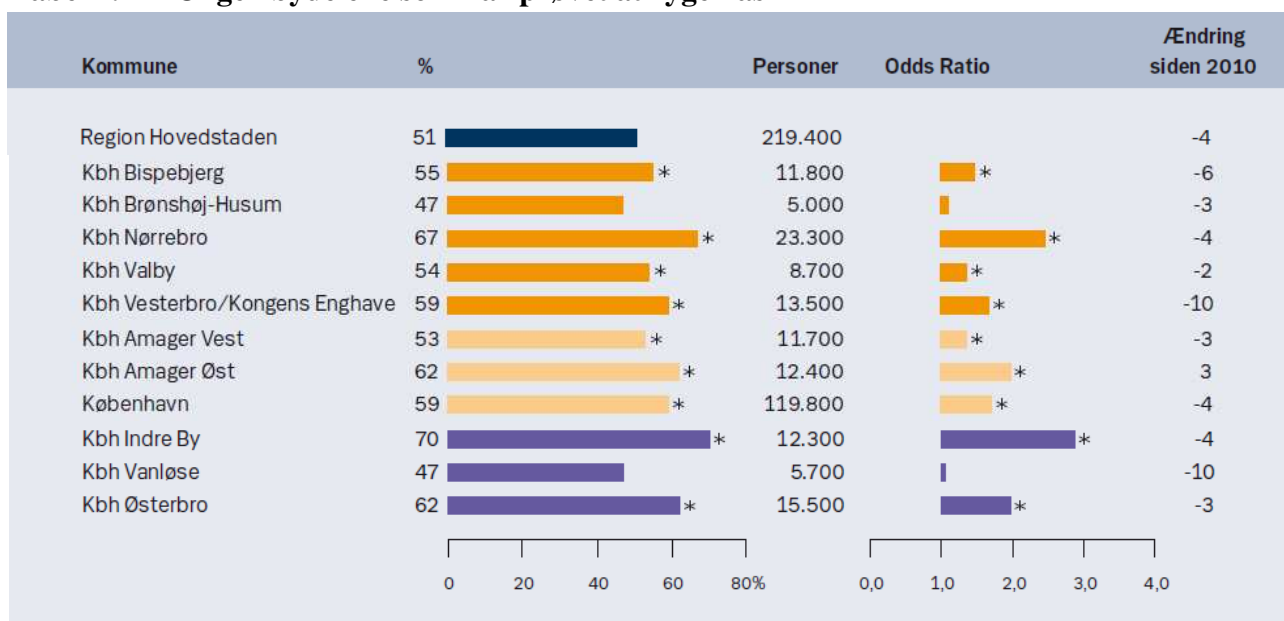
Tabel 2.13 – Unge (16-34 år) som har prøvet hash og andre euforiserende stoffer

	Hash		Andre stoffer					
	Procent		Personer	Ændring siden 2010	Procent		Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	51%		219.400	-4	14%		59.000	-4
København	59%		119.900	-4	16%		31.500	-5
Køn								
Mand	67%		62.900	-1	22%		20.200	-5
Kvinde	52%		57.000	-7	10%		11.200	-5
Alder								
16-24	55%		41.900	0	12%		8.800	-2
25-34	62%		78.000	-6	18%		22.700	-7
Etnisk Baggrund								
Danmark	65%		102.100	-	8%		26.800	0
Andre vestlige lande	51%		10.100	-	8%		3.500	0
Ikke-vestlige lande	28%		7.700	-	2%		1.200	0

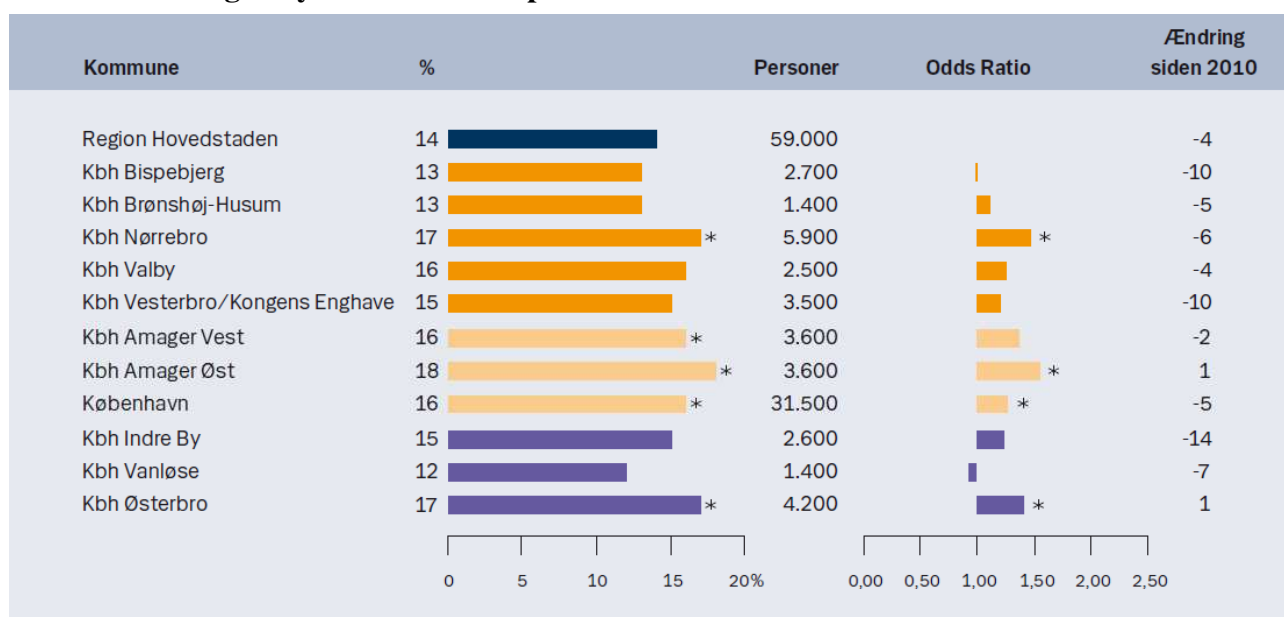
Euforiserende Stoffer – Udvikling i bydelene

Andelen af borgere i alderen 16-34 år, der har prøvet hash, varierer mellem bydelene fra 47 % i Brønshøj-Husum og Vanløse til 70 % i bydelen Nørrebro (tabel 2.14). Andelen, der har prøvet andre euforiserende stoffer, varierer fra 12 % i bydelen Vanløse til 17 % i bydelene Indre by og Østerbro (tabel 2.15). Der er ingen tydelig forskel i udbredelsen af eksperimenterende brug af hash og andre euforiserende stoffer mellem bydele i forskellige kommunesocialgrupper.

Tabel 2.14– Unge i bydelene som har prøvet at ryge hash

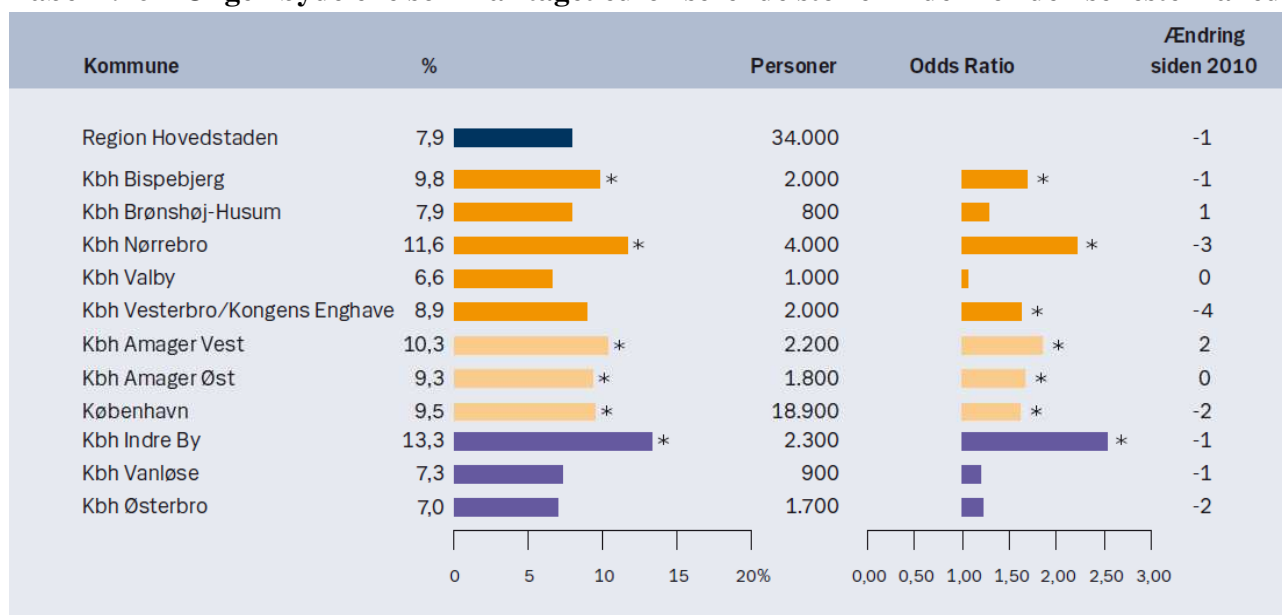


Tabel 2.15 – Unge i bydelene som har prøvet euforiserende stoffer



Andelen af borgere i alderen 16-34 år der har brugt hash eller andre euforiserende stoffer indenfor den sidste måned, varierer mellem bydelene, fra 6,6 % i Valby til 13,3 % i Indre By (tabel 2.16). Der er ingen social gradient mellem bydelene i forhold til andelen af unge, der har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer inden for den sidste måned.

Tabel 2.16 – Unge i bydelene som har taget euforiserende stoffer inden for den seneste måned



3 Overvægt

Overvægt medfører en øget dødelighed samt øget risiko for udvikling af følgesygdomme som type 2 diabetes, hjertekarsygdomme, muskelskeletsygdomme og visse kræftformer (eksempelvis tyktarms-, prostata-, bryst- og livmoderkræft). Derudover kan overvægt medføre psykosociale problemer og forringet livskvalitet.

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

3.1 Moderat og svær overvægt

Moderat og svær overvægt – Udvikling i København

I Københavns Kommune er der en større andel af overvægtige blandt mænd end blandt kvinder. Andelen af overvægtige borgere stiger med alderen indtil 79-års alderen, hvorefter forekomsten falder igen i gruppen af ældre over 79 år (tabel 3.1). Årsagen til dette fald kan være, at de overvægtige borgere enten er døde af følgesygdomme, eller at der i disse aldersgrupper er mange kronisk syge borgere med deraf følgende vægttab. Der er en tydelig social gradient i forekomsten af overvægt. Andelen af overvægtige borgere falder med stigende uddannelsesniveaue.

Andelen af borgere, som er moderat overvægtige synes næsten at være ens blandt de etniske grupper, dog størst hos borgere med en ikke-vestlig baggrund på 29 %. For personer som er svært overvægtige, er andelen igen størst for borgere med ikke-vestlig baggrund.

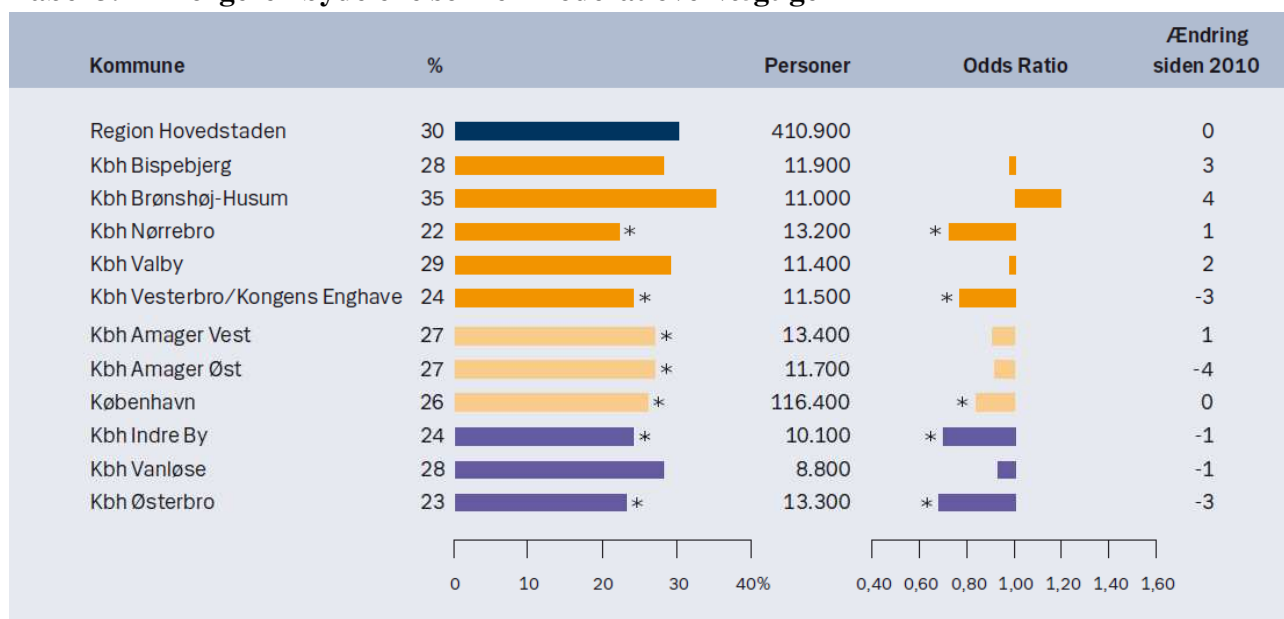
Tabel 3.1 – Borgere som er moderat eller svært overvægtige

	Moderat overvægtig		Svær overvægtig	
	Procent	Personer	Procent	Personer
Region Hovedstaden	30%	410.900	11%	154.600
København	26%	116.400	10%	45.800
Køn				
Mand	33%	71.100	11%	23.100
Kvinde	20%	45.300	10%	22.700
Alder				
16-24	13%	9.800	4%	2.700
25-34	21%	26.000	5%	6.200
35-44	27%	23.000	11%	9.400
45-54	34%	20.600	16%	9.500
55-64	36%	16.500	20%	9.200
65-79	38%	16.000	18%	7.400
80+	36%	4.600	11%	1.400
Uddannelse				
Under uddannelse	14%	1.800	3%	400
Grundskole og gymnasial	36%	8.600	24%	5.800
Erhvervsfaglig	27%	37.500	12%	16.400
Kort og mellemlang videreg.	26%	29.700	9%	10.200
Lang videregående	22%	22.200	5%	4.700
Etnisk Baggrund				
Danmark	26%	88.300	10%	34.500
Andre vestlige lande	27%	11.900	8%	3.600
Ikke-vestlige lande	29%	16.100	14%	7.700

Moderat og svær overvægt – Udvikling i bydelene

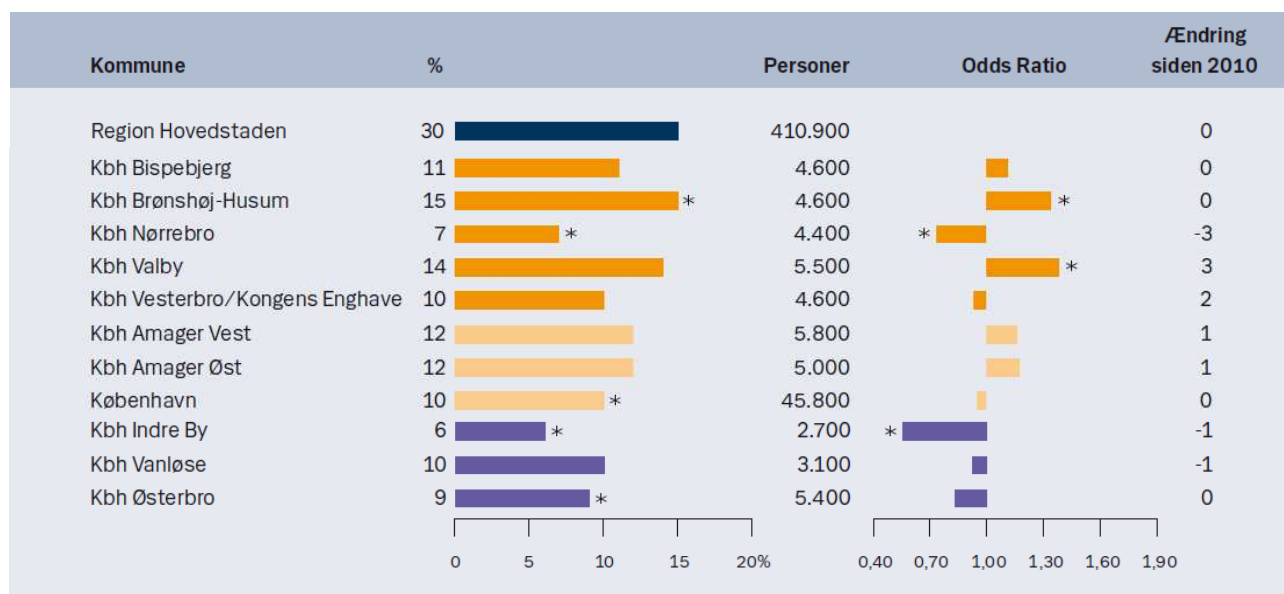
Forekomsten af moderat overvægt varierer på tværs af kommunens bydele. Andelen er størst i Brønshøj-Husum, hvor 35 % af borgerne er moderat overvægtige, mens andelen er lavest på Nørrebro, hvor 22 % af borgerne er moderat overvægtige (tabel 3.2). Der er ingen tydelig social gradient på tværs af kommunens bydele.

Tabel 3.2 – Borgere i bydelene som er moderat overvægtige



Forekomsten af svær overvægt varierer på tværs af kommunens bydele. Andelen er størst i Brønshøj-Husum, hvor 15 % af borgerne er svært overvægtige, mens andelen er lavest i Indre By, hvor 6 % af borgerne er moderat overvægtige (tabel 3.3). Der er ingen tydelig social gradient på tværs af kommunens bydele.

Tabel 3.3 – Borgere i bydelene som er svært overvægtige



4 Generelt helbred

Et væsentligt aspekt af borgernes generelle sundhedstilstand er, hvordan den enkelte borger oplever og vurderer eget helbred samt fysiske og psykiske velbefindende. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen ”Hvordan har du det? 2013” viser, at der kun er sket meget små ændringer i andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, i andelen af borgere med dårligt fysisk og mentalt helbred, og i andelen af borgere med et højt stressniveau fra 2007 til 2013.






4.1 Selvvurderet helbred

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

Selvvurderet helbred – Udvikling i København

I Københavns Kommune vurderer 13 % af borgerne – svarende til 60.000 personer – at de har et mindre godt eller dårligt helbred (tabel 4.1).

Tabel 4.1 – Borgernes selvvurderede helbred

Selvvurderet helbred blandt borgere i Københavns Kommune				
	Procent		Personer	Ændring siden 2010
Fremragende helbred	15%		69.000	1
Vældigt godt helbred	39%		179.600	0
Godt helbred	33%		151.500	1
Mindre godt helbred	10%		48.100	-2
Dårligt helbred	3%		11.800	0
	0%	20%	40%	

Der er en lidt større andel af kvinder end mænd, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, og andelen stiger markant med alderen (tabel 4.2). For de 16-34-årige er det kun godt én ud af 20, som har mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, mens det gælder en femtedel af borgerne i alderen 45-54 år, og over dobbelt så mange i alderen 80 år og derover. Den høje andel blandt de ældste borgere kan skyldes, at denne aldersgruppe er plaget af sygdomme, som påvirker deres vurdering af eget helbred. Der ses en tydelig social gradient i forhold til selvvurderet helbred. Mens hver femte borger med en kortere uddannelse har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, er det kun godt hver tyvende borger med en lang videregående uddannelse. Forekomsten af borgere, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, er næsten ens for personer med

dansk og anden vestlig baggrund på hhv. 12 % og 11 %, mens andelen for borgere med en ikke-vestlig baggrund er dobbelt så høj, 22 %.

Tabel 4.2 – Borgere som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred

Borgere, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred				
	Procent		Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	13%		186.500	-2
København	13%		59.900	-2
Køn				
Mand	12%		26.800	-1
Kvinde	14%		33.000	-2
Alder				
16-24	6%		5.075	0
25-34	5%		6.843	-1
35-44	9%		7.763	-5
45-54	21%		12.852	1
55-64	25%		11.400	-2
65-79	24%		9.825	-5
80+	44%		6.148	4
Uddannelse				
Under uddannelse	7%		898	-
Grundskole og gymnasial	35%		8.689	-
Erhvervsfaglig	15%		20.653	-
Kort og mellemlang videreg.	10%		11.856	-
Lang videregående	4%		4.421	-
Etnisk Baggrund				
Danmark	12%		41.450	-
Andre vestlige lande	11%		5.059	-
Ikke-vestlige lande	22%		13.397	-

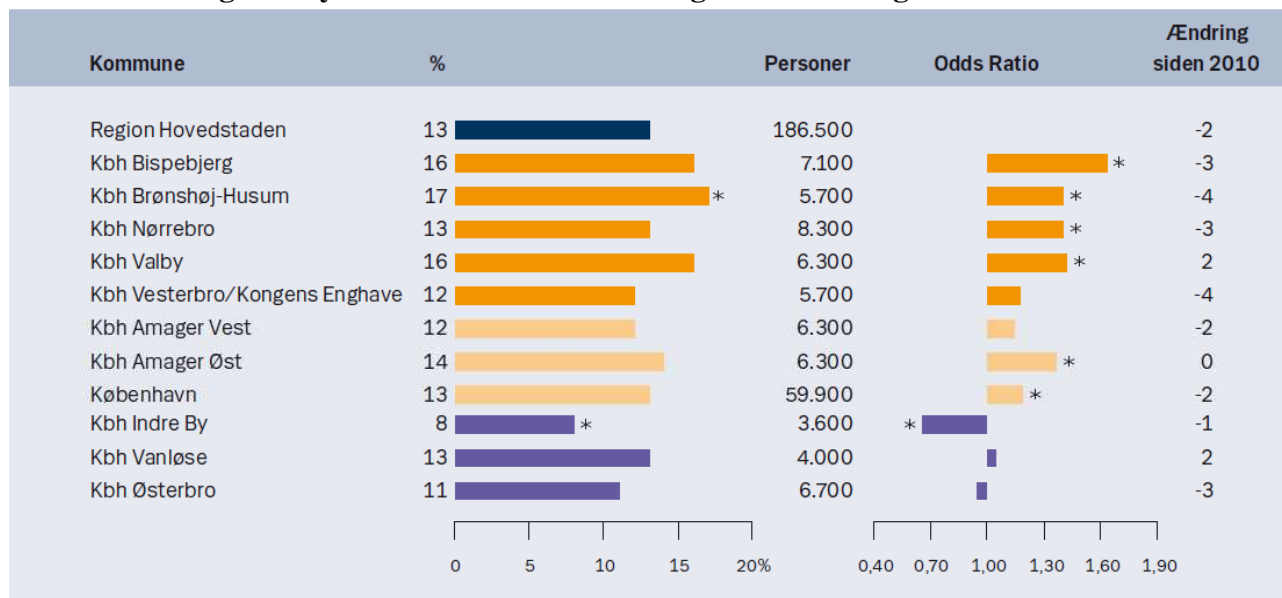
0% 10% 20% 30% 40% 50%

Selv vurderet helbred – Udvikling i bydelene

Andelen af borgere, der vurderer, at deres helbred er mindre godt eller dårligt, varierer på tværs af kommunens bydele. Andelen er højest i bydelen Brønshøj-Husum, hvor 17 % af borgerne har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, mens andelen er mindst i Indre by, hvor kun 8 % af

borgerne vurderer, at de har et mindre godt eller dårligt helbred (tabel 4.3). Der er en ingen tydelig social gradient mellem bydelene.

Tabel 4.3 – Borgere i bydelene som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred



4.2 Fysisk og mentalt helbred

Til måling af borgernes fysiske og mentale helbred er anvendt SF-12 (Short Form Health Survey). På baggrund af spørgsmålene bestemmes helbredsstatus for de to dimensioner: Fysisk helbred og mentalt helbred. De 10 % af befolkningen, der scorer lavest på den mentale helbredskomponent af SF-12, udgør gruppen af borgere med dårligst mentalt helbred, og er i fokus for sundhedsprofilen. Gruppen med dårligst fysisk helbred defineres som de 10 % af befolkningen, der scorer lavest på den fysiske helbredskomponent.

Fysisk og mentalt helbred – Udvikling i København

I Københavns kommune har 8 % af borgerne et dårligt fysisk helbred og 13 % dårligt mentalt helbred. Dette svarer til hhv. 32.800 og 57.400 personer (tabel 4.4). Flere kvinder end mænd har et dårligt fysisk eller mentalt helbred. Andelen af personer med dårligt fysisk helbred ses at stige eksponentielt med alderen, mens andelen af borgere med dårligt mentalt helbred er mere konstant fordelt over aldersgrupperne (11-15 %), med undtagelse af borgere i alderen 80+, hvor andelen er 26 %. I gruppen af borgere med et lavt uddannelsesnivea ses en høj andel af personer med dårligt fysisk helbred eller dårligt mentalt helbred. Dette er tegn på en social gradient. I forhold til etnisk baggrund er andelen af borgere som har et dårligt fysisk eller mentalt helbred størst hos personer med ikke-vestlig baggrund.

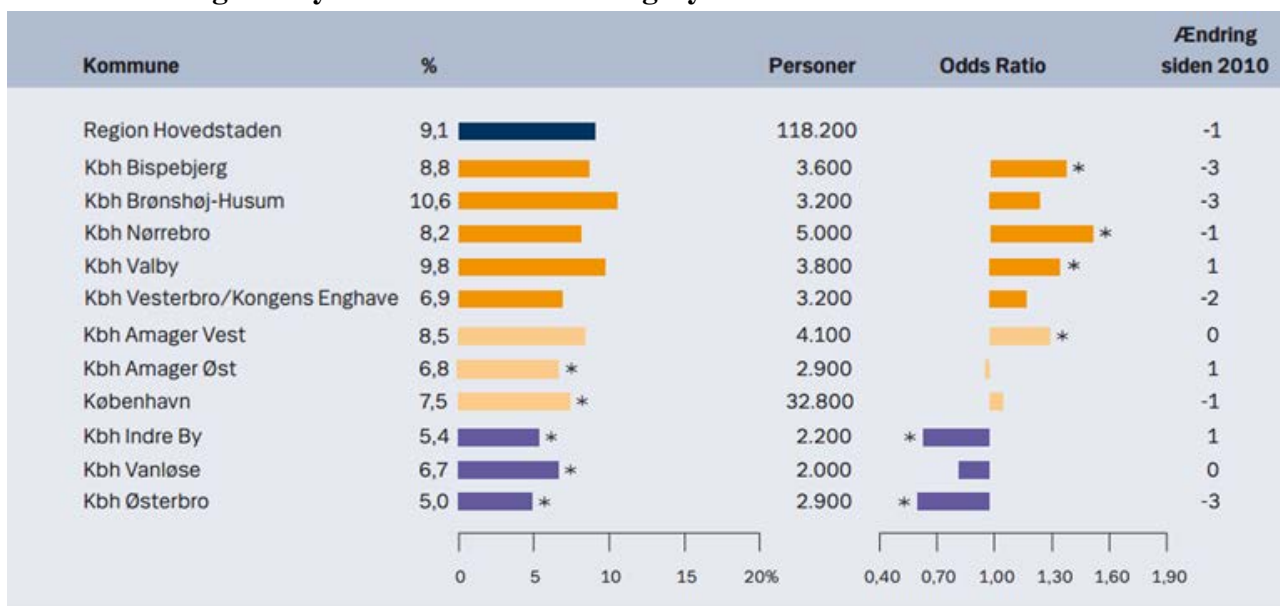
Tabel 4.4 – Borgere som har dårligt fysisk eller dårligt mentalt helbred

	Dårligt fysisk helbred		Dårligt mentalt helbred	
	Procent	Personer	Procent	Personer
Region Hovedstaden	9%	118.200	12%	151.800
København	8%	32.800	13%	57.400
Køn				
Mand	7%	14.200	11%	24.100
Kvinde	9%	18.700	15%	33.300
Alder				
16-24	2%	1.200	15%	11.500
25-34	2%	2.700	12%	15.000
35-44	4%	3.000	13%	10.700
45-54	12%	7.100	14%	8.000
55-64	15%	6.700	12%	5.400
65-79	20%	7.200	11%	4.000
80+	44%	4.900	26%	3.000
Uddannelse				
Under uddannelse	4%	500	17%	2.100
Grundskole og gymnasial	27%	6.100	25%	5.500
Erhvervsfaglig	7%	9.900	14%	19.000
Kort og mellemlang videreg.	6%	6.200	12%	13.100
Lang videregående	2%	2.400	8%	7.600
Etnisk Baggrund				
Danmark	7%	23.200	12%	40.700
Andre vestlige lande	6%	2.500	12%	5.000
Ikke-vestlige lande	13%	7.200	21%	11.600

Fysisk og mentalt helbred – Udvikling i bydelene

Forekomsten af borgere i København, som har et dårligt fysisk helbred varierer på tværs af bydelene. Den højeste andel findes i Brønshøj-Husum, hvor 10,6 % har et dårligt fysisk helbred og den laveste andel - 5,0 % - findes på Østerbro (tabel 4.5). Der ses en social gradient i forhold til fordelingen af dårligt helbred på tværs af kommunesocialgrupperne. De fleste bydele i København har en lavere andel af borgere med dårligt fysisk helbred end regionsgennemsnittet, kun Brønshøj-Husum og Valby ligger over gennemsnittet.

Tabel 4.5 – Borgere i bydelene som har et dårligt fysisk helbred



For andelen af borgere, som har et dårligt mentalt helbred, ligger København generelt over regionsgennemsnittet (tabel 4.6). Her er det kun bydelene Indre By, Vanløse og Østerbro, som har en lavere andel, mens de andre bydele, undtagen Vesterbro/Kongens Enghave og Amager Vest, ligger signifikant højere end regionsgennemsnittet. Igen er dette tegn på en social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne.

Tabel 4.6 – Borgere i bydelene som har et dårligt mentalt helbred



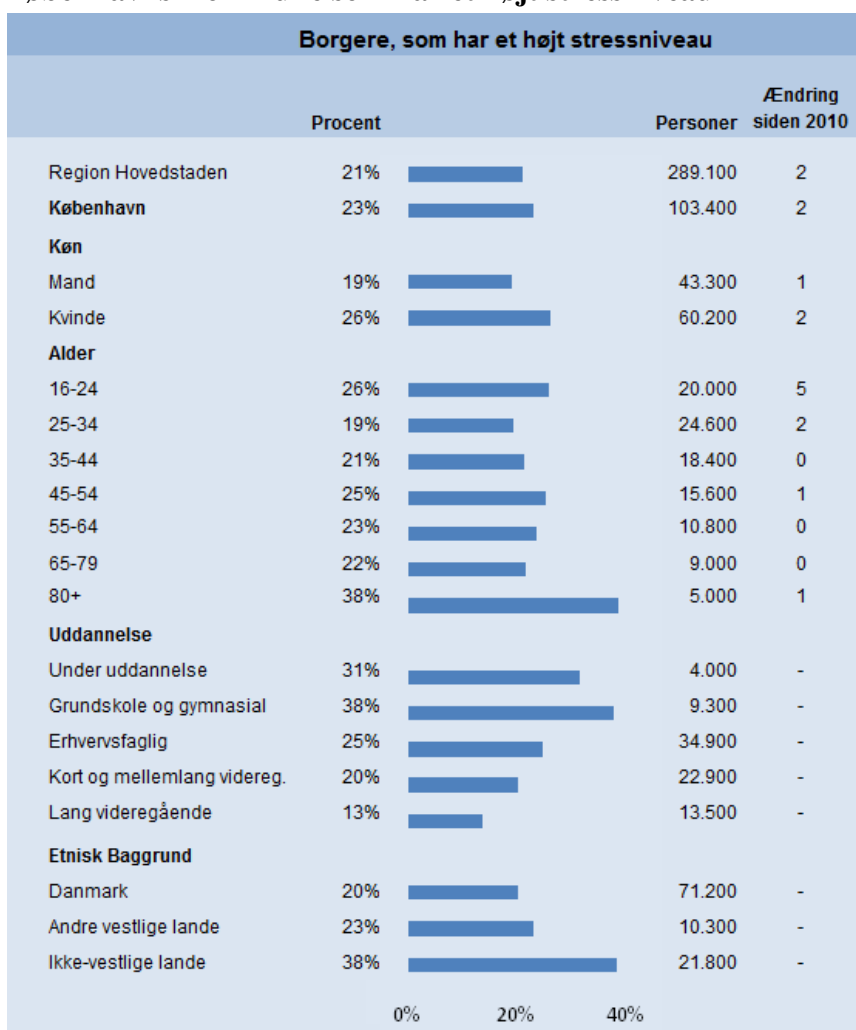
4.3 Stress

Længerevarende stress kan medføre øget risiko for en række sygdomme som hjertekarsygdomme og depression. Stress kan også medføre forværring af eksisterende sygdomme. Stress er her 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 (Cohen et al.; 1983).

Stress – Udvikling i København

I Københavns Kommune har 23 % af borgerne – svarende til 103.400 personer – et højt stressniveau (tabel 4.7). Flere kvinder end mænd har et højt stressniveau. Der er en større andel af de ældste borgere over 79 år, der har et højt stressniveau, sammenlignet med de øvrige aldersgrupper. Blandt de ældste har mere end hver tredje borger et højt stressniveau. Uddannelsesniveaut har også stor betydning for borgernes stressniveau. Jo kortere uddannelse, des større er andelen af borgere med højt stressniveau. Samtidigt ses en tendens til, at andelen af borgere som har et højt stressniveau, er højere hos personer med anden baggrund end dansk og især for personer med en ikke-vestlig baggrund.

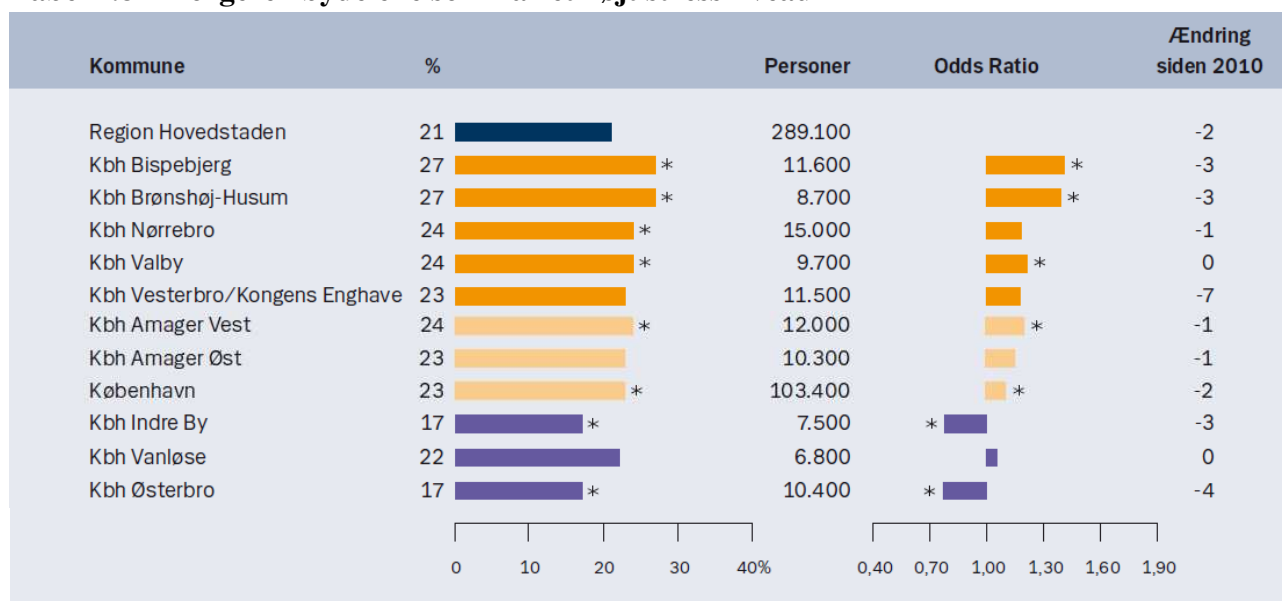
4.7 – Borgere i Københavns Kommune som har et højt stressniveau



Stress – Udvikling i bydelene

Andelen af borgere med et højt stressniveau varierer på tværs af kommunens bydele. Den laveste andel findes i bydelene Østerbro og Indre By, hvor 17 % af borgerne har et højt stressniveau, mens den højeste andel findes i bydelene Bispebjerg og Brønshøj-Husum, hvor 27 % af borgerne har et højt stressniveau (tabel 4.8). Hvad angår højt stressniveau, er der en social gradient på tværs af kommunens bydele. Bydele i kommunesocialgruppe 4 har generelt en højere andel af borgere med høj stressniveau sammenlignet med kommunegennemsnittet – også når der justeres for alders- og kønsfordelingen, mens alle bydele i kommunesocialgruppe 2 har en signifikant lavere andel af borgere med højt stressniveau.

Tabel 4.8 – Borgere i bydelene som har et højt stressniveau



5 Seksuel adfærd og seks sygdomme

Ubeskyttet sex er årsag til en række sundhedsproblemer, herunder uønsket graviditet og seks sygdomme som klamydia, kønsvorter, livmoderhalskræft, HIV, herpes og gonoré. Seks sygdomme er meget udbredte i Danmark – især blandt unge i alderen 16-30 år.

Spørgsmålene om seksuel sundhed er kun stillet til unge 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 i forhold til uddannelsesniveau, erhvervs-tilknytning og samlivsstatus.

5.1 Ubeskyttet sex

Ubeskyttet sex – Udvikling i København

I alt 18 % af de unge i Københavns Kommune, som har haft seksuel debut – svarende til 34.500 personer – brugte ikke prævention ved seneste samleje, selvom de ikke ønsker et barn. 12 % af de unge – svarende til 21.900 personer – brugte ikke kondom ved seneste samleje, selvom de har skiftende seksualpartnere (tabel 5.1).

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 forskel 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.

Tabel 5.1 – Unge som har ubeskyttet sex i forhold til graviditet og seksygdomme

	I forhold til graviditet			I forhold til seksygdomme		
	Procent	Personer	Ændring siden 2010	Procent	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	20%	79.100	-1	8%	32.500	-3
København	18%	34.500	-2	9%	17.700	-3
Køn						
Mand	20%	17.600	-4	9%	8.000	-4
Kvinde	16%	16.800	-1	9%	9.700	-3
Alder						
16-24	16%	10.912	1	11%	8.000	-4
25-34	19%	23.551	-4	8%	9.700	-3

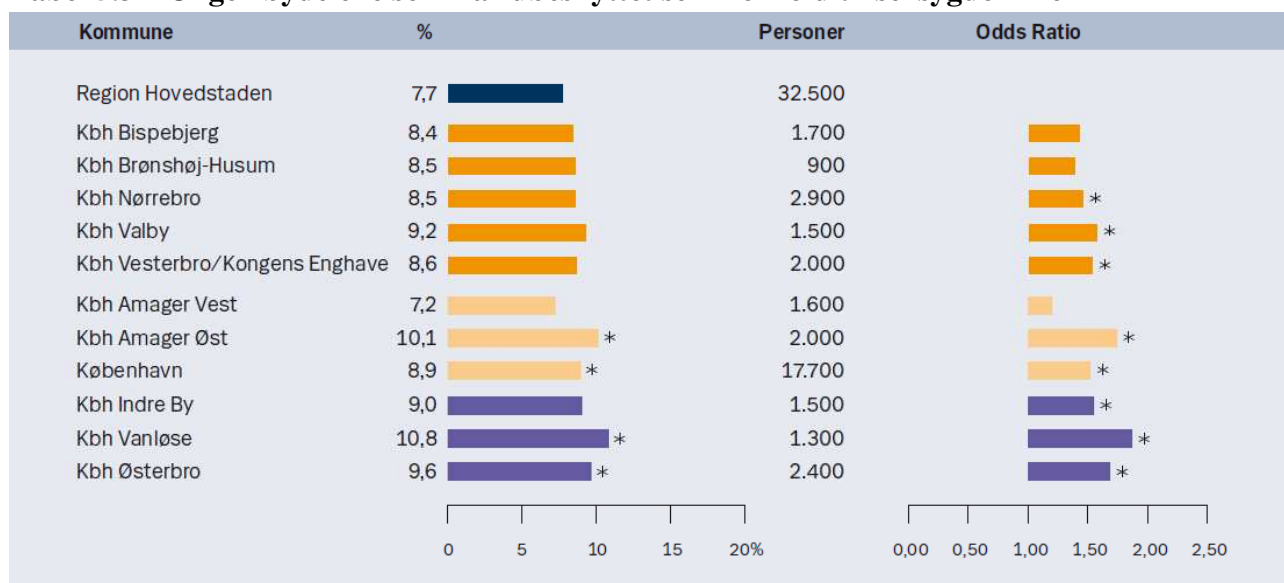
Ubeskyttet sex – Udvikling i bydelene

Andelen af unge, som ikke bruger prævention, selvom de ikke ønsker et barn, varierer fra 12 % i Indre By til 23 % i bydelen Brønshøj-Husum (tabel 5.2). Andelen af unge, som ikke bruger kondom trods skiftende seksualpartnere, varierer fra 7,2 % i bydelen Amager Vest til 10,8 % i Vanløse (tabel 5.3). Der er ingen tydelig forskel mellem bydele i forskellige kommunesocialgrupper i forhold til ubeskyttet sex. Dog er der i syv bydele – på tværs af kommunesocialgrupperne - et signifikant lavere niveau af ubeskyttet sex mht. uønsket graviditet, end regionsgennemsnittet.

Tabel 5.2 – Unge i bydelene som har ubeskyttet sex i forhold til uønsket graviditet

Kommune	%	Personer	Odds Ratio
Region Hovedstaden	20	79.100	
Kbh Bispebjerg	14 *	2.900	* 0,7
Kbh Brønshøj-Husum	23	2.200	1,15
Kbh Nørrebro	21	7.100	1,05
Kbh Valby	15 *	2.300	* 0,75
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	19	4.200	0,95
Kbh Amager Vest	21	4.500	1,05
Kbh Amager Øst	15 *	2.900	* 0,75
København	18 *	34.500	* 0,9
Kbh Indre By	12 *	2.000	* 0,6
Kbh Vanløse	20	2.200	1,0
Kbh Østerbro	16	4.000	0,8

Tabel 5.3 – Unge i bydelene som har ubeskyttet sex i forhold til seks sygdomme



5.2 Sexsygdomme

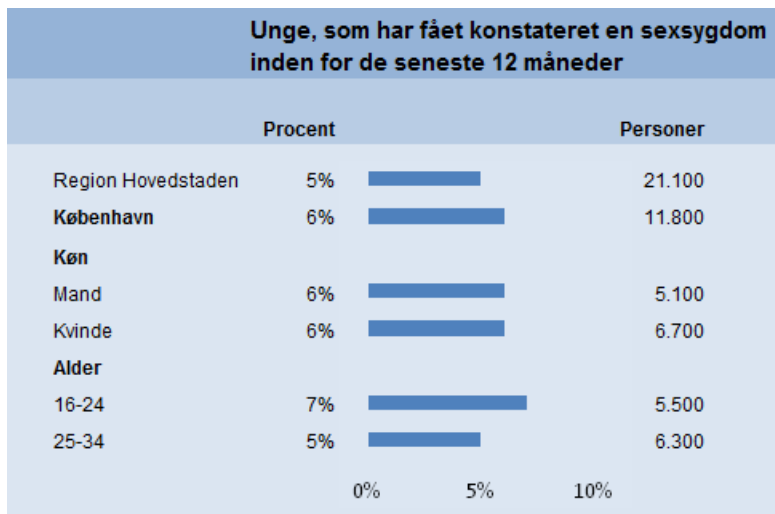
Sexsygdomme kan være meget ubehagelige og svære at slippe af med, og for mange unge er sygdommene en psykisk belastning. Nedenfor beskrives forekomsten af sexsygdomme og særligt klamydia, da det er den hyppigst forekommende sexsygdom blandt danske unge. Udover klamydia dækker betegnelsen sexsygdomme over gonorré, kønsvorter (kondylomer), herpes på kønsorganerne, syfilis og andre seksuelt overførte sygdomme.

Sexsygdomme – Udvikling i København

I Københavns Kommune har 6 % af de unge – svarende til 11.800 personer – fået konstateret én eller flere sexsygdomme (tabel 5.4). Klamydia er den mest udbredte sexsygdom. 2,6 % af de unge i Københavns Kommune har fået konstateret klamydia inden for de seneste 12 måneder (ikke vist).

Der er ikke betydelig forskel på andelen af mænd og kvinder, der har fået konstateret klamydia eller en anden sexsygdom inden for de seneste 12 måneder. En lidt større andel af de 16-24-årige har fået konstateret klamydia eller en anden sexsygdom sammenlignet med de 25-34-årige (tabel 5.4).

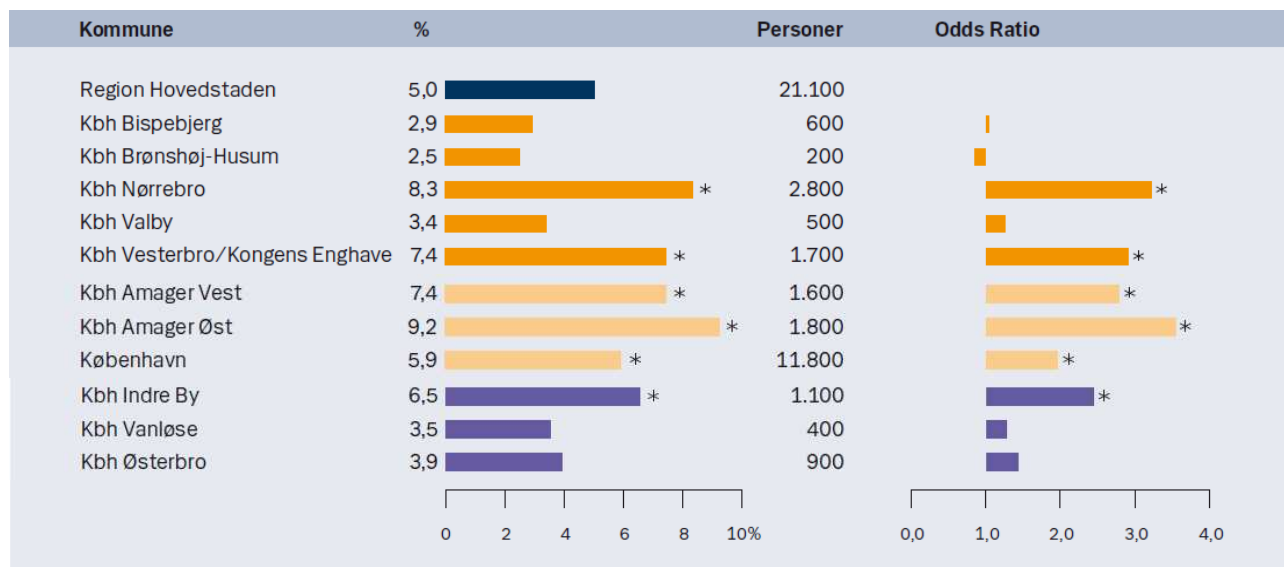
Tabel 5.4 – Unge som har fået konstateret en sexsygdom (inklusive klamydia) inden for de seneste 12 måneder



Sexsygdomme – Udvikling i bydelene

Den største andel af unge, der har fået konstateret en sexsygdom (inklusive klamydia), findes i bydelen Amager Øst med 9,2 %, mens den laveste andel af unge findes i bydelen Bispebjerg med 2,9 % (tabel 5.5). Der er ingen tydelig social gradient i andelen af unge, som har fået konstateret en sexsygdom, herunder klamydia, mellem kommunens bydele.

Tabel 5.5 – Unge i bydelene som har fået konstateret en sexsygdom (inklusive klamydia) inden for de seneste 12 måneder



6 Sociale relationer

Borgere med svage sociale relationer har oftere et dårligt generelt helbred, oftere risikabel sundhedsadfærd og er generelt mindre motiverede til at ændre adfærd end øvrige dele af befolkningen. Derimod får de oftere information, eller tager imod tilbud om hjælp til adfærdsændring hos egen læge, sammenlignet med borgere med stærke sociale relationer. Borgere, som sjældent har kontakt til venner eller familie og som ikke kan forvente hjælp fra andre i tilfælde af sygdom, koster sundhedsvæsenet ca. 150-300 mio. kr. om året i nettoomkostninger.

6.1 Sociale relationer – den strukturelle dimension

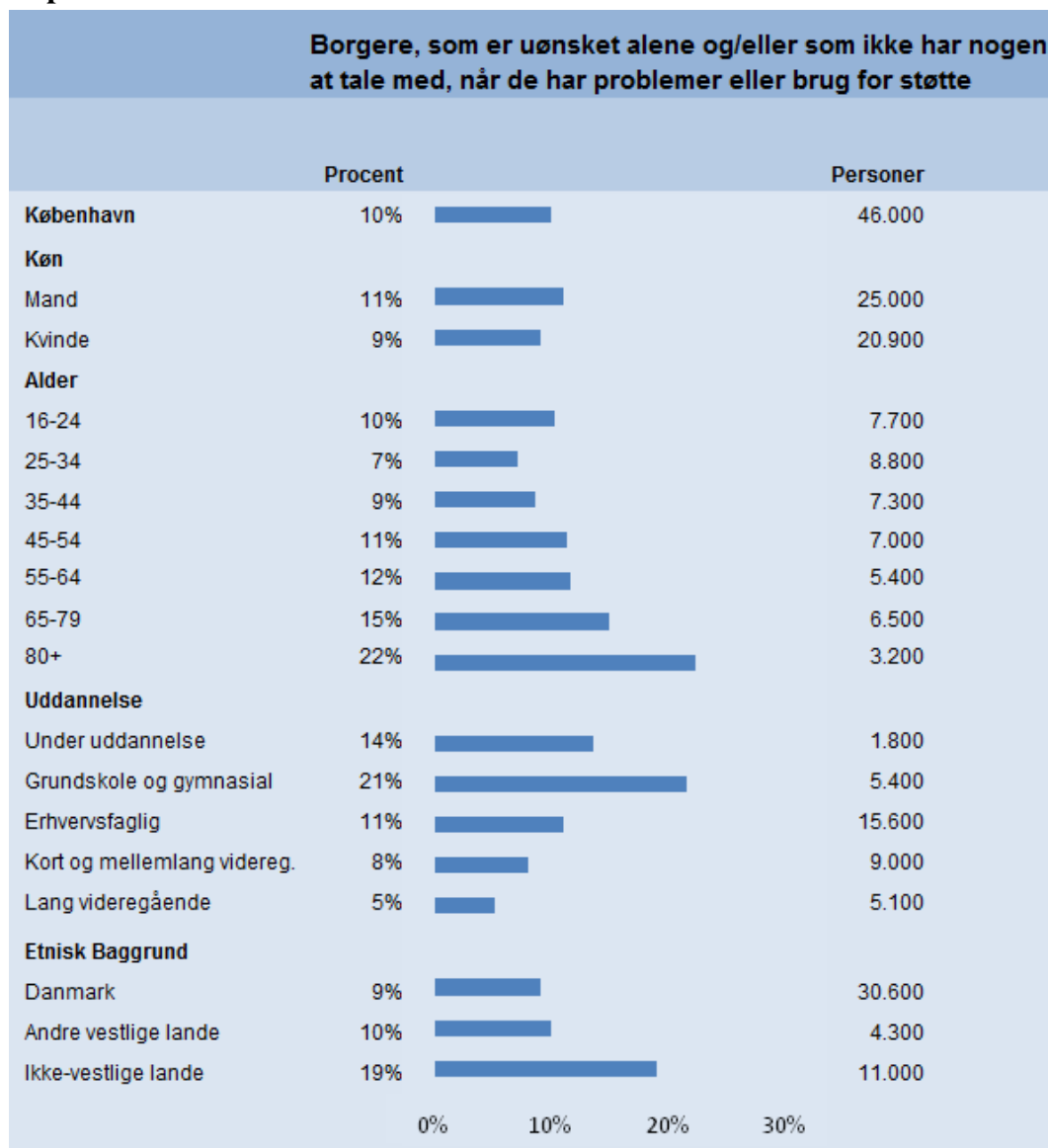
Den strukturelle dimension af sociale relationer beskrives ud fra, hvor ofte borgerne er i kontakt med venner, bekendte eller familie, som de ikke bor sammen med. Med kontakt menes, at man er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden eller lignende.

Sociale relationer – Udvikling i København

I Københavns Kommune er 10 % af borgerne – svarende til 46.000 personer – uønsket alene eller mangler nogen at tale med når der har problemer eller brug for støtte (tabel 6.1). En lidt større andel af mænd end kvinder angiver at være uønsket alene, og andelen stiger med stigende alder. Blandt borgere over 79 år er lidt over en femtedel uønsket alene, eller mangler nogen at tale med.

Der ses en social gradient i andelen af borgere som sjældent har kontakt til venner eller familie, som de ikke bor sammen med. Blandt borgere med grundskole- eller gymnasial uddannelse er andelen, som sjældent har kontakt, næsten dobbelt så stor, som blandt borgere med en lang videregående uddannelse. For borgere med ikke-vestlig baggrund er andelen af borgere, som føler sig uønsket alene, eller som ikke har nogen at tale med ved problemer, dobbelt så stor i forhold til personer med dansk eller anden vestlig baggrund.

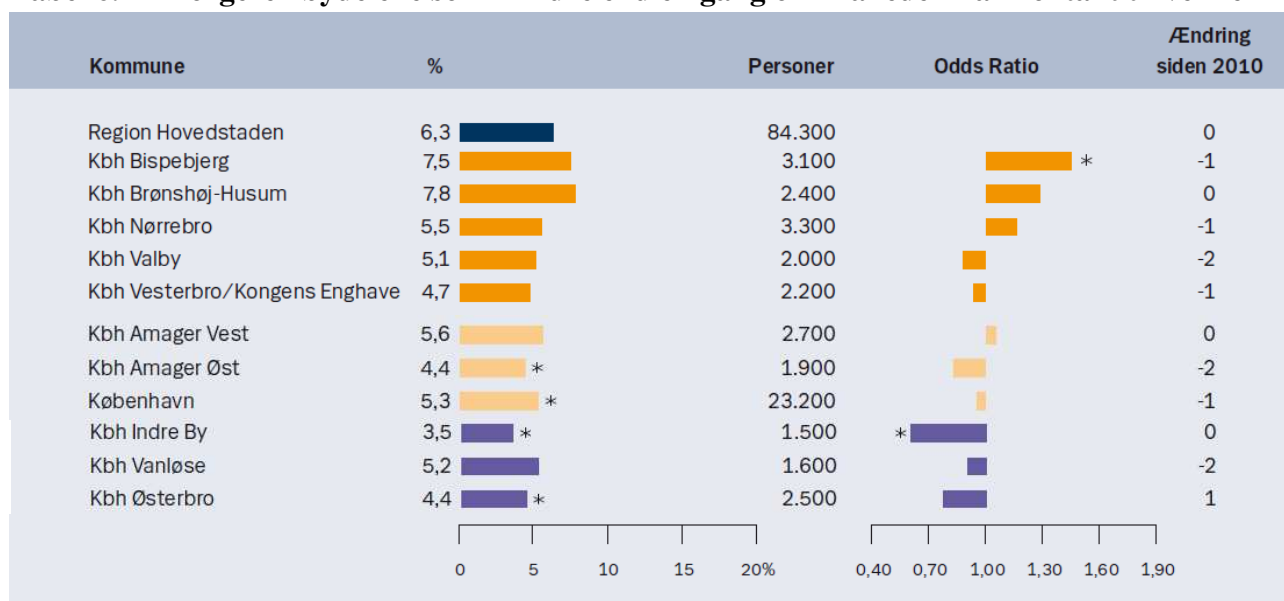
Tabel 6.1 – Borgere i Københavns Kommune, som er uønsket alene, og/eller mangler støtte når de har problemer



Sociale relationer – Udvikling i bydelene

Andelen af borgere, der sjældent har kontakt til venner, varierer mellem bydelene – fra 7,8 % i Brønshøj-Husum til 3,5 % i Indre By (tabel 6.2). Der er en social gradient på tværs af kommunens bydele. Borgere i bydele i kommunesocialgruppe 2 og 3 har signifikant mere kontakt til venner, end borgere i bydele i kommunesocialgruppe 4.

Tabel 6.2 – Borgere i bydelene som mindre end én gang om måneden har kontakt til venner



Andelen af borgere, som mindre end én gang om måneden har kontakt til familie, som de ikke bor sammen med, varierer mellem bydelene – fra 12,2 % i Brønshøj-Husum til 7,3 % i Valby (tabel 6.3). Alle bydele i København, på nær Valby, ligger over regionsgennemsnittet, hvad angår kontakt til familie, som de ikke bor sammen med.

Tabel 6.3 – Borgere i bydelene som mindre end én gang om måneden har kontakt til familie, som de ikke bor med



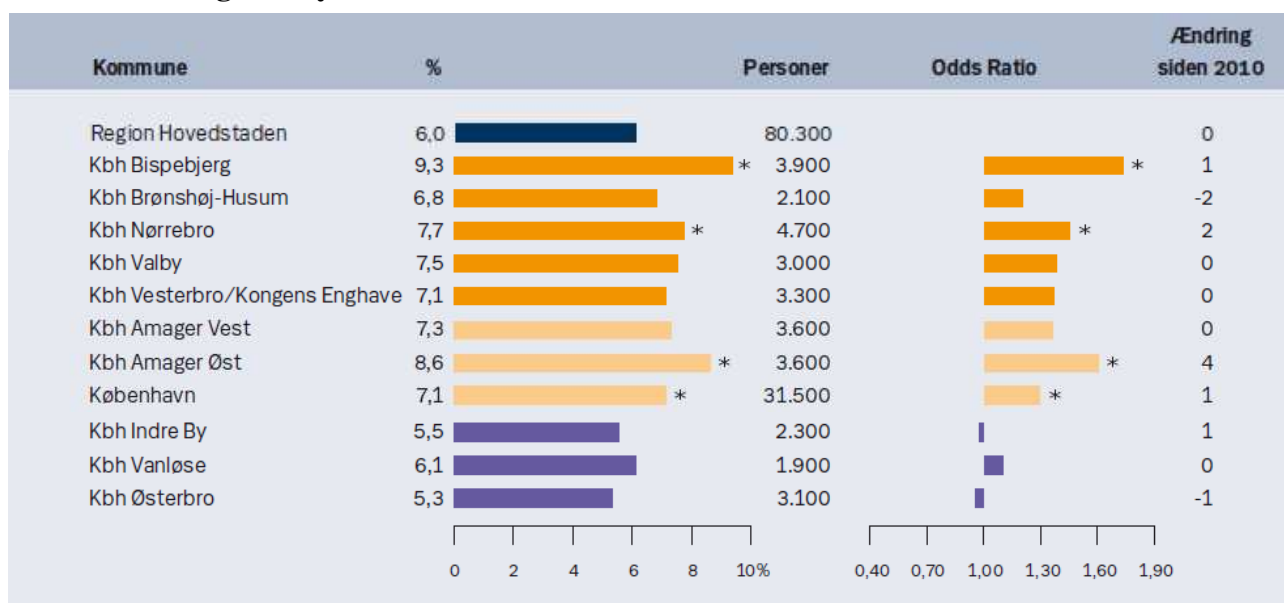
6.2 Sociale relationer – den funktionelle dimension

Den funktionelle dimension af sociale relationer beskrives ud fra, hvor ofte borgerne føler sig uønsket alene, og om borgerne oplever, at de har nogen at tale med, når de har problemer eller brug for støtte.

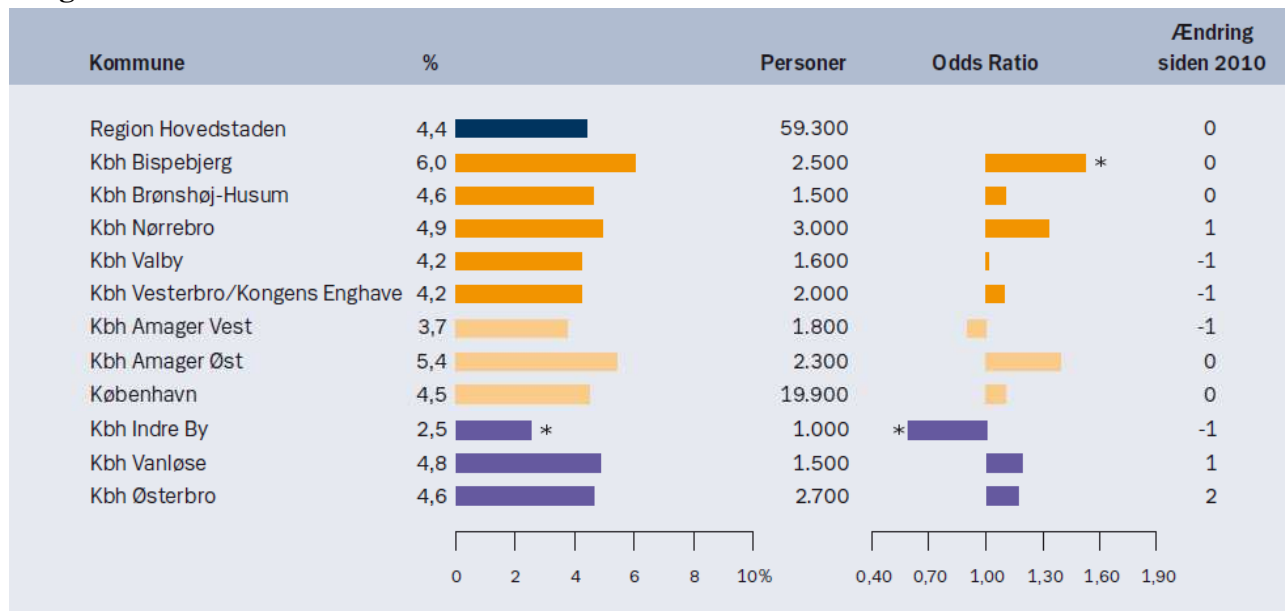
Sociale relationer – Udvikling i København

Andelen af borgere, som ofte uønsket alene varierer mellem bydelene – fra 9,3 % i i bydelen Bispebjerg til 5,5 % i Indre By (tabel 6.4). Andelen af borgere, som ikke har nogen at tale med, når de har problemer eller brug for støtte, varierer fra 6 % i i bydelen Bispebjerg til 2,5 % i Indre By (tabel 6.5). For begge indikatorer ses en tydelig social gradient på tværs af kommunens bydele. Bydele i kommunesocialgruppe 4 har generelt en højere andel af borgere, der ofte er uønsket alene, sammenlignet med bydele i kommunesocialgruppe 3 og 2.

Tabel 6.4 – Borgere i bydelene som ofte er uønsket alene



Tabel 6.5 – Borgere i bydelene som ikke har nogen at tale med, når de har problemer eller brug for støtte



7 Rammer for borgernes sundhed

Sundhed er ikke kun et resultat af bevidste livsstilsvalg. Borgernes sundhedsadfærd og mulighederne for at leve et henholdsvis sundt eller usundt liv påvirkes i høj grad af det sted, borgerne bor, og de rammer, som nærmiljøet skaber. Det er den enkelte, der træffer valgene i forhold til sundhedsadfærd, men de rammer, som valgene træffes indenfor, har afgørende betydning for mulighederne for at træffe sunde valg.

Borgernes generelle sundhedsadfærd er beskrevet i afsnit 2. I dette afsnit fokuseres der på, hvor mange borgere, der henholdsvis ryger, drikker alkohol, spiser usund mad eller er fysisk aktive på henholdsvis arbejdspladsen, uddannelsesstedet og i lokalområdet. Borgernes sundhedsadfærd på disse steder hænger i mange tilfælde direkte sammen med rammerne for sundhedsadfærden - hvis det er let at være usund – er borgerne i højere grad usunde.

Forskelle mellem bydelene i København beskrives ikke ved arbejdsplads-indikatorer, fordi borgernes arbejdsplads ikke nødvendigvis ligger samme sted, som der hvor borgerne bor.

7.1 Rygning på arbejdspladser og i lokalområdet

Sunde rammer i form af røgfrie miljøer er vigtige. Lovgivning om rygeforbud begrænser ikke kun rygning og udsættelsen for passiv røg, men er også med til at påvirke den generelle holdning til rygning i befolkningen. Kulturen eller normen omkring rygning i de sociale netværk, man indgår i, spiller også en vigtig rolle.

I København er i alt 90 % af borgerne – svarende til 306.900 personer – på en arbejdsplads eller et uddannelsessted, hvor rygning ikke er tilladt indendørs. For 22 % – svarende til 72.900 personer - er rygning helt forbudt på arbejdspladsen eller uddannelsesstedet (Tabel 7.1). Kvinder er i højere grad end mænd på arbejdspladser eller uddannelsessteder med en restriktiv rygepolitik.

Der er en tydelig social gradient i, hvem der må ryge indendørs på deres arbejdsplads. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgere må ryge indendørs. Andelen af borgere, som må ryge indendørs, er mere end tre gange så stor blandt borgere med en grundskole- eller gymnasial uddannelse sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse. Omvendt er andelen af borgere med totalt rygeforbud på deres arbejdsplads større blandt borgere med en videregående uddannelse sammenlignet med borgere med kortere uddannelser. Borgere med ikke-vestlig baggrund oplever oftere, at der må ryges indendørs på deres arbejdsplads og/eller uddannelsessted. Arbejdspladser og uddannelsessteder, hvor rygning er helt forbudt, ses ligeligt fordelt over alle etniske grupper.

Tabel 7.1 – Andelen af borgere på arbejdspladser og uddannelsessteder hvor rygning er helt forbudt eller tilladt indendørs

	Rygning er tilladt indendørs		Rygning er helt forbudt	
	Procent	Personer	Procent	Personer
Region Hovedstaden	11%	94.800	25%	219.900
København	10%	34.100	22%	72.900
Køn				
Mand	12%	19.300	19%	32.300
Kvinde	9%	14.900	24%	40.600
Alder				
16-24	9%	6.200	16%	11.000
25-34	10%	10.600	20%	21.500
35-44	9%	6.700	28%	20.600
45-54	12%	6.000	23%	10.700
55-64	13%	3.600	28%	7.700
65-79	25%	900	29%	1.100
80+	28%	-	48%	100
Uddannelse				
Under uddannelse	9%	1.100	30%	3.600
Grundskole og gymnasial	21%	1.600	23%	1.800
Erhvervsfaglig	11%	12.000	15%	15.900
Kort og mellemlang videreg	10%	8.900	26%	23.900
Lang videregående	6%	5.700	25%	21.900
Etnisk Baggrund				
Danmark	9%	24.600	22%	56.700
Andre vestlige lande	11%	3.600	22%	7.300
Ikke-vestlige lande	15%	5.800	23%	8.900

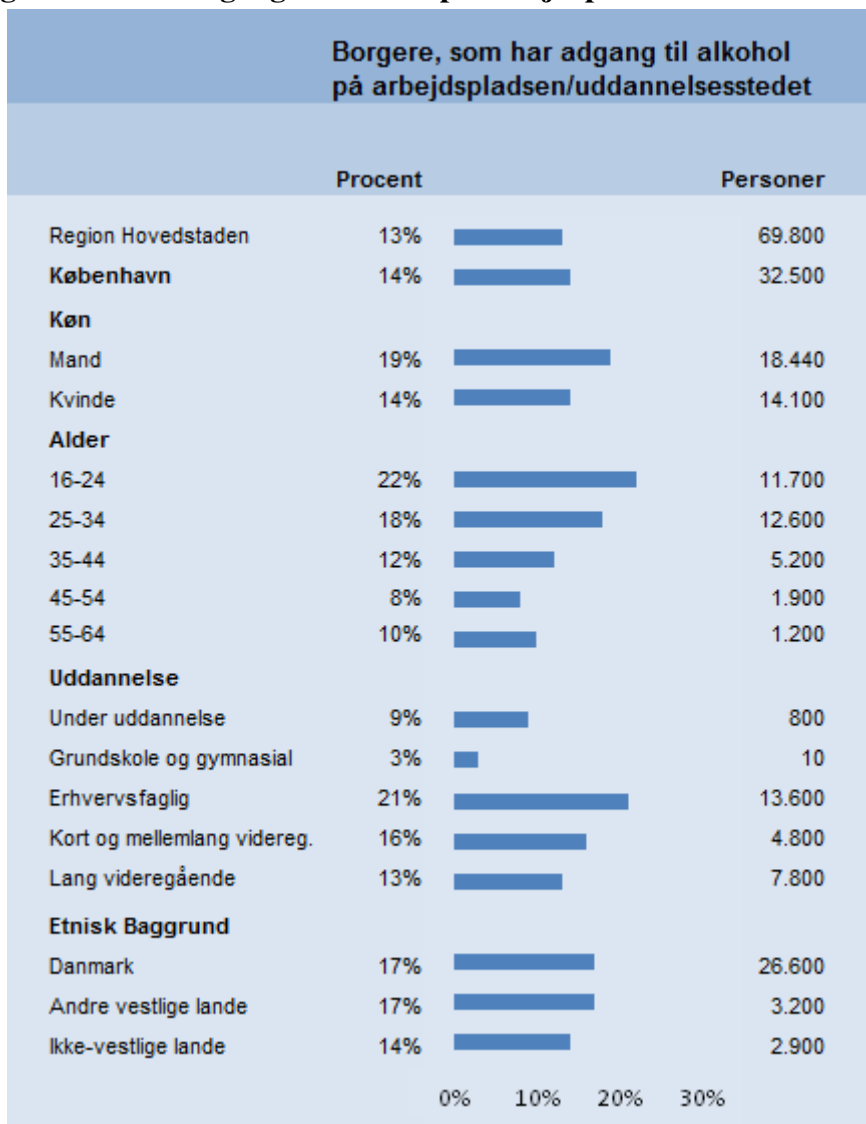
7.2 Alkohol på arbejdspladser og i lokalområdet

En effektiv metode til at reducere alkoholindtaget og alkoholproblemerne blandt kommunens borgere er at begrænse tilgængeligheden af alkohol i nærmiljøet - for eksempel adgangen til alkohol på arbejdspladsen, uddannelsessteder, klubber, idrætscentre og andre steder, hvor borgerne færdes.

I København har 14 % af borgerne adgang til alkohol i kantinen eller i en automat på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, svarende til 32.500 personer (tabel 7.2). Flere mænd end kvinder er på arbejdspladser eller uddannelsessteder med adgang til alkohol. Sammenlignet med de ældre aldersgrupper er andelen af borgere, som har adgang til alkohol på deres arbejdsplads/uddannelsessted, dobbelt så stor blandt de 16-34-årige. Dette skyldes især let adgang til alkohol på uddannelsessteder for personer under uddannelse. En undersøgelse fra 2007 viste, at der kan købes øl i kantinerne på cirka halvdelen af de videregående uddannelsesinstitutioner. Andelen af borgere, som har adgang til alkohol på uddannelsessteder og arbejdspladser, er størst for personer med dansk baggrund. Hele 17

% af etniske danskere og borgere med anden vestlig baggrund har adgang til alkohol på arbejds/uddannelsessteder, mens dette kun gælder for 14 % af borgerne med ikke-vestlig baggrund.

Tabel 7.2 - Borgere som har adgang til alkohol på arbejdspladsen/uddannelsesstedet



7.3 Mad på arbejdspladser og i lokalområdet

Tilgængeligheden af sunde og usunde mad- og drikkevarer har betydning for borgernes madvaner, og regulering af tilgængeligheden til steder, hvor bestemte mad- og drikkevarer serveres eller sælges, udgør et stort forebyggelsespotentialer.

I København indtager 15 % af borgerne fastfood, 27 % drikker sodavand, 60 % spiser kage eller slik og 87 % indtager frugt og grøntsager på arbejdspladsen eller uddannelsesstedet (tabel 7.3). Dette er på linje med regionsgennemsnittet, på nær frugt- og grøntindtaget, hvor København ligger væsentligt højere. Mænd indtager i højere grad end kvinder fastfood og sodavand på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, hvorimod kvinder i højere grad end mænd spiser slik eller kager samt frugt og grøntsager. Andelen af borgere, som indtager fastfood eller sodavand på arbejdspladsen eller uddannelsesstedet, er størst blandt de 16-24-årige, hvorefter andelen falder markant med stigende alder.

Tabel 7.3 – Borgere som ugentligt indtager fastfood, sodavand eller slik/kager eller dagligt spiser frugt og grøntsager på arbejdspladsen eller uddannelsessted.

	Fastfood	Sodavand	Kage/slik	Frugt og grøntsager
	Procent	Procent	Procent	Procent
Region Hovedstaden	13%	27%	60%	49%
København	15%	27%	60%	87%
Køn				
Mand	20%	35%	58%	83%
Kvinde	10%	20%	63%	91%
Alder				
16-24	23%	35%	52%	81%
25-34	16%	29%	66%	90%
35-44	16%	27%	68%	91%
45-54	7%	20%	64%	89%
55-64	8%	15%	63%	85%
Uddannelse				
Under uddannelse	33%	47%	57%	81%
Grundskole og gymnasial	29%	33%	45%	79%
Erhvervsfaglig	18%	34%	54%	83%
Kort og mellemlang videreg.	11%	23%	63%	89%
Lang videregående	10%	19%	68%	92%

I København har 35 % af borgerne adgang til fastfood i kantinen/en automat på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, 75 % har adgang til sodavand, 85 % har adgang til slik eller kager, mens 92 % har adgang til frugt og grøntsager (tabel 7.4). Dette stemmer nogenlunde overens med regionsgennemsnittet. En større andel af de borgere, som har adgang til henholdsvis fastfood, sodavand og

slik eller kager på deres arbejdsplads/ uddannelsessted, indtager disse fødevarer hver uge sammenlignet med borgere uden adgang (resultater ikke vist).

Der er ingen betydelig forskel på mænd og kvinders adgang til fastfood, sodavand, slik eller kager og frugt og grøntsager på deres arbejdsplads eller uddannelsessted. Der ses en tendens til en social gradient i hvem, der har adgang til fastfood og sodavand på deres arbejdsplads. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har adgang til fastfood eller sodavand på deres arbejdsplads. Der ses også en social gradient i, hvem der har adgang til slik eller kager og frugt og grøntsager på deres arbejdsplads, men her er andelen størst blandt borgere med en lang videregående uddannelse.

Tabel 7.4 – Borgere som har adgang til følgende sunde og usunde mad- og drikkevarer på arbejdspladsen eller uddannelsesstedet

	Fastfood	Sodavand	Kage/slik	Frugt og grøntsager
	Procent	Procent	Procent	Procent
Region Hovedstaden	36%	70%	82%	91%
København	35%	75%	85%	92%
Køn				
Mand	36%	74%	83%	90%
Kvinde	34%	76%	87%	93%
Alder				
16-24	37%	87%	90%	93%
25-34	35%	77%	85%	93%
35-44	34%	66%	82%	92%
45-54	30%	66%	80%	87%
55-64	34%	60%	77%	87%
Uddannelse				
Under uddannelse	52%	90%	95%	94%
Grundskole og gymnasial	39%	89%	84%	76%
Erhvervsfaglig	35%	80%	86%	90%
Kort og mellemlang videreg.	32%	73%	81%	91%
Lang videregående	35%	68%	84%	94%

7.4 Bevægelse i lokalområdet

Sunde rammer som fremmer bevægelse, er rammer som inviterer til bevægelse og dermed ”gør det sunde valg til det nemme valg”. De fysiske rammer kan både være en barriere for fysisk udfoldelse og en motiverende faktor, der inviterer til bevægelse. Rammer, som bidrager til at integrere fysisk aktivitet i dagligdagen, herunder aktiv transport til arbejde/uddannelse (fx cykelstier og cykelparke-ring), har særligt stort potentiale.

Borgere i København har let adgang til cykel- og gangstier, grønne områder og indendørs idrætsfaciliteter. Lidt over halvdelen af borgerne har let adgang til udendørs idrætsfaciliteter i deres lokalområde (tabel 7.5).

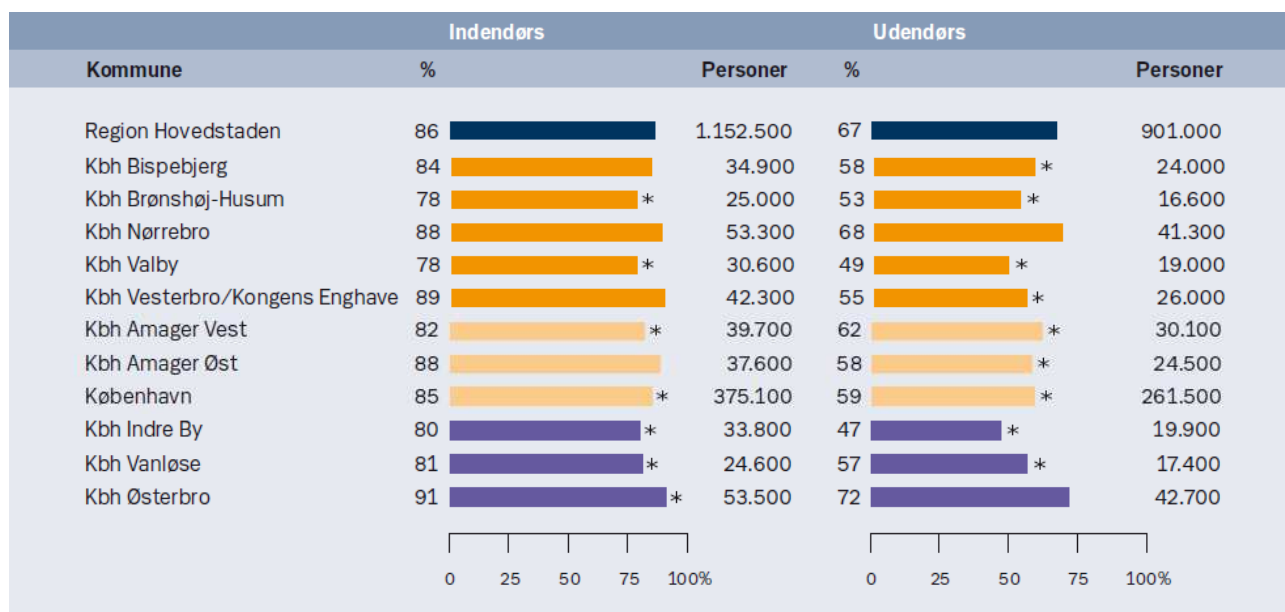
Tabel 7.5 – Borgere som mener, at de har let adgang til steder i lokalområdet, hvor de kan være fysisk aktive

	Ja	Nej	Ved ikke
	Procent	Procent	Procent
Cykelstier/gangstier	94%	3%	3%
Grønne områder	87%	10%	3%
Indendørs idrætsfaciliteter	85%	5%	10%
Udendørs idrætsfaciliteter	59%	14%	27%

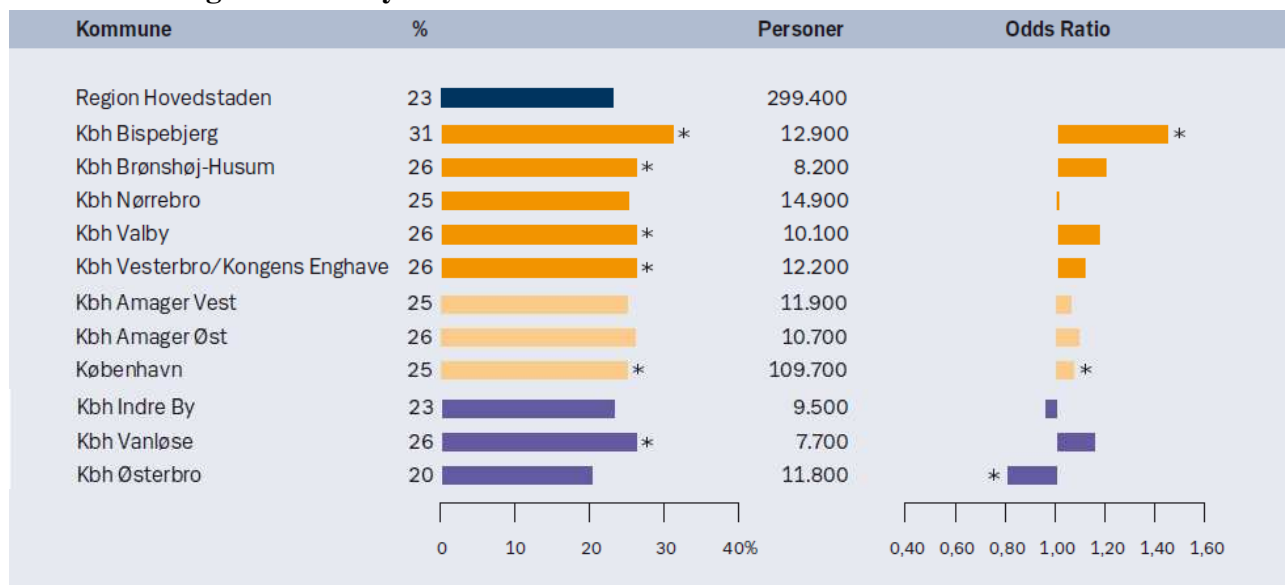
De fleste københavnere mener, at de har let adgang til indendørs idrætsfaciliteter – fra 78 % i Brønshøj-Husum til 91 % på Østerbro (tabel 7.6). Andelen af borgere som mener, at deres fysiske aktivitetsniveau er begrænset af, at de ikke har nogen at være fysisk aktive sammen med, går fra 31 % på Bispebjerg til 20 % på Østerbro (tabel 7.7).

Der ses ingen social gradient i adgangen til cykelstier og grønne områder eller i adgangen til idrætsfaciliteter på tværs af kommunesocialgrupper. Dette billede ændres ikke, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele (resultater ikke vist).

Tabel 7.6 – Borgere i bydelene som mener, at de har let adgang til indendørs og udendørs idrætsfaciliteter

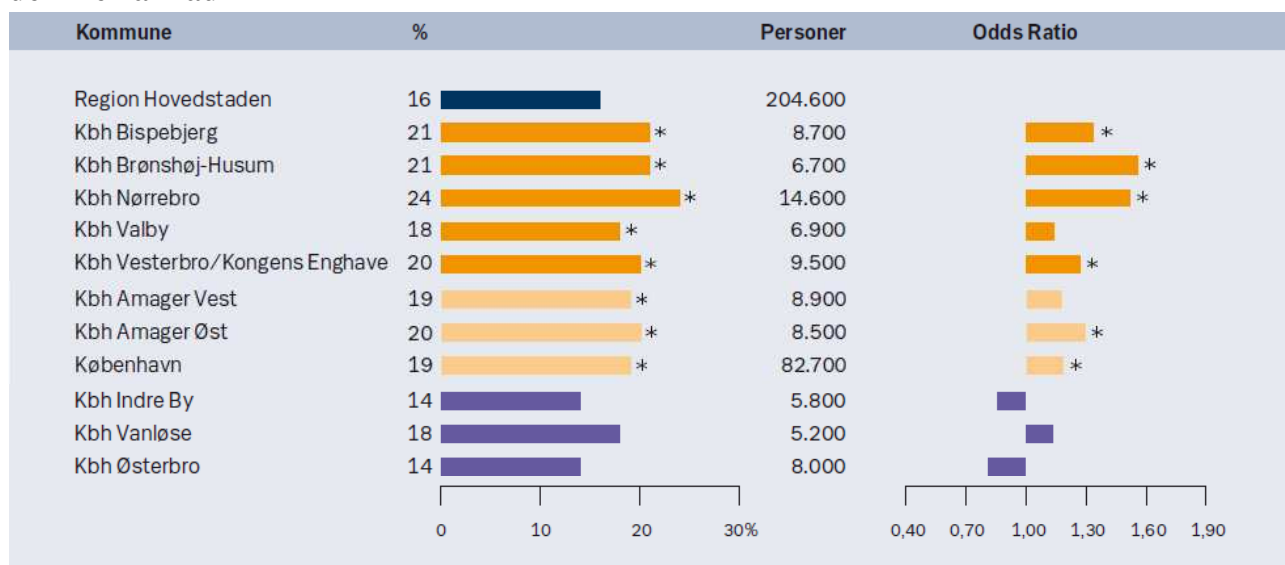


Tabel 7.7 – Borgere i bydelene som mener, at deres fysiske aktivitetsniveau er begrænset af, at de ikke har nogen at være fysisk aktive sammen med



Andelen af borgere i København som mener, at deres fysiske aktivitetsniveau er begrænset af, at de ikke har råd, varierer på tværs af bydelene. Den højeste andel findes på Nørrebro, hvor 24 % er begrænset af økonomien, og den laveste andel findes i Indre By og på Østerbro, hvor tallet er 14 % (tabel 7.8). Der ses en social gradient i forhold til de økonomiske faktorer betydning for det fysiske aktivitetsniveau på tværs af kommunesocialgrupperne. De fleste bydele i København ligger under regionsgennemsnittet, kun Indre By og Østerbro ligger over gennemsnittet.

Tabel 7.8 – Borgere i bydelene som mener, at deres fysiske aktivitetsniveau er begrænset af, at de ikke har råd



8 Individorienteret forebyggelse

Den enkelte borgers sundhedsadfærd er afhængig af en lang række faktorer. Viden om, hvad der er sundt, og om konsekvenserne af usunde vaner, er med til at forme den enkeltes sundhedsadfærd, men samtidig spiller sociale relationer, levevilkår og samfundsmæssige strukturer en stor rolle.

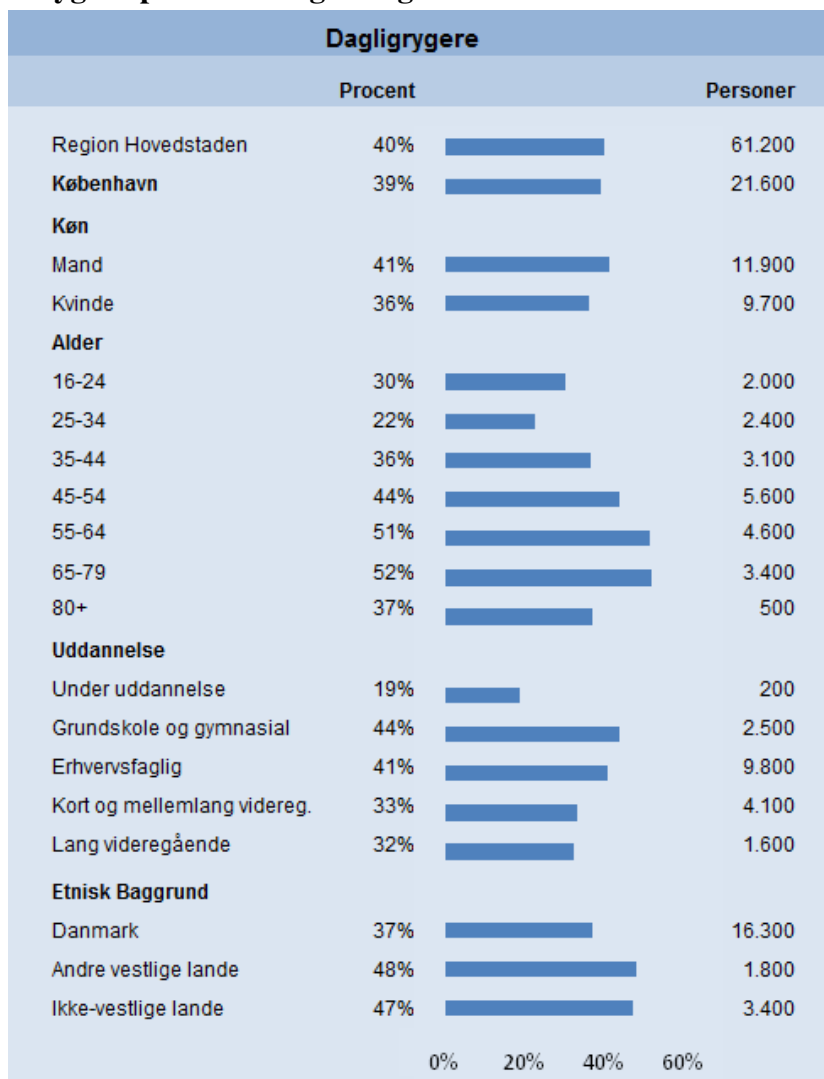
Resultater fra ”Hvordan har du det? 2013” viser, at kun 15 % af regionens borgere lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger på områderne rygning, alkohol, mad og bevægelse. Det betyder, at mere end 1 mio. af regionens borgere på 16 år eller derover har potentiale til at blive sundere ved at ændre adfærd. Siden 2010 er der sket et fald på 1 % i andelen af borgere, der lever op til alle fire anbefalinger.

Individorienteret forebyggelse beskrives i forhold til risikabel sundhedsadfærd i kommunalt regi og hos de praktiserende læger. Risikabel sundhedsadfærd omfatter rygning, risikabel alkoholadfærd, usunde madvaner og fysisk inaktivitet.

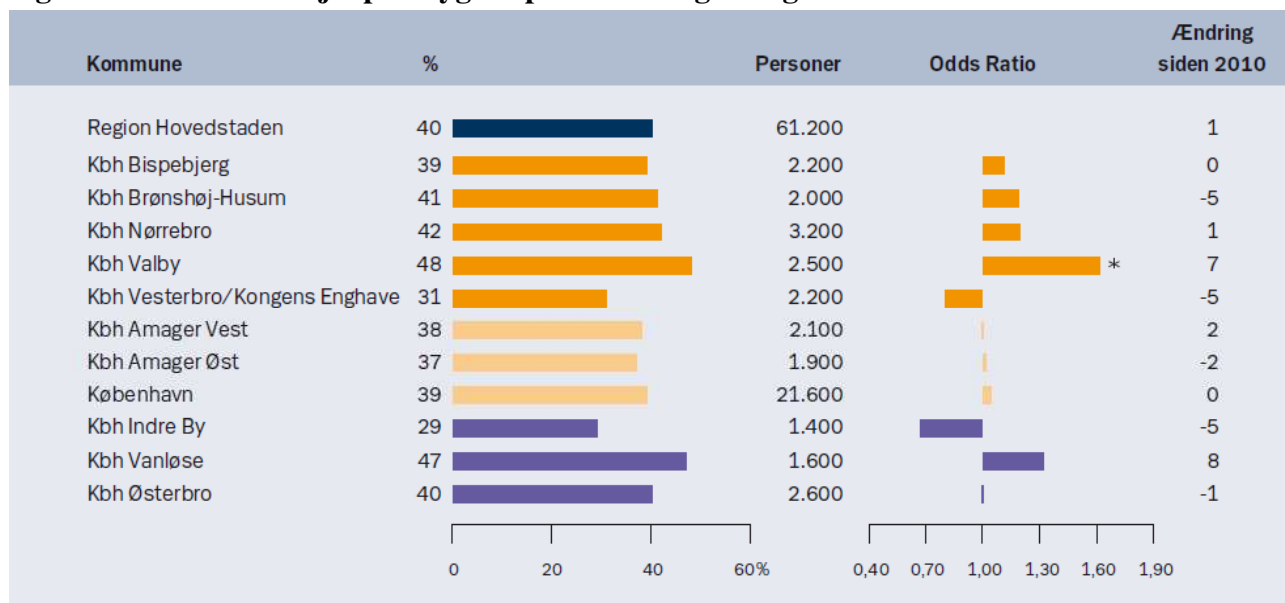
8.1 Forebyggelse af rygning

I Sundhedsprofilen opgøres, hvor stor en del af borgerne som ryger dagligt, der inden for det sidste år har fået information om eller modtaget hjælp til rygestop. I København har 39 % af borgerne talt med egen læge om rygestop, hvilket er på linje med regionsgennemsnittet (tabel 8.1). Andelen har ikke ændret sig væsentligt siden 2010. Andelen borgere som har talt med egen læge om rygestop, varierer fra 29 % i Indre By til 48 % i Valby (tabel 8.2). Der ses ingen social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne i København.

Tabel 8.1 – Dagligrygere som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til ryggestop fra deres egen læge



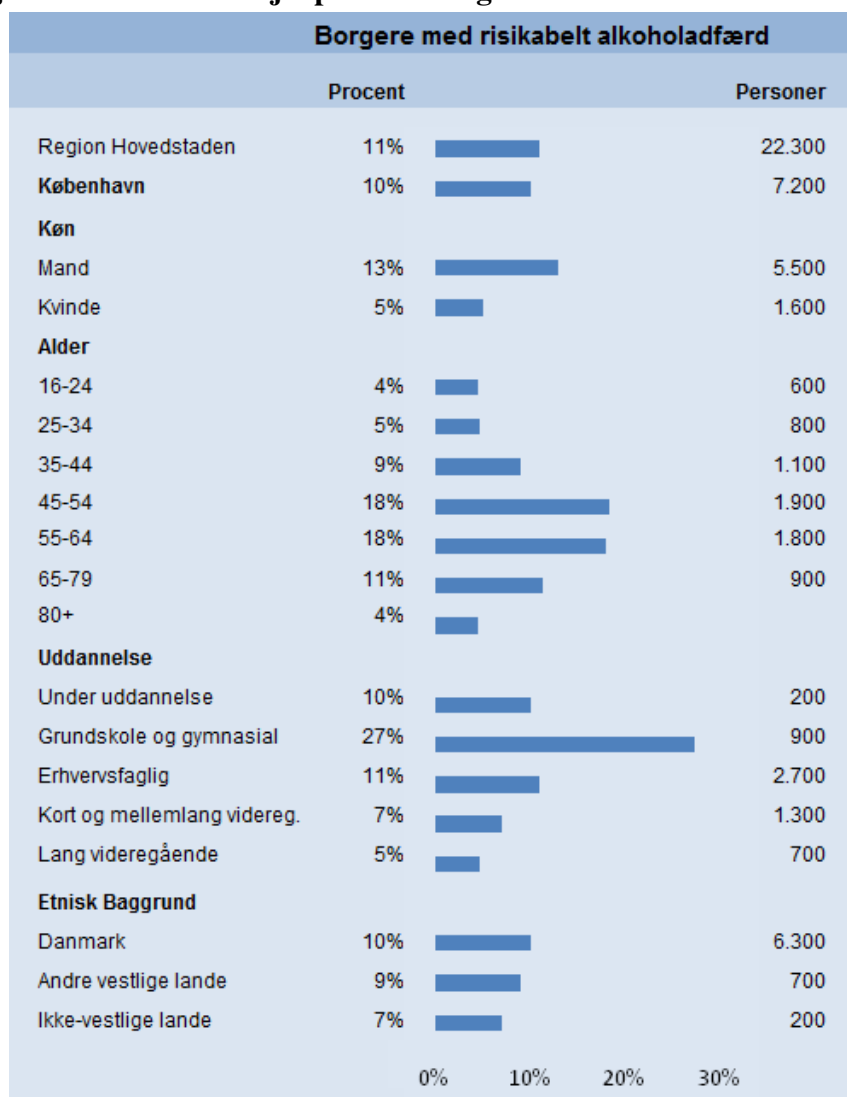
Tabel 8.2 – Dagligrygere i bydelene som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til rygestop fra deres egen læge



8.2 Forebyggelse af risikabel alkoholadfærd

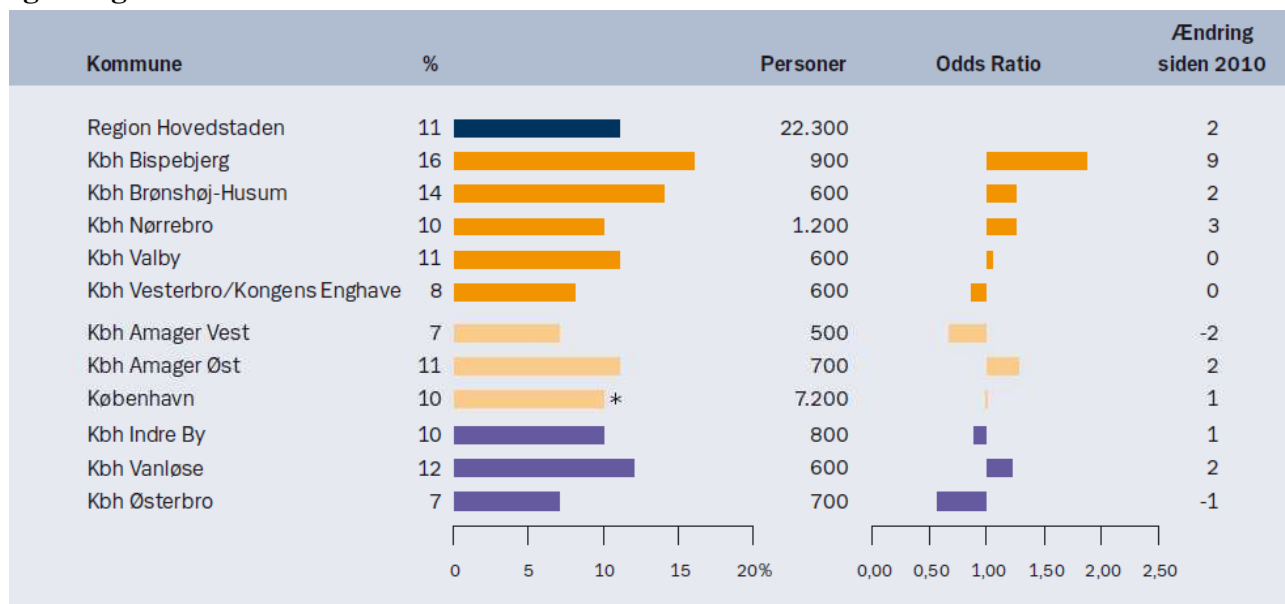
Opgørelserne i Sundhedsprofilen fokuserer på borgere med risikabel alkoholadfærd og viser, at 10 % af københavnere – svarende til 7.200 borgere – har talt med egen læge om at ændre alkoholvaner. Der er næsten tre gange så mange mænd som kvinder, der har talt med deres læge om dette. Næsten hver femte borger mellem 45 og 64 år, men kun hver 20. borger i aldersgruppen 16 til 34 år, har talt med lægen om dette (tabel 8.3). Der ses en social gradient i forhold til hvilke borgere, der har talt med egen læge om at ændre alkoholvaner. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgere med risikabel alkoholadfærd har talt med egen læge om at ændre alkoholvaner. Andelen er fem gange så stor blandt borgere med grundskole- og gymnasial uddannelse sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse.

Tabel 8.3 – Borgere med risikabel alkoholadfærd som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner fra deres egen læge



Andelen af borgere, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner fra deres egen læge, varierer mellem bydelene. I bydelen Amager Vest har 7 % af borgerne talt med lægen om dette, mens tallet er 16 % i Bispebjerg (tabel 8.4). Den variation, der ses på tværs af bydelene kan skyldes, at resultaterne er baseret på besvarelser fra få personer i hver bydel, og at de dermed er behæftet med større usikkerhed.

Tabel 8.4 – Borgere i bydelene, som har risikabel alkoholadfærd, og som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner fra deres egen læge

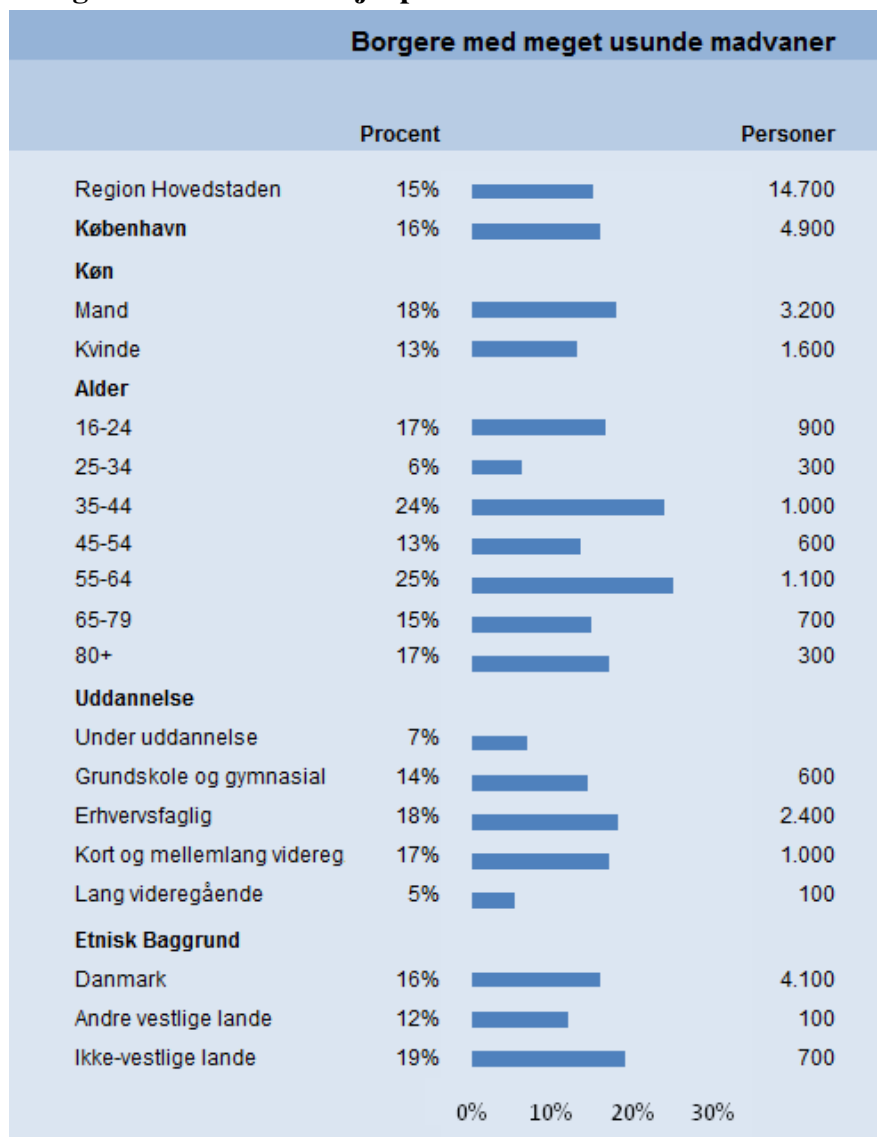


8.3 Forebyggelse af usunde madvaner

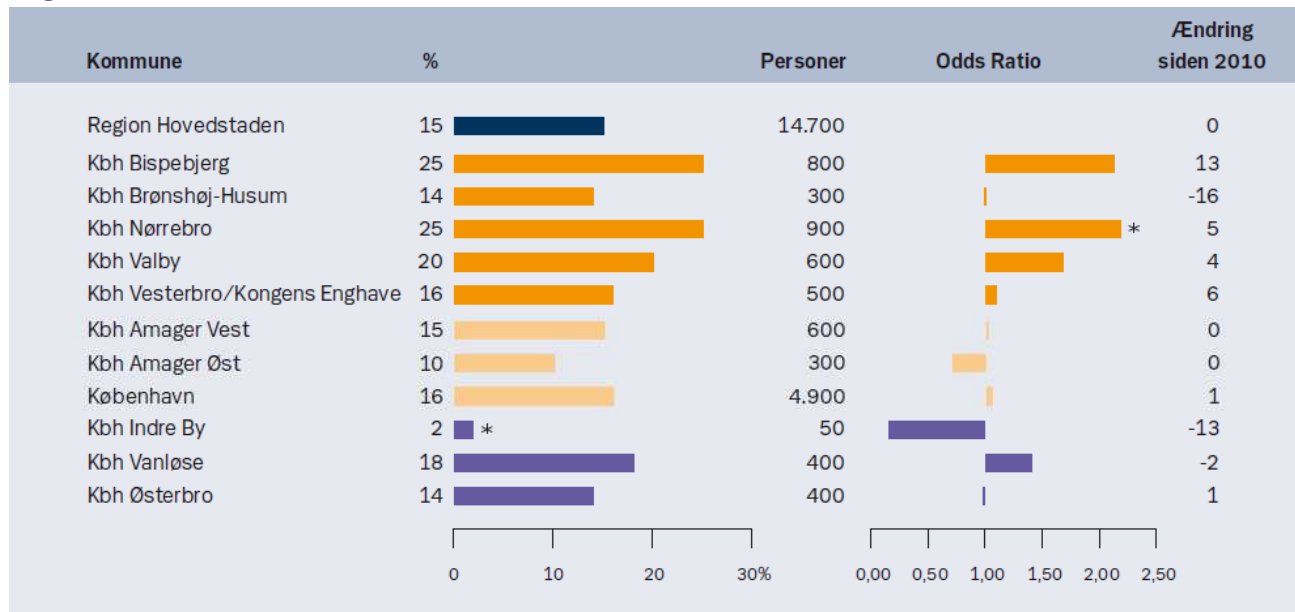
I Sundhedsprofilen er der spurgt til, om borgeren indenfor det seneste år har fået information om muligheden for at få hjælp til eller taget imod tilbud om hjælp til at ændre madvaner fra egen læge. Opgørelserne fokuserer på borgere med meget usunde madvaner og viser, at 16 % af københavnere – svarende til 4.900 personer – har drøftet deres madvaner med egen læge. Tallet ligger tæt på regionsgennemsnittet (tabel 8.5). Der ses en tydelig social gradient i forhold til, hvilke borgere, der har talt med egen læge om at ændre madvaner. Jo lavere uddannelsesniveaue, des større andel af borgerne med meget usunde madvaner har talt med egen læge om at ændre madvaner. Andelen er mere end tre gange større blandt borgere med erhvervsfaglig samt kort- og lang videregående uddannelse sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse.

På tværs af bydelene i København varierer andelen af borgere med meget usunde madvaner, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til at ændre madvaner fra deres egen læge, fra 10 % i bydelen Amager Øst til 25 % i bydelene Nørrebro og Bispebjerg (tabel 8.6). Den variation, der ses på tværs af bydelene, kan skyldes, at disse resultater er baseret på besvarelser fra få personer i hver bydel, og at de dermed er behæftet med større usikkerhed.

Tabel 8.5 – Borgere som har meget usunde madvaner, og som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til at ændre madvaner fra deres egen læge



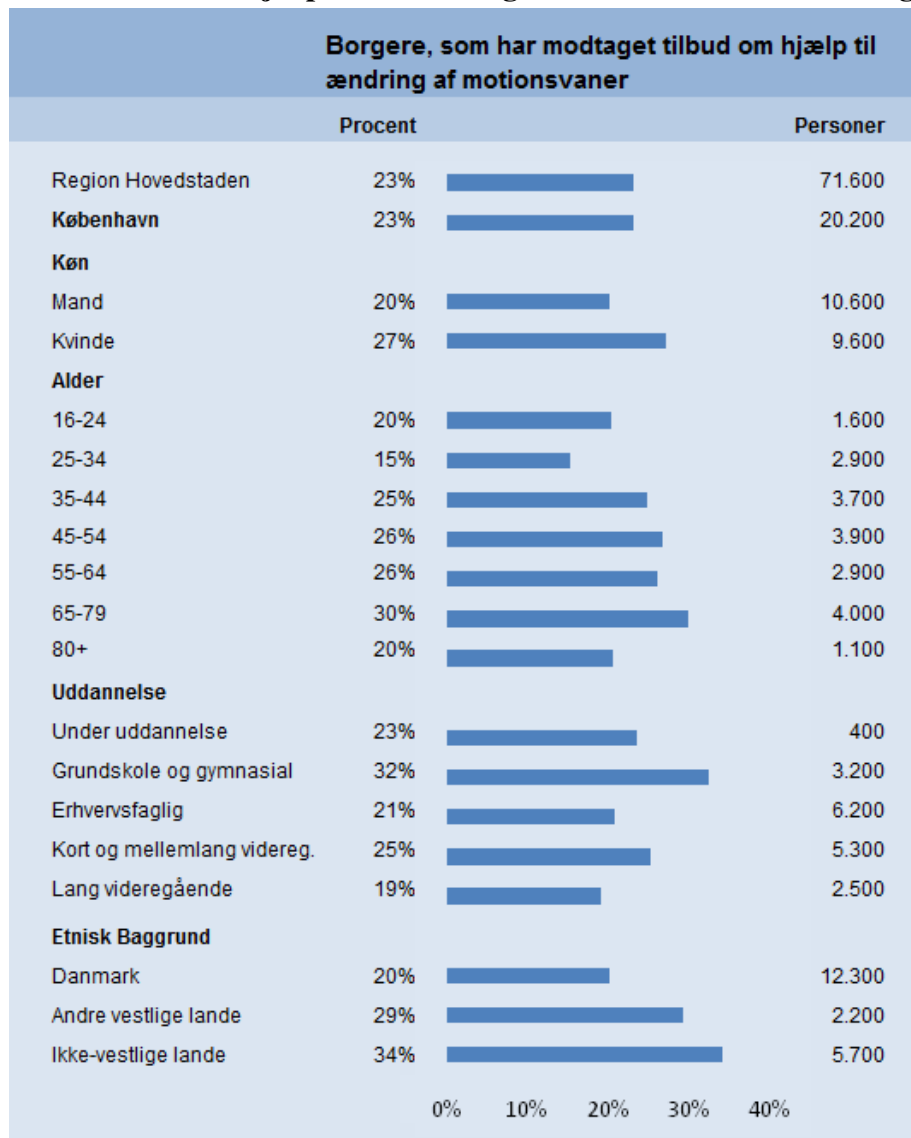
Tabel 8.6 – Borgere i bydelene som har meget usunde madvaner, og som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til at ændre madvaner fra deres egen læge



8.4 Forebyggelse af fysisk inaktivitet

Sundhedsprofilens opgørelser vedrørende fysisk inaktivitet fokuserer på borgere, som ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om moderat til hård fysisk aktivitet mindst 30 minutter dagligt, og som har været hos egen læge indenfor det seneste år, hvilket drejer sig om 80 % af de fysisk inaktive borgere. I alt 23 % af de fysisk inaktive borgere i København har talt med deres egen læge om at ændre motionsvaner, svarende til 20.200 borgere (tabel 8.7). Andelen af fysisk inaktive borgere, der har talt med egen læge om at ændre motionsvaner, har ikke ændret sig i perioden fra 2010 til 2013. Der er en social gradient i forhold til, hvilke fysisk inaktive borgere, der taler med egen læge om deres motionsvaner. Jo lavere uddannelsesniveaue, des større andel af fysisk inaktive borgere har talt med egen læge.

Tabel 8.7 – Borgere, som er fysisk inaktive, og som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til at ændring af motionsvaner fra deres egen læge



Der er variation på tværs af bydelene i København i relation til andelen af borgere, som er fysisk inaktive, og som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til at ændring af motionsvaner fra deres egen læge. Tallet går fra 18 % i bydelen Amager Øst til 32 % i Brønshøj-Husum. Den variation, der ses på tværs af bydelene, kan skyldes, at disse resultater er baseret på besvarelser fra få personer i hver bydel, og at de dermed er behæftet med større usikkerhed.

Tabel 8.8 – Borgere i bydelene, som er fysisk inaktive, og som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til at ændring af motionsvaner fra deres egen læge

