

Region Hovedstaden  
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed



Sundhedsprofil for  
Frederiksberg Kommune 2013

FORSKNINGSCENTER FOR  
FOREBYGGELSE OG SUNDHED



Titel: Sundhedsprofil for Frederiksberg Kommune 2013

Copyright: © 2014 Forskningscenter for  
Forebyggelse og Sundhed  
Alle rettigheder forbeholdes

Forfattere: Cathrine Juel Lau  
Maj Bekker-Jepesen  
Anne Helms Andreasen  
Charlotte Glümer

Forsidebillede: Klaus Sletting

Udgiver: Region Hovedstaden  
Center for Sundhed  
Forskningscenter for Forebyggelse  
og Sundhed  
Nordre Ringvej 57, bygning 84/85  
2600 Glostrup  
Telefon 3863 3260  
Telefax 3863 3977  
[www.fcfs.dk](http://www.fcfs.dk)

Publikationen citeres således:

Lau, CJ; Bekker-Jepesen, M; Andreasen, AH; Glümer, C:  
Sundhedsprofil for Frederiksberg Kommune 2013,  
Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region  
Hovedstaden; 2014.

<b>1 Baggrund</b> .....	3
<b>2 Demografi og sociale forhold</b> .....	4
2.1 Demografi .....	4
2.2 Sociale forhold .....	7
<b>3 Familier</b> .....	11
3.1 Sundhedsadfærd .....	11
3.1.1 Rygning .....	11
3.1.2 Alkohol .....	17
3.1.3 Mad .....	25
3.1.4 Bevægelse .....	28
3.2 Overvægt .....	35
3.3 Stress .....	40
3.4 Unge .....	41
<b>4 Byrum</b> .....	48
4.1 Transport til og fra arbejde eller uddannelsessted .....	49
4.2 Adgang til bevægelse i lokalområdet .....	51
<b>5 Fællesskaber</b> .....	54
5.1 Sociale relationer – den strukturelle dimension .....	55
5.2 Sociale relationer – den funktionelle dimension .....	57
5.3 Sociale relationers betydning for generelt helbred og sundhedsadfærd .....	58
<b>6 Sundhed for alle</b> .....	60
6.1 Selvvurderet helbred .....	60
6.2 Fysisk og mentalt helbred .....	62
6.3 Kroniske sygdomme .....	64
6.4 Social ulighed i sundhed .....	68

## 1 Baggrund

Sundhedsprofil for Frederiksberg Kommune 2013 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 (1). Formålet med denne kommunale sundhedsprofil er, at give et mere detaljeret overblik over Frederiksberg Kommunes resultater i forhold til en række nøgleindikatorer.

De forskellige nøgleindikatorer i denne rapport er belyst ved hjælp af data indsamlet i spørgeskemaundersøgelsen ”Hvordan har du det? 2013”. Spørgeskemaerne blev udsendt i januar 2013 til en tilfældig stikprøve af alle borgere på 16 år og derover i Region Hovedstaden – i alt 95.150 borgere. Der blev udsendt 4.500 spørgeskemaer til Frederiksberg Kommune.

Ud af de 4.500 borgere i Frederiksberg Kommune, som fik tilsendt spørgeskemaer, udfyldte 41,7 % skemaerne, svarende til 1.877 borgere. Der er forskel på de borgere, som har besvaret skemaet. Der er generelt flere kvinder end mænd, som har besvaret spørgeskemaet, ligesom andelen er større blandt borgere i alderen 55-74 år end blandt de yngste og de ældste aldersgrupper. Ved analyse af spørgeskemadata er der derfor vægtet for nonrespons og stikprøvestørrelse, så resultaterne er repræsentative for Frederiksberg Kommune.

Til at belyse udvikling over tid anvendes data fra spørgeskemaundersøgelserne ”Hvordan har du det?” fra 2007, 2010 og 2013. Der beskrives statistisk signifikante ændringer fra 2010 til 2013, alternativt fra 2007 til 2013 hvor det er muligt. At en ændring er statistisk signifikant vil sige, at resultatet med 95 % sikkerhed er forskellig fra 0, hvilket betyder, at der er sket en ændring fra 2007/2010 til 2013. Ændringerne er dels baseret på tal, der ligger til grund for denne rapport og dels på tal fra *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013*. Den samlede udvikling for en given indikator i kommunen fra 2007 til 2013 beskrives jf. kommunetidskortene i *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013*.

Til at belyse forekomsten af kronisk sygdom anvendes spørgeskema- og registeroplysninger. Læs mere herom i *Sundhedsprofil 2013 – Kronisk Sygdom* (65).

Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed har stået for udarbejdelsen af *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013*, *Sundhedsprofil 2013 – Kronisk Sygdom*, de tidligere sundhedsprofiler for Region Hovedstaden og Sundhedsprofil for Frederiksberg Kommune 2013.

## 2 Demografi og sociale forhold

Sundhed og sygelighed er ikke fordelt tilfældigt. En lang række demografiske og socioøkonomiske forhold har betydning for borgernes sundhedstilstand og sundhedsadfærd (2-4). En del af forklaringen på de forskelle i sundhed, der ses mellem Frederiksberg Kommune og regionsgennemsnittet for de udvalgte nøgleindikatorer, kan forklares med forskelle i de demografiske og socioøkonomiske faktorer. I dette kapitel beskrives fordelingerne af borgerne i forhold til demografi og sociale forhold i Frederiksberg Kommune. Kapitlets oplysninger om køn, alder, uddannelse, erhvervstilknytning, etnisk baggrund og indkomst er baseret på oplysninger fra nationale registre, mens oplysninger om samlivsstatus stammer fra både registre og spørgeskema.

Et gennemgående fokus i profilen er social ulighed i sundhed. Det betyder, at der for udvalgte nøgleindikatorer vil være en beskrivelse af den sociale fordeling. Da uddannelse er et meget stabilt mål for social position, beskrives fordelingen af de udvalgte nøgleindikatorer i forhold til borgernes uddannelsesniveau. Derudover beskrives fordelingen af indikatorerne i forhold til køn og alder.

Frederiksberg Kommune har 102.000 indbyggere, hvoraf de 85.800 på 16 år og derover udgør befolkningsgrundlaget for denne sundhedsprofil.

### 2.1 Demografi

Demografi betyder befolkningsbeskrivelse og knytter sig til informationer om befolkningsforhold, befolkningsstørrelse, befolknings sammensætning og befolkningsudvikling (5). I dette afsnit beskrives aldersfordeling, samlivsforhold og etnisk baggrund for borgere i Frederiksberg Kommune.

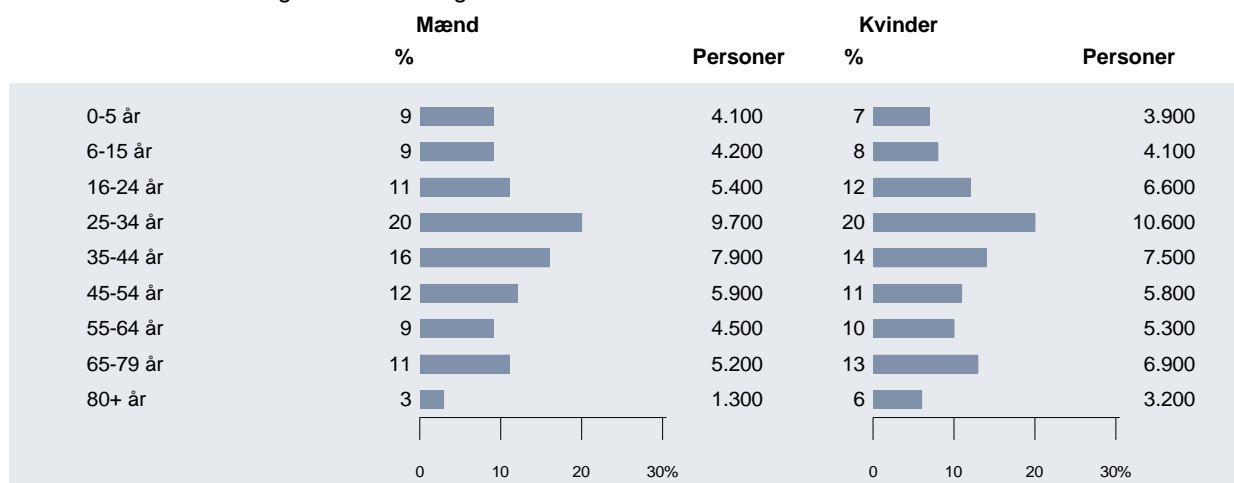
#### 2.1.1 Alder

Alder er den faktor, der er stærkest forbundet med udviklingen af kroniske sygdomme og andre helbreds faktorer. Jo ældre man er, des større er risikoen for at have en kronisk sygdom (6). Befolkningens alderssammensætning er derfor vigtig at tage i betragtning i forhold til befolkningens helbred.

I Frederiksberg Kommune er 81 % af borgerne på 16 år eller derover i den erhvervsaktive alder (16-64 år), svarende til 69.200 personer, mens 19 % af borgerne er 65 år eller derover, svarende til 16.600 personer. Tilsvarende billede ses i regionen som helhed (1). Ved en sammenligning af andelen i de forskellige aldersgrupper i Frederiksberg Kommune og Region Hovedstaden ses dog visse variationer for mænd og kvinder.

Andelen af 25-34 årige er eksempelvis større i Frederiksberg Kommune, mens andelen af 45-64 årige er mindre sammenlignet med regionen som helhed (1). I Frederiksberg Kommune ligner aldersfordelingen blandt mænd og kvinder hinanden meget, dog er andelen af kvinder på 80 år eller derover dobbelt så stor som for mænd (tabel 2.1).

Tabel 2.1. Aldersfordeling i Frederiksberg



## 2.1.2 Samlivsstatus

I denne sundhedsprofil er samlivsstatus baseret på både register- og spørgeskemaoplysninger. Registeroplysninger benyttes til at definere om borgeren er samlevende (samlevende med fælles hjemmeboende børn, samboende uden børn, gift eller i registreret partnerskab) eller enig. Registeroplysningerne er baseret på oplysninger om folkeregisteradresse og tager ikke hensyn til uformelle forhold som eksempelvis deleordninger for skilsmissebørn eller personer, som har folkeregisteradresse ét sted, men i praksis bor et andet sted. I dette afsnit er registeroplysningerne koblet med oplysning fra spørgeskemaet om man bor sammen med børn på 15 år og derunder.

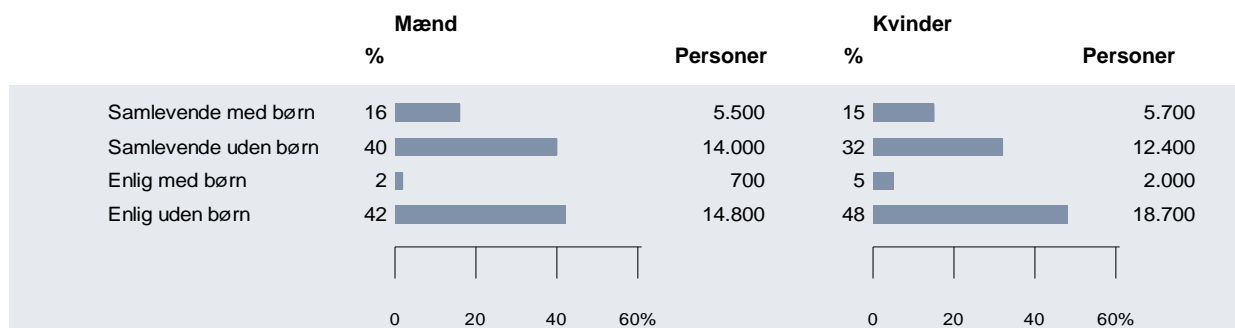
Borgerens samlivsstatus og de sociale relationer, der knytter sig hertil, kan have betydning for forekomsten af en række sygdomme og dødelighed og er derfor vigtig af tage i betragtning i forhold til befolkningens helbred.

Blandt de 16-24 årige flytter mange hjemmefra for at etablere sig selv og mange har skiftende partnerskaber. Det er derfor ikke meningsfuldt at tale om betydning af samlivsstatus for sundheden i denne aldersgruppe på samme måde som i de øvrige aldersgrupper. De 16-24 årige indgår derfor ikke i opgørelserne af samlivsstatus i sundhedsprofilen.

I Frederiksberg Kommune bor 56 % af mændene og 47 % af kvinderne på 25 år eller derover sammen med en partner. Andelene for mænd og kvinder er lavere end i regionen som helhed (1). At færre kvinder end mænd bor sammen med en partner skyldes blandt

andet, at flere ældre kvinder end mænd overlever deres partner og bliver alene. En mere end dobbelt så stor andel kvinder bor alene sammen med børn sammenlignet med mænd (tabel 2.2).

Tabel 2.2 Samlivsstatus for borgere på 25 år eller derover i Frederiksberg Kommune



### 2.1.3 Etnisk baggrund

Etnisk baggrund kan have betydning for forekomsten af sygdomme som følge af forskelle i sundhedsadfærd eller forskelle i genetisk disposition for specifikke sygdomme. Etnisk baggrund opgøres i denne sundhedsprofil på baggrund af registeroplysninger om borgernes oprindelsesland defineret af Danmarks Statistik ud fra oplysninger om borgerens fødeland og statsborgerskabsland samt forældrenes fødeland og statsborgerskabsland.

I Frederiksberg Kommune har omkring 81 % af befolkningen en dansk baggrund, mens 9 % har en anden vestlig baggrund end dansk, og omkring 9 % har en ikke-vestlig baggrund. I Frederiksberg Kommune er andelen af borgere med en anden vestlig baggrund lidt større end i regionen som helhed, mens andelen med en ikke-vestlig baggrund er lidt mindre (1).

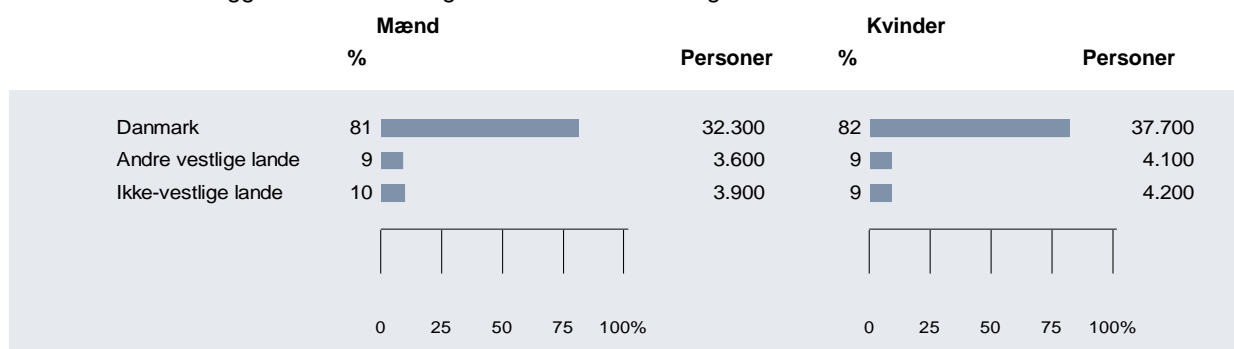
Der er stort set ingen forskel på fordelingen af etnisk baggrund for mænd og kvinder i Frederiksberg Kommune (tabel 2.3).

#### Inddeling af etnisk baggrund

- Danmark
- Andre vestlige lande: 27 EU-lande plus Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand
- Ikke-vestlige lande: Alle øvrige lande inklusiv Kroatien, som først blev EU-land midt i 2013



Tabel 2.3. Etnisk baggrund for mænd og kvinder i Frederiksberg Kommune



## 2.2 Sociale forhold

I dette afsnit beskrives en række sociale forhold, som kan have betydning for sundhedsadfærd samt udviklingen af kroniske sygdomme. Faktorerne omfatter uddannelse, erhvervstilknytning samt gennemsnitlig bruttoindkomst for borgerne i Frederiksberg Kommune.

### 2.2.1 Uddannelse

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

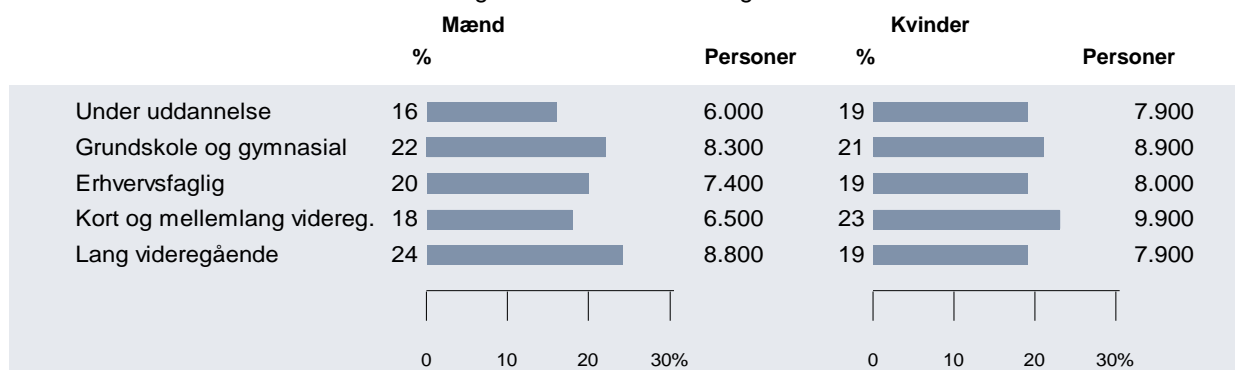
I denne sundhedsprofil er borgernes uddannelsesniveau kategoriseret ved brug af Danmarks Statistiks oplysninger om borgernes højest fuldførte uddannelse. Borgere, som er under uddannelse, er dog kategoriseret som værende under uddannelse, uanset deres højest fuldførte uddannelse. Denne gruppe indeholder borgere som er i gang med forskellige typer af ungdomsuddannelser, og som ender med at være på forskellige uddannelsesniveauer når de har færdiggjort deres uddannelse. Gruppen har ikke et samlet uddannelsesniveau og vil derfor med undtagelse af et par steder, ikke blive beskrevet i denne rapport. Resultaterne for borgere under uddannelse vises dog i tabellerne. Se bilag 1 i *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013* for en uddybende beskrivelse af kategoriseringen af uddannelsesniveauer.

I alt 21 % af borgerne i Frederiksberg Kommune har en lang videregående uddannelse, svarende til 16.800 personer, mens 21 % har en grundskole- eller gymnasial uddannelse,



svarende til 17.100 personer (1). I Frederiksberg Kommune er andelen af borgere med en lang videregående uddannelse større end i regionen som helhed, mens andelen med en grundskole- eller gymnasial uddannelse er mindre (1).

Tabel 2.4 Uddannelsesniveaue for mænd og kvinder i Frederiksberg Kommune



I Frederiksberg Kommune er der en større andel mænd end kvinder, som har en lang videregående uddannelse, mens en større andel kvinder end mænd har en kort eller mellemlang videregående uddannelse (tabel 2.4). Der er stort set ikke nogen kønsforskel i forhold til borgere med grundskole- eller gymnasial uddannelse og i forhold til borgere med erhvervsfaglig uddannelse. En større andel kvinder end mænd er under uddannelse.

## 2.2.2 Erhvervstilknytning

Et andet vigtigt mål for social position i samfundet er erhvervstilknytning.

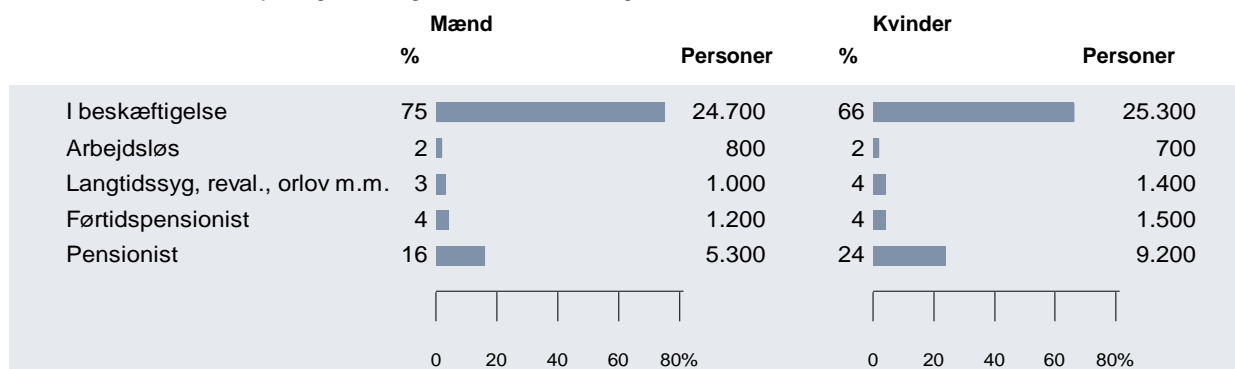
Erhvervstilknytning har blandt andet betydning for borgerens økonomi og er dermed knyttet til den enkeltes muligheder i relation til egen sundhed. Dertil kommer forbindelsen mellem erhvervstilknytning og helbred som følge af det fysiske og psykiske arbejdsmiljø på arbejdspladsen.

Der er en klar sammenhæng mellem erhvervstilknytning og helbredsforhold. Eksklusion fra arbejdsmarkedet som følge af eksempelvis arbejdsløshed er en markant begivenhed, som kan føre til forringet helbred (7). Det skyldes ikke alene, at arbejdsløshed er forbundet med tab af indkomst og dermed reduceret økonomisk råderum. At være ekskluderet fra arbejdsmarkedet medfører tab af sociale relationer og struktur i hverdagen, som er faktorer, der spiller en væsentlig rolle for det fysiske og mentale helbred.

I denne sundhedsprofil anvendes betegnelsen ”Borgere i den erhvervsaktive alder, som er udenfor arbejdsmarkedet” som en fællesbetegnelse for grupperne: ”Arbejdsløs”, ”Langtidssyg, reval., orlov m.m.” samt ”Førtidspensionist”.

I sundhedsprofilen kategoriseres borgerne efter deres tilknytning til arbejdsmarkedet ud fra oplysninger fra Danmarks Statistik om borgernes væsentligste indkomstkilde. Se bilag 2 i *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013* for en uddybende beskrivelse af kategoriseringen af erhvervstilknytning.

Tabel 2.5 Erhvervstilknytning for borgere i Frederiksberg Kommune



En større andel mænd er i beskæftigelse sammenlignet med kvinder, hvilket skyldes, at der er flere kvinder end mænd blandt de ældste i kommunen. Tilsvarende er en større andel af kvinder pensionister sammenlignet med mænd. Det ses desuden, at der ikke er væsentlige kønsforskelle i andelen af arbejdsløse, langtidssyg og førtidspensionister (tabel 2.5). Tilsvarende billede ses i regionen som helhed (1).

I alt 10 % af alle borgere i den erhvervsaktive alder i Frederiksberg Kommune har ingen erhvervstilknytning, svarende til 6.300 borgere (1).

### 2.2.3 Bruttoindkomst

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

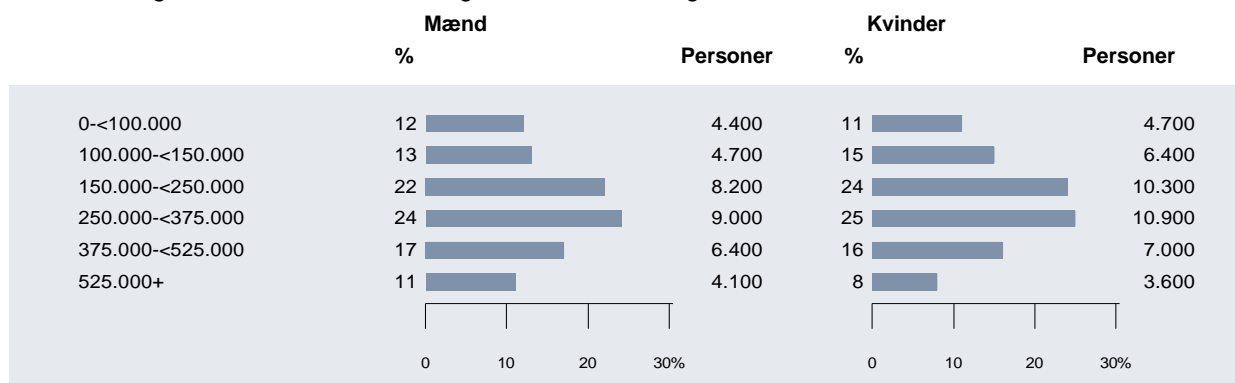
Bruttoindkomsten er i denne sundhedsprofil defineret som gennemsnittet af de seneste 5 års husstandsindkomst per voksen i husstanden, og opgøres som den gennemsnitlige bruttoindkomst for borgerne i kommunen.

I tabel 2.6 ses fordelingen af forskellige bruttoindkomstintervaller blandt mænd og kvinder. Bruttoindkomstfordelingen blandt mænd og kvinder ligner hinanden meget, dog har en større andel mænd end kvinder en indkomst på 525.000 kr. og derover. De fleste borgere, der har en bruttoindkomst på under 100.000 kr. er studerende og vil typisk på

grund af deres alder have en bedre sundhedsadfærd og lavere sygelighed sammenlignet med andre lavindkomstgrupper. Omkring en fjerdedel af kommunens borgere ses i indkomstintervallerne på 100.000-<150.000 eller derunder. Tilsvarende billede ses i regionen som helhed (1).

Den gennemsnitlige årlige bruttoindkomst er 292.400 for borgere i Frederiksberg Kommune

Tabel 2.6 Årlig bruttoindkomst blandt borgerne i Frederiksberg Kommune



## 3 Familier

Familielivet favner mange aspekter af sundhedsmæssig betydning for den enkelte og af betydning for familiens trivsel. I dette kapitel beskrives nogle af disse aspekter. Det være sig forskellige typer af sundhedsadfærd, heriblandt rygning, alkoholvaner, madvaner, bevægelse samt borgernes motivation til at ændre forskellige typer af sundhedsadfærd. Kapitlet vil herudover fokusere på overvægt, stress og unges brug af euforiserende stoffer samt seksuel adfærd og sexsygdomme.

### 3.1 Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd er de handlinger, et menneske udfører for sig selv eller andre, som på længere sigt påvirker sundheden (3;8). Forskning viser, at megen sundhedsadfærd grundlægges i den tidlige barndom, og at børns sundhedsadfærd og trivsel i høj grad påvirkes af deres forældres adfærd (9;10). Sundhedsadfærd kan både være adfærd, som har en positiv effekt på sundheden og adfærd, som har en negativ effekt på sundheden. Eksempelvis fremmer moderat til hård fysisk aktivitet sundheden, mens rygning har en negativ effekt på sundheden.

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

#### 3.1.1 Rygning

##### 3.1.1.1 Dagligrygning

Andelen af dagligrygere og andelen af borgere, som udsættes for daglig passiv rygning, har været støt faldende fra 2007 til 2013. I Danmark er udviklingen sket i kølvandet på stramninger i rygeloven i 2007 i forhold til røgfri miljøer, tobakskampagner samt fokus på den kommunale tobaksforebyggende indsats. Faldet i andelen af dagligrygere kan dog også delvist skyldes, at rygning er blevet mindre socialt acceptabelt i samme periode, hvilket kan føre til en øget underrapportering af rygning (11). Til støtte for den kommunale forebyggende indsats udgav Sundhedsstyrelsen i 2012 forebyggelsespakken Tobak (12). Formålet med pakken er at give kommunerne anbefalinger til arbejdet med indsatser, der kan medvirke til at begrænse andelen af rygere. Dette tiltag samt stramninger af rygeloven

i 2012 må forventes at få betydning for, at andelen af rygere reduceres yderligere i de kommende år.

Rygning er fortsat den vigtigste forebyggelige årsag til sygdom og for tidlig død i Danmark. Kræft, hjertekar- og lungesygdomme er de mest alvorlige følgesygdomme af rygning. Samtidig har rygere oftere et ringere helbred og dårligere selvoplyst livskvalitet (13). Det er anslået, at der hvert år er ca. 14.000 dødsfald relateret til rygning i Danmark, og at rygere lever 8-10 år kortere end aldrigrygere (14;15). Samtidig dør ca. 900 danskere årligt som følge af passiv rygning. Disse følger af rygning og passiv rygning i form af øget sygelighed fører til, at rygning hvert år koster 3,5 mia. kr. i sundhedsvæsenet i nettoomkostninger (12). For en gennemsnitskommune svarer dette til 9,8 mio. kr. årligt i medfinansiering. Derudover har de helbredsmæssige følger af rygning stor betydning for kommunerne, idet tal fra 2006 viser at rygning er årsag til 2,5 mio. fraværddage fra arbejde hvert år (15), og tal fra 2012 viser at rygning er skyld i 3.657 førtidspensioner (12).

Rygevaner blandt borgere i Frederiksberg Kommune	2010	2013
Borgere, som ryger dagligt	16 %	13 %
Borgere, som ryger sjældnere end hver dag	7 %	10 %
Borgere, som tidligere har røget	29 %	29 %
Borgere, som aldrig har røget	48 %	48 %

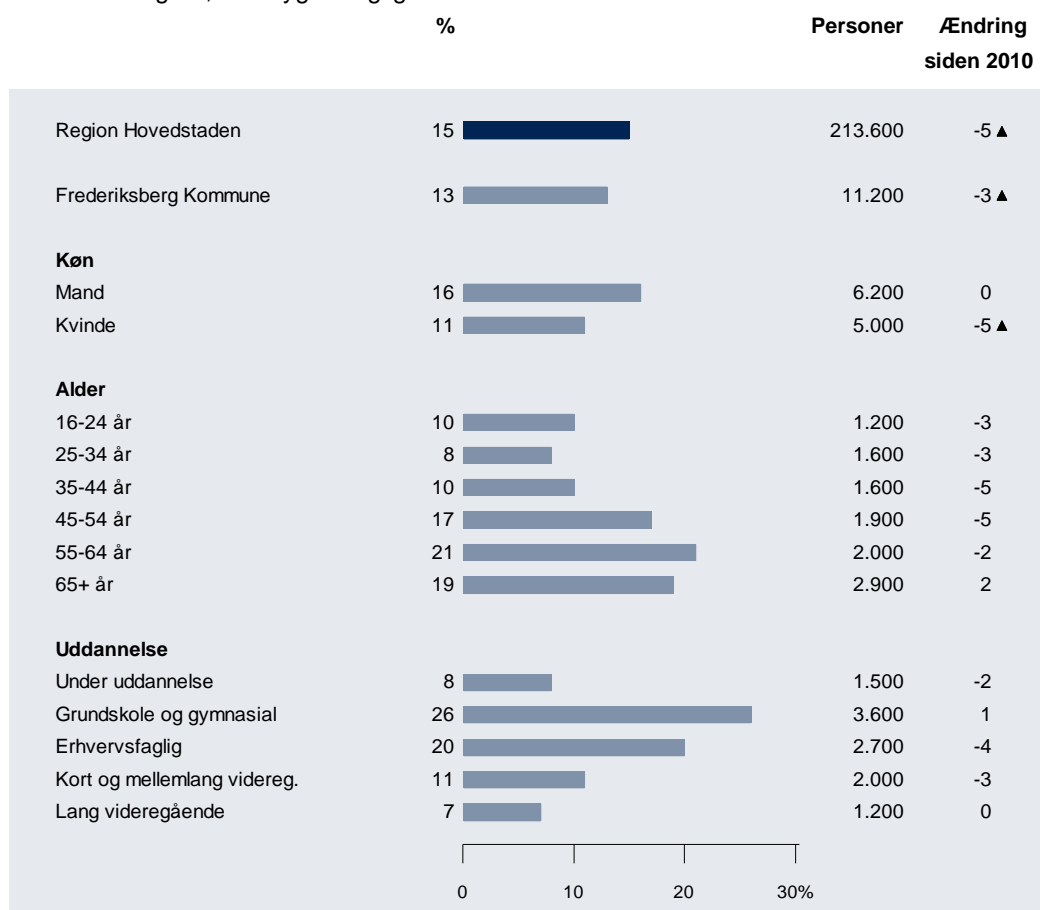
I Frederiksberg Kommune ryger 13 % af borgerne dagligt, svarende til 11.200 personer (tabel 3.1). Forekomsten af dagligrygning er ikke væsentlig forskellig fra forekomsten i regionen som helhed. I Frederiksberg Kommune er der sket et statistisk signifikant fald i andelen af dagligrygere siden 2010 på 3 procentpoint, og en tilsvarende stigning i andelen af borgere, som ryger sjældnere end hver dag. En del af forklaringen kan netop være, at en del af dagligrygerne er blevet lejlighedsrygere, men også at færre borgere debuterer som rygere samtidig med, at rygere generelt dør tidligere end ikkerygere. I perioden 2007 til 2013 er der samlet set sket et fald i andelen af dagligrygere (1).

**Køn og alder:** Der er flere mænd end kvinder, som ryger dagligt i Frederiksberg Kommune. Andelen af dagligrygere stiger med alderen, især blandt borgere over 44 år.

**Uddannelse:** Der ses en social gradient i forekomsten af dagligrygning. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne ryger dagligt. Mens mere end hver fjerde borger, som har en grundskole- eller gymnasial uddannelse ryger dagligt, gælder dette kun for hver 14. borger, som har en lang videregående uddannelse.

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Siden 2010 er der sket et statistisk signifikant fald på 5 procentpoint i andelen af kvinder, der ryger dagligt. De øvrige ændringer skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Tabel 3.1 Borgere, som ryger dagligt



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

### 3.1.1.2 Ikkerygere

I Frederiksberg Kommune er omkring hver anden borger aldrigryger, svarende til 40.200 personer, mens lidt mindre end hver tredje borger er tidligere ryger, svarende til 24.100 personer (tabel 3.2).

**Ikkerygere** omfatter personer, som aldrig har været rygere eller som tidligere har været rygere

Forekomsten af både aldrigrygning og tidligere rygning er ikke væsentligt forskellig fra forekomsten i regionen som helhed. For Frederiksberg er andelen af aldrigrygere og andelen af tidligere rygere uændret siden 2010. I perioden 2007 til 2013 er der samlet set

sket en stigning i andelen af ikkerygere, mens der ingen ændring er sket for andelen af tidligere rygere (1).

Tabel 3.2 Borgere, som aldrig har røget, og borgere, som tidligere har røget

	Aldrig rygere			Tidligere rygere		
	%	Personer	Ændring siden 2010 %	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	49	673.500	3▲	30	407.500	1▲
Frederiksberg Kommune	48	40.200	0	29	24.100	0
<b>Køn</b>						
Mand	46	17.800	-2	28	10.900	2
Kvinde	50	22.400	3	29	13.200	-3
<b>Alder</b>						
16-24 år	64	7.300	-3	9	1.000	0
25-34 år	59	11.900	1	17	3.400	-2
35-44 år	49	7.500	-3	26	4.000	1
45-54 år	45	5.200	5	35	4.100	2
55-64 år	32	3.000	4	44	4.200	-2
65+ år	33	5.300	-3	47	7.400	3
<b>Uddannelse</b>						
Under uddannelse	64	11.800	-2	13	2.300	0
Grundskole og gymnasial	30	4.200	-10▲	37	5.100	8
Erhvervsfaglig	40	5.400	4	38	5.100	3
Kort og mellemlang videreg.	42	7.500	-2	37	6.600	3
Lang videregående	57	10.200	3	25	4.400	-5

▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

**Køn og alder:** Der er ingen væsentlig kønsforskel i andelen af borgere som aldrig har røget, og i andelen som tidligere har røget. Andelen af aldrigrygere er størst blandt de yngre borgere, og falder med stigende alder. Omvendt er andelen af tidligere rygere mindst blandt de yngste borgere, og stiger med stigende alder. Dette skyldes bl.a., at andelen af rygere er større blandt de 45+-årige, og er dermed ikke et udtryk for, at rygestop ikke er udbredt blandt de yngre rygere.

**Uddannelse:** Der ses en social gradient i forhold til andelen af borgere, som aldrig har røget. Jo højere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har aldrig røget. Andelen af tidligere rygere er mindst blandt borgere under uddannelse og borgere med lang videregående uddannelse sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper.



**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Siden 2010 er der sket et statistisk signifikant fald på 10 procentpoint i andelen af borgere med grundskole- eller gymnasial uddannelse, som er aldrig rygere. Dette fald og de øvrige ændringer, både for aldrigrygere og tidlig rygere, skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

### 3.1.1.3 Daglig passiv rygning blandt ikkerygere

I Frederiksberg Kommune udsættes 4,9 % af ikkerygerne for daglig passiv rygning, svarende til 3.000 personer. Det er en lavere forekomst end i regionen som helhed. Andelen af ikkerygere, som udsættes for daglig passiv rygning, er faldet med 3 procentpoint fra 2010 til 2013 (tabel 3.3). Faldet er statistisk signifikant. Dette betyder, at næsten 40 % færre

**Ikkerygere** defineres som aldrigrygere eller tidligere rygere. Passiv rygning omfatter ikkerygere, som opholder sig mindst ½ time om dagen i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg.

ikkerygere er udsat for daglig passiv rygning i 2013 sammenlignet med 2010. Den positive udvikling skyldes formodentlig dels, at andelen af dagligrygere er faldet i kommunen, dels at stramningerne i rygeloven i 2007 har haft en betydelig effekt på, hvor der bliver røget. Spørgsmålet om passiv rygning i ”Hvordan har du det? 2013” er blevet udvidet til også at omfatte ophold i rum, hvor der lugter af røg. Faldet i andelen af ikkerygere, som udsættes for daglig passiv rygning på 3 procentpoint fra 2010 til 2013, er derfor højst sandsynlig undervurderet i forhold til det reelle fald. I perioden 2007 til 2013 er der samlet set sket et fald i andelen af ikkerygere, som udsættes for daglig passiv rygning (1).

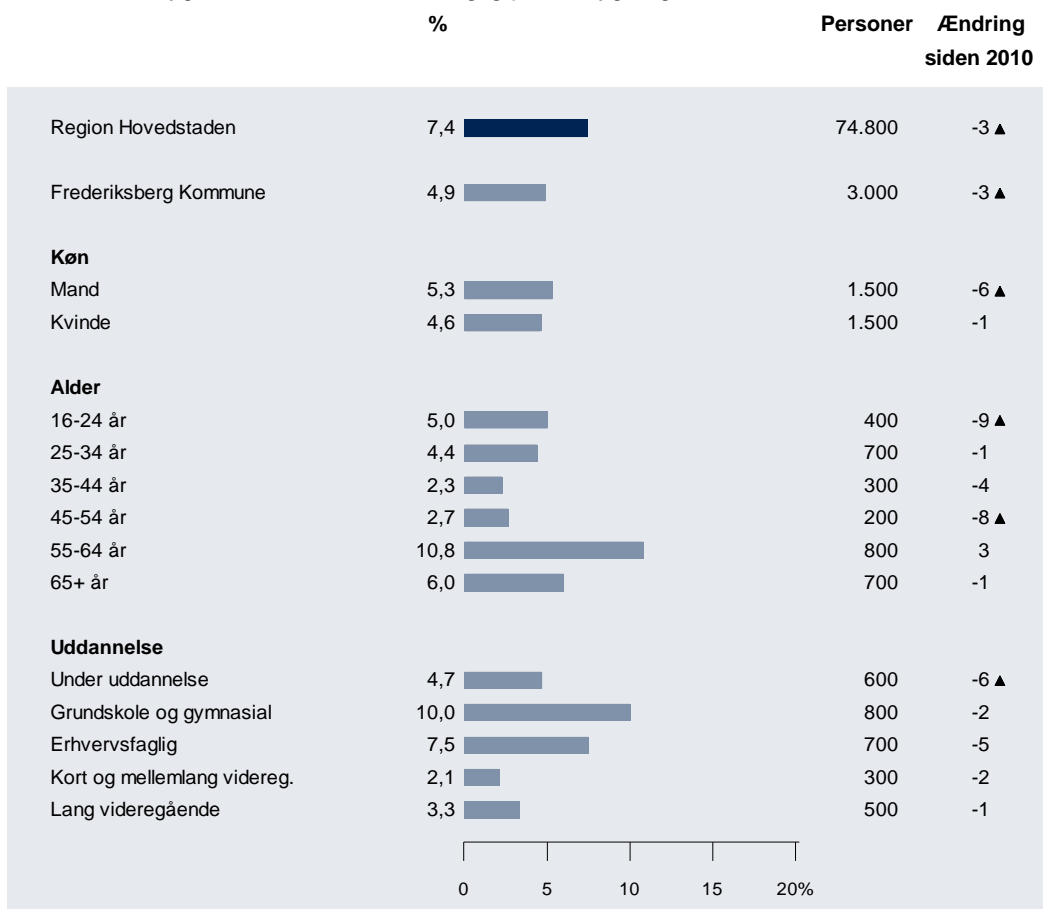
**Køn og alder:** Der er ingen væsentlig kønsforskel i andelen af ikkerygere, som udsættes for daglig passiv rygning. Andelen af ikkerygere, som udsættes for daglig passiv rygning, er to til fire gange større blandt de 55-64 årige sammenlignet med de øvrige aldersgrupper.

**Uddannelse:** Andelen af ikkerygere, der udsættes for daglig passiv rygning er tre til fem gange større blandt borgere med grundskole- eller gymnasial uddannelse sammenlignet med borgere med en videregående uddannelse.

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Siden 2010 er der sket et statistisk signifikant fald på 6 procentpoint i andelen af ikkerygere mænd, som udsættes for daglig passiv rygning. Der ses desuden statistisk signifikante fald blandt de 16-24 årige og

de 45-54 årige. De øvrige ændringer skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringerne grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Tabel 3.3 Ikkerygere, som er udsat for daglig passiv rygning



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

### 3.1.1.4 Motivation for at ændre rygevaner

I Frederiksberg Kommune ønsker 71 % af dagligrygerne at stoppe med at ryge, svarende til 7.800 personer. Blandt disse ønsker 38 % hjælp til rygestop, svarende til 2.900 personer. Andelen som ønsker at stoppe med at ryge og andelen som ønsker hjælp til rygestop er lavere i Frederiksberg Kommune end i regionen som helhed. I regionen som helhed ønsker 73 % af dagligrygerne at stoppe med at ryge, og 44 % ønsker hjælp til rygestop (1).

Grundet for få besvarelser blandt dagligrygere i Frederiksberg Kommune, som ønsker rygestop og som ønsker hjælp til rygestop er det ikke muligt at vise resultater fordelt på sociodemografiske grupper.

### 3.1.2 Alkohol

Alkohol har stor indflydelse på folkesundheden i Danmark. Hvert år er alkohol årsag til 10 % af den samlede sygdomsbyrde og omkring 5 % af alle dødsfald, svarende til 3.000 dødsfald (15-17). Udover at alkohol kan være afhængighedsskabende (alkoholisme), øger alkohol risikoen for en lang række andre sygdomme, heriblandt kræftsygdomme, mave- og tarmsygdomme, hjertekarsygdomme, leversygdomme, forhøjet blodtryk, angst og depression samt fosterskader (18-20). Ofte hænger det sådan sammen, at jo større alkoholforbrug, des større risiko er der for udvikling af sygdom (20). Drikkemønsteret har dog også betydning, idet det er forbundet med større risiko at drikke mange genstande ved samme lejlighed sammenlignet med at drikke det samme antal genstande jævnt fordelt over længere tid (20;21). Med et stort alkoholforbrug følger desuden andre alvorlige konsekvenser, heriblandt sociale konsekvenser i form af ødelagte parforhold, omsorgssvigt af børn, vold og kriminalitet, samt ulykker såsom trafikulykker, fald, drukneulykker og forgiftninger (19). Til trods for alkoholens skadelige virkninger på helbredet har alkohol historisk set ikke været et prioriteret forebyggelsesområde. En af grundene er måske, at overforbrug af alkohol har været og til dels stadig er et tabubelagt område (18).

Sundhedsvæsenets årlige nettoomkostninger relateret til alkohol blev i 2006 beregnet til 597 mio. kr. (15). Beregninger fra 2013 viser, at det for en gennemsnitskommune svarer til årlige meromkostninger på 33 mio. kr., fordelt på 4,3 mio. kr. til kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet, 18,7 mio. kr. til overførselsindkomster, 4,7 mio. kr. til personlig og praktisk hjælp og 5,4 mio. kr. til hjælpeforanstaltninger til børn og unge (17).

De seneste ti år har omdrejningspunktet for regeringens indsats på alkoholområdet været at nedbringe alkoholforbruget blandt unge, og helt at fjerne forbruget blandt børn (22). Der er dog stadig mange børn og unge, der vokser op i hjem belastet af alkohol (23). Med det seneste sundhedsudspil ”Mere borger, mindre patient” har regeringen afsat 112 mio. kroner i perioden 2014-2017 til forbedring af alkoholbehandlingen. Indsatsen skal hjælpe familier med alkoholproblemer og styrke den familieorienterede alkoholbehandling i kommunerne. Regeringens overordnede mål med indsatsen er at reducere ulighed i sundhed (24).

Kommunerne har siden kommunalreformen i 2007 haft det primære ansvar for både forebyggelse og behandling på alkoholområdet. Sundhedsstyrelsen udgav i 2012 en forebyggelsespakke på alkoholområdet, som skal understøtte kommunernes arbejde med at reducere alkoholforbruget blandt borgerne til lavrisikogrænsen, reducere de unges alkoholforbrug samt udskyde alkoholdebuten (18).

I dette afsnit beskrives borgernes alkoholadfærd i form af storforbrug, moderat forbrug, tegn på alkoholafhængighed og rusdrikkeri. Herefter beskrives risikabel alkoholadfærd i hjem med børn og risikabel alkoholadfærd blandt borgere, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Alkoholvaner blandt borgere i Frederiksberg Kommune	2010	2013
Borgere, som har drukket alkohol inden for det seneste år	92 %	93 %
Borgere, som har et storforbrug af alkohol	16 %	10 %
Borgere, som har et moderat forbrug af alkohol	17 %	19 %
Borgere, som har tegn på alkoholafhængighed	21 %	19 %
Borgere, som rusdrikker		19 %
Borgere, som har et risikabelt alkoholforbrug	28 %	24 %

### 3.1.2.1 Borgere, som har et storforbrug eller et moderat forbrug af alkohol

I Frederiksberg Kommune har 10 % af borgerne et storforbrug af alkohol, svarende til 8.500 personer, og 19 % af borgerne har et moderat forbrug af alkohol, svarende til 15.200 personer. For storforbrug er forekomsten den samme som i regionen som helhed, men for moderat forbrug er forekomsten i Frederiksberg Kommune højere end regionsgennemsnittet. Andelen af borgere med et storforbrug er faldet signifikant med 6 procentpoint fra 2010 til 2013 (tabel 3.4). Faldet er statistisk signifikant. Der er dermed ca. 37 % færre borgere med et storforbrug i 2013 sammenlignet med 2010.

**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.

Faldet fra 2010 til 2013 i Frederiksberg Kommune er større end faldet i regionen som helhed. Omvendt er andelen af borgere med et moderat forbrug af alkohol steget med 2 procentpoint i perioden, hvilket er den modsatte tendens i forhold til faldet i regionen som helhed. En del af forklaringen kan være, at en del af borgerne med et storforbrug drikker mindre, og dermed er rykket til gruppen af borgere med et moderat forbrug af alkohol.

Stigningen for moderat forbrug i Frederiksberg Kommune er dog ikke statistisk signifikant, og skal derfor tolkes med varsomhed.

**Køn og alder:** Der er ingen kønsforskel i forhold til storforbrug af alkohol. Omkring hver tiende kvinde og mand har et sådant forbrug (tabel 3.13). Der er en større andel af kvinder, som har et moderat alkoholforbrug sammenlignet med mænd. Hver femte kvinde og hver sjette mand, har et moderat forbrug af alkohol. For storforbrug af alkohol er andelen størst blandt de 16-24 årige og de 55+ årige og mindst blandt de 25-44 årige. For moderat forbrug af alkohol er andelen størst blandt de 16-24 årige og mindst blandt de 35-44 årige og 65+ årige.

**Uddannelse:** Der ses en social gradient i forekomsten af storforbrug. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har et storforbrug af alkohol. Andelen af borgere, som har et storforbrug, er næsten fire gange så stor blandt borgere, som har en grundskole- eller gymnasial uddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse. Hvad angår andelen af borgere med et moderat alkoholforbrug, er der kun lille forskel mellem uddannelsesgrupperne. Der er dog en lidt større andel af borgere med kort- og mellemlang videregående uddannelse, der har et moderat alkoholforbrug sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper.

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Siden 2010 er der sket statistisk signifikante fald blandt både mænd og kvinder, som har et storforbrug. Faldet blandt mænd er dobbelt så stort som blandt kvinder. Der ses desuden statistisk signifikante fald på 16 procentpoint blandt de 16-34 årige, og på 4-6 procentpoint blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse og borgere med lang videregående uddannelse. Hvad angår borgere med et moderat alkoholforbrug er der sket statistisk signifikante fald på 5-6 procentpoint blandt de 65+ årige og borgere med en lang videregående uddannelse. Blandt de 25-34 årige ses omvendt en statistisk signifikant stigning. De øvrige ændringer skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Tabel 3.4 Borgere, som har et storforbrug eller et moderat forbrug af alkohol



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

### 3.1.2.2 Borgere, som har tegn på alkoholafhængighed eller rusdrikker

I Frederiksberg Kommune har 19 % af borgerne tegn på alkoholafhængighed, svarende til 15.900 personer, og 19 % af borgerne rusdrikker, svarende til 16.000 personer (tabel 3.5). Forekomsten af tegn på alkoholafhængighed og forekomsten af rusdrikkeri er højere i Frederiksberg Kommune sammenlignet med regionen som helhed. I Frederiksberg kommune er andelen af borgere med tegn på alkoholafhængighed faldet med 2 procentpoint i perioden 2010 til 2013.

**Tegn på alkoholafhængighed** måles på baggrund af CAGE-C spørgeskemaet, som vist nedenfor.

**Rusdrikkeri** omfatter indtagelse af 5 genstande eller mere ved samme lejlighed mindst 1 gang om ugen.

Faldet er dog ikke statistisk signifikant, og skal dermed tolkes med varsomhed. Da der i perioden 2007 til 2010 sås en lille stigning i andelen af borgere, som har tegn på alkoholafhængighed, er der samlet set i perioden 2007 til 2013 ikke sket nogen ændring

(1). Andelen af borgere, som rusdrikker er stort set uændret siden 2007 (blandt 25-79 årige) (resultat ikke vist). Det er ikke muligt, at vise ændringer fra 2010 til 2013 for rusdrikkeri på grund af ændringer i spørgsmålsformuleringen.

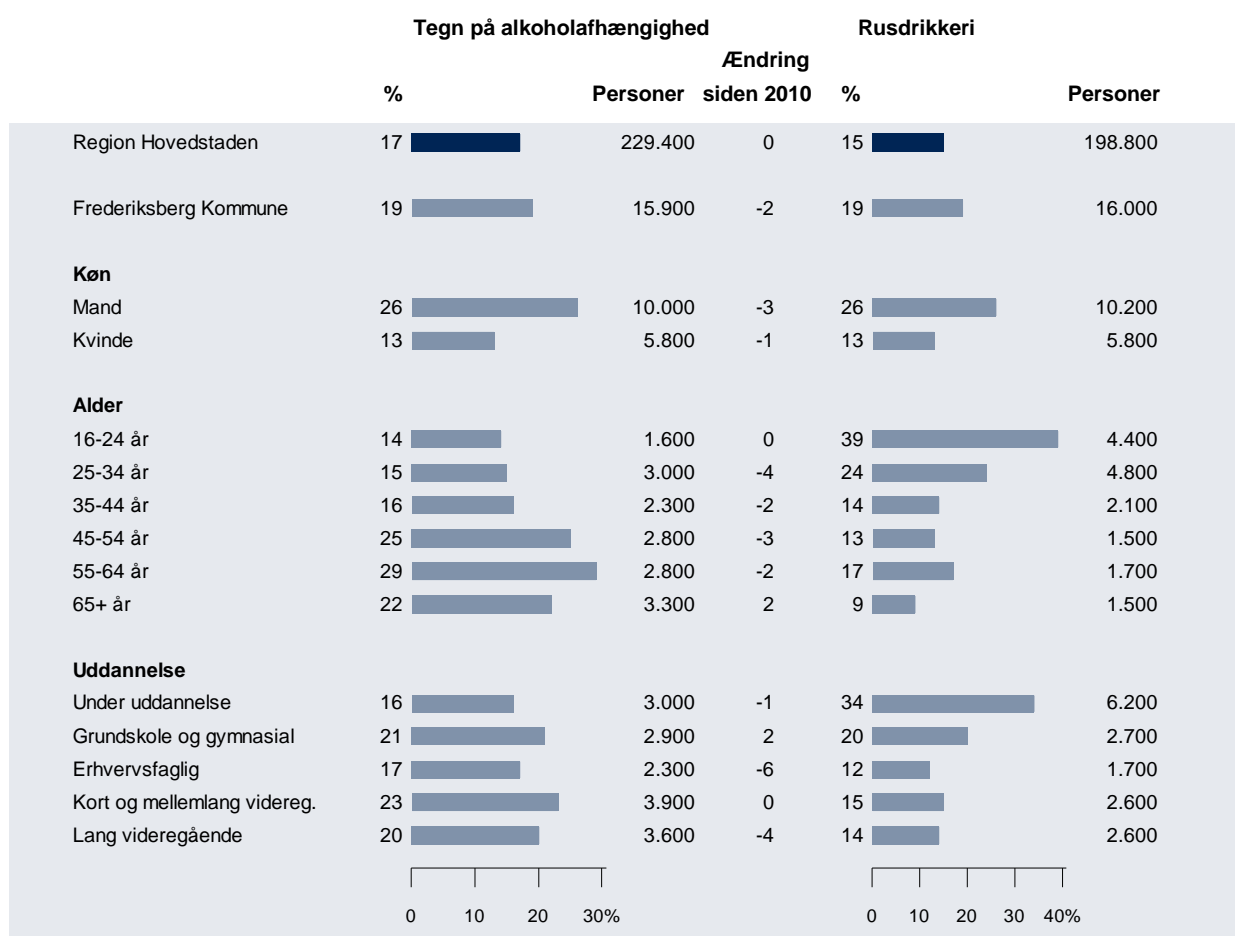
<b>Tegn på alkoholafhængighed (CAGE-C) defineres ved mindst to positive svar i spørgsmål 2-6, eller ét positivt svar i spørgsmål 2-6, hvis der i spørgsmål 1 er svaret 4 dage eller flere</b>	
1.	Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?
2.	Har du inden for de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte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

**Køn og alder:** Andelen af borgere, som har tegn på alkoholafhængighed eller rusdrikker, er dobbelt så stor blandt mænd som blandt kvinder. Mens hver fjerde mand har tegn på alkoholafhængighed og rusdrikker, er det kun hver ottende kvinde. Rusdrikkeri er især udbredt i den yngre del af befolkningen, mens tegn på alkoholafhængighed især er udbredt i den ældre del af befolkningen. Mens hver fjerde borger på 45 år eller derover, har tegn på alkoholafhængighed er det kun hver syvende borger blandt de 16-44 årige. Andelen af borgere, som rusdrikker, er størst blandt de 16-24 årige og mindst blandt borgere på 65 år eller ældre. Mere end hver tredje borger i alderen 16-24 år rusdrikker.

**Uddannelse:** Der ses ingen tydelig social gradient i forekomsten af tegn på alkoholafhængighed eller rusdrikkeri. Andelen af borgere med tegn på alkoholafhængighed ligger på omkring 20 % uanset uddannelsesgruppe. For rusdrikkeri, er andelen højere blandt borgere med grundskole-og gymnasial uddannelse sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper.



Tabel 3.5 Borgere, som har tegn på alkoholafhængighed eller rusdrikker



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Ændringerne i andelen af borgere med tegn på alkoholafhængighed skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

### 3.1.2.3 Risikabel alkoholadfærd i hjem med børn

I Frederiksberg Kommune har 24 %, svarende til 19.200 personer, risikabel alkoholadfærd. Risikabel alkoholadfærd er opgjort anderledes end i Sundhedsprofilen 2010, hvor rusdrikkeri også var inkluderet i risikabel alkoholadfærd.

I Frederiksberg Kommune har 12 % af borgere med børn i hjemmet en risikabel alkoholadfærd, svarende til 1.700 personer (tabel 3.6). Forekomsten er den samme som i regionen som helhed. Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som bor sammen med børn, er faldet signifikant med 8 procentpoint fra 2010 til 2013. Faldet er statistisk signifikant. Der er dermed 40 % færre borgere med børn i hjemmet

der har en risikabel alkoholadfærd i 2013 sammenlignet med 2010. Faldet fra 2010 til 2013 i Frederiksberg Kommune er større end faldet i regionen som helhed. Det er ikke muligt at vise ændringer fra 2007 til 2010.

**Køn:** Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som bor sammen med børn, er næsten tre gange større blandt mænd sammenlignet med kvinder.

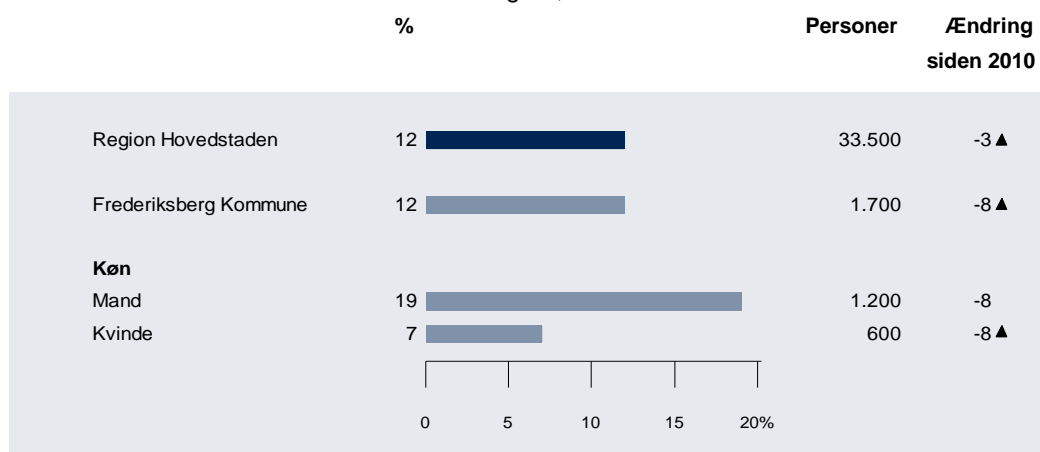
**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Siden 2010 er der sket et statistisk signifikant fald på 8 procentpoint i andelen af kvinder med risikabel alkoholadfærd, som bor sammen med børn. Ændringen for mænd skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringerne grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

**Risikabel alkoholadfærd** omfatter borgere, som har et storforbrug af alkohol, eller har tegn på alkoholafhængighed.

**Risikabel alkoholadfærd i hjem med børn**, opgøres for borgere under 65 år, som bor sammen med mindst ét barn under 16 år.

Det er ikke muligt at vise resultater for alder og uddannelse, grundet for få besvarelser blandt borgere med risikabel alkoholadfærd i kommunen, som bor sammen med børn.

Tabel 3.6 Risikabel alkoholadfærd blandt borgere, som bor sammen med børn



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

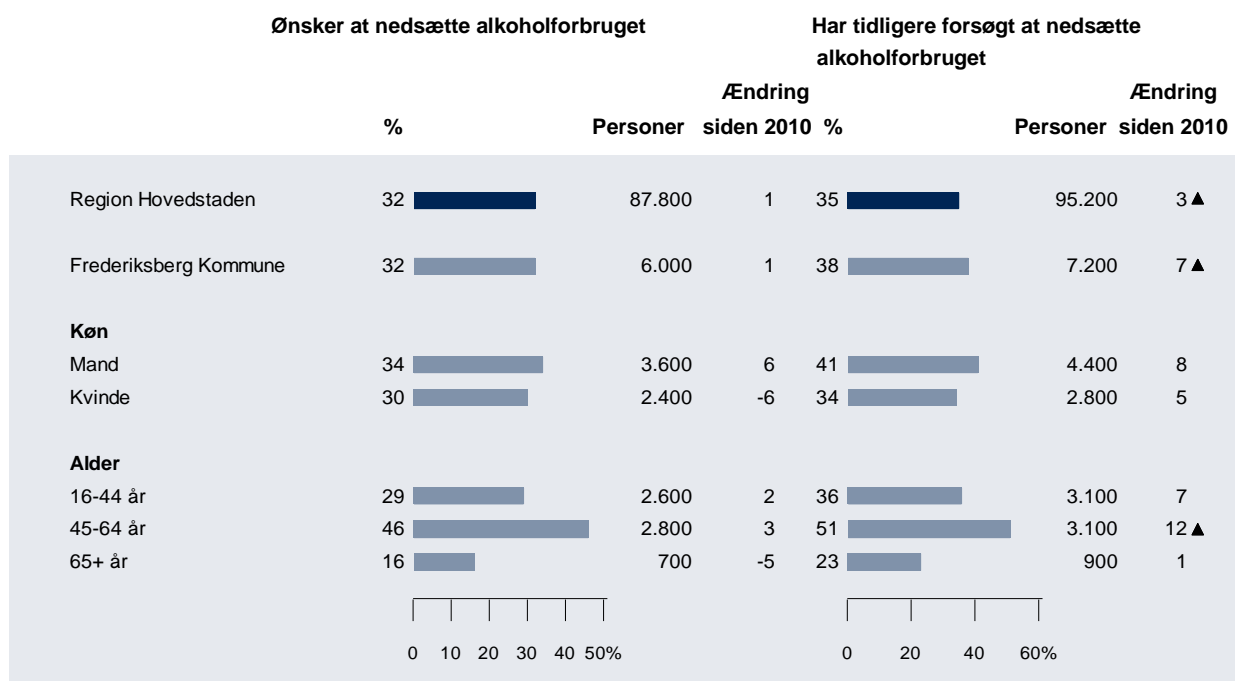
### 3.1.2.4 Motivation for at ændre alkoholvaner

I Frederiksberg Kommune ønsker 32 % af borgerne med en risikabel alkoholadfærd at nedsætte deres forbrug, svarende til 6.000 personer (tabel 3.7). Forekomsten er den samme som i regionen som helhed. Samtidigt har 38 % af borgerne med en risikabel alkoholadfærd tidligere nedsat/forsøgt at nedsætte alkoholforbruget, svarende til 7.200 personer. Denne forekomst er ikke væsentlig forskellig fra forekomsten i regionen som helhed (1).

Andelen af borgere som ønsker at nedsætte alkoholforbruget er uændret i perioden 2010 til 2013, mens andelen som tidligere har forsøgt at nedsætte forbruget er steget signifikant med 7 procentpoint i perioden. Stigningen er statistisk signifikant. Det er ikke muligt, at vise resultater for uddannelse, da der indgår for få personer i de enkelte uddannelsesgrupper, hvilket medfører stor usikkerhed på resultaterne. Bemærk at alder er inddelt i tre kategorier, i stedet for seks, grundet for få personer i nogle af grupperne.

**Køn og alder:** Der er ingen væsentlig kønsforskel i andelen af borgere som ønsker at nedsætte alkoholforbruget eller i andelen som tidligere har forsøgt at nedsætte deres forbrug. Andelen af borgere, som ønsker at nedsætte forbruget er 2-3 gange større blandt de 16-65 årige sammenlignet med borgere over 65 år. Samme tendens ses for andelen af borgere, som tidligere har forsøgt at nedsætte forbruget.

Tabel 3.7 Borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug eller som tidligere har forsøgt at nedsætte deres alkoholforbrug



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Siden 2010 er der sket en statistisk signifikant stigning på 12 procentpoint i andelen af 45-64 årige, som tidligere har forsøgt at nedsætte deres alkoholforbrug. De øvrige ændringer skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

### 3.1.3 Mad

Sunde madvaner har stor betydning for borgernes sundhed og trivsel. Sammen med fysisk aktivitet spiller sunde madvaner en vigtig rolle i opretholdelse og fremme af et godt helbred og i forebyggelse af overvægt, underernæring og en række livsstilssygdomme såsom diabetes, hjertekarsygdomme, visse kræftformer og knogleskørhed (25-27). Undersøgelser viser, at indtag af for meget mættet fedt og for lidt frugt og grønt årligt er årsag til omkring 4.400 dødsfald i Danmark (15). WHO har desuden anslået at omkring 30 % af alle nyopståede kræfttilfælde i den industrialiserede verden er relateret til kost (27).

Regeringen ønsker at skabe rammer for, at borgerne lettere kan træffe sunde valg i hverdagen. Ét af indsatsområderne i det mad- og måltidspolitiske udspil ”Sund madglæde” fra 2012 er netop, at det skal være let at vælge sunde fødevarer i hverdagen. Herudover har udspillet særligt fokus på sund mad til børn samt på dialogen med forbrugeren om sund mad og livsstil (28). Med ”Sund madglæde” ønsker regeringen at skabe bedre balance

mellem sundhed og madglæde, og fokus i udspillet er derfor på nydelse, madglæde og det hele måltid. Kommunerne har en stor del af ansvaret for at skabe sunde rammer for borgerne. Dette arbejde understøttes af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke på mad- og måltidsområdet. Pakken skal hjælpe kommunerne i arbejdet med at gennemføre indsatser til fremme af sund mad og gode måltidsvaner for hele befolkningen (29).

I sundhedsprofilen anvendes en kostscore inden for komponenterne frugt, grønt, fisk og fedt. Disse komponenter har vist sig at være gode indikatorer for generelle sunde eller usunde madvaner. Kostscoren er således et samlet mål for sundhedsgraden af de generelle madvaner. Kostscoren inddeler borgerne i tre kategorier. De tre kategorier er sat med henblik på at identificere personer, der samlet set har særligt sunde eller usunde madvaner:

**Sunde madvaner.** Generelt sunde madvaner, herunder højt indtag af frugt, grønt og fisk samt lavt indtag af fedt og især mættet fedt.

**Middelsunde madvaner.** Moderat indtag af frugt, grønt, fisk og fedt.

**Meget usunde madvaner.** Generelt usunde madvaner på alle områder, herunder meget lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt højt indtag af fedt og især mættet fedt.

I dette afsnit beskrives borgernes madvaner, primært med fokus på borgere, som har meget usunde madvaner. Da flere af spørgsmålene på madområdet ikke er helt identiske med spørgeskemaundersøgelserne i 2007 og 2010, er det for nogle af indikatorerne ikke muligt at vise udvikling over tid.

Madvaner blandt borgere i Frederiksberg Kommune	2010	2013
Borgere, som har meget usunde madvaner	8 %	6 %
Borgere, som har sunde madvaner	31 %	28 %
Borgere, som ikke spiser seks stykker frugt og grønt om dagen	83 %	86 %
Borgere, som ikke spiser 350 gram fisk om ugen	71 %	72 %
Borgere, som spiser fastfood mindst én gang om ugen		28 %
Borgere, som drikker sodavand mindst tre gange om ugen	14 %	9 %
Borgere som spiser slik/kager mindst fem gange om ugen	20 %	22 %

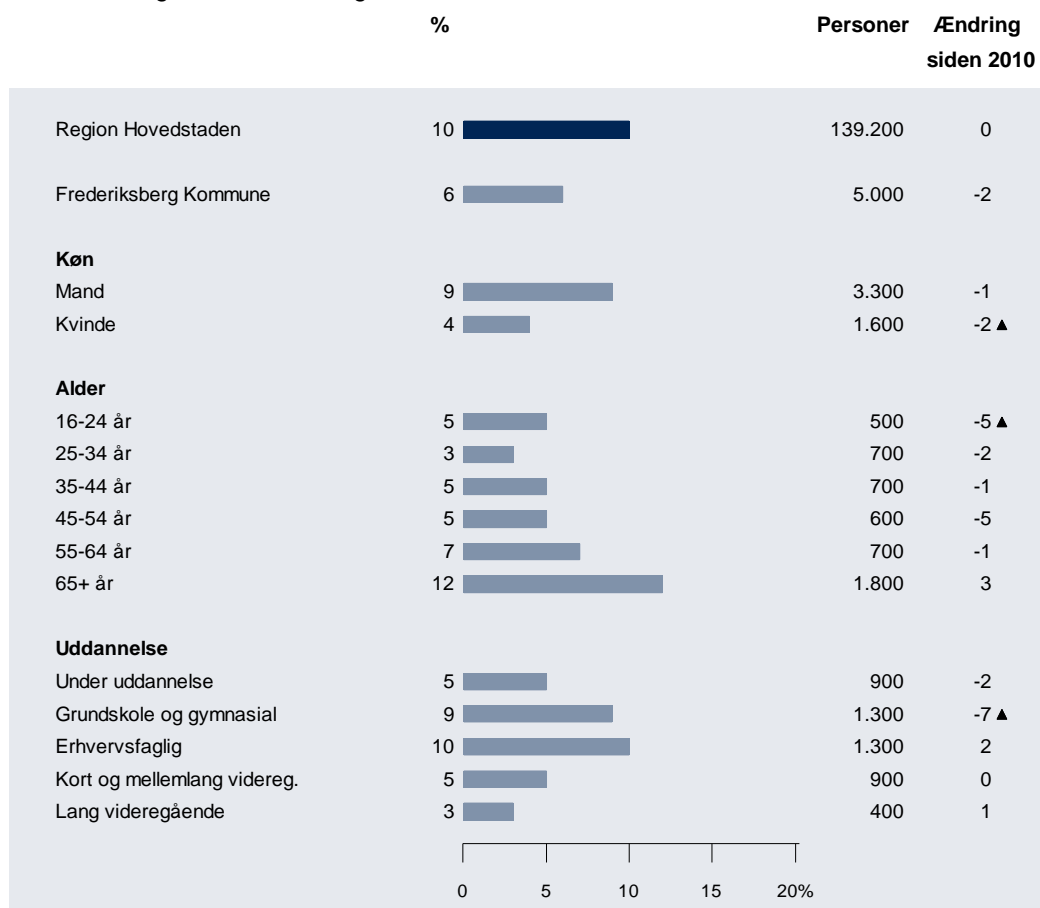
### 3.1.3.1 Meget usunde madvaner

I Frederiksberg Kommune har 6 % af borgerne meget usunde madvaner, svarende til 5.000 personer (tabel 3.8). Det vil sige, at 5.000 borgere i kommunen har et meget lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt et højt indtag af fedt og især mættet fedt. Forekomsten af usunde

madvaner er mindre i Frederiksberg Kommune sammenlignet med regionen som helhed. Andelen af borgere med usunde madvaner er faldet med 2 procentpoint fra 2010 til 2013. Faldet er dog ikke statistisk signifikant og skal derfor tolkes med varsomhed.

**Køn og alder:** Andelen af borgere med meget usunde madvaner er mere end dobbelt så stor blandt mænd sammenlignet med kvinder. Andelen af borgere med meget usunde madvaner stiger med alderen og er størst blandt de ældste borgere.

Tabel 3.8 Borgere, som har meget usunde madvaner



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

**Uddannelse:** Der ses en social gradient i forekomsten af meget usunde madvaner. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har meget usunde madvaner. Andelen af borgere med usunde madvaner er 2-3 gange større blandt borgere med grundskole-, gymnasial og erhvervsfaglig uddannelse sammenlignet med borgere med videregående uddannelser.

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Siden 2010 er der sket statistisk signifikante fald på 2 procentpoint blandt kvinder, og på 5-7 procentpoint blandt de 16-24 årige og blandt borgere med grundskole- eller gymnasial uddannelse. De øvrige ændringer

skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

### 3.1.4 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 (15;30). Desuden øges risikoen for funktionsevnetab og demens hos ældre borgere (30;31). Videnskabelige studier viser en overbevisende sammenhæng mellem det at være fysisk inaktiv og sygelighed og dødelighed i alle aldre (31).

Hvert år dør knap 4.500 borgere af sygdomme relateret til fysisk inaktivitet, hvilket svarer til 7-8 % af alle dødsfald. Fysisk inaktive borgere dør i gennemsnit 5-6 år tidligere end fysisk aktive og kan forvente 8-10 færre leveår uden langvarig belastende sygdom (15). Fysisk inaktivitet koster ca. 3,5 mia. kr. om året for sundhedsvæsenet i nettoomkostninger. For en gennemsnitskommune svarer dette til 9,6 mio. kr. årligt i medfinansiering (32). Samtidig kan 3,1 mio. ekstra fraværdsdage og 1.200 tilfælde af førtidspension hvert år relateres til fysisk inaktivitet, hvilket yderligere har stor betydning for kommunernes økonomi (15).

Forskning viser, at stillesiddende adfærd i forbindelse med at se TV, spille computer eller bilkørsel, er en selvstændig risikofaktor for hjertekarsygdomme, type-2-diabetes og visse cancertyper, uafhængigt af omfanget af fysisk aktivitet i øvrigt. Der er endnu ikke tilstrækkelig viden til at anbefale en maksimumsgrænse for omfanget af stillesiddende adfærd (33).

Bevægelse i dagligdagen omfatter alle aktiviteter, hvor man rører sine muskler og bruger sine kræfter. Det vil sige både ustrukturerede aktiviteter som eksempelvis rengøring, leg, gåture, cykling og mere målrettet fysisk aktivitet og træning (31).

I dette afsnit bliver borgernes bevægelsesvaner beskrevet. Først gives en samlet vurdering af, om borgerne lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet i fritiden. Dernæst beskrives borgernes bevægelsesvaner ud fra stillesiddende adfærd i fritiden og på arbejdet.

Fysisk aktivitet og stillesidning er målt ved hjælp af en skala, der kortlægger varighed og intensitet af fysisk aktivitet hele døgnet. Den opgør den samlede daglige eller ugentlige tid, som borgerne angiver at bruge på forskellige typer af fysisk aktivitet på arbejde og i fritiden samt stillesiddende arbejde og fritidsaktiviteter (34).



Bevægelses- og transportvaner blandt borgere i Frederiksberg Kommune	2010	2013
Borgere, som ikke er moderat til hårdt fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen i fritiden	29 %	26 %
Borgere, som ikke er hårdt fysisk aktive mindst 40 minutter om ugen i fritiden	52 %	49 %
Borgere, som har stillesiddende aktiviteter i fritiden i mindst 4 timer dagligt	25 %	26 %
Borgere, som har stillesiddende aktiviteter på arbejdet i mindst 6 timer dagligt	51 %	56 %
Borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted	14 %	12 %

### 3.1.4.1 Moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden – mindre end 30 minutter om dagen

I Frederiksberg Kommune er 26 % af borgerne ikke moderat til hårdt fysisk aktive i deres fritid mindst 30 minutter om dagen, svarende til 20.800 personer (tabel 3.9). Forekomsten af fysisk inaktivitet er lavere end i regionen som helhed. Andelen af fysisk aktive borgere er altså større i Frederiksberg Kommune. Andelen af borgere, der ikke dagligt er moderat til hårdt fysisk aktive, er faldet med 3 procentpoint i perioden 2010 til 2013 (tabel 3.39). Det vil sige, at der er flere, der lever op til anbefalingen om fysisk aktivitet i 2013 end der var i 2010. Faldet er dog ikke statistisk signifikant, og skal derfor tolkes med varsomhed. I perioden 2007 til 2013 er der samlet set sket et fald i andelen af borgere, der ikke er moderat til hårdt fysisk aktive i deres fritid mindst 30 minutter om dagen (1).

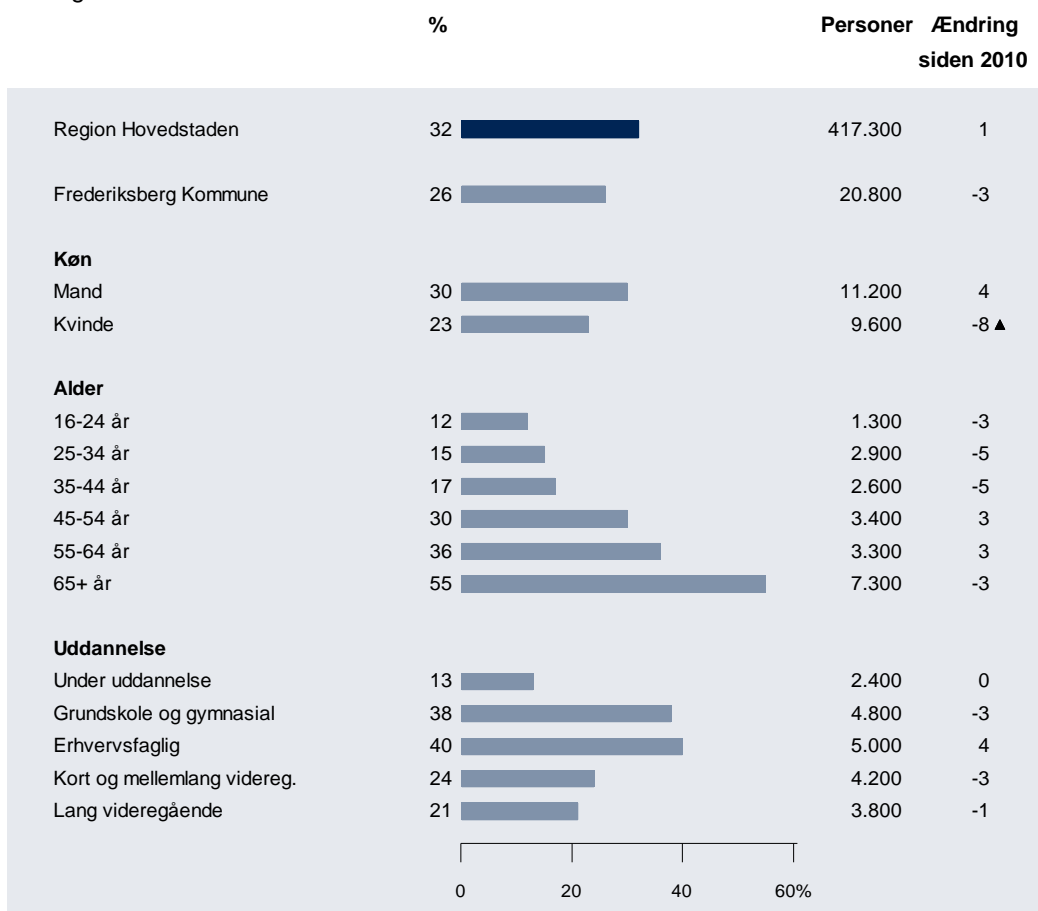
**Moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden - mindre end 30 minutter om dagen** omfatter borgere, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling for moderat til hård fysisk aktivitet.

Den tid, som borgerne bruger på moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden, opgøres som tid brugt på forskellige former for aktivitet i hverdagen. Udover organiseret sport og træning medregnes fritids- og motionsaktiviteter såsom havearbejde og aktiv transport.

**Køn og alder:** Der er en større andel mænd end 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 den yngste aldersgruppe, er andelen af fysisk inaktive borgere omkring fire gange større i den ældste

aldersgruppe. Dette kan skyldes, at flere ældre borgere af helbredsmæssige årsager ikke kan være fysisk aktive.

Tabel 3.9 Borgere, som i fritiden er fysisk aktive med moderat til hård intensitet i mindre end 30 minutter om dagen



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

**Uddannelse:** 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. Næsten dobbelt så mange borgere med grundskole-, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse er fysisk inaktive sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse.

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Siden 2010 er der sket et statistisk signifikant fald på 8 procentpoint i andelen af kvinder, som ikke dagligt er moderat til hårdt fysisk aktive 30 minutter om dagen. De øvrige ændringer skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

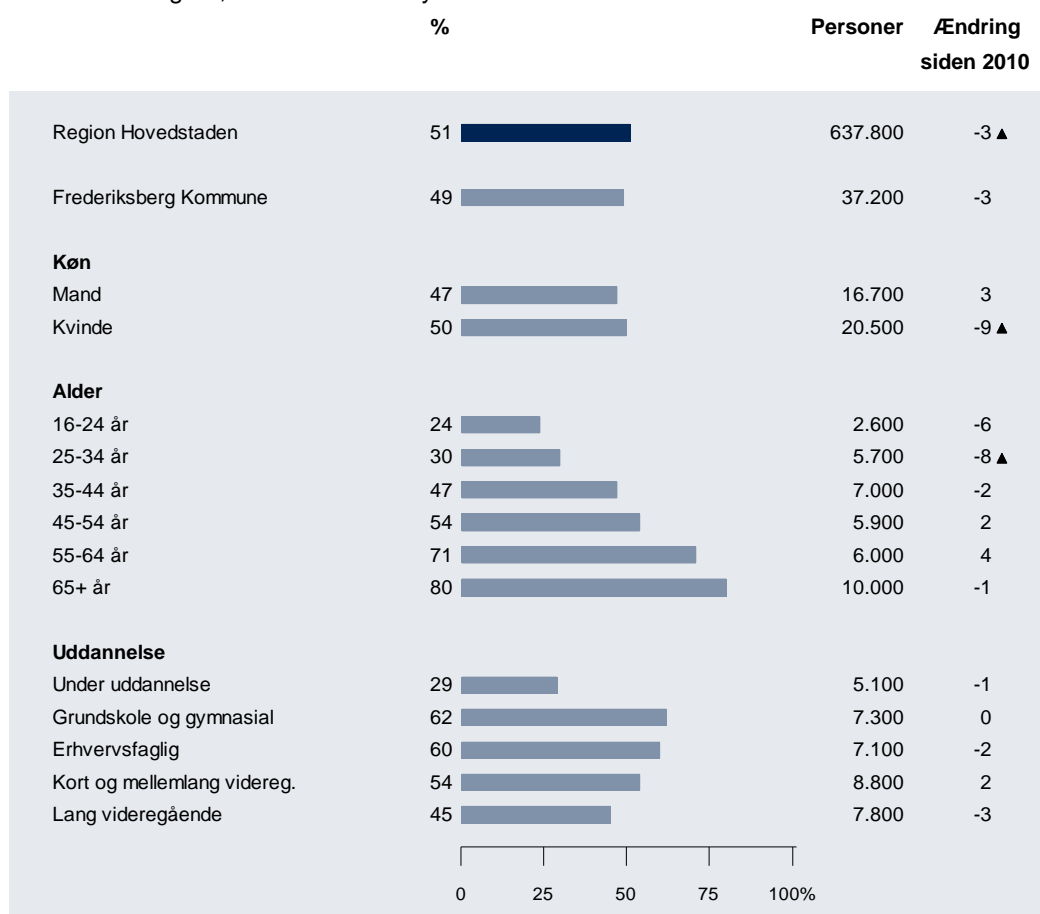
### 3.1.4.2 Hård fysisk aktivitet i fritiden – mindre end 40 minutter om ugen

I Frederiksberg Kommune er 49 % af borgerne ikke fysisk aktive i fritiden med hård intensitet mindst 40 minutter om ugen, svarende til 37.200 personer (tabel 3.10). Forekomsten af hård fysisk aktivitet er lavere end forekomsten i regionen som helhed. Andelen af borgere, der ikke er hårdt fysisk aktive i fritiden, er faldet med 3 procentpoint fra 2010 til 2013. Det vil sige, at der er flere, der lever op til anbefalingen om hård fysisk aktivitet i 2013 end i 2010. Faldet er dog ikke statistisk signifikant, og skal derfor tolkes med varsomhed. I perioden 2007 til 2013 er der samlet set sket et fald i andelen af borgere, der ikke er hårdt fysisk aktive (1).

**Hård fysisk aktivitet i fritiden – mindre end 40 minutter om ugen** omfatter borgere, der ikke er hårdt fysisk aktive med høj intensitet 40 minutter om ugen.

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.

Tabel 3.10 Borgere, som i fritiden er fysisk aktive med hård intensitet i mindre end 40 minutter om ugen



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

**Køn og alder:** Der er ingen væsentlig kønsforskel på andelen af borgere, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om hård fysisk aktivitet. Blandt mænd og kvinder er det således halvdelen af borgerne, der ikke er hårdt fysisk aktive. Andelen af borgere, der ikke er hårdt fysisk aktive, stiger med alderen. Sammenlignet med de 16-34 årige er andelen borgere, der ikke er hårdt fysisk aktive mindst 40 minutter om ugen, to til tre gange større blandt borgere over 55 år. Dette kan skyldes, at flere ældre borgere af helbredsmæssige årsager ikke kan være hårdt fysisk aktive.

**Uddannelse:** Der ses en social gradient i andelen af borgere, der ikke er hårdt fysisk aktive mindst 40 minutter om ugen. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne er ikke hårdt fysisk aktive. Mens seks ud af ti borgere, med grundskole-, gymnasial-, eller erhvervsfaglig uddannelse ikke er hårdt fysisk aktive i fritiden, gælder det kun fire ud af ti borgere, som har en lang videregående uddannelse

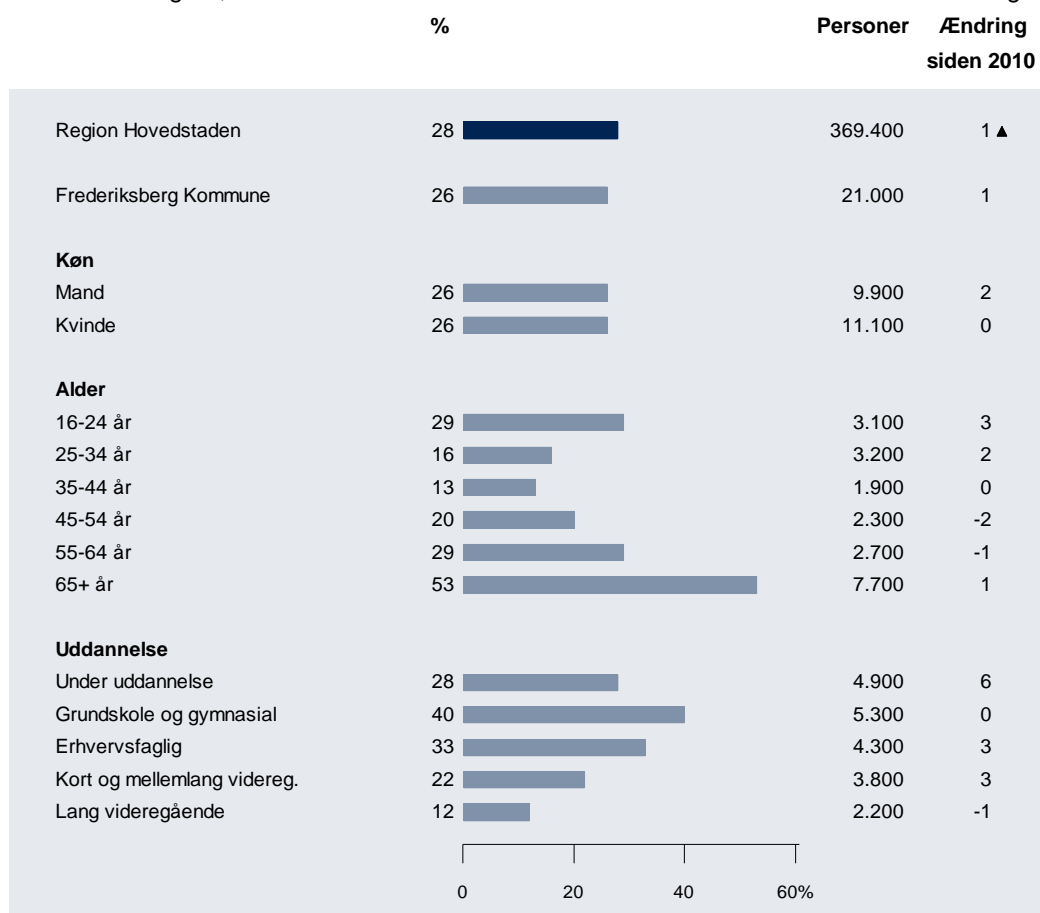
**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Siden 2010 er der sket et statistisk signifikant fald på 9 procentpoint blandt kvinder, som ikke er hårdt fysisk aktive mindst 40 minutter om ugen. Desuden ses et statistisk signifikant fald på 8 procentpoint blandt de 25-34 årige. De øvrige ændringer skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

### **3.1.4.3 Stillesiddende adfærd i fritiden – mere end fire timer om dagen**

I Frederiksberg Kommune er 26 % af borgerne stillesiddende i fritiden mere end fire timer om dagen, svarende til 21.000 personer (tabel 3.11). Forekomsten af stillesidning i fritiden er ikke væsentligt forskelligt fra forekomsten i regionen som helhed. Andelen af stillesiddende er stort set uændret fra 2010 til 2013, ligesom andelen er uændret i den samlede periode fra 2007 til 2013 (1).

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

Tabel 3.11 Borgere, som i fritiden har mere end fire timers stillesiddende aktiviteter om dagen



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

**Køn og alder:** Der er ingen kønsforskel i forhold til andelen af borgere, der er stillesiddende mere end fire timer dagligt i fritiden. Lidt mere end hver fjerde kvinde og mand er stillesiddende i fritiden. Stillesidning i fritiden er mindst udbredt blandt de 34-44 årige og mest udbredt blandt de 16-24 årige og borgere over 65 år. Hver tredje borger på 16-24 år og hver anden borger over 65 år er stillesiddende i fritiden, mens det kun gælder hver tiende borgere på 35-44 år. Aldersforskellene kan skyldes, at en stor del af de 16-24 årige er studerende og derfor bruger en del af deres fritid på at læse. Derudover har de 16-24 årige, ligesom de ældste borgere, som typisk er pensionister, flere timers fritid på en dag sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

**Uddannelse:** Der ses en social gradient i forekomsten af stillesidning i fritiden. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har stillesiddende adfærd i fritiden. Blandt borgere med grundskole- eller gymnasial uddannelse er andelen af borgere med stillesiddende adfærd tre gange større sammenlignet med borgere, som har en lang videregående uddannelse.

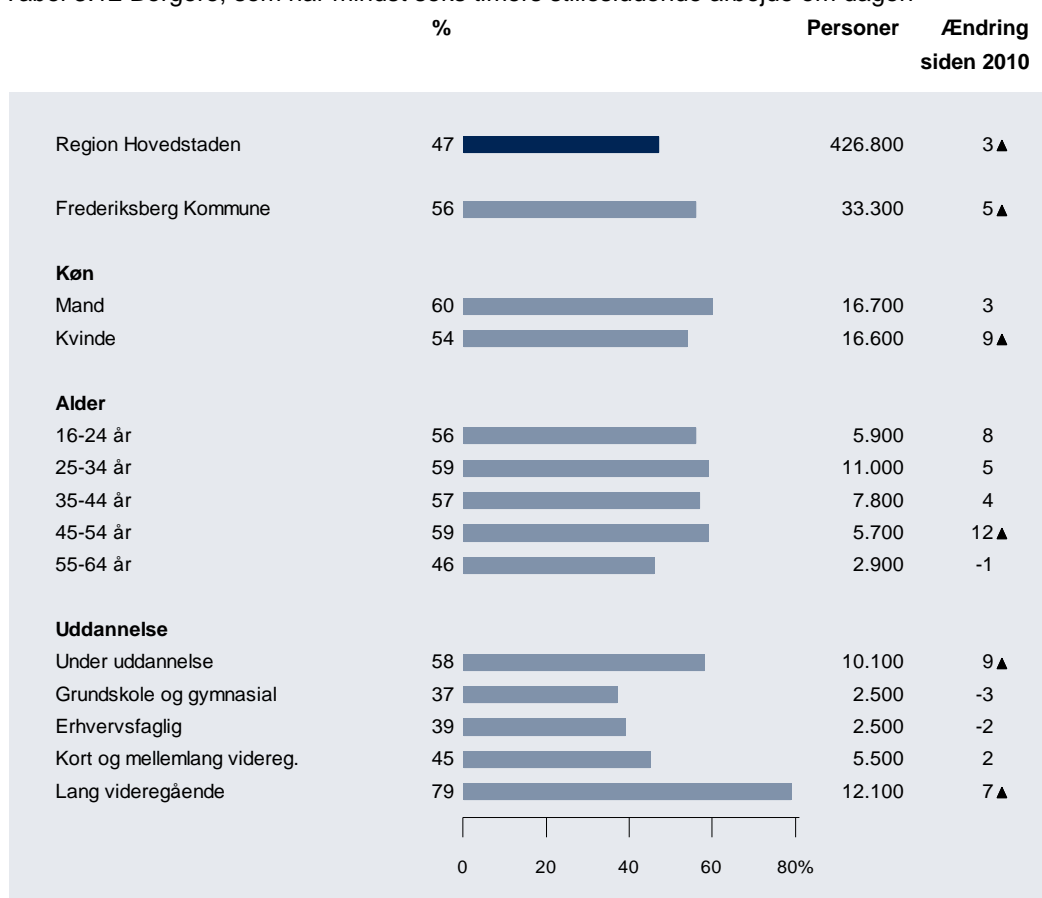
**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Ændringerne skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

### 3.1.4.4 Stillesiddende arbejde – mindst seks timer om dagen

I Frederiksberg Kommune har 56 % af borgerne stillesiddende arbejde mindst seks timer om dagen, svarende til 33.300 personer (tabel 3.12). Forekomsten af stillesiddende arbejde er større end forekomsten i regionen som helhed. Andelen, som har stillesiddende arbejde er steget signifikant med 5 procentpoint fra 2010 til 2013. Stigningen er statistisk signifikant. I perioden 2007 til 2013 er der samlet set sket en stigning i andelen af borgere, der har mindst seks timers stillesiddende arbejde om dagen (1).

**Stillesiddende arbejde** defineres som mindst seks timers stillesiddende arbejde dagligt som for eksempel kontorarbejde. I analyserne indgår borgere, der er i den erhvervsaktive alder (16-64 år) og som er i beskæftigelse eller under uddannelse.

Tabel 3.12 Borgere, som har mindst seks timers stillesiddende arbejde om dagen



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

**Køn og alder:** En større andel af mænd har stillesiddende arbejde sammenlignet med kvinder. Blandt de 16-54 årige er andelen af borgere med stillesiddende arbejde stort set den samme, næsten 60 % af borgerne har stillesiddende arbejde. Blandt de 55-64 årige er andelen dog 46 %. Det kan hænge sammen med, at det især er borgere med en lang videregående uddannelse, der har stillesiddende arbejde, og at der er færre med videregående uddannelser blandt de ældre erhvervsaktive end blandt de yngre.

**Uddannelse:** Andelen af borgere med mindst seks timers stillesiddende arbejde om dagen er mere end dobbelt så stor blandt borgere, som har en lang videregående uddannelse sammenlignet med borgere med grundskole-, gymnasial-, eller erhvervsfaglig uddannelser. Dette kan skyldes, at borgere med lange videregående uddannelser typisk udfører mindre fysisk krævende jobs og mere kontorarbejde end borgere med kortere uddannelser.

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Siden 2010 er der sket statistisk signifikante stigninger på 7-12 procentpoint blandt kvinder, de 45-54 årige og blandt borgere med lang videregående uddannelse. De øvrige ændringer skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

## 3.2 Overvægt

Overvægt er en vigtig indikator for om man er i risiko for at udvikle en kronisk sygdom. 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 (15;35;36). Som med andre biologiske mål, såsom blodtryk og kolesterol, er overvægt ofte betinget af den enkeltes sundhedsadfærd i form af rygning, fysisk aktivitet, madvaner og alkoholforbrug. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man gennem hele livet holder sin normalvægt.

Overvægt, som følge af manglende bevægelse og et højt kalorieindtag i maden, er et tiltagende problem for borgernes sundhed. Forekomsten af moderat og svær overvægt er steget markant inden for de seneste årtier og har udviklet sig til en regulær fedmeepidemi (37). Men fra 2007 til 2013 er der tegn på, at andelen af moderat og svært overvægtige borgere er stagneret i Region Hovedstaden.

De eksakte årsager til udvikling af overvægt er komplekse og omfatter både individuelle og samfundsmæssige forhold (35). På individniveau kan der være tale om både genetiske, miljø- og adfærdsmæssige samt psykosociale faktorer. Det komplekse årsagsnetværk gør forebyggelsen af overvægt vanskelig, men forebyggelsesarbejdet er vigtigt på grund af den høje forekomst af overvægt i befolkningen og de betydelige helbreds- og



samfundskonsekvenser (38). Til støtte for den kommunale forebyggende indsats udgav Sundhedsstyrelsen i 2013 forebyggelsespakken ”Overvægt”. Formålet med pakken er at give kommunerne anbefalinger til arbejdet med indsatser, der forebygger udviklingen af overvægt hos borgerne (38). Hvert år dør 1.300-1.400 borgere i Danmark på grund af sygdomme relateret til overvægt. Det svarer til 2 % af alle dødsfald. Svært overvægtige dør i gennemsnit 2-3 år tidligere end normalvægtige og moderat overvægt betyder knap 1 års kortere gennemsnitlig levetid blandt kvinder. Overvægtige kan forvente 4-10 færre leveår uden langvarig belastende sygdom (15). Overvægt koster sundhedsvæsenet ca. 2,0 mia. kr. om året i nettoomkostninger. For en gennemsnitskommune svarer dette til 5,6 mio. kr. årligt i medfinansiering (38). Samtidig kan 1,8 mio. ekstra fraværsdage og knap 1.500 førtidspensioner hvert år relateres til overvægt, hvilket yderligere har betydning for kommunernes økonomi (15;38).

I dette afsnit beskrives forekomsten af moderat overvægt og svær overvægt. Herefter beskrives ønske om vægttab blandt moderat overvægtige borgere. Da vægt og højde er selvrapporeret, må undersøgelsens tal for overvægt betragtes som minimumstal. Det skyldes, at flere undersøgelser har vist, at overvægtige oplyser en lavere vægt eller en højere højde end de faktiske mål (35;36).

I Frederiksberg Kommune er 62 % af borgerne normalvægtige, mens 2 % er undervægtige. Andelen af normal- og undervægtige borgere er stort set uændret siden 2010.

BMI fordelingen i Frederiksberg Kommune	2010	2013
Borgere, som er undervægtige (BMI <18,5)	3 %	2 %
Borgere, som normalvægtige (BMI = 18,5 -< 25,0)	61 %	62 %
Borgere, som moderat overvægtige (BMI = 25,0 -< 30,0)	28 %	28 %
Borgere, som er svært overvægtige (BMI >= 30,0)	8 %	8 %

### 3.2.1 Borgere, som er moderat eller svært overvægtige

I Frederiksberg Kommune er 28 % af borgerne moderat overvægtige, svarende til 22.700 personer, mens 8 % er svært overvægtige, svarende til 6.500 borgere (tabel 3.13). Forekomsten af både moderat- og svær overvægt er lavere i Frederiksberg Kommune end forekomsten i regionen som helhed. Andelen af moderat og svært overvægtige borgere er uændret siden 2010, ligesom andelen af moderat og svært overvægtige borgere er uændret i den samlede periode fra 2007 til 2013 (1). Det tyder på, at udviklingen i andelen af overvægtige borgere er stagneret.

Overvægt vurderes på baggrund af borgernes BMI, der beregnes ud fra en persons vægt og højde som vægt (kg) / højde(m)<sup>2</sup>.

**Moderat overvægt** omfatter borgere med en BMI på 25,0 - < 30,0.

**Svær overvægt** omfatter borgere med en BMI på BMI ≥ 30,0.

Tabel 3.13 Borgere, som er moderat eller svært overvægtige

	Moderat overvægt			Svær overvægt		
	%	Personer	Ændring siden 2010 %	%	Personer	Ændring siden 2010
Frederiksberg Kommune	28	22.700	0	8	6.500	0
<b>Køn</b>						
Mand	38	14.400	2	7	2.600	0
Kvinde	19	8.200	-2	9	3.900	1
<b>Alder</b>						
16-24 år	12	1.300	-4	3	300	2
25-34 år	24	4.700	7▲	3	600	1
35-44 år	26	3.900	-8▲	7	1.100	2
45-54 år	34	3.900	-2	8	900	-2
55-64 år	36	3.400	2	16	1.600	3
65+ år	35	5.500	0	12	1.900	-4
<b>Uddannelse</b>						
Under uddannelse	19	3.400	3	2	400	0
Grundskole og gymnasial	37	5.000	4	10	1.300	-3
Erhvervsfaglig	34	4.600	3	16	2.200	3
Kort og mellemlang videreg.	23	4.000	-9▲	8	1.300	2
Lang videregående	28	5.000	1	6	1.100	2

▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

**Køn og alder:** Andelen af moderat overvægtige er dobbelt så stor blandt mænd sammenlignet med kvinder. Der er stort set ingen kønsforskel i andelen af svært overvægtige. Der ses en aldersgradient for både moderat og svær overvægt, hvor andelen af overvægtige borgere stiger med alderen. For svær overvægt falder forekomsten dog blandt de 65+ årige. Dette fald kan skyldes, at svært overvægtige borgere dør tidligere af følgesygdomme, eller at der blandt de ældste er flere borgere med kronisk sygdom, der fører til sygdomsrelaterede vægttab.

**Uddannelse:** Forekomsten af overvægt er højere blandt borgere med grundskole-, gymnasial-, eller erhvervsfaglig uddannelse sammenlignet med borgere med videregående uddannelser. Tendensen er især udtalt for svær overvægt.

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Siden 2010 er der sket statistisk signifikante fald på 8-9 procentpoint blandt de 35-44 årige og blandt borgere med kort og mellemlang videregående uddannelse, som er moderat overvægtige. Der ses desuden en statistisk signifikant stigning på 7 procentpoint blandt de 25-34 årige. Disse og de øvrige ændringer for både moderat og svær overvægt skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

### **3.2.2 Motivation til vægttab blandt borgere, som er moderat overvægtige**

I Frederiksberg Kommune ønsker 84 % af de moderat overvægtige borgere at tabe sig, svarende til 19.000 personer (tabel 3.14). Forekomsten er ikke væsentligt forskellig fra forekomsten i regionen som helhed. Andelen af moderat overvægtige borgere, som ønsker at tabe sig er uændret siden 2010.

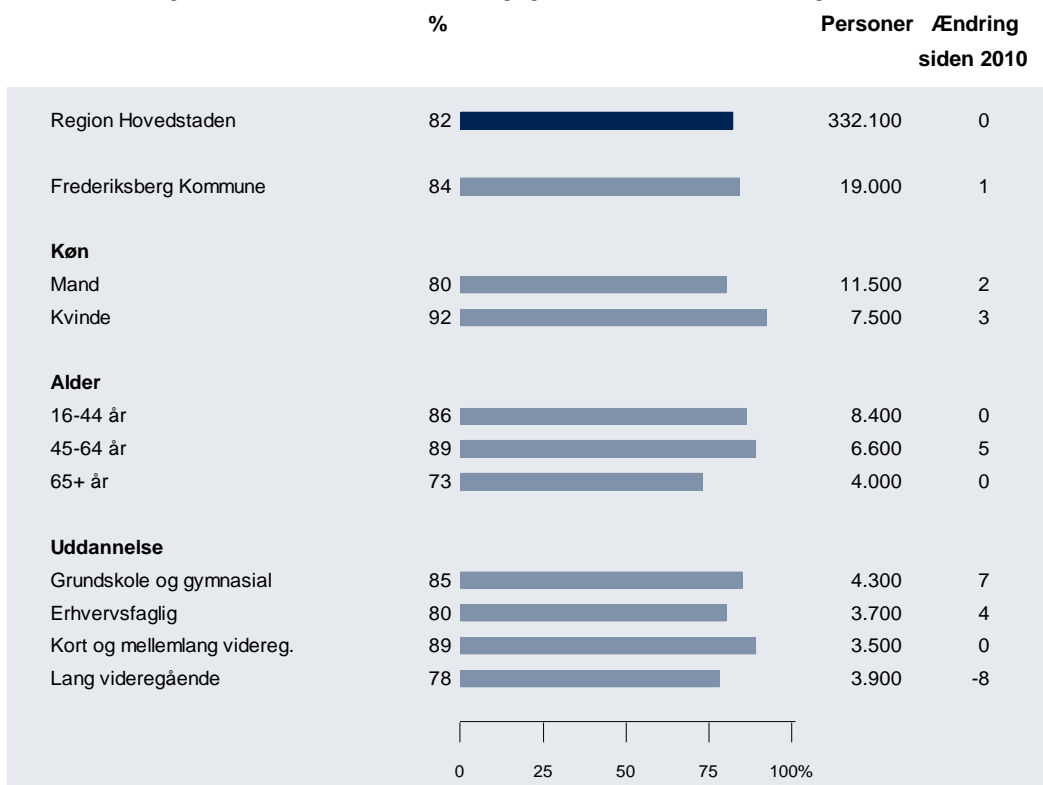
Grundet for få besvarelser blandt svært overvægtige borgere i Frederiksberg Kommune, som ønsker at tabe sig er det ikke muligt at vise resultater fordelt på sociodemografiske grupper.

**Køn og alder:** For moderat overvægt er der en større andel kvinder, som ønsker at tabe sig sammenlignet med mænd. Andelen af moderat overvægtige borgere, der ønsker vægttab, er mindst blandt borgere over 65 år.

**Uddannelse:** Der er ingen væsentlig forskel på uddannelsesgrupperne i forhold til moderat overvægtige borgere, som ønsker at tabe sig.

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Ændringerne skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Tabel 3.14 Borgere, som er moderat overvægtige, som ønsker at tabe sig



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

### 3.3 Stress

Stress er en tilstand, der påvirker borgeren både fysisk, psykisk og socialt, og som kan være vanskelig at håndtere. Borgerens evne til at håndtere stress afhænger både af genetiske, adfærdsmæssige og fysiologiske forhold. Længerevarende stress kan medføre øget risiko for en række sygdomme som hjertekarsygdomme og depression, ligesom stress også kan medføre forværring af eksisterende sygdomme (39).

I Frederiksberg Kommune har 19 % af borgerne et højt stressniveau, svarende til 15.900 personer (tabel 3.15). Forekomsten af højt stressniveau er ikke væsentligt forskellig fra forekomsten i regionen som helhed. Andelen af borgere med et højt stressniveau er stort set uændret i perioden 2010 til 2013, ligesom andelen er uændret i den samlede periode fra 2007 til 2013 (1).

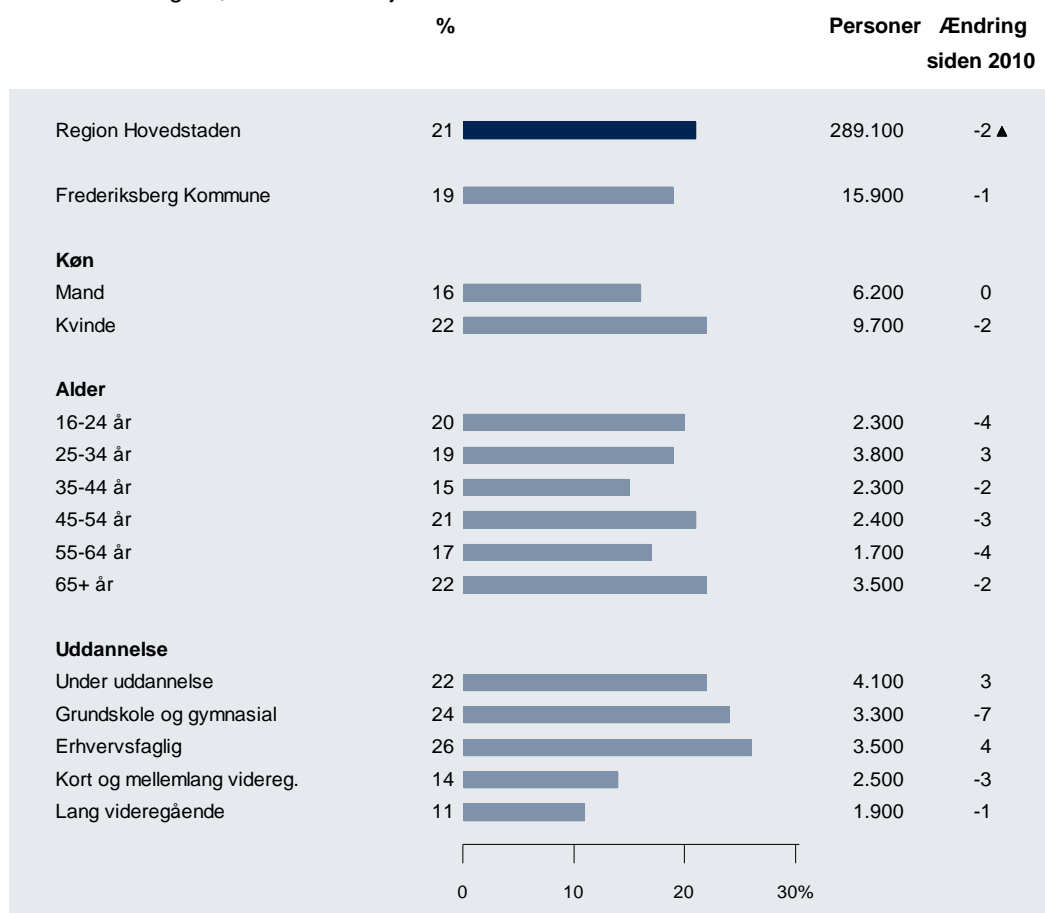
**Stress** er målt med Cohens Perceived Stress Scale (PSS), som er en valideret stress-skala. Skalaen måler borgerens oplevelse af stress inden for den seneste måned ved hjælp af ti spørgsmål inden for følgende dimensioner af stress: Uforudsigelighed, manglende kontrol og høje krav. Skalaen går fra 0 til 40. Jo højere værdi, des højere grad af oplevet stress (71). I sundhedsprofilen fokuseres på den del af befolkningen, som har det højeste stressniveau på stress-skalaen. I det følgende omtales dette som borgere med højt stressniveau. Til afgrænsningen af personer med højt stressniveau benyttes en grænseværdi på  $\geq 18$  beregnet af Statens Institut for Folkesundhed på basis af data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010 (40). Grænseværdien er sat så den på landsplan identificerer de 20 % af befolkningen, som har det højeste stressniveau i 2010.

**Køn og alder:** En større andel af kvinder end mænd har et højt stressniveau. Der er ingen klar alderstendens for højt stressniveau.

**Uddannelse:** Andelen af borgere, der har et højt stressniveau er større blandt borgere med grundskole-, gymnasial- eller erhvervsfaglig uddannelse sammenlignet med borgere med videregående uddannelser.

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Ændringerne skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Tabel 3.15 Borgere, som har et højt stressniveau



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

## 3.4 Unge

Dette afsnit omhandler dels unges brug af euforiserende stoffer, det vil sige hash og andre stoffer, og dels deres seksuel adfærd og sexsygdomme. De unge defineres i denne rapport som værende i aldersgruppen 16-34 år.

### 3.4.1 Euforiserende stoffer

Eksperimenter med euforiserende stoffer (herefter kalder stoffer) er et ungdomsfænomen. Eksperimentelt brug af stoffer toppe i 16-19 års alderen, og få prøver at tage stoffer for første gang efter, de er fyldt 20 år. I Danmark er andelen af borgere, som har eller har haft et eksperimenterende forbrug af stoffer stor i forhold til andre lande, men andelen er faldende (41). Fra 2010 til 2013 ses et fald i andelen af unge i Region Hovedstaden, som har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer.

Efter kommunalreformen i 2007 er forebyggelse og behandling af stofmisbrug blevet et kommunalt ansvarsområde og mange kommuner har iværksat forebyggelsesindsatser. Kommunernes forebyggelse af hash og andre euforiserende stoffer foregår oftest i

skolerne, som et samarbejde mellem de enkelte skoler og SSP. Der er behov for, at forebyggelsesindsatsen også omfatter ungdomsuddannelserne og fritids- og klubmiljøerne (42). Til støtte for den kommunale forebyggende indsats mod brug af euforiserende stoffer, særligt blandt unge, udgav Sundhedsstyrelsen i 2013 forebyggelsespakken ”Stoffer” (42). Euforiserende stoffer er ulovlige at bruge, sælge og besidde. Narkotikalovgivningen blev strammet i 2003, hvorefter besiddelse af narkotika selv i små mængder (”til eget forbrug”) kan føre til bøde, også når det gælder hash. Eksperimenterende brug af 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 hæmmer desuden indlæringsvejen i op til fire uger efter brug og kan derfor have konsekvenser for den enkeltes skolegang og uddannelsesmuligheder (42). Det skønnes, at der årligt er 1.000 dødsfald relateret til misbrug af stoffer. Det svarer til 2 % af alle dødsfald (15). I 2012 blev ca. 5.700 borgere indlagt på psykiatrisk hospital på grund af brug af stoffer (41).

I dette afsnit beskrives andelen af de unge 16-34 årige, som har prøvet hash og andre stoffer. Herefter beskrives unges brug af hash og andre stoffer inden for den seneste måned. Det er kun muligt at belyse udviklingen i brugen af stoffer siden 2010 blandt de unge i denne undersøgelse, da der ikke blev spurgt om stofbrug blandt borgere på 35 år eller derover i 2010.

<b>Brug af euforiserende stoffer blandt borgere i Frederiksberg Kommune</b>	<b>2010</b>	<b>2013</b>
Unge, som har prøvet hash	65 %	60 %
Unge, som har prøvet euforiserende stoffer	19 %	16 %
Unge, som har brugt hash eller andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned	9,5 %	9,0 %
Borgere på 35 år eller derover, som har brugt hash eller andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned		2,1 %

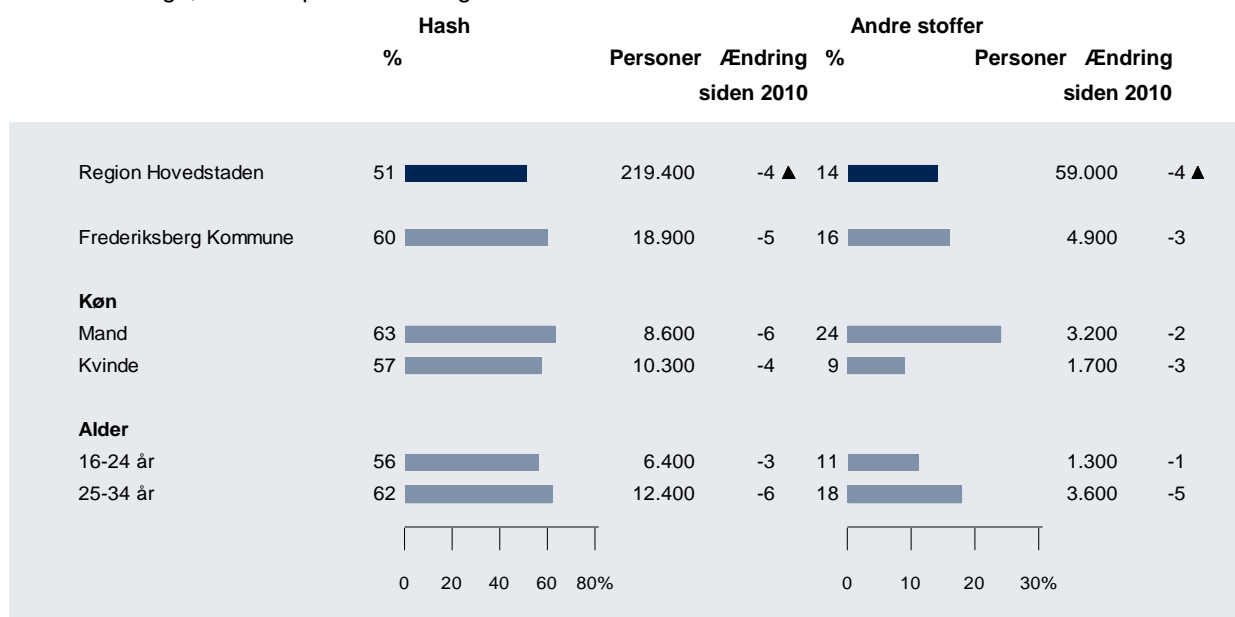
### 3.4.1.1 Udbredelse af hash og andre euforiserende stoffer blandt unge

I Frederiksberg Kommune har 60 % af de unge prøvet hash, svarende til 18.900 personer, mens 16 % af de unge har prøvet andre stoffer end hash, svarende til 4.900 personer (tabel 3.16).

**Andre euforiserende stoffer** dækker her over kokain, amfetamin, ecstasy, svampe med mere.

Forekomsten af unge, som har prøvet hash og unge, som har prøvet andre stoffer er højere end i regionen som helhed. Næsten alle unge, som prøver andre stoffer, har også prøvet hash. Andelen af unge, der har prøvet hash er faldet med 5 procentpoint fra 2010 til 2013, mens andelen, der har prøvet andre stoffer er faldet med 3 procentpoint i samme periode. Disse fald er dog ikke statistisk signifikante, og skal derfor tolkes med varsomhed.

Tabel 3.16 Unge, som har prøvet hash og andre euforiserende stoffer



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

**Køn og alder:** Der er ingen væsentlige køns- og aldersforskelle i andelen af borgere som har prøvet hash. Hvad angår andelen af unge, som har prøvet andre stoffer har en større andel af mænd end kvinder, og en større andel af de 25-34 årige prøvet andre stoffer sammenlignet med de 16-24 årige.

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Ændringerne skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

### 3.4.1.2 Brug af hash og andre euforiserende stoffer den seneste måned blandt unge

Idet data for brug af andre stoffer den seneste måned er sparsomme, behandles brug af hash og andre euforiserende stoffer samlet. I Frederiksberg Kommune har 9,0 % af de unge brugt hash eller andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned, svarende til 2.800 personer (tabel 3.17). Forekomsten er højere end forekomsten i regionen som helhed.

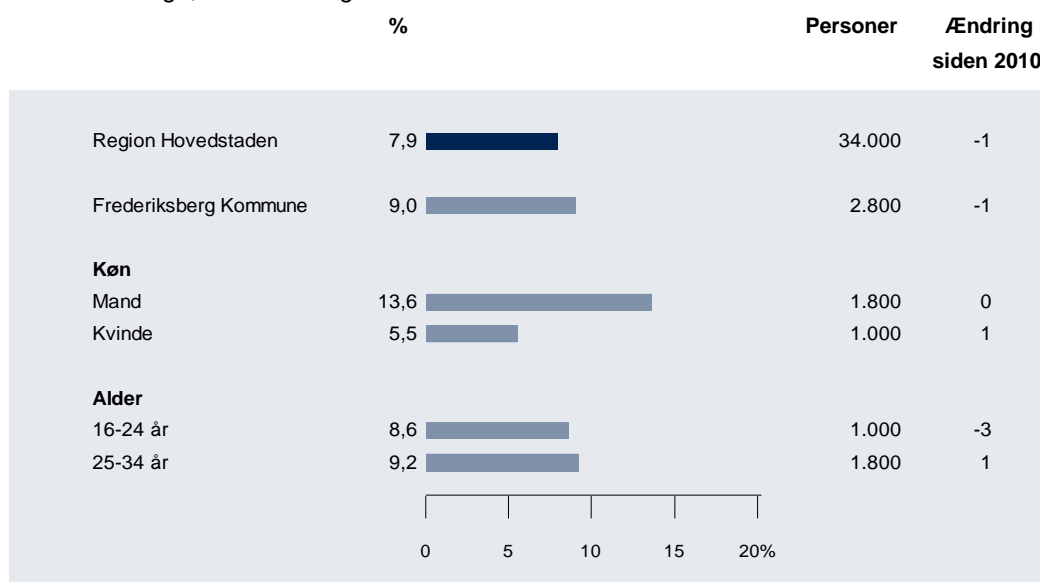


Andelen af unge, der har brugt hash eller andre stoffer inden for den seneste måned, har ikke ændret sig fra 2010 til 2013 i Frederiksberg Kommune.

**Køn og alder:** Andelen af mænd, som har brugt hash eller andre stoffer inden for den seneste måned, er mere end dobbelt så stor som andelen af kvinder. Der er ingen væsentlig forskel på de to aldersgrupper i forhold til brug af hash eller andre stoffer inden for den seneste måned.

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Ændringerne skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Tabel 3.17 Unge, som har brugt hash eller andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

### 3.4.2 Seksuel adfærd og seksygdomme

Ubeskyttet sex er årsag til en række sundhedsproblemer, herunder uønsket graviditet og seksygdomme som klamydia, kønsvorter, livmoderhalskræft, HIV, herpes og gonoré. Seksygdomme er betegnelsen for sygdomme, der smitter ved seksuel kontakt mellem mennesker og er meget udbredte i Danmark – især blandt unge i alderen 16-30 år (43).

Bekæmpelse af seksygdomme var frem til 1988 underlagt særlig lovgivning i Danmark, hvorefter loven om bekæmpelse af kønssygdomme blev ophævet. Siden da har ansvaret for forebyggelse og behandling af seksygdomme været delt mellem amt og kommuner, og siden mellem region og kommuner. Seksygdomme diagnosticeres og behandles i vidt omfang i almen praksis (43).

Til støtte for den kommunale forebyggende indsats udgav Sundhedsstyrelsen i 2012 forebyggelsespakken ”Seksuel Sundhed” (43). Formålet med pakken er, at understøtte kommunens arbejde med at øge den seksuelle sundhed og trivsel blandt alle borgere, reducere forekomsten og spredningen af sexsygdomme, reducere antallet af uønskede graviditeter og behovet for fertilitetsbehandling. Herudover kører Sundhedsstyrelsen kampagnen ”Kun med Kondom”, som har fokus på at reducere forekomsten af sexsygdomme og øge brugen af kondom blandt unge ([www.sst.dk](http://www.sst.dk)).

Hvert år foretages cirka 15.000 aborter i Danmark, et tal der har været nogenlunde stabilt gennem de sidste mange år. Antallet af aborter blandt 15-24 årige var stigende fra 1999-2008, men synes i de seneste år at være stagneret (43).

Klamydia er den mest udbredte sexsygdom blandt danske unge. I 2012 blev omkring 26.000 personer, primært unge mellem 15 og 30 år, diagnosticeret med klamydia (44). Statens Serum Institut vurderer, at antallet formodentlig er langt større, da mange klamydiatilfælde ikke identificeres, fordi sygdommen kan forløbe uden symptomer (15). Ubehandlet kan klamydia medføre en række alvorlige konsekvenser. Det skønnes at klamydia årligt er årsag til omkring 4.000 tilfælde af underlivsbetændelse, 480 tilfælde af ufrivillig barnløshed, 320 tilfælde af graviditet uden for livmoderen og 600 tilfælde af kroniske underlivssmerter (15). Antallet af unge, som får konstateret klamydia har været faldende over de seneste år (45). Det samme gælder antallet af unge, som har fået konstateret kønsvorter.

Livmoderhalskræft og HIV hører til de alvorligste sexsygdomme og er potentielt dødelige. Livmoderhalskræft rammer årligt omkring 400 kvinder i Danmark, hvoraf en tredjedel dør af sygdommen (46). Med indførelsen af vaccination mod humant papillomvirus (HPV) forventes en fremtidig reduktion i forekomsten af livmoderhalskræft. I 2012 fik 200 personer konstateret HIV og 40 fik konstateret AIDS (47). Livmoderhalskræft og HIV er alvorlige sygdomme, men rammer kun en meget lille andel af befolkningen. Disse sygdomme behandles derfor ikke specifikt i denne sundhedsprofil.

Det anslås, at sexsygdomme og uønskede graviditeter hvert år medfører 10.000 hospitalsindlæggelser og 50.000 ambulante hospitalsbesøg i Danmark (15). Sexsygdomme og uønskede graviditeter koster hvert år sundhedsvæsenet 309 mio. kr. For en gennemsnitskommune svarer det til 0,9 mio. kr. om året i medfinansiering (43).

I dette afsnit beskrives først ubeskyttet sex i forhold til uønsket graviditet og sexsygdomme. Dernæst beskrives andelen af unge, som har fået konstateret en sexsygdom inden for de seneste 12 måneder, med særligt fokus på forekomsten af klamydia. 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, er der ikke opgørelser i forhold til uddannelsesniveau. Der kan ikke opgøres ændringer, da der er ændret i spørgsmålsformuleringen siden 2010. I 2007 indgik emnet ikke i spørgeskemaundersøgelsen.

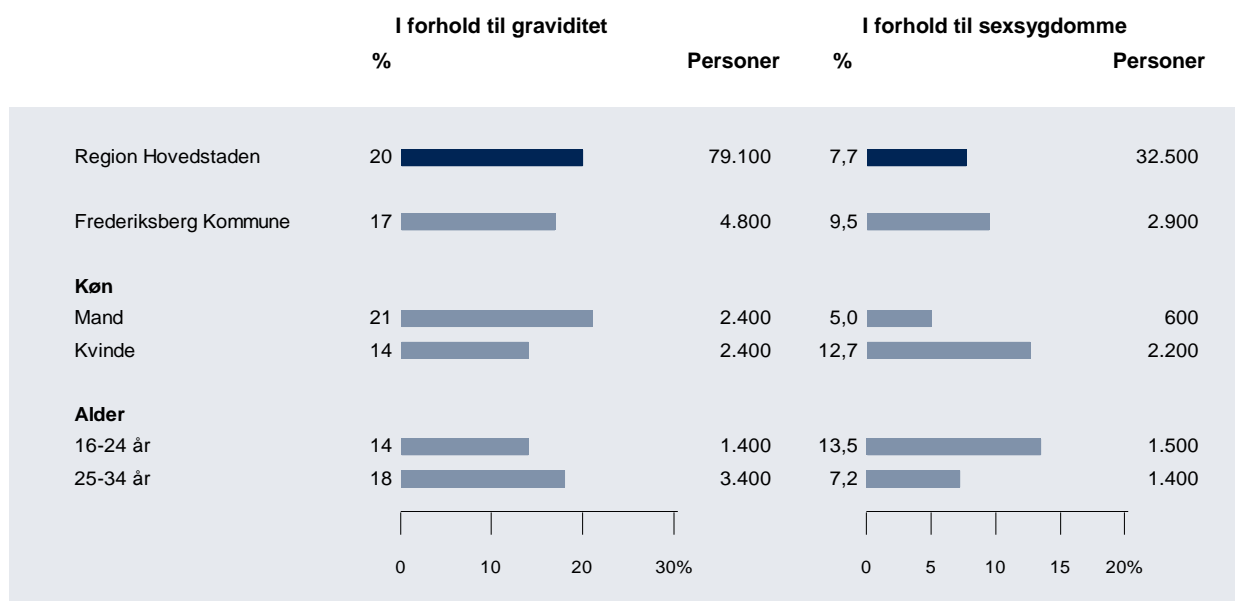
### 3.4.2.1 Ubeskyttet sex

I Frederiksberg Kommune brugte 17 % af de unge mellem 16 og 34 år, der ikke ønsker at få et barn, ikke prævention ved seneste samleje, svarende til 4.800 personer (tabel 3.18). Forekomsten er lavere end forekomsten i regionen som helhed. Blandt unge, der har skiftende seksualpartnere, brugte 9,5 % ikke kondom ved seneste samleje, svarende til 2.900 personer. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i Frederiksberg Kommune.

**Ubeskyttet sex i forhold til uønsket graviditet** opgøres som unge, der ved seneste samleje havde sex uden prævention og ikke ønsker at få et barn. Prævention omfatter kondomer, p-piller/minipiller/p-stav/p-ring, spiral, fortrydelsespille, pessar eller andet, dog ikke sikre perioder eller afbrudt samleje.

**Ubeskyttet sex i forhold til seksygdomme** opgøres som unge, der ved seneste samleje havde sex uden kondom og har haft mindst tre seksualpartnere inden for det seneste år.

Tabel 3.18 Unge, som har ubeskyttet sex i forhold til uønsket graviditet og seksygdomme



**Køn og alder:** En større andel af mænd havde ubeskyttet sex ved seneste samleje, selvom de ikke ønsker et barn, sammenlignet med kvinder. Det kan dog delvist skyldes, at manden

er uvidende om, hvorvidt kvinden har benyttet prævention, når der ikke er tale om brug af kondomer. Omvendt havde en større andel af kvinder ubeskyttet sex i forhold til sexsygdomme sammenlignet med mænd. Ubeskyttet sex i forhold til graviditet er mere udbredt blandt de 25-34-årige end blandt de 16-24-årige, mens usikker sex i forhold til sexsygdomme er mest udbredt blandt de 16-24-årige. De nævnte aldersforskelle blandt unge, som har ubeskyttet sex i forhold til graviditet er dog ikke statistisk signifikante og skal derfor tolkes med varsomhed.

### 3.4.2.2 Sexsygdomme

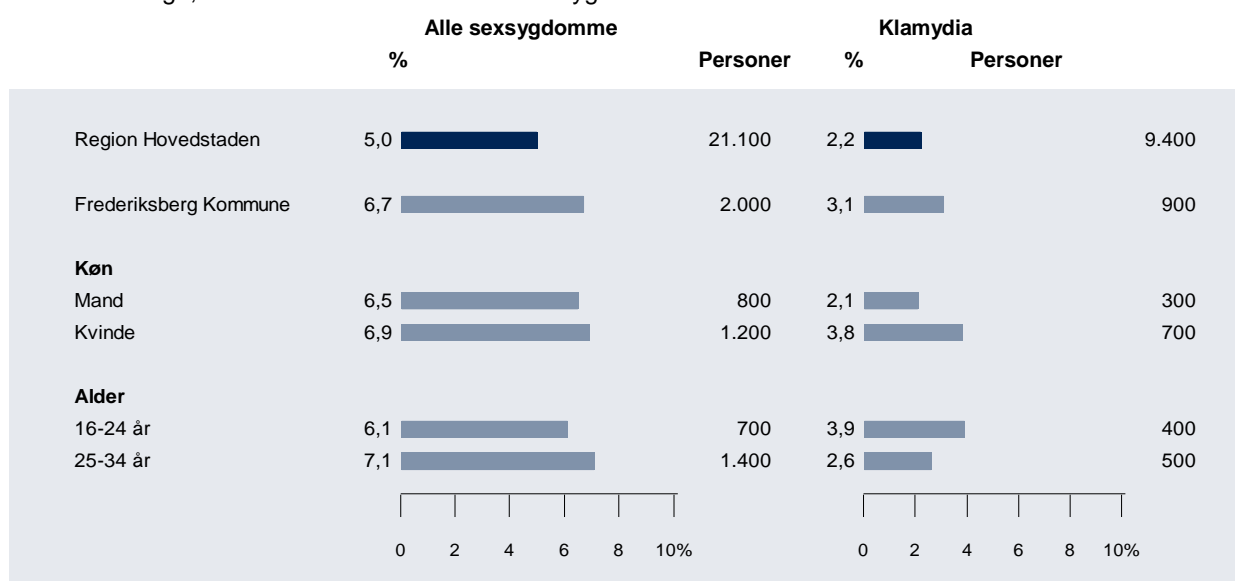
I Frederiksberg Kommune har 6,7 % af de unge fået konstateret én eller flere sexsygdomme indenfor de seneste 12 måneder, svarende til 2.000 personer (tabel 3.19). I alt 3,1 % af de unge har fået konstateret klamydia indenfor de seneste 12 måneder, svarende til 900 personer. Forekomsten af både unge, der har fået konstateret sexsygdomme og unge, der har fået konstateret klamydia er højere end forekomsten i regionen som helhed.

**Sexsygdomme** omfatter klamydia, gonorrhé, kønsvorter(kondylomer), herpes på kønsorganerne, syfilis og andre seksuelt overført sygdomme.

**Klamydia** beskrives desuden særskilt, da det er den hyppigst forekommende sexsygdom blandt danske unge.

**Køn og alder:** Der er ingen statistisk signifikant køns-eller aldersforskelle på andelen af unge, der har fået konstateret klamydia eller en anden sexsygdom indenfor de seneste 12 måneder.

Tabel 3.19 Unge, som har fået konstateret en sexsygdom inden for de seneste 12 måneder



## 4 Byrum

Menneskers sundhed er ikke kun et resultat af bevidste livsstilsvalg. Borgernes sundhedsadfærd er i høj grad påvirket af det sted, de bor og de rammer, som nærmiljøet skaber for at leve et henholdsvis sundt eller usundt liv. Nærmiljøet omfatter alle de steder, hvor borgerne opholder sig i deres hverdag, for eksempel hjemmet, boligområdet, arbejdspladsen, uddannelsesstedet, lokale fritidsforeninger med mere. Borgernes dagligdag og vaner er organiseret omkring disse steder og rammerne for sund adfærd i nærmiljøet har derfor stor betydning for borgernes sundhedsadfærd.

Tidligere var forebyggelse koncentreret omkring oplysningskampagner. I dag er der inden for forebyggelse og sundhedsfremme en stigende erkendelse af omgivelsernes indflydelse på menneskers sundhedsadfærd og af, at sund levevis derfor ikke kun er et personligt ansvar (48;49). 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.

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. Det gælder både de bebyggede arealer og naturen. Der er evidens for, at let adgang og kort afstand til grønne områder, rekreative områder og aktivitetsfaciliteter i lokalområdet herunder parker, gang- og løbestier og legepladser har betydning for, om borgerne er fysisk aktive (48;50-53). Byplanlægningen har også betydning for borgernes bevægelsesmønstre, diversiteten i arealanvendelsen og nærområdets ”walkability” for eksempel via velforbundne gangstisystemer (50-54). Faktorer som æstetik, alsidighed og sikkerheden i omgivelserne spiller også en rolle (48;50-53). Omgivelserne har ikke kun betydning for fysisk aktivitet, men også for, hvor stillesiddende borgerne er (55;56).

Rammer, som bidrager til at integrere fysisk aktivitet i dagligdagen, herunder aktiv transport til arbejde/uddannelse, har særligt stort potentiale (48). God tilgængelighed til sikre og velbelyste cykelstier, som sneryddes om vinteren, og gode muligheder for cykelparkering inviterer borgeren til at bruge cyklen som dagligt transportmiddel (48;50-53;57;58). Adgang til velfungerende og udbygget kollektiv transport påvirker også borgere til at fravælge bilen som dagligt transportmiddel, og brug af offentlige transportmidler øger sandsynligheden for, at man er fysisk aktiv i forbindelse med transporten, for eksempel ved at man går til busstoppestedet eller cykler til togstationen (59;60). Herudover har økonomiske faktorer naturligvis også betydning for transportvalget, herunder prisen for offentlig transport, benzinprisen, afgifter på biltransport, road-pricing og parkeringspriser (48;50). Andre faktorer, som kan fremme bevægelse i dagligdagen, omfatter tilgængeligheden til trapper i offentlige bygninger som alternativ til elevatoren og skiltning med opfordring til at bruge trappen (48;50).

Kommunerne har stor indflydelse på de fysiske rammer for borgernes bevægelse, for eksempel gennem lokalplaner og anlægsprojekter. Dette stiller dog krav til samarbejde og

koordinering på tværs af forvaltningsområder. Kommunen kan for eksempel sikre gode rammer for fysisk aktivitet både indendørs og udendørs i skoler og institutioner ved etablering af rekreative områder på legepladser og i andre bevægelsesfremmende bymiljøer, samt ved at sikre et sammenhængende og sikkert cykelstisystem samt let adgang til idrætsfaciliteter. Det samme kan fokus på bevægelse i kommunens sundhedspolitik, ligesom udarbejdelse og implementering af handleplaner i offentlige institutioner og skoler kan fremme bevægelse og begrænse stillesidning, for eksempel via regler for computerspil, omfanget af idrætsundervisning, fokus på fysisk aktivitet i frikvarterer og gode muligheder for aktiv transport. For specifikke anbefalinger, se Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke Fysisk aktivitet (32).

I dette afsnit beskrives indledningsvist hvorvidt borgere i Frederiksberg Kommune er fysisk aktive i forbindelse med transport til og fra arbejde eller uddannelsessted. Hernæst beskrives rammerne for fysisk aktivitet i lokalområdet, herunder tilgængeligheden til steder, hvor man kan være fysisk aktiv, og borgernes vurdering af forskellige barrierers betydning for deres aktivitetsniveau. Herefter beskrives udbredelsen af fysisk aktivitet udvalgte steder i lokalområdet.

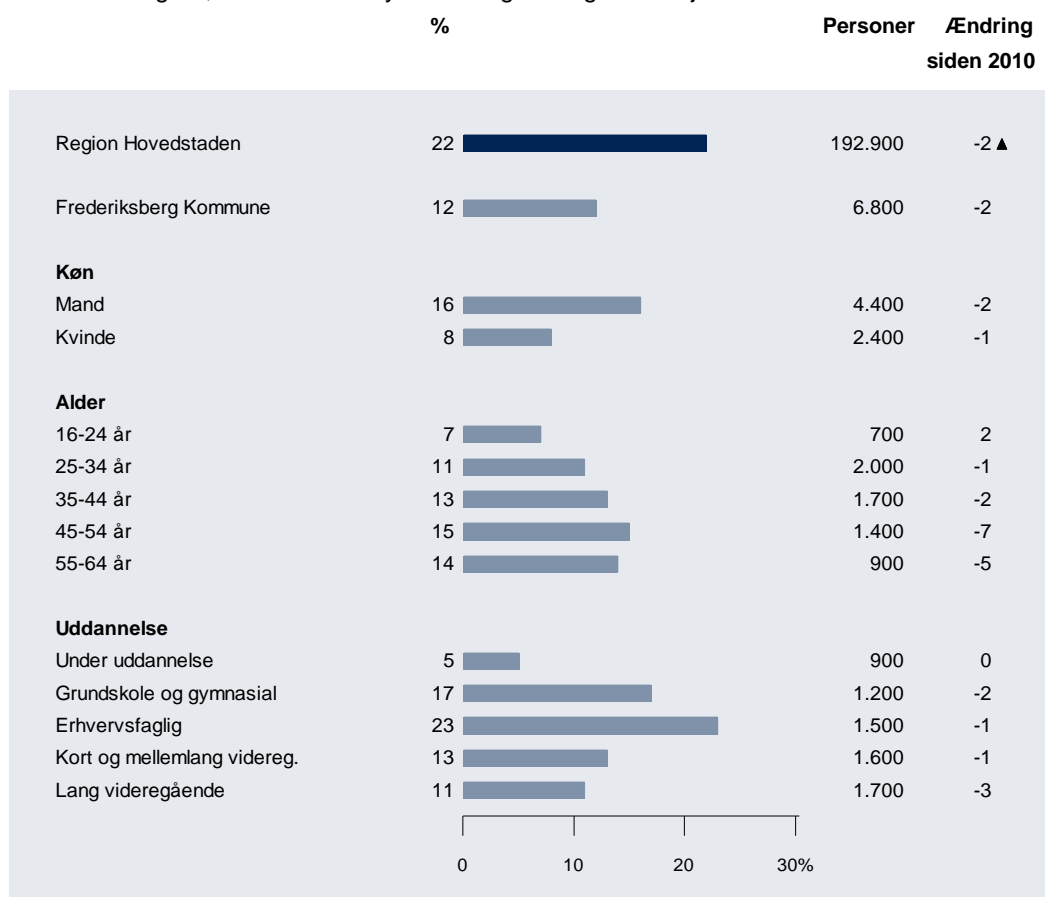
## 4.1 Transport til og fra arbejde eller uddannelsessted

Blandt borgere i Frederiksberg Kommune er der 12 %, der hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted, svarende til 6.800 personer (tabel 4.1). Forekomsten af inaktiv transport er lavere end forekomsten i regionen som helhed, hvilket vil sige, at andelen af borgere, der er fysisk aktive under transport er større i Frederiksberg end i regionen som helhed. Blandt borgere i Frederiksberg Kommune, der har over 10 km til arbejde eller uddannelsessted, er det 21 % der hverken cykler eller går under transporten (resultater ikke vist).

**Transport til og fra arbejde eller uddannelsessted** er målt ved hjælp af en skala, der kortlægger varighed og intensitet af fysisk aktivitet hele døgnet. Den opgør den samlede daglige eller ugentlige tid, som borgerne angiver at bruge på cykling og gang i forbindelse med transport (34). Resultaterne er opgjort blandt borgere i den erhvervsaktive alder (16-64 år), der er i arbejde eller under uddannelse.

Andelen af borgere, der hverken cykler eller går til arbejde eller uddannelsessted, er faldet med 2 procentpoint fra 2010 til 2013 (tabel 4.1). Det vil sige, at en større andel af borgerne er blevet fysisk aktive i forbindelse med transport. Faldet er dog ikke statistisk signifikant, og skal derfor tolkes med varsomhed. I perioden 2007 til 2013 er der samlet set sket et fald i andelen af borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted (1).

Tabel 4.1 Borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

**Køn og alder:** En dobbelt så stor andel mænd som kvinder hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted. Mens hver sjette mand ikke er fysisk aktiv under transport, er det hver tolvte kvinde. Andelen af borgere, der ikke har aktiv transport, stiger med alderen. Disse aldersforskelle er dog ikke statistisk signifikante, og skal derfor tolkes med varsomhed.

**Uddannelse:** Andelen af borgere, der hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelsessted er størst blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper.

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Ændringerne skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringerne grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser

## 4.2 Adgang til bevægelse i lokalområdet

I dette afsnit beskrives borgernes oplevelse af at have let adgang til steder, hvor man kan være fysisk aktiv i lokalområdet.

En stor andel af borgere i Frederiksberg Kommune mener, at de har let adgang til cykel- eller gangstier (96 %), grønne områder (89 %) og indendørs idrætsfaciliteter (88 %), hvorimod en noget mindre andel af borgerne mener, at de har let adgang til udendørs idrætsfaciliteter (55 %) (tabel 4.2). Dette kan dog til dels skyldes, at andelen, der ikke ved om de har let adgang til udendørs idrætsfaciliteter, er større end for de andre faciliteter. Andelene for Frederiksberg Kommune ligger på niveau med andelene for regionen som helhed.

**Steder, hvor man kan være fysisk aktiv i lokalområdet** dækker her over cykelstier/gangstier, grønne områder (for eksempel skov, strand, park) og idrætsfaciliteter – både indendørs idrætsfaciliteter (for eksempel idrætshal, svømmehal, træningscenter, fitnesscenter eller danseskole) og udendørs idrætsfaciliteter (for eksempel boldbane, tennisbane, petanquebane eller skaterbane).

Adgangen til steder, hvor man kan være fysisk aktiv, opgøres blandt alle borgere, uanset om de er fysisk aktive eller ej. Det er ikke muligt at vise, om borgernes adgang til steder, hvor man kan være fysisk aktiv, har ændret sig siden 2010.

Tabel 4.2 Borgere, som mener, at de har let adgang til steder, hvor man kan være fysisk aktiv i lokalområdet

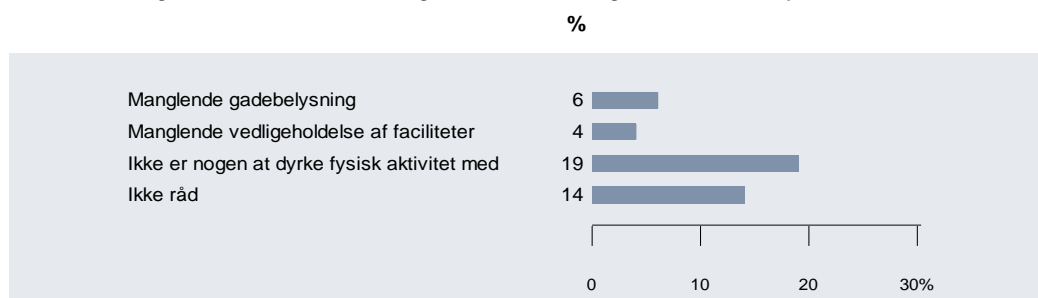
	Ja	Nej	Ved ikke
Cykelstier/gangstier	96 %	2 %	3 %
Grønne områder	89 %	9 %	2 %
Indendørs idrætsfaciliteter	88 %	3 %	9 %
Udendørs idrætsfaciliteter	55 %	15 %	30 %

Forskellige forhold kan begrænse borgernes fysiske aktivitetsniveau. Det gælder fysiske faktorer såsom manglende gadebelysning eller vedligeholdelse af faciliteter; sociale faktorer, som vedrører samværet i forbindelse med fysisk aktivitet; og økonomiske faktorer vedrørende borgernes oplevelse af at have råd til betalingskrævende aktiviteter. I ”Hvordan har du det? 2013” er borgerne blevet spurgt, om disse faktorer har betydning for, at de ikke er mere fysisk aktive. Opfattelsen af barrierer for bevægelse er opgjort blandt alle borgere, uanset om de er fysisk aktive eller ej. Det er ikke muligt at vise, om borgernes opfattelse af barrierer for bevægelse har ændret sig siden 2010.



Ifølge borgerne i Frederiksberg Kommune, har de sociale og økonomiske faktorer langt større betydning for borgernes fysiske aktivitetsniveau end de udvalgte fysiske faktorer. For hver femte borger (19 %) har det betydning, at de ikke har nogen at dyrke fysisk aktivitet sammen med, mens begrænset økonomisk råderum er en væsentlig faktor for hver syvende borger (14 %). Kun 6 % af borgerne mener, at manglende gadebelysning begrænser deres fysiske aktivitet, mens 4 % mener, at manglende vedligeholdelse af faciliteter har betydning (tabel 4.3). Disse andele for Frederiksberg Kommune ligger på niveau med andelen for regionen som helhed.

Tabel 4.3 Borgere, som mener, at følgende forhold begrænser deres fysiske aktivitetsniveau



Der er et stort forebyggelsespotentialt i forhold til at fjerne barrierer for bevægelse, især:

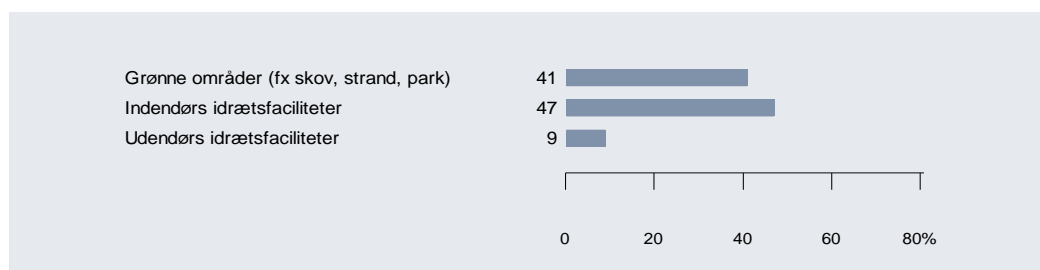
- Ved at fremme socialt samvær/opbygning af sociale netværk i forbindelse med fysisk aktivitet i lokalområdet
- Ved flere gratis eller billigere aktivitetstilbud/tilskud til aktivitetstilbud

Let adgang til steder, hvor man kan være fysisk aktiv i lokalområdet, har betydning for borgernes bevægelsesvaner. Bevægelsesvaner i lokalområdet er her defineret som fysisk aktivitet i grønne områder og i indendørs og udendørs idrætsfaciliteter mindst én gang om ugen og opgøres blandt alle borgere, uanset deres generelle fysiske aktivitetsniveau. Det er ikke muligt at vise, om udbredelsen af fysisk aktivitet i lokalområdet har ændret sig siden 2010.

I Frederiksberg Kommune er 41 % af borgerne fysisk aktive i grønne områder mindst én gang om ugen. Derudover er 47 % af borgerne fysisk aktive i indendørs idrætsfaciliteter, mens 9 % er fysisk aktive i udendørs idrætsfaciliteter mindst én gang om ugen (tabel 4.4). Grønne områder og indendørs idrætsfaciliteter er således de mest benyttede steder i lokalområdet i forbindelse med fysisk aktivitet. Dette gælder også for de fysisk inaktive borgere i Frederiksberg Kommune. Blandt borgere, som ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefaling om moderat fysisk aktivitet, er hver tredje (33 %) fysisk aktiv mindst én gang om ugen i grønne områder, og over halvdelen (56 %) er fysisk aktive

mindst én gang om måneden. Grønne områder er således et attraktivt sted til fysisk aktivitet for mange borgere, hvorfor det kan være et oplagt sted at forsøge at øge aktiviteten. Andelen for Frederiksberg Kommune ligger på niveau med andelen for regionen som helhed.

Tabel 4.4 Borgere, som er fysisk aktive følgende steder i lokalområdet mindst én gang om ugen  
%



## 5 Fællesskaber

I de seneste årtier har vores sociale relationer ændret sig meget. Nye familiemønstre vinder frem, og med den teknologiske udvikling, er det muligt at komme i kontakt med andre mennesker, når som helst og hvor som helst. Men samtidig tyder det på, at både kvantiteten og kvaliteten af vores sociale relationer er faldende. Flere bor alene, antallet af skilsmisser er steget og vi får færre børn end tidligere generationer (4).

Der er en stigende interesse for, hvilken betydning sociale relationer har for folkesundheden. I løbet af 1980'erne kom der for alvor fokus på, at et svagt socialt netværk er relateret til øget sygdom og dødelighed (61). Svage sociale relationer er en selvstændig risikofaktor for død på linje med andre veletablerede risikofaktorer som eksempelvis rygning og fysisk inaktivitet (62). Personer med gode sociale relationer har bedre immunfunktion, bliver mindre syge og overvinder lettere sygdom end personer med dårlige sociale relationer. Gode sociale relationer medfører derudover en mindre risiko for hjertekarsygdomme, stress og psykiske lidelser (4;61).

Der er flere forklaringer på sammenhængen mellem sociale relationer og helbred. Via gode sociale relationer kan man lære at forbedre sin sundhed og reagere hensigtsmæssigt på belastning eller sygdom. De gode sociale relationer øger modstandskraften og giver bedre mulighed for hjælp og støtte ved sygdom. Derudover virker gode sociale relationer beskyttende mod stress og andre belastende hændelser. Til sidst kan gode sociale relationer virke i synergi med gode levekår og derigennem virke sundhedsfremmende (61).

I dette kapitel beskrives borgernes sociale relationer opdelt i en strukturel og en funktionel dimension. Funktionen af de sociale relationer – den sociale støtte – omhandler relationernes indhold, det vil sige den følelsesmæssige eller praktiske hjælp, man får fra personer i ens sociale netværk. De sociale relationer kan også fungere negativt – social belastning – ved at personer i ens sociale netværk skaber følelsesmæssige eller praktiske byrder for én (4;61).

Herefter beskrives sammenhængen mellem svage relationer og borgernes generelle helbred og sundhedsadfærd.

Sociale relationer blandt borgere i Frederiksberg Kommune	2010	2013
Borgere, som bor alene (blandt 25+ årige)	42 %	39 %
Borgere, som mindre end én gang om måneden har kontakt med familie, som de ikke bor sammen med	7,0 %	6,9 %
Borgere, som mindre end én gang om måneden har kontakt med venner	5,1 %	5,4 %
Borgere, som ofte er uønsket alene	5,6 %	6,1 %
Borgere, som ikke har nogen at tale med, når de har problemer eller brug for støtte	4,1 %	4,1 %

## 5.1 Sociale relationer – den strukturelle dimension

I Frederiksberg Kommune har 5,4 % af borgerne kontakt til venner mindre end én gang om måneden, svarende til 4.300 personer (tabel 5.1). I alt 6,9 % af borgerne har kontakt til familie, som de ikke bor sammen med, mindre end én gang om måneden, svarende til 5.600 personer. Forekomsten af borgere med kontakt til venner og kontakt til familie er ikke væsentligt forskellig fra de givne forekomster i regionen som helhed. Andelen af borgere, der har kontakt til venner eller familie, som de ikke bor sammen med, mindre end én gang om måneden, har ikke ændret sig siden 2010.

**Sociale relationer – den strukturelle dimension** omhandler mængden og arten af sociale relationer, det vil sige antal personer i netværket, hvor ofte man ser dem, hvor længe og hvilke relationer, der er mellem personerne i ens netværk.

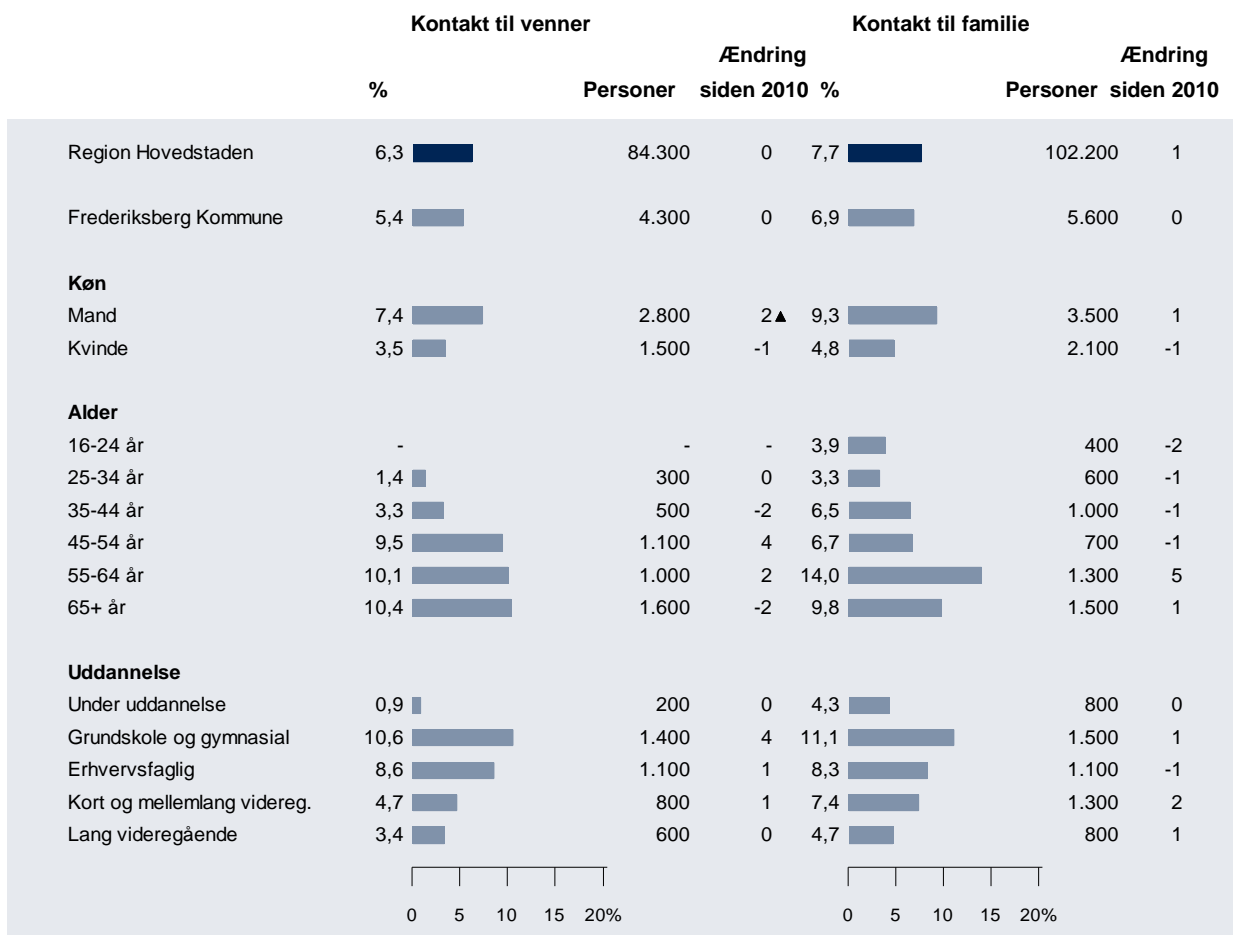
Fokus i dette afsnit er borgernes kontakt med venner, bekendte eller familie, som de ikke bor sammen med. Med kontakt menes, at man er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden eller lignende.

**Køn og alder:** En dobbelt så stor andel mænd har sjældent kontakt til venner eller familie, som de ikke bor sammen med, sammenlignet med kvinder. Andelen af borgere, der sjældent har kontakt til venner eller familie, stiger med stigende alder. For borgere med sjældent kontakt til familie ses et fald i andelen blandt de ældste borgere.

**Uddannelse:** 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, mere end dobbelt så stor, som blandt borgere med en lang videregående uddannelse.

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Siden 2010 er der sket en statistisk signifikant stigning på 2 procentpoint i andelen af mænd, som sjældent har kontakt til venner. De øvrige ændringer skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringerne grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Tabel 5.1 Borgere, som mindre én gang om måneden har kontakt til venner eller familie, som de ikke bor sammen med



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

- Resultater vises ikke grundet for få besvarelser

## 5.2 Sociale relationer – den funktionelle dimension

I Frederiksberg Kommune er 6,1 % af borgerne ofte uønsket alene, svarende til 4.900 personer, mens 4,1 % ikke har nogen at tale med, når de har problemer eller brug for støtte, svarende til 3.400 personer (tabel 5.2). Forekomsten af borgere, som ofte er uønsket alene og borgere, som ikke har nogen at tale med ved behov er ikke væsentligt forskellige fra de givne forekomster for regionen som helhed. Andelen af borgere, som ofte er uønsket alene, eller som ikke har nogen at tale med ved behov, er uændret siden 2010.

**Sociale relationer – den funktionelle dimension** omhandler relationernes indhold, det vil sige den følelsesmæssige eller praktiske hjælp, man får fra personer i ens sociale netværk.

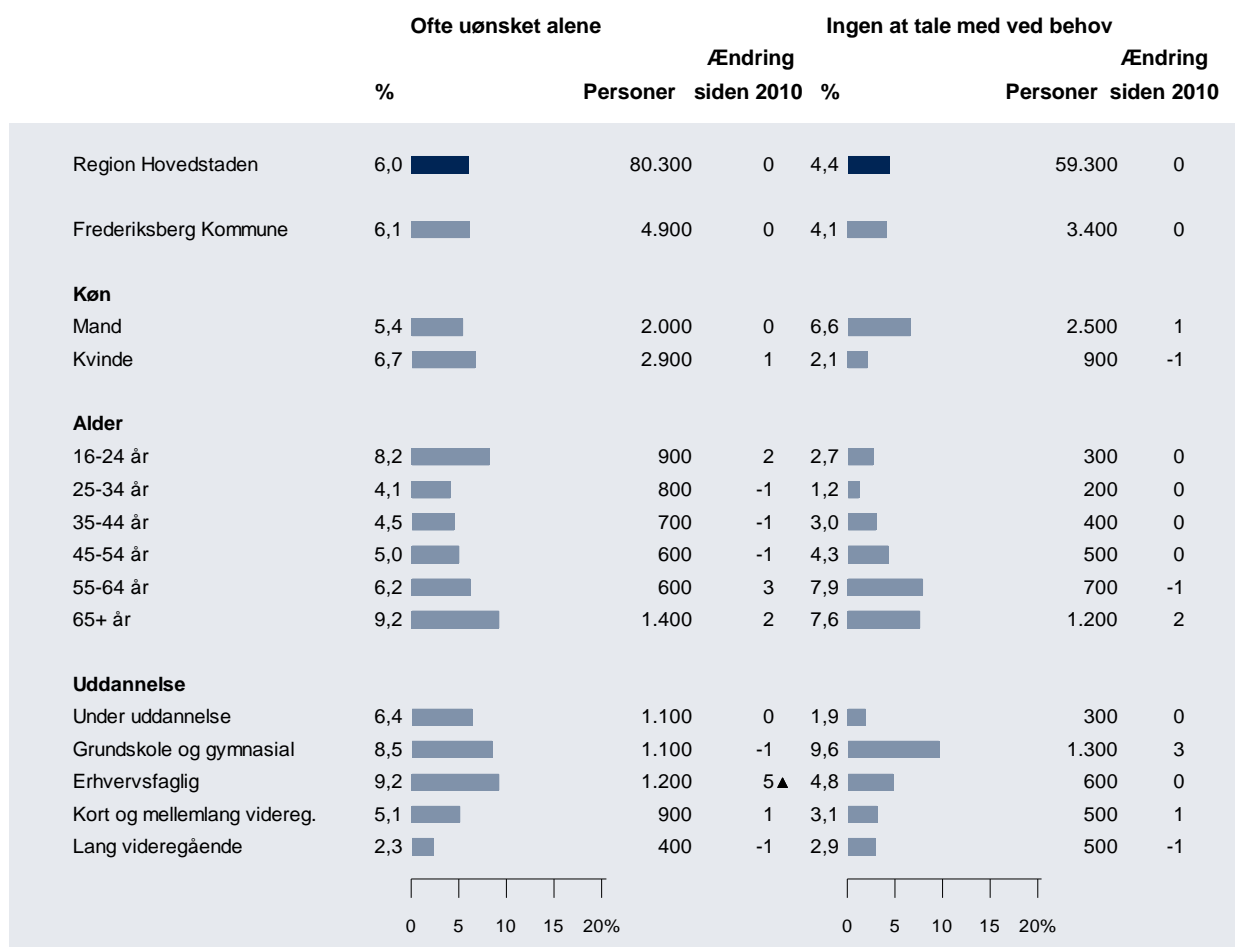
Fokus i dette afsnit er hvor ofte borgerne føler sig uønsket alene, og om borgerne oplever, at de har nogen at tale med, når de har problemer eller brug for støtte.

**Køn og alder:** Der er ingen væsentlig forskel på andelen af mænd og kvinder, der ofte er uønsket alene. Andelen af borgere, der ikke har nogen at tale med ved behov, er derimod tre gange så stor blandt mænd sammenlignet med kvinder. Andelen af borgere, der ofte er uønsket alene, er størst blandt de 16-24 årige og borgere på 55 år eller derover. Disse aldersforskelle er dog ikke statistisk signifikante, og skal derfor tolkes med varsomhed. Andelen af borgere, der ikke har nogen at tale med ved behov, er mindst blandt de 25-34 årige og stiger derefter med alderen.

**Uddannelse:** Der ses en social gradient i andelen af borgere, der ofte er uønsket alene, eller som ikke har nogen at tale med ved behov. Sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse er andelen af borgere, der ofte er uønsket alene eller ikke har nogen at tale med ved behov, mere end tre gange så stor blandt borgere med grundskole- og gymnasial uddannelse.

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Siden 2010 er der sket en statistisk signifikant stigning på 5 procentpoint blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse, som ofte er uønsket alene. De øvrige ændringer skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed på ændringerne grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

Tabel 5.2 Borgere, som ofte er uønsket alene eller som ikke har nogen at tale med, når de har problemer eller brug for støtte



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

## 5.3 Sociale relationers betydning for generelt helbred og sundhedsadfærd

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem sociale relationer og borgernes generelle helbred og risikabel sundhedsadfærd. Sociale relationer er målt ved de fire indikatorer: Borgernes kontakt til venner og borgernes kontakt til familie, om borgerne er uønsket alene og om de har nogen at tale med ved behov. Borgere med svage sociale relationer omfatter de borgere, som har svage sociale relationer målt i forhold til én eller flere af de fire indikatorer. I alt 17 % af borgerne i Frederiksberg Kommune har svage sociale relationer, svarende til 13.800 personer (tabel 5.3). Forekomsten af svage sociale relationer er ikke væsentligt forskellig fra forekomsten i regionen som helhed (1).

Generelt helbred dækker over borgernes selv vurderede helbred, deres fysiske og mentale helbred samt stressniveau. Andelen af borgere, der har et mindre godt eller dårligt

selvvurderet helbred, et dårligt fysisk eller dårligt mentalt helbred eller et højt stressniveau er to til tre gange så stor blandt borgere med svage sociale relationer sammenlignet med borgere, der ikke har svage sociale relationer (tabel 5.3).

Tabel 5.3 Selvvurderet helbred, fysisk og mentalt helbred og stress blandt borgere med svage sociale relationer

	Svage sociale relationer		Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred	Dårligt fysisk helbred	Dårligt mentalt helbred	Højt stress niveau
	%	Personer	%	%	%	%
Ja	17	13.800	29	17	29	37
Nej	83	66.700	8	6	9	15

Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd omfatter dagligrygning, risikabel alkoholadfærd, moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden mindre end 30 minutter dagligt og meget usunde kostvaner. For nærmere beskrivelse af disse variable henvises til kapitel 3 i denne rapport. I Frederiksberg Kommune er andelen af borgere, der har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, størst blandt borgere med svage sociale relationer (tabel 5.4). Særligt i forhold til rygning er andelen større blandt borgere, der har svage sociale relationer sammenlignet med borgere, der ikke har svage sociale relationer. Forekomsten af rygning blandt borgere med svage sociale relationer er højere end forekomsten i regionen som helhed, mens forekomsten af fysisk inaktivitet og usunde madvaner er lavere (1).

Tabel 5.4 Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd blandt borgere med svage sociale relationer

	Svage sociale relationer		Rygning	Alkohol	Fysisk inaktivitet	Mad
	%	Personer	%	%	%	%
Ja	17	13.800	24	31	39	9
Nej	83	66.700	11	23	23	5



## 6 Sundhed for alle

I dette kapitel beskrives selvvurderet helbred, fysisk og mentalt helbred samt kroniske sygdomme. Til slut ses der på social ulighed i sundhed.

### 6.1 Selvvurderet helbred

Et væsentligt aspekt af borgernes generelle sundhedstilstand er, hvordan den enkelte borger oplever og vurderer sit eget helbred samt sit fysiske og psykiske velbefindende.

Kommunerne har siden kommunalreformen i 2007 haft det primære ansvar for den borgerrettede forebyggelse. I den forbindelse er både fysisk og psykisk velbefindende blandt borgerne vigtige områder at fokusere på i forhold til at evaluere de kommunale indsatser. For at understøtte dette arbejde i kommunerne har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en forebyggelsespakke for mental sundhed (63).

Helbred er ikke entydigt og kan måles på flere forskellige måder. I dette afsnit beskrives selvvurderet helbred, mens fysisk og mentalt helbred beskrives i det følgende afsnit.

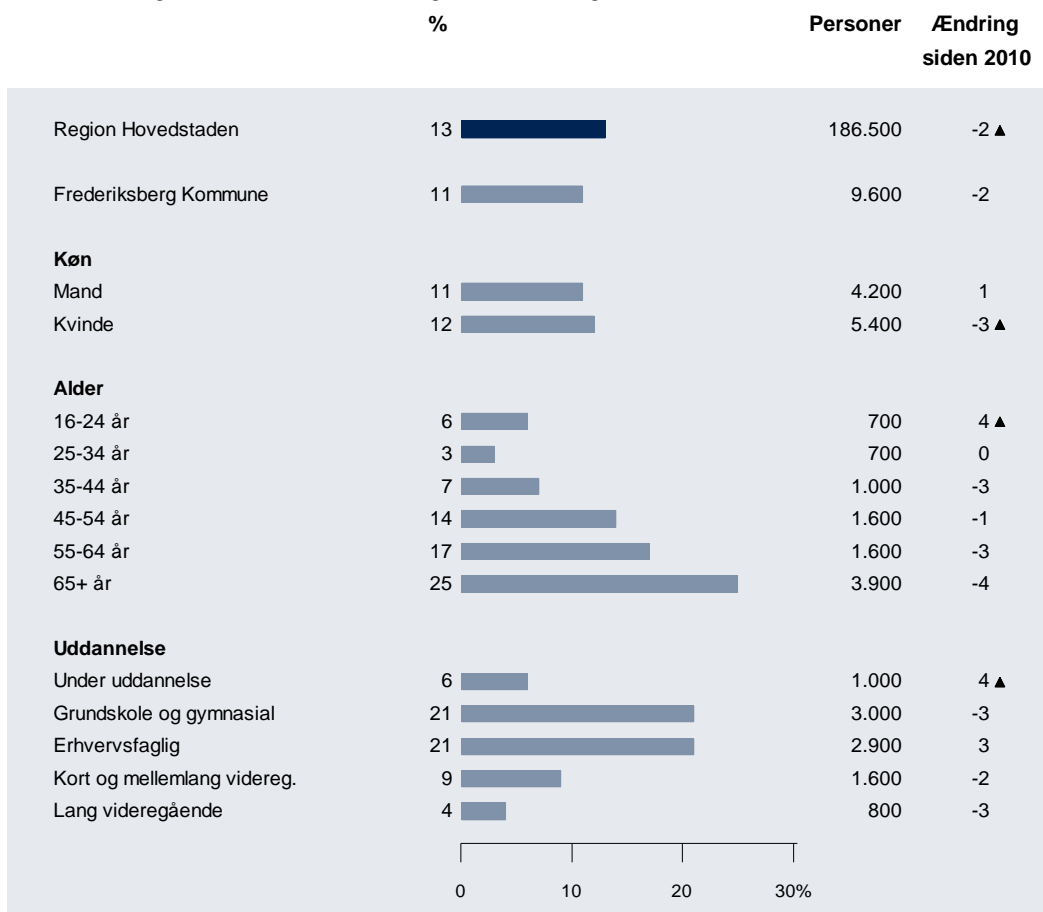
Borgernes vurdering af eget helbred, selvvurderet helbred, er en selvstændig risikofaktor for sygelighed og dødelighed. Jo dårligere borgeren vurderer sit helbred, des større er risikoen for død og udvikling af sygdom. Selvvurderet helbred benyttes derfor internationalt som en fast bestanddel af befolkningsundersøgelser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

Selvvurderet helbred blandt borgere i Frederiksberg Kommune	2010	2013
Fremragende helbred	14 %	14 %
Vældig godt helbred	40 %	41 %
Godt helbred	33 %	33 %
Mindre godt helbred	10 %	9 %
Dårligt helbred	3 %	3 %

I Frederiksberg Kommune vurderer 11 % af borgerne, at de har mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, svarende til 9.600 personer (tabel 6.1). Forekomsten er lavere end forekomsten i regionen som helhed. I Frederiksberg Kommune er der sket et fald i andelen på 2 procentpoint fra 2010 til 2013. Dette fald er dog ikke statistisk signifikant, og skal derfor tolkes med varsomhed. Fra 2007 til 2013 er andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred dog uændret, idet der fra 2007 til 2010 var en stigning af

tilsvarende størrelse (resultater ikke vist). Derfor er der næppe tale om et reelt fald i andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred fra 2010 til 2013, men snarere om et lille udsving i en situation med konstant andel.

Tabel 6.1 Borgere, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred



▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

**Køn og alder:** Der er ingen kønsforskel i forhold til forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred. Omkring hver tiende kvinde og mand vurderer deres helbred som mindre godt eller dårligt. Andelen stiger med stigende alder blandt aldersgrupperne 25+ år. Sammenlignet med de 25-34 årige, er andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred seks gange større blandt de 55-64 årige og otte gange større blandt de 65 +årige. Den store andel blandt de ældste borgere kan skyldes, at denne aldersgruppe i større grad er plaget af sygdomme, som påvirker deres vurdering af eget helbred.

**Uddannelse:** Der ses en social gradient i forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgerne har mindre godt eller dårligt helbred. Mens hver femte borger, som har en grundskole- eller gymnasial

uddannelse, har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, er det kun én ud af 25 med en lang videregående uddannelse.

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Siden 2010 er der sket et statistisk signifikant fald på 3 procentpoint i andelen af kvinder, der har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, og en statistisk signifikant stigning på 4 procentpoint blandt de 16-24 årige. De øvrige ændringer skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

## 6.2 Fysisk og mentalt helbred

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

Ud fra en gennemgang af litteraturen og statistiske analyser af mentalt helbred i en normal befolkning anbefaler Sundhedsstyrelsen, at man opdeler befolkningen i tre grupper. De 65 % af befolkningen, der scorer højest på den mentale helbreds-komponent, udgør gruppen af borgere med godt mentalt helbred. De 10 % af befolkningen, der scorer lavest på den mentale helbreds-komponent af SF-12 udgør gruppen af borgere med dårligst mentalt helbred. Gruppen af borgere med moderat mentalt helbred udgøres af de resterende 25 %. I denne rapport fokuseres på de 10 % af borgerne, der har dårligst mentalt helbred.

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

Statens Institut Folkesundhed har på basis af Den Nationale Sundhedsprofil 2010 beregnet grænseværdier for den mentale og den fysiske helbreds-komponent, som identificerer de 10 % af borgerne med dårligst mentalt henholdsvis fysisk helbred på landsplan. Disse grænseværdier benyttes i denne rapport for alle tre undersøgelser i 2007, 2010 og 2013. På den måde er det muligt at se på ændringer over tid. De anvendte grænseværdier er anderledes end de grænseværdier, som blev benyttet til Sundhedsprofilen 2010, hvor værdierne udelukkende var baseret på befolkningen i Region Hovedstaden. Tallene fra de to sundhedsprofiler kan derfor ikke sammenlignes.

Med de nye grænseværdier har 8 % af borgerne i Frederiksberg Kommune et dårligt fysisk helbred, svarende til 6.500 personer og 12 % har et dårligt mentalt helbred, svarende til 9.500 personer i 2013 (tabel 6.2). Forekomsten af dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred er ikke væsentligt forskellige fra de givne forekomster i regionen som helhed. Siden 2010 har andelen af borgere med dårligt fysisk helbred og andelen af borgere med dårligt mentalt helbred ikke ændret sig i Frederiksberg Kommune. I den samlede periode fra 2007 til 2013 er andelen af borgere, som har et dårligt fysisk helbred uændret, mens andelen med et dårligt mentalt helbred er steget (blandt 25-79 årige) (1).

Tabel 6.2 Borgere, som har et dårligt fysisk eller dårligt mentalt helbred

	Dårligt fysisk helbred			Dårligt mentalt helbred		
	%	Personer	Ændring siden 2010	%	Personer	Ændring siden 2010
Region Hovedstaden	9	118.200	-1▲	12	151.800	1
Frederiksberg Kommune	8	6.500	-1	12	9.500	1
<b>Køn</b>						
Mand	7	2.700	2	9	3.400	0
Kvinde	9	3.800	-3	14	6.000	2
<b>Alder</b>						
16-24 år	1	200	0	10	1.100	-1
25-34 år	1	300	0	14	2.700	2
35-44 år	3	500	0	11	1.600	1
45-54 år	9	1.000	0	13	1.500	3
55-64 år	11	1.000	-1	12	1.000	1
65+ år	26	3.600	-2	11	1.500	1
<b>Uddannelse</b>						
Under uddannelse	1	300	0	14	2.500	2
Grundskole og gymnasial	18	2.300	3	15	1.900	-2
Erhvervsfaglig	18	2.200	4	14	1.800	6▲
Kort og mellemlang videreg.	6	1.000	-1	10	1.800	1
Lang videregående	3	400	-1	7	1.200	-1

▲ Statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2013

**Køn og alder:** Der er ingen væsentlig kønsforskel i forhold til forekomsten af dårligt fysisk helbred, mens en større andel kvinder har et dårligt mentalt helbred sammenlignet med mænd. Andelen af borgere med dårligt fysisk helbred stiger med stigende alder, og er mest udtalt blandt de 65+ årige, hvor hver fjerde borger har et dårligt fysisk helbred. Der er ikke nogen væsentlig aldersforskel blandt borgere med dårligt mentalt helbred.

**Uddannelse:** Der ses en social gradient i forekomsten af dårligt fysisk og dårligt mentalt helbred. Jo lavere uddannelsesniveau, des større andel af borgere med dårligt fysisk eller dårligt mentalt helbred. Andelen af borgere med dårligt fysisk helbred er seks gange så stor blandt borgere med grundskole- eller gymnasial uddannelse sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse, mens andelen er dobbelt så stor i forhold til mentalt helbred.

**Udvikling i sociodemografiske grupper fra 2010-2013:** Siden 2010 er der sket en statistisk signifikant stigning på 6 procentpoint blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse, som har et dårligt mentalt helbred. De øvrige ændringer for både dårligt fysisk- og dårligt mentalt helbred skal tolkes med varsomhed, da der er stor usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

## 6.3 Kroniske sygdomme

Den samlede andel af borgere med kroniske sygdomme er stigende i Danmark. Denne stigning skyldes blandt andet, at befolkningen bliver ældre og at flere lever længere med deres kroniske sygdomme på grund af en forbedret behandling og rehabilitering (64). Mange kroniske sygdomme er ikke umiddelbart livstruende, men kan medføre begrænsninger i hverdagen i form af eksempelvis funktionstab, nedsat livskvalitet og social isolation. Borgere med kroniske sygdomme er den patientgruppe, som optager flest ressourcer i sundhedsvæsenet (6). Der stilles derfor store krav til samarbejdet mellem regioner og kommuner i forhold til sundhedsvæsenets håndtering af borgere med kronisk sygdom.

I Danmark har vi en unik mulighed for at indhente oplysninger om sygdomsforekomst i nationale registre. Til brug i denne rapport er der indhentet oplysninger fra registre i forhold til følgende sygdomme: Diabetes, hjertesygdom, hjertesygdom (F), apopleksi, KOL, astma, kræft, inflammatorisk ledsygdom, knogleskørhed, langvarig behandling med antidepressiv medicin, svær psykisk lidelse, demens og luftvejsallergi. Da nogle sygdommes forekomst underestimeres i registrene, er oplysningerne om disse i stedet hentet i spørgeskemaundersøgelser. I denne rapport drejer det sig om slidgigt, rygsygdom og hyppig hovedpine/migræne (65).

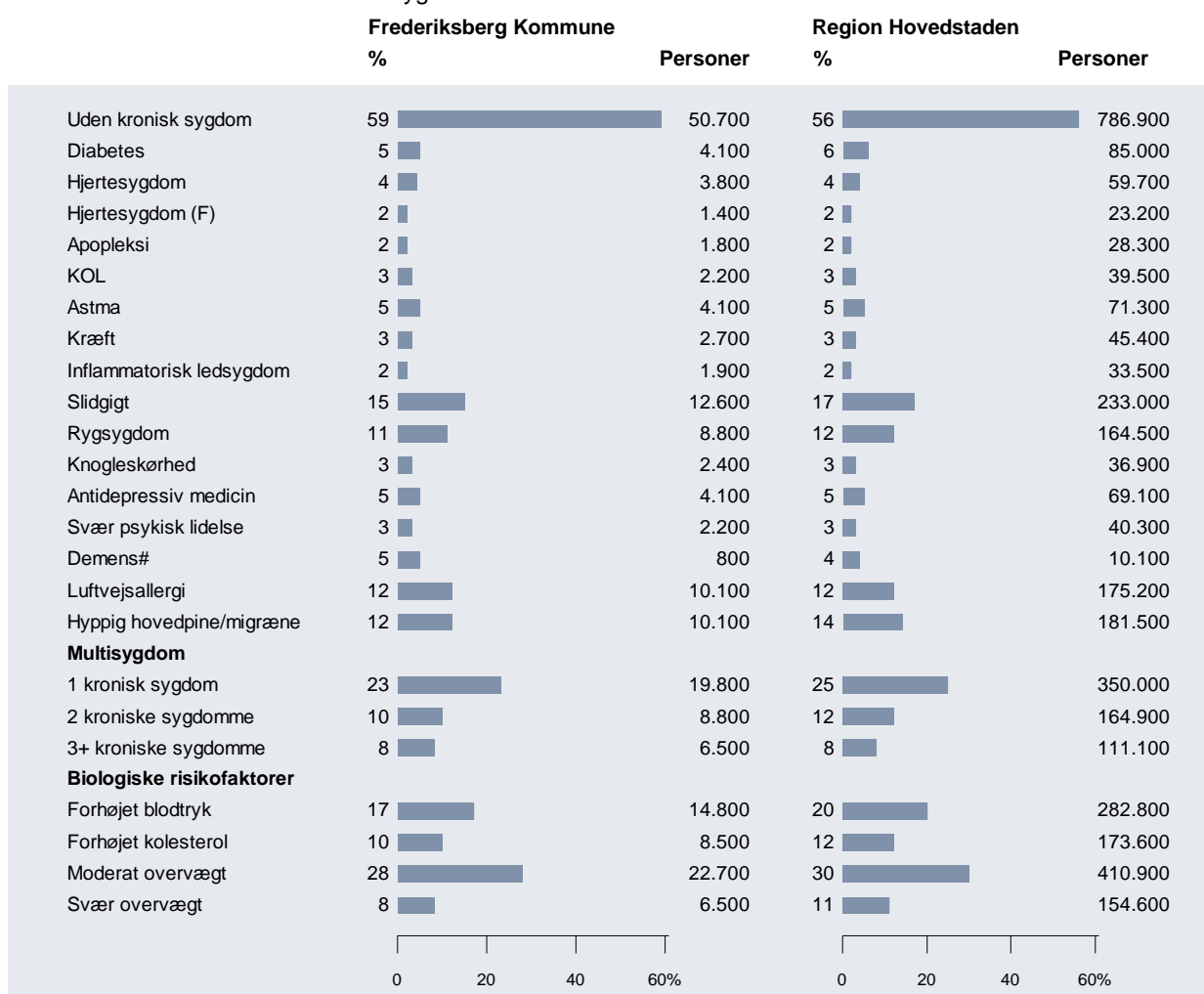
### 6.3.1 Forekomsten af kroniske sygdomme

I Frederiksberg Kommune lever 41 % af borgerne på 16 år eller derover med 1 eller flere kroniske sygdomme, svarende til 35.100 personer (tabel 6.3). Det er en lidt mindre andel

end i regionen som helhed. I forhold til de enkelte kroniske sygdomme og biologiske risikofaktorer ses dog de samme tendenser for Frederiksberg Kommune som i regionen som helhed. De hyppigste sygdomme blandt borgere med kronisk sygdom i Frederiksberg Kommune er slidgigt, luftvejsallergi, hyppig hovedpine/migræne og rygsygdom.

I alt 23 % af borgerne har 1 kronisk sygdom, 10 % har 2 kroniske sygdomme, mens 8 % har 3 eller flere kroniske sygdomme. Af de opgjorte biologiske risikofaktorer er moderat overvægt og forhøjet blodtryk de hyppigst forekommende.

Tabel 6.3 Forekomsten af kroniske sygdomme



Resultaterne for slidgigt, rygsygdom, hyppig hovedpine/migræne, moderat og svær overvægt er baseret på oplysninger fra spørgeskema. Øvrige resultater for de enkelte sygdomme er baseret på oplysninger fra registre.

Hjertesygdom (F) svarer til definitionen af hjertesygdom i regionens forløbsprogram,

Demens# er kun opgjort blandt de 65+ årige.

Resultaterne for multisygdom er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema. Multisygdom (14 sygdomme) omfatter alle sygdomme i tabellen undtagen hjertesygdom (F) og hyppig hovedpine/migræne.

### 6.3.2 Kroniske sygdomme og sundhedsadfærd

Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd er årsag til mange af de kroniske sygdomme, som ses i dag. En hensigtsmæssig sundhedsadfærd spiller en vigtig rolle i forebyggelsen, behandlingen og rehabiliteringen af kroniske sygdomme, og er afgørende for prognosen af disse. Borgere med kroniske sygdomme har generelt en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd sammenlignet med borgere uden kroniske sygdomme (6; 66). Der er derfor et stort forebyggelsespotentiale blandt borgere med kroniske sygdomme.

Som beskrevet i kapitel 3 ryger 13 % af borgerne i Frederiksberg Kommune, 10 % har et storforbrug af alkohol, 6 % har meget usunde madvaner, og 26 % er fysisk aktive mindre end 30 minutter om dagen (tabel 6.4).

Resultaterne i dette afsnit er baseret på borgere med kronisk sygdom, som har besvaret spørgeskemaet ”Hvordan har du det? 2013” og skal tolkes med varsomhed, da der er en vis usikkerhed grundet forholdsvis få spørgeskemabesvarelser.

**Ryging:** Sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom er der blandt borgere med kronisk sygdom en større andel, som ryger dagligt. Dagligrygning er særligt udbredt blandt borgere med rygsygdom, her er det omkring hver tredje borger, som ryger dagligt. Dagligrygning er herudover særligt udbredt blandt borgere med diabetes, hjertesygdom, kræft, slidgigt og knogleskørhed, her er det omkring hver femte borger, der ryger dagligt. Der er tendens til, at andelen af borgere i Frederiksberg Kommune, som ryger dagligt, er større for en tredjedel af de kroniske sygdomme sammenlignet med regionen som helhed (65).

Andelen af borgere i Frederiksberg Kommune, der er dagligrygere, stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger. Således er andelen af borgere, som ryger dagligt markant større blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med borgere med 1 kronisk sygdom.

**Alkohol:** Blandt borgere med kræft, borgere med rygsygdom, borgere med slidgigt og borgere i langvarig behandling med antidepressiv medicin er der en større andel, som har et storforbrug af alkohol sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom. Omvendt er andelen den samme eller en anelse mindre for de fleste andre kroniske sygdomme. Der er tendens til, at andelen af borgere i Frederiksberg Kommune, som har et storforbrug af alkohol, er større for omkring halvdelen af de kroniske sygdomme sammenlignet med regionen som helhed (65).

Blandt borgere med 2 kroniske sygdomme i Frederiksberg Kommune har hver femte borger et storforbrug af alkohol. Andelen af borgere med et storforbrug af alkohol er

dobbelt så stor blandt borgere med 2 kroniske sygdomme sammenlignet med borgere med 1 og 3 eller flere kroniske sygdomme.

**Mad:** Blandt borgere med hjertesygdom, rygsygdom, slidgigt og knogleskørhed er der en større andel, som har meget usunde madvaner sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom. For andre af sygdommene er andelen den samme eller en anelse mindre. Der er tendens til, at andelen af borgere i Frederiksberg Kommune, som har meget usunde madvaner, er mindre for størstedelen af de kroniske sygdomme sammenlignet med regionen som helhed (65).

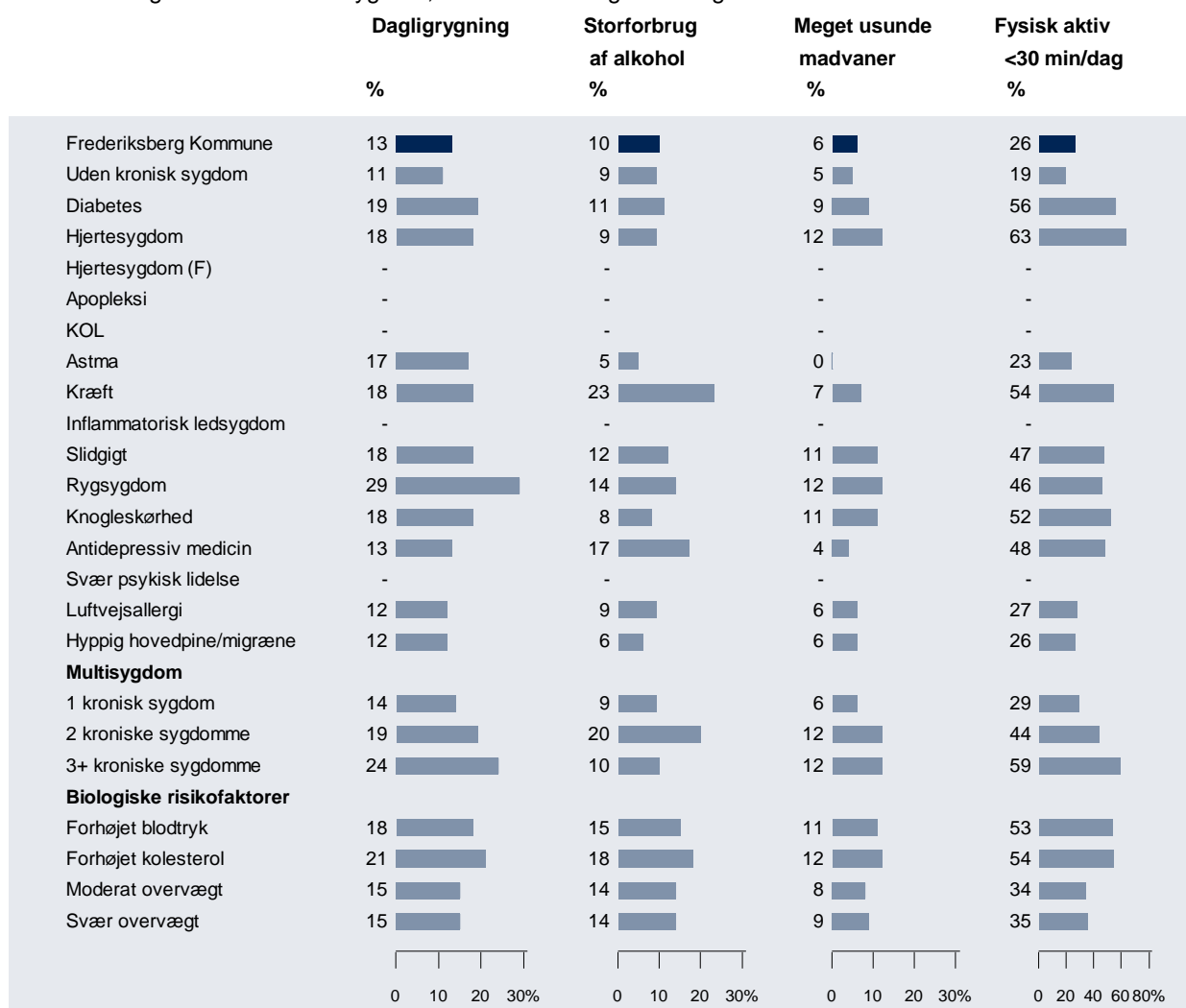
Andelen af borgere i Frederiksberg Kommune, som har meget usunde madvaner er dobbelt så stor blandt borgere med 2 og 3 eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med borgere med 1 kronisk sygdom.

**Fysisk aktivitet:** Sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom er der blandt borgere med kronisk sygdom en større andel, som ikke er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen. Fysisk inaktivitet er især udbredt blandt borgere med hjertesygdom og borgere med diabetes, her er mere end halvdelen af borgerne fysisk inaktive. Der er tendens til, at andelen af borgere i Frederiksberg Kommune, som er fysisk inaktive, er større for mere end halvdelen af de kroniske sygdomme sammenlignet med regionen som helhed (65).

Andelen af borgere i Frederiksberg Kommune, som er fysisk inaktive stiger med antallet af kroniske sygdomme hos den enkelte borger. Således er andelen af fysisk inaktive borgere dobbelt så stor blandt borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme sammenlignet med borgere, som har 1 kronisk sygdom.



Tabel 6.4 Borgere med kronisk sygdom, som har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd



Resultaterne for slidgigt, rygsygdom, hyppig hovedpine/migræne, moderat og svær overvægt er baseret på oplysninger fra spørgeskema. Øvrige resultater er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema.

Hjertesygdom (F) svarer til definitionen af hjertesygdom i regionens forløbsprogram

- Der er ikke resultater for hjertesygdom (F), apopleksi, KOL, inflammatorisk ledsygdom, svær psykisk lidelse og demens, grundet for få spørgeskemabesvarelser fra borgere med disse sygdomme i Frederiksberg Kommune.

Resultaterne for multisygdom er baseret på en kombination af oplysninger fra registre og spørgeskema. Multisygdom (14 sygdomme) omfatter alle sygdomme i tabellen undtagen hjertesygdom (F) og hyppig hovedpine/migræne.

## 6.4 Social ulighed i sundhed

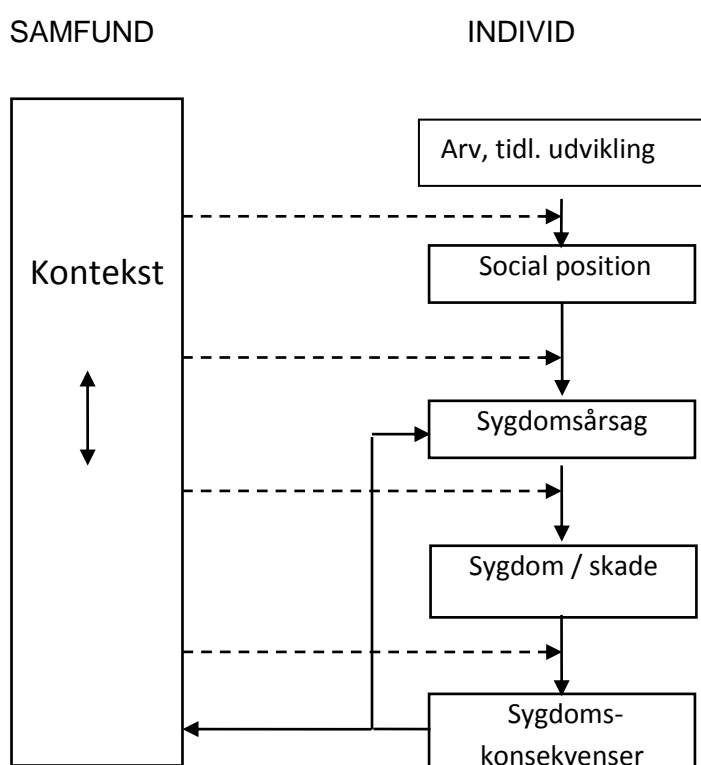
Sociale forskelle i sundhed, sygdom og sundhedsvaner er et velkendt fænomen nationalt, såvel som internationalt (3;4;6;15). Forskellen i sundhedstilstanden mellem de socialt bedst stillede og de socialt dårligst stillede grupper i samfundet viser, hvilket potentiale der er for forbedring af borgernes sundhed. Ønsket om at nedbringe den sociale ulighed har derfor gennem de seneste årtier været på den politiske dagsorden både internationalt og nationalt. Eksempelvis har regeringens nylige sundhedspolitiske udspil ”Mere borger, mindre patient – Et stærkt fælles sundhedsvæsen” samt forebyggelsespolitikken ”Sundere liv for alle –

ationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år” som sundhedspolitiske mål, at fremme danskernes sundhed og mindske den sociale ulighed (24;67).

Litteraturen har identificeret en række faktorer som er centrale for at beskrive og til dels forklare den ulige fordeling af sygdomsbyrden i samfundet. Disse faktorer inkluderer bl.a. den genetiske profil, man fødes med, og de tidlige leveår, men i høj grad også den sociale position, man indtager i samfundet som voksen, samt den kontekst, man arbejder og bor i. Social position og levekår har betydning for det enkelte individs ressourcer og valgmuligheder. I en sundhedsmæssig sammenhæng kommer det blandt andet til udtryk i forbindelse med den enkeltes sundhedsadfærd – f.eks. i forhold til rygning, alkohol, bevægelse og madvaner. Disse faktorer har betydning for udviklingen af kroniske sygdomme, såvel som for den enkeltes levetid. Social position kan også have betydning for, hvordan den enkelte reagerer på sygdomssymptomer, håndterer sin sygdom og bruger sundhedsvæsenets ydelser (68).

Figur 1 giver en oversigt over de væsentligste årsager til, at ulighed i sundhed opstår i samfundet, heriblandt hvordan social position spiller ind.

Figur 1 Social ulighed, årsager og mekanismer



Kilde: Diderichsen,F.; Evans,T; Whitehead,M (69)

De mekanismer, som fører til social ulighed, kan overordnet beskrives som *social stratificering, differentiell eksponering, differentiell sårbarhed* samt *differentiell sygdomskonsekvens* (69). Den sociale stratificering af individer sker bl.a. på baggrund af uddannelse, erhvervstilknytning og etnisk baggrund og har stor betydning for det enkelte individs ressourcer såvel som handlemuligheder. Som følge deraf leder den sociale stratificering til differentiell eksponering. Denne eksponering består i sundhedsmæssig sammenhæng blandt andet i forskelle i sundhedsadfærd på tværs af de sociale grupper – f.eks. uddannelsesgrupper. Dette kommer eksempelvis til udtryk i forskelle i andelen, der ryger, har risikabel alkoholadfærd, er fysisk inaktive og spiser usundt i de forskellige socialgrupper. Udover de u hensigtsmæssige konsekvenser af disse typer af adfærd for individet, kan differentiell sårbarhed samtidig bidrage til ulighed i sundhed. Da lavere socialgrupper oftere er udsat for mange forskellige biologiske, sociale og adfærdsmæssige faktorer, som kan føre til sygdom, kan effekten af disse faktorer, som følge af ophobning, forstærkes i de lavere socialgrupper sammenlignet med de højere socialgrupper. Sidst kan der være tale om differentiell sygdomskonsekvens, som handler om at sygdomme påvirker overlevelse, livskvalitet og funktionsevne samt menneskers muligheder for at deltage i arbejdsliv og socialt liv.

### **Kommunesocialgrupper**

For at anskueliggøre i hvilket omfang, der eksisterer sociale forskelle i sundhed på tværs af kommuner og bydele i Region Hovedstaden, er de 29 kommuner og 10 københavnske bydele inddelt i fire kommunesocialgrupper i sundhedsprofilen. Inddelingen i kommunesocialgrupper er baseret på oplysninger om uddannelsesniveau, erhvervstilknytning og bruttoindkomst fra registre. Kommunesocialgruppe 1 indeholder kommuner og bydele, hvis borgere er socialt bedst stillet, mens kommunesocialgruppe 4 indeholder kommuner og bydele, hvis borgere er socialt dårligst stillet. Dannelsen af kommunesocialgrupperne giver kommunerne mulighed for at sammenligne egen kommunesocialgruppe med de øvrige kommunesocialgrupper i forhold til en given sundhedsadfærd eller risikofaktor. Det kan eksempelvis være særligt interessant at sammenligne egen kommunesocialgruppe med de omkringliggende kommuners kommunesocialgrupper. Desuden er der mulighed for at sammenligne sig med regionen som helhed. Figur 2 viser inddelingen i kommunesocialgrupper i Region Hovedstaden. Det ses, at Frederiksberg Kommune befinder sig i kommunesocialgruppe 2.

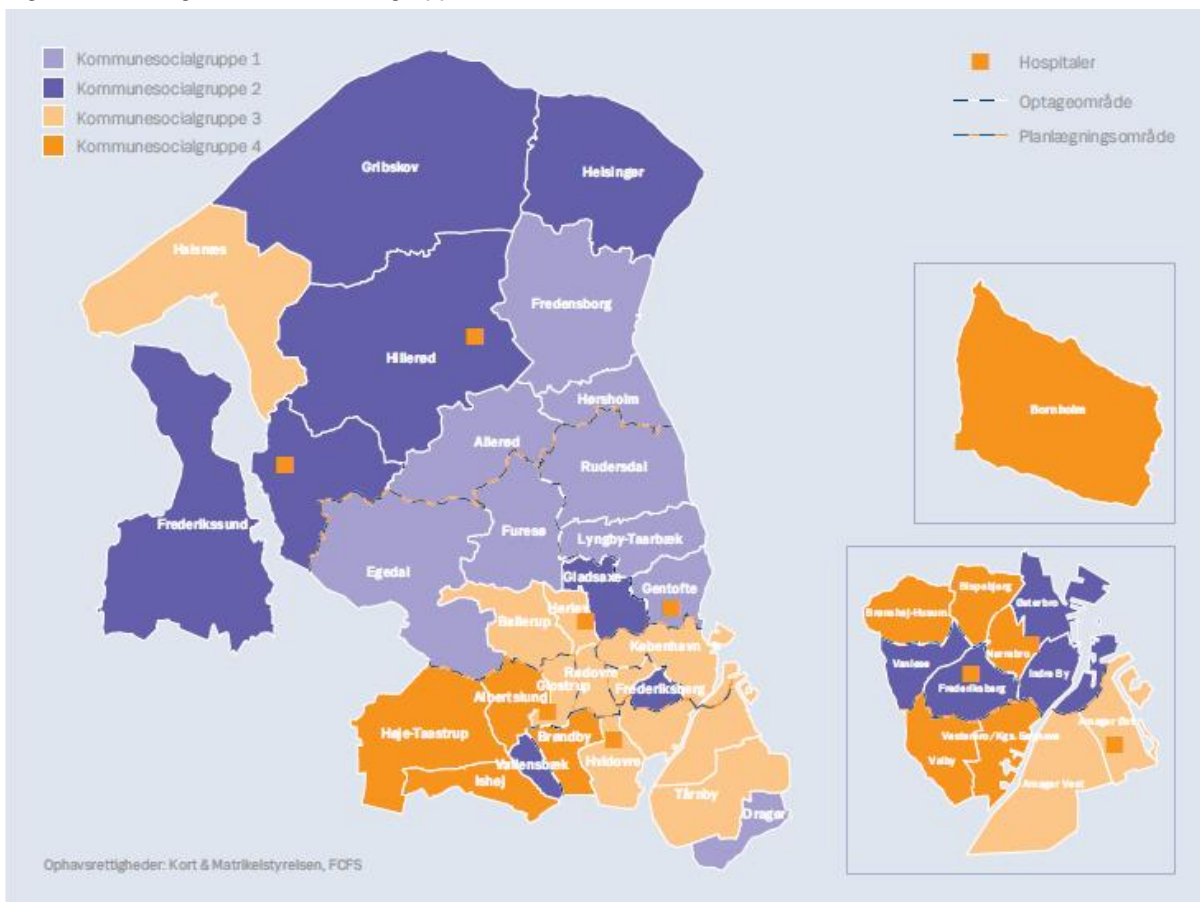
### **Frederiksberg Kommune i forhold til øvrige kommuner i kommunesocialgruppen**

Udover sammenligningen med regionen som helhed kan det være interessant for en given kommune at sammenligne sig med de øvrige kommuner i egen kommunesocialgruppe. Dette er gjort for Frederiksberg Kommune i forhold til de typer af sundhedsadfærd eller risikofaktorer hvor det er muligt.

For størstedelen af de faktorer, som er beskrevet i denne rapport er der en forholdsvis lav andel af borgere med uhensigtsmæssig adfærd eller risiko i Frederiksberg Kommune sammenlignet med flere af de andre kommuner i kommunesocialgruppe 2 (1). For borgere med dårligt mentalt helbred, moderat forbrug af alkohol, tegn på alkoholafhængighed, rusdrikkeri, stillesiddende arbejde og borgere som er uønsket alene har Frederiksberg Kommune dog en forholdsvis stor andel med uhensigtsmæssig adfærd eller risiko. Det samme gælder for unge, som har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer, også inden for den seneste måned, unge, som har ubeskyttet sex i forhold til uønsket graviditet og unge som har fået konstateret en seksygdom indenfor de seneste 12 måneder (1). Det vil sige, at her er forandringspotentialet for en bedre sundhed forholdsvis stor sammenlignet med flere af de andre kommuner i kommunesocialgruppe 2.

For mere information om kommunesocialgrupper se *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013*.

Figur 2 Inddeling i kommunesocialgrupper



## **Social ulighed i sundhed i Frederiksberg Kommune**

Der findes mange forskellige indikatorer for social position. I denne rapport har vi valgt at benytte indikatoren: Uddannelsesniveau. En fordel ved brug af uddannelse som indikator for social position er, at uddannelsesniveau kan måles for alle, som har gennemført en uddannelse, uafhængigt af den aktuelle erhvervstilknytning, hvilket gør uddannelse til et stabilt mål (70). Flere detaljer om potentialet ved uddannelse som indikator for social ulighed findes i kapitel 2, afsnit 2.2.1.

Dette afsnit har til formål at samle op på:

- Den sociale ulighed i Frederiksberg Kommune på tværs af de faktorer, der er beskrevet i rapporten
- Hvordan den sociale ulighed ser ud i Frederiksberg Kommune sammenlignet med regionen som helhed

De vurderinger som fremgår af afsnittet er baseret på de rå prævalenser, hvor der ikke tages højde for antallet af personer i grupperne.

Resultaterne fra denne rapport kan bruges som et grundlag for en diskussion af, hvordan vi kan indtænke social ulighed i de borgerrettede forebyggelsesinitiativer, der udvikles i kommunalt regi. Hvis vi ønsker at reducere den sociale ulighed, har det afgørende betydning, om en given indsats vil ramme socialt skævt, om effekten af indsatsen er den samme i forskellige sociale grupper, samt om en positiv effekt af indsatsen er afhængig af tilstedeværelsen eller fraværet af andre faktorer, som er socialt skævt fordelt. Hvis disse overvejelser ikke er foretaget, kan man gennem forebyggelsesinitiativer være med til at øge den sociale ulighed i sundhed.

Et gennemgående fund i denne rapport er, at andelen af borgere med en uhensigtsmæssig adfærd eller risikofaktor er større blandt borgere med kort uddannelse sammenlignet med borgere med lang uddannelse. Dette ses for: Selvvurderet helbred, fysisk og mentalt helbred, rygning, storforbrug af alkohol, rusdrikkeri, usunde madvaner, fysisk inaktivitet, overvægt, stress, kontakt til venner og familie, ofte uønsket alene og ingen at tale med ved behov (tabel 6.5). For tegn på alkoholafhængighed og motivation for vægttab er der ikke nogen klar tendens til social ulighed. Til gengæld er der en omvendt social ulighed for moderat forbrug af alkohol og stillesiddende arbejde, hvor andelen af borgere, som har et moderat forbrug af alkohol eller har stillesiddende arbejde er større blandt borgere med lang uddannelse sammenlignet med borgere med kort uddannelse. Det skal dog bemærkes at for moderat alkoholforbrug er forskellen mellem uddannelsesgrupperne meget begrænset.

Fordelingen af borgere i de forskellige uddannelsesgrupper i Frederiksberg Kommune ligner for størstedelen af de beskrevne typer af adfærd og risikofaktorer, fordelingen i regionen som helhed.

For storforbrug af alkohol, kontakt til venner og familie, og ingen at tale med ved behov er den absolutte sociale gradient dog tydeligere i Frederiksberg Kommune sammenlignet med regionen som helhed. For aldrigrygning er den sociale gradient også tydeligere i Frederiksberg Kommune sammenlignet med regionen som helhed, men her er sammenhængen omvendt sådan at, jo højere uddannelsesniveau, des større andel.

Nogle af de beskrevne adfærdstyper og risikofaktorer adskiller sig fra tendensen i regionen som helhed. Det gælder: Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, dårligt fysisk eller dårligt mentalt helbred, moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden mindre end 30 minutter om dagen, svær overvægt og ofte uønsket alene. For disse er andelen af borgere i Frederiksberg Kommune med uhensigtsmæssig adfærd eller risiko blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse lige så stor eller større sammenlignet med andelen blandt borgere med grundskole- eller gymnasial uddannelse. Hvorimod der for regionen som helhed ses en mere klar social gradient, hvor jo lavere uddannelsesniveau, des større andel.

For både Frederiksberg Kommune og regionen som helhed er der en klar ophobning af uhensigtsmæssige forhold blandt borgere med lavere uddannelsesniveau sammenlignet med borgere med højere uddannelsesniveau.

Tabel 6.5 Inddeling af faktorenes sammenhæng med uddannelsesniveau

Faktorer, hvor andelen med en given adfærd/risiko er større blandt borgere med <b>kortere uddannelsesniveau</b>	Ingen klar tendens på tværs af uddannelsesniveauer	Faktorer, hvor andelen med en given adfærd/risiko er større blandt borgere med <b>længere uddannelsesniveau</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dagligrygning</li> <li>• Aldrig rygere</li> <li>• Tidlige rygere</li> <li>• Ikkerygere udsat for daglig passiv rygning</li> <li>• Storforbrug alkohol</li> <li>• Rusdrikkeri</li> <li>• Meget usunde madvaner</li> <li>• Moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden – mindre end 30 minutter om dagen</li> <li>• Hård fysisk aktivitet i fritiden - mindre end 40 minutter om ugen</li> <li>• Stillesiddende adfærd i fritiden – mere end fire timer om dagen</li> <li>• Moderat overvægt</li> <li>• Svær overvægt</li> <li>• Højt stressniveau</li> <li>• Transport til og fra arbejde eller uddannelsessted</li> <li>• Kontakt til venner</li> <li>• Kontakt til familie</li> <li>• Ofte uønsket alene</li> <li>• Ingen at tale med ved behov</li> <li>• Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred</li> <li>• Dårligt fysisk eller dårligt mentalt helbred</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tegn på alkoholafhængighed</li> <li>• Motivation til vægttab blandt borgere, som er moderat overvægtige</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderat forbrug af alkohol</li> <li>• Stillesiddende arbejde – mindst seks timer om dagen</li> </ul>

## Referencer

- (1) Robinson KM, Lykke M, Hansen BH, Andreasen AH, Jeppesen M, Buhelt LP, et al. Sundhedsprofil for region og kommuner 2013. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed: Region Hovedstaden; 2014.
- (2) Due P, Holstein B. Sundhedsadfærd. In: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, (red), editors. Forebyggende sundhedsarbejde. 5. udgave ed. København: Munksgaard Danmark; 2010. p. 209-19.
- (3) Iversen L. Livsstil og helbred. In: Lund R, Christensen U, Iversen L, editors. Medicinsk sociologi - sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. 2nd ed. København: Munksgaard Danmark; 2011. p. 85-104.
- (4) Lund R. Sociale relationer og helbred. In: Lund R, Christensen U, Iversen L, editors. Medicinsk sociologi - sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. 2. udgave ed. København: Munksgaard Danmark; 2011. p. 63-84.
- (5) Knudsen L. Demografiske problemstillinger. In: Knudsen L, editor. Introduktion til demografisk metode. Metodiserie for social og sundhedsvidenskaberne, bind 1. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2007. p. 13-24.
- (6) Hammer-Helmich L, Buhelt LP, Andreasen AH, Robinson KM, Hilding-Nørkjær H, Glümer C. Sundhedsprofil for region og kommuner 2010. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed; 2010.
- (7) Christensen U, Larsen J. Social udsathed og helbred. In: Lund R, Christensen U, Iversen L, (red), editors. Medicinsk sociologi. 2. udgave ed. Munksgaard Danmark; 2011. p. 137-60.
- (8) Sundhedsstyrelsen. Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse; 2005.
- (9) Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed - Hvad kan kommunen gøre? 2011.
- (10) Kommunernes Landsforening. Det gode børneliv. 2012.
- (11) Gallus S, Tramacere I, Boffetta P, Fernandez E, Rossi S, Zuccaro P, et al. Temporal changes of under-reporting of cigarette consumption in population-based studies. *Tob Control* 2011 Jan;20(1):34-9.
- (12) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Tobak. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
- (13) Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, (red). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.
- (14) Statens Institut for Folkesundhed. [http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/08\\_2012.aspx](http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/08_2012.aspx). 2012. 15-8-2013.
- (15) Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
- (16) Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2012.



- (17) Kjellberg J, Ibsen R, Oxholm AS. Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol nr. 2 - en registerbaseret analyse af kommunernes meromkostninger til overførselsindkomster, personlig og praktisk hjælp og andre støttende foranstaltninger. København: Sundhedsstyrelsen og KORA; 2013.
- (18) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Alkohol. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
- (19) Anderson P, Møller L, Galea G, (ed). Alcohol in the European Union - Consumption, harm and policy approaches. World Health Organization; 2012.
- (20) Sundhedsstyrelsen. Alkohol og helbred. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
- (21) Tolstrup JS, Jensen MK, Tjønneland A, Overvad K, Grønbaek M. Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women. *Addiction* 2004 Mar;99(3):323-30.
- (22) Regeringen. Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2002.
- (23) Kristiansen L, Ekholm O, Grønbaek M, Tolstrup J. Alkohol i Danmark - Voksnes alkoholvaner og holdning til alkoholpolitik. København: Center for Alkoholforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen; 2008.
- (24) Regeringen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Mere borger, mindre patient - Et stærkt fælles sundhedsvæsen. 2013.
- (25) Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. Forebyggelseskommissionen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2009.
- (26) Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Part 1. Summary, principles and use. Copenhagen, Denmark: Nordic Council of Ministers; 2013.
- (27) WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO; 2003. Report No.: 916.
- (28) Ministeriet for Fødevarer LoF. Sund madglæde. Fødevarerministeriets mad-og måltidspolitiske udspil. 2012.
- (29) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Mad og måltider. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
- (30) Motions- og Ernæringsrådet. Fysisk inaktivitet - konsekvenser og sammenhænge. Motions- og Ernæringsrådet; 2007.
- (31) Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- (32) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Fysisk Aktivitet. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
- (33) Overgaard K, Grøntved A, Nielsen K, Dahl-Petersen IK, Aadahl M. Stillesiddende adfærd - en helbredsrisiko? København: Vidensråd for Forebyggelse; 2012.
- (34) Andersen LG, Groenvold M, Jorgensen T, Aadahl M. Construct validity of a revised Physical Activity Scale and testing by cognitive interviewing. *Scand J Public Health* 2010 Nov;38(7):707-14.
- (35) Svendsen OL, Astrup A, Hansen GS, (red). Adipositas - sygdom, behandling og organisation. København: Munksgaard; 2011.
- (36) Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response - Summary. Copenhagen, Denmark: World Health Organization - Regional Office for Europe; 2007.

- (37) Motions- og Ernæringsrådet. Monitorering af forekomsten af fedme. København: Motions- og Ernæringsrådet; 2008.
- (38) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Overvægt. København: Sundhedsstyrelsen; 2013.
- (39) Rod N. Stress. In: Lund R, Christensen U, Iversen L, (red), editors. Medicinsk sociologi - sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. 2. udgave ed. Munksgaard Danmark; 2011. p. 221-38.
- (40) Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Holst M, Juel K. Den nationale sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? Sundhedsstyrelsen; 2011.
- (41) Sundhedsstyrelsen. Narkotikasituationen i Danmark 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2013.
- (42) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Stoffer. København: Sundhedsstyrelsen; 2013.
- (43) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Seksuel Sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
- (44) Statens Serum Institut. Klamydia 2012, EPI-NYT uge 36. 4-9-2013.
- (45) Sundhedsstyrelsen. <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2013/faerre-unge-faar-seksygdomme>. 2013. 12-12-2013.
- (46) Kræftens bekæmpelse. [www.vidunderlivet.dk](http://www.vidunderlivet.dk). 18-11-2013.
- (47) Statens Serum Institut. Hiv/Aids 2012, EPI-NYT uge 44. 30-10-2013.
- (48) Jorgensen T, Capewell S, Prescott E, Allender S, Sans S, Zdrojewski T, et al. Population-level changes to promote cardiovascular health. *European journal of preventive cardiology* 2013;20(3):409-21.
- (49) Chokshi DA, Farley TA. The cost-effectiveness of environmental approaches to disease prevention. *N Engl J Med* 2012 Jul 26;367(4):295-7.
- (50) Mozaffarian D, Afshin A, Benowitz NL, Bittner V, Daniels SR, Franch HA, et al. Population approaches to improve diet, physical activity, and smoking habits: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation Journal of the American Heart Association* 2012.
- (51) Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJ, Martin BW. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet* 2012 Jul 21;380(9838):258-71.
- (52) Heath GW, Parra DC, Sarmiento OL, Andersen LB, Owen N, Goenka S, et al. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *Lancet* 2012 Jul 21;380(9838):272-81.
- (53) Roux AVD, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci* 2010;1186:125-45.
- (54) Troelsen J, Roessler K, Nielsen G, Toftager M. De bolignære områders betydning for sundhed. Odense: Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet; 2008.
- (55) Van DD, Cerin E, Conway TL, De B, I, Owen N, Kerr J, et al. Associations between perceived neighborhood environmental attributes and adults' sedentary behavior: findings from the U.S.A., Australia and Belgium. *Soc Sci Med* 2012 May;74(9):1375-84.
- (56) Timperio A, Salmon J, Ball K, te Velde SJ, Brug J, Crawford D. Neighborhood characteristics and TV viewing in youth: nothing to do but watch TV? *J Sci Med Sport* 2012 Mar;15(2):122-8.
- (57) Sundhedsstyrelsen. Effekt af interventioner som inddrager omgivelserne til at fremme fysisk aktivitet. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.

- (58) NICE. Transport interventions promoting safe cycling and walking. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006.
- (59) Van H, V, Deforche B, Van CJ, Goubert L, Maes L, Van de Weghe N, et al. Relationship between the physical environment and different domains of physical activity in European adults: a systematic review. *BMC Public Health* 2012;12:807.
- (60) Rissel C, Curac N, Greenaway M, Bauman A. Physical activity associated with public transport use - a review and modelling of potential benefits. *Int J Environ Res Public Health* 2012 Jul;9(7):2454-78.
- (61) Due P, Holstein B. Sociale relationer og sundhed. In: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, editors. *Forebyggende sundhedsarbejde*. 5 ed. København: Munksgaard Danmark; 2009. p. 239-48.
- (62) Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 2010 Jul;7(7):e1000316.
- (63) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Mental Sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2013.
- (64) Robinson KM, Vind AB, Jeppesen M, et al. Kroniske sygdomme - forekomst af kroniske sygdomme og forbrug af sundhedsydelse i Region Hovedstaden. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden: Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet, Evaluerings- og Analysemodelprojektet under Kronikerprogrammet; 2011.
- (65) Lau CJ, Lykke M, Andreasen AH, Bekker-Jeppesen M, Buhelt LP, Robinson KM, Glümer C. Sundhedsprofil 2013 - Kronisk Sygdom, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2015.
- (66) Glümer C, Hilding-Nørkjær H, Jensen HN, et al. Sundhedsprofil for region og kommuner 2008. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed: Region Hovedstaden; 2008.
- (67) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. 2014.
- (68) Juel K, Davidsen M, Pedersen PV, Curtis T. Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet. 2010.
- (69) Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. *Challenging Inequities in Health - from ethics to action*. 2001.
- (70) Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Smith GD, Lynch J. Indicators of Socioeconomic Position. *Methods in Social Epidemiology*. 2006.
- (71) Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior* 1983;24(4):385-96.