

**Sundhedsprofil
Høje-Taastrup kommune
2006**

Udarbejdet af
**Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Københavns Amt
September 2006**

Indholdsfortegnelse

Indledning.....	3
Resumé	4
1. Basis for sundhedsprofilen	5
2. Socio-demografiske forhold	6
2.1. Civilstand, erhverv og indtægt	6
2.2. Arbejde	6
2.3. Boligforhold	6
2.4. Socialt netværk og fritidsaktiviteter	7
2.5. Etnicitet.....	9
3. Livsstil	10
3.1 Rygning	10
3.2 Alkohol	15
3.3 Kost	17
3.4 Fysisk aktivitet	19
3.5. Rekommandation om livsstil (rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost).....	21
3.6. Stress og afslapning.....	22
4. Generelt helbred og trivsel	24
4.1. Selvvurderet helbred.....	24
4.2. Fysisk og mental sundhed.....	25
4.3. Kondition	26
4.4. Symptomer	28
4.5. Konklusion.....	29
5. Biologiske mål	30
5.1. Vægt	30
5.2. Blodtryk	31
5.3. Kolesterol.....	32
5.4. Konklusion.....	33
6. Kroniske sygdomme.....	34
6.1. Hjertekarsygdom	34
6.2. Type 2 diabetes	35
6.3. Kræft.....	37
6.4. Kroniske lungesygdomme	38
6.5. Muskel-skelet sygdomme	40
6.6. Osteoporose.....	41
6.7. Folkesygdommene (undtagen psykiske sygdomme).....	41
6.8. Psykiske sygdomme	42
6.9. Fysisk genoptræning.....	44
6.10. Kroniske sygdomme og etniske minoriteter	44
6.11. Konklusion	44

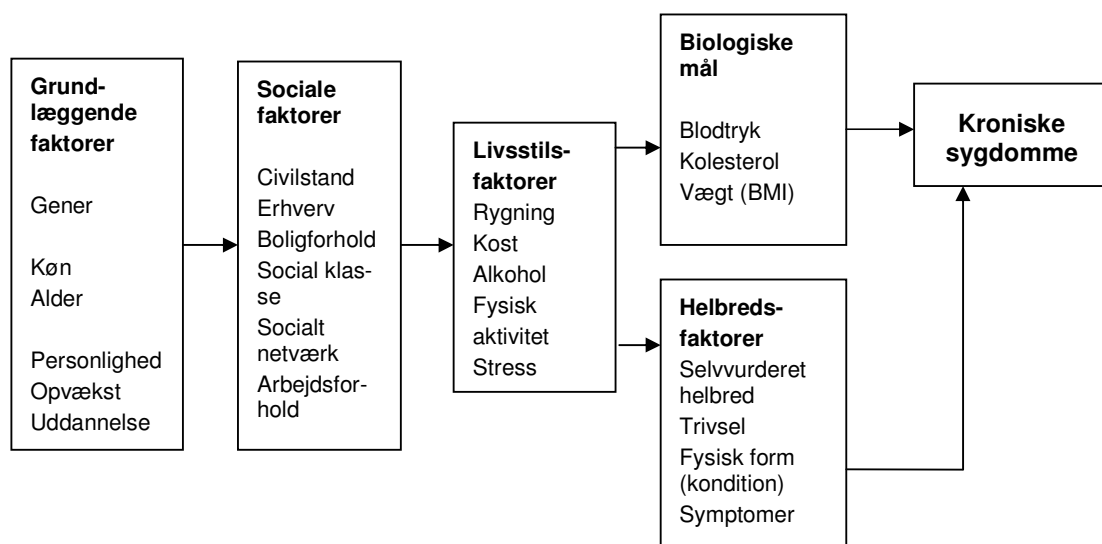
Indledning

Sundhedsprofilen omhandler borgernes sociale forhold, livsstil, fysisk og psykisk velbefindende, kronisk sygdomme samt behov for rehabilitering

Gentagne sundhedsprofiler kan benyttes som et planlægningsværktøj og som et monitorerings- og styringsredskab for den enkelte kommune.

Takket være den viden, der i dag findes om årsager til kroniske sygdomme, vil en sundhedsprofil ikke alene vise kommunens aktuelle tilstand, men også afdække mulige indsatsområder, som vil kunne forbedre sundhedstilstanden og sikre, at den opvoksende generation får en bedre sundhed.

De seneste års omfattende forskning inden for årsager til kroniske sygdomme har ført til nedenstående (forsimplede) forklaringsmodel. Figuren skal læses fra venstre mod højre.



Figuren viser muligheder for kortsigtede og langsigtede forebyggelsesstrategier. Såfremt der iværksættes en effektiv forebyggende indsats over for livsstil, vil der på kort sigt kunne registreres en forbedring i helbreds-faktorer og biologiske mål, mens der på lang sigt vil kunne forventes en reduktion i andelen med kronisk sygdom. Figuren viser også vigtigheden i at vurdere, hvordan de sociale faktorer påvirker livsstilen, og hvilke ændringer der kan foretages inden for de givne sociale rammer for at optimere en hensigtsmæssig livsstil.

Forebyggelsesstrategier

Forebyggelsesstrategier har til ofte til hensigt at ændre borgerens adfærd, så borgeren vælger en hensigtsmæssig livsstil. Strategierne deles traditionelt op i

- Informationsstrategi (massekampagner), hvor borgeren informeres om den rette livsstil.
- Højrisikostrategi, hvor borgere modtager individuel vejledning med henblik på en forbedring af deres livsstil.
- Miljøstrategi, hvor der gennem reguleringer, tilbud og forbud skabes rammer, så det bliver nemmere for borgeren at træffe de rigtige livsstilsvalg.

Informationsstrategien og miljøstrategien er som regel de mindst omkostningstunge. Ofte vil det være hensigtsmæssigt at benytte en kombination af ovenstående strategier.

Resumé

Årsager til sundhed og sygdom skal ses i et årsagsnet, hvor der er et kompliceret samspil mellem borgerens opvækst og uddannelse, sociale position, livsstil, helbred og udvikling af kroniske sygdomme.

Sundhedsprofilen for Høje-Taastrup tager hovedsagelig udgangspunkt i data fra centrale registre, hvor Høje-Taastrup sammenlignes med hele Region Hovedstaden og Vestegnskommunerne og placeres i en rangfølge blandt de 29 kommende storkommuner i Region Hovedstaden. Desuden benyttes data fra en spørgeskemaundersøgelse, hvor Høje-Taastrup i et vist omfang kan sammenlignes med landsdækkende data fra andre undersøgelser og tidligere befolkningsundersøgelser i Vestegnskommunerne. Tilsvarende spørgeskemaundersøgelser gennemføres p.t. for andre kommuner.

Socialt set er Høje-Taastrup sammenlignelig med de andre Vestegnskommuner, men har flere borgere ansat som lavere funktionærer sammenlignet med Region Hovedstaden. Hvad angår bruttoindkomst ligger Høje-Taastrup placeret ca. midt blandt kommunerne i Region Hovedstaden. Der er flere som bor i egen bolig i Høje-Taastrup sammenlignet med regionen. Hvad angår etniske minoriteter fra ikke-vestlige lande hører Høje-Taastrup til blandt de fire kommuner i Region Hovedstaden med flest borgere med en sådan oprindelse – hovedsagelig fra Tyrkiet og Pakistan.

Høje-Taastrup har flere daglig-rygere end i landet som helhed, men er ikke forskellig fra Vestegnskommunerne. Flertallet af rygere vil gerne holde op, og mange vil gerne have hjælp til det. Borgerne giver desuden udtryk for en restriktiv rygepolitik i kommunen. En del af borgerne i Høje-Taastrup har et problematisk alkoholforbrug og mange af de, som har det, ønsker at nedsætte forbruget. Få borgere lever op til anbefalingerne om sund kost - specielt blandt mænd og unge borgere. Men der er et stort ønske om at forbedre kostvanerne. En stor andel af borgerne er fysisk inaktive, men der er et stort ønske om at blive mere fysisk aktive og borgerne peger på en række forbedringer i kommunen, som kunne bidrage til at øge den fysiske aktivitet. Samlet set lever kun 10 % af kvinderne og under 5 % af mændene op til de centrale sundhedsmyndigheders rekommandationer om livsstil.

Der tegnes et billede af selvvurderet helbred, fysisk og mental sundhed samt fysisk form blandt borgerne i Høje-Taastrup. Der findes endnu ikke sammenlignelige tal med Region Hovedstaden. Der er en klar sammenhæng mellem uheldsrig livsstil og dårlig selvvurderet helbred, dårlig fysisk og mental sundhed samt dårlig fysisk form. Borgerne i Høje-Taastrup klager over mange symptomer – specielt fra bevægeapparatet og psykiske symptomer. Også symptomer hænger sammen med en uheldsrig livsstil. Resultaterne tyder på, at ændringer af borgernes livsstil har potentiale til at forbedre det generelle helbred.

En stor andel af borgerne i Høje-Taastrup er enten overvægtige eller svært overvægtige. Dette er et generelt problem i hele landet. Undersøgelsen viser, at borgerne er klare over problemet og er interesseret i ændringer. En stor andel af borgerne er i behandling for forhøjet blodtryk og højt kolesterol. Livsstilsændringer kan føre til en reduktion i antallet af personer med overvægt, højt blodtryk og højt kolesterol. Det er vigtigt at sikre optimal medicinsk behandling af personer med for højt blodtryk og kolesterol via egen læge.

Borgerne i Høje-Taastrup har hyppigere kroniske sygdomme end borgerne i Region Hovedstaden generelt. Det drejer sig specielt om hjertekarsygdom, type 2 diabetes, KOL og psykiske sygdomme, mens kræft ikke ses hyppigere i Høje-Taastrup end i Region Hovedstaden.

1. Basis for sundhedsprofilen

Basis for sundhedsprofilen er oplysninger fra en række centrale registre suppleret med en spørgeskemaundersøgelse. Data er samlet i en database i Danmarks Statistik, hvor oplysninger for den enkelte borger kobles ved hjælp af CPR-nummer, hvorefter CPR-nummeret kryptograferes. Den enkelte borger kan således ikke identificeres af de forskere, der forestår analyserne til sundhedsprofilen. Ligeledes vil borgerne være anonyme i relation til ansatte i kommunen.

Til sundhedsprofilen hører et bilagsmateriale i form af en lang række detaljerede figurer og tabeller over resultater, som omtales i denne sundhedsprofil. Bilaget er inddelt i samme kapitler som sundhedsprofilen.

Data fra centrale registre og spørgeskemaer supplerer hinanden. Fordelen ved de centrale registeroplysningerne er, at de dækker alle borgere bosat i kommunen. Ulempen er, at de fleste registeroplysninger kun er opdateret til 2004. Imidlertid vil dette ikke få betydning for fortolkning af resultaterne, idet der ikke sker de store ændringer i andelen med kroniske sygdomme over så kort en periode (fra 2004 til 2006). Fordelen ved en spørgeskemaundersøgelse er, at den giver oplysninger om de forhold, som ikke findes i de centrale registre. Ulempen er, at en del borgere har adressebeskyttelse mod forskerhenvendelser (som en kommunal sundhedsprofil vil høre under) og derfor aldrig vil blive udvalgt til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen. Endvidere er det en ulempe, at ikke alle svarer på spørgeskemaet. Ved hjælp af oplysninger fra de centrale registre, er det muligt at analysere forskellen på de, som vælger at besvare spørgeskemaet, og de, som ikke gør det. Analysen viste, at mænd, yngre borgere, borgere med etnisk herkomst fra ikke-vestlige lande samt borgere fra lavere sociale klasser var mindre tilbøjelige til at svare på spørgeskemaet, mens tilstedeværelse af kronisk sygdom ikke synes at påvirke besvarelsen.

Oplysninger fra centrale registre benyttes til at sammenligne Høje-Taastrup med Region Hovedstaden og Vestegnskommunerne (Albertslund, Brøndby, Glostrup, Hvidovre, Høje-Tåstrup, Ishøj, Rødovre, Vallensbæk). Desuden vises Høje-Taastrups placering, hvad angår hyppighed af kroniske sygdomme og medicinforbrug i forhold til de øvrige 28 kommende storkommuner i Region Hovedstaden. Da der endnu ikke er gennemført spørgeskemaundersøgelser i andre kommuner, vil det ikke være muligt at foretage en tilsvarende sammenligning af data fra spørgeskemaet. I det omfang, det er muligt, benyttes data fra befolkningsundersøgelser Vestegnskommuner foretaget på Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed samt landsdækkede data fra andre undersøgelser.

Ved nogle af sammenligningerne mellem kommunerne foretages justeringer for forskelle i alder, køn, sociale forhold og etnicitet. Disse faktorer er kommunerne ikke umiddelbart selv herre over, og kan derfor være en mere reel sammenligning mellem kommunerne. Ved sammenligningerne benyttes statistiske tests, dels i form af simple sammenligninger og dels i form af multivariate statistiske tests (logistisk regressionsanalyse). Resultaterne af de multivariate test vises i form af odds ratio (OR) med 95 % sikkerhedsgrænser. Når OR er over 1,0, er der tale om en øget hyppighed af det, der måles (fx betyder en OR på 1,30, at der er ca. 30 % større hyppighed af en bestemt sygdom i den pågældende kommune). Omvendt – når OR er mindre end 1,0 – er der tale om en nedsat hyppighed af det, der måles (fx betyder en OR på 0,50 en halvering af hyppigheden af en bestemt sygdom i den pågældende kommune). Sikkerhedsgrænserne benyttes til at vise om afvigelsen er statistisk signifikant, hvilket er tilfældet, hvis de to sikkerhedsgrænser ligger på samme side af 1,0.

2. Socio-demografiske forhold

I dette kapitel beskrives en række sociale og demografiske forhold for borgerne i Høje-Taastrup Kommune sammenholdt med kommunerne i Region Hovedstaden og Vestegnen.

2.1. Civilstand, erhverv og indtægt

Borgerne i Høje Taastrup er en smule yngre end i Region Hovedstaden, men sammenlignelige med Vestegnskommunerne. Der er flere, som er gift blandt de 25-40-årige i Høje-Taastrup sammenlignet med Region Hovedstaden, mens der ikke er forskelle i civilstand blandt borgere over 40 år.

25 % af kvinderne og 20 % af mændene i den erhvervsdygtige alder er uden for arbejdsmarkedet, hvilket svarer til situationen i hele Region Hovedstaden og i Vestegnskommunerne. Der er flere lønmodtagere på grundniveau i Høje Taastrup sammenlignet med Region Hovedstaden, men andelen er ikke forskellig fra Vestegnskommunerne. Den gennemsnitlige bruttoindkomst for en borger i Høje-Taastrup afviger ikke fra gennemsnittet i Region Hovedstaden.

2.2. Arbejde

Arbejds miljøinstituttet har udarbejdet forskellige skalaer vedrørende det psykiske arbejdsmiljø. I denne rapport er medtaget skalaen for kognitive krav (krav til tænkning) og relationen mellem privatliv og arbejde. Både hvad angår kognitive krav og balancen mellem arbejde og privatliv afviger Høje-Taastrup ikke fra landgennemsnittet i en større arbejdspladsundersøgelse foretaget af Arbejds miljøinstituttet. I alt 20 % mænd og 30 % kvinder angiver, at de ofte eller altid ikke når arbejdsopgaverne, mens 37 % mænd og 47 % kvinder angiver, at det ofte eller altid er nødvendigt at arbejde hurtigt. Samtidig angiver over 73 % mænd og 67 % kvinder, at de ofte eller altid har indflydelse på deres arbejde. Sammenlignet med landsopgørelser, tyder disse tal på, at borgere i Høje-Taastrup har lidt mindre indflydelse på deres arbejde end borgere i resten af landet.

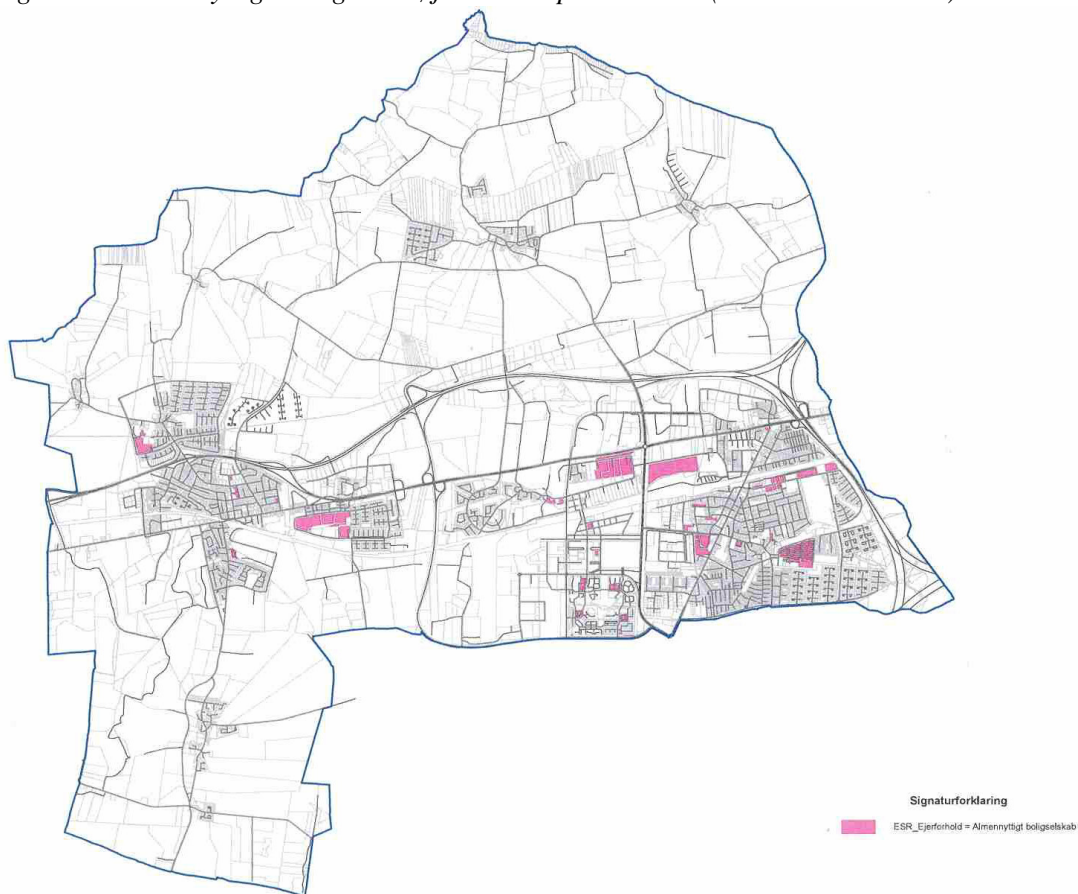
Under 20 % angiver, at arbejdet slider fysisk eller psykisk i høj eller meget høj grad og kun halvdel angiver at få anerkendelse i høj eller meget høj grad for deres arbejde. Under 6 % er i ringe eller meget ringe grad tilfreds med deres arbejde, hvilket er lidt højere end landgennemsnittet

2.3. Boligforhold

Der er færre i Høje-Taastrup, som bor i lejet bolig (40 %) sammenlignet med resten af Region Hovedstaden (53 %) og Vestegnskommunerne (52 %). Lejeboligerne er koncentreret enkelte steder i kommunen (figur 2.3.1)

Ca. 20 % af borgerne er generet af trafikstøj, mens ca. 15 % er generet af støj fra naboen. I de to yngre aldersgrupper angiver ca. 10 % at være generet af fugt og andre indeklimaproblemer, hvilket aftager i de højere aldersgrupper. Trafikstøjen er ikke hyppigere blandt borgere, der bor til leje end borgere, der bor i egen bolig. Derimod er støj fra naboen mere udtalt blandt borgere, som bor til leje, ligesom fugt og andre indeklimaproblemer stort set kun ses blandt lejere.

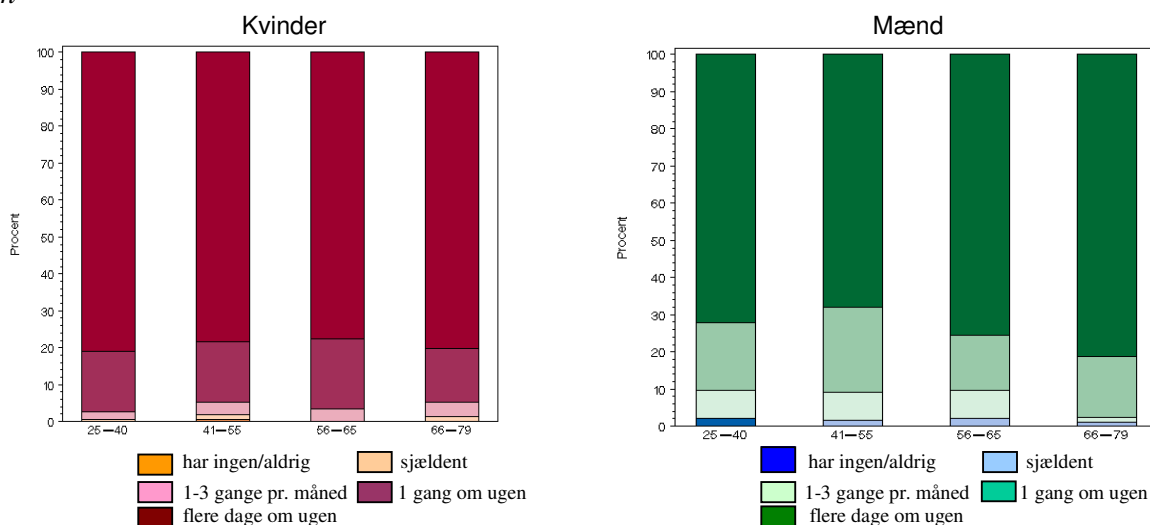
Figur 2.1. Almennyttige boliger i Høje-Taastrup Kommune (markeret med rosa)



2.4. Socialt netværk og fritidsaktiviteter

Det sociale netværk har betydning for borgerens trivsel, livsstil og sygdomsudvikling. Det sociale netværk kan vurderes dels ud fra, hvor hyppigt man har kontakt til fx venner, familie, naboer og kollegaer, og dels ud fra indholdet af kontakten.

Figur 2.4.1. Hyppigheden af kontakt til familie, venner, naboer og kollegaer. Fordelt på alder og køn



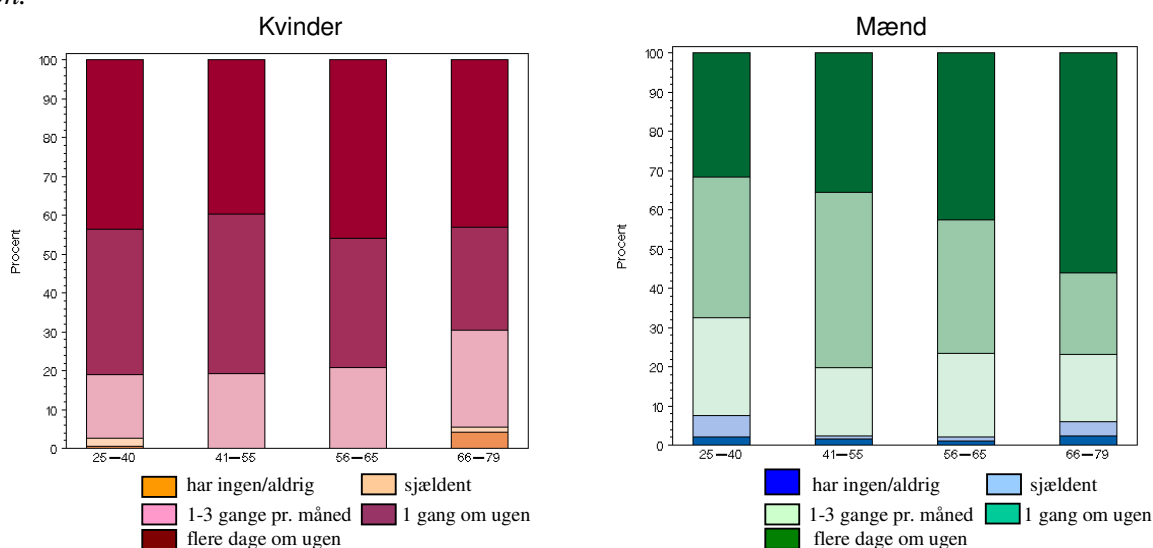
Langt over 95 % af kvinderne og 90 % af mændene har kontakt til venner, familie, naboer eller kollegaer mindst en gang om ugen og 70-80 % har kontakt flere gange om ugen. Yderligere viser spørgeskemaundersøgelsen, at mere end 95 % har mulighed for hjælp i hverdagen fra andre personer – mest udtalt i de unge aldersgrupper. I de tre unge aldersgrupper har mindre end 10 % af mændene behov for hjælp, hvilket stiger til lidt over 10 % i den ældste gruppe. Blandt kvinder er der stigende behov for støtte op gennem aldersgrupperne, fra 5 % blandt de yngste til 20 % blandt de ældste.

Ca. 10 % angiver at have problemer med partner, familie, venner, naboer eller kollegaer mindst en gang om ugen, mens mere end 75 % oplever, at partner, familie, venner, naboer eller kollegaer har brug for dem (figur 2.4.2). Ligeledes føler langt hovedparten, at de ofte bliver værdsat af venner, kollegaer, familie, naboer eller kollegaer.

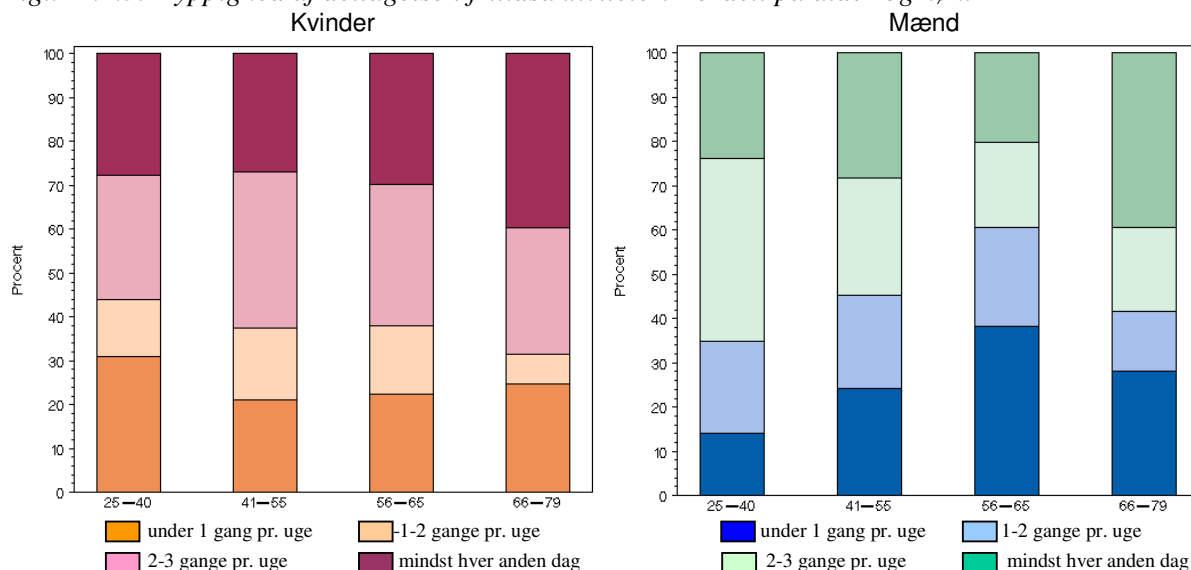
Det generelle billede er, at hyppigheden af kontakt til venner, familie, naboer og kollegaer og mulighed for hjælp i hverdagen fra andre personer er rimelig blandt borgere i Høje-Taastrup, og at de sjældent oplever problemer med deres omgangskreds, ligesom de har en oplevelse af, at deres omgangskreds har brug for dem og værdsætter dem.

Der er ingen sammenlignelige opgørelser for resten af landet.

Figur 2.4.2. Oplevelse af at venner, familie, naboer, kollegaer har brug for dig. Fordelt på alder og køn.



Figur 2.4.3. Hyppighed af deltagelse i fritidsaktiviteter. Fordelt på alder og køn.



Hovedparten af borgerne er aktive i deres fritid (figur 2.4.3), idet mindst halvdelen af kvinderne og knap halvdelen af mændene (dog med undtagelse af de 56-65-årige, hvor det er mere end halvdelen) dyrker en eller anden form for aktivitet i fritiden. Det drejer sig især om aftenskole, sport eller lokalt samvær i lokalforeninger.

2.5. Etnicitet

Der er betydelig flere personer med oprindelse fra ikke-vestlige lande i Høje-Taastrup (14,6 %) sammenlignet med Region Hovedstaden (9,5 %), mens der ikke er nogen forskel i forhold til Vestegnskommunerne. Høje-Taastrup ligger blandt de fire kommuner med den højeste andel af borgere med oprindelse i ikke-vestlige lande. Blandt borgere med oprindelse fra ikke-vestlige lande, er der en betydelig overvægt af unge. Langt den overvejende del af borgere, som ikke er af dansk oprindelse i Høje-Taastrup, kommer fra Tyrkiet (7 %) og Pakistan (2 %).

3. Livsstil

De klassiske livsstilsfaktorer omfatter rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost. På det seneste er stress inddraget som en livsstilsfaktor på lige fod med de øvrige.

3.1 Rygning

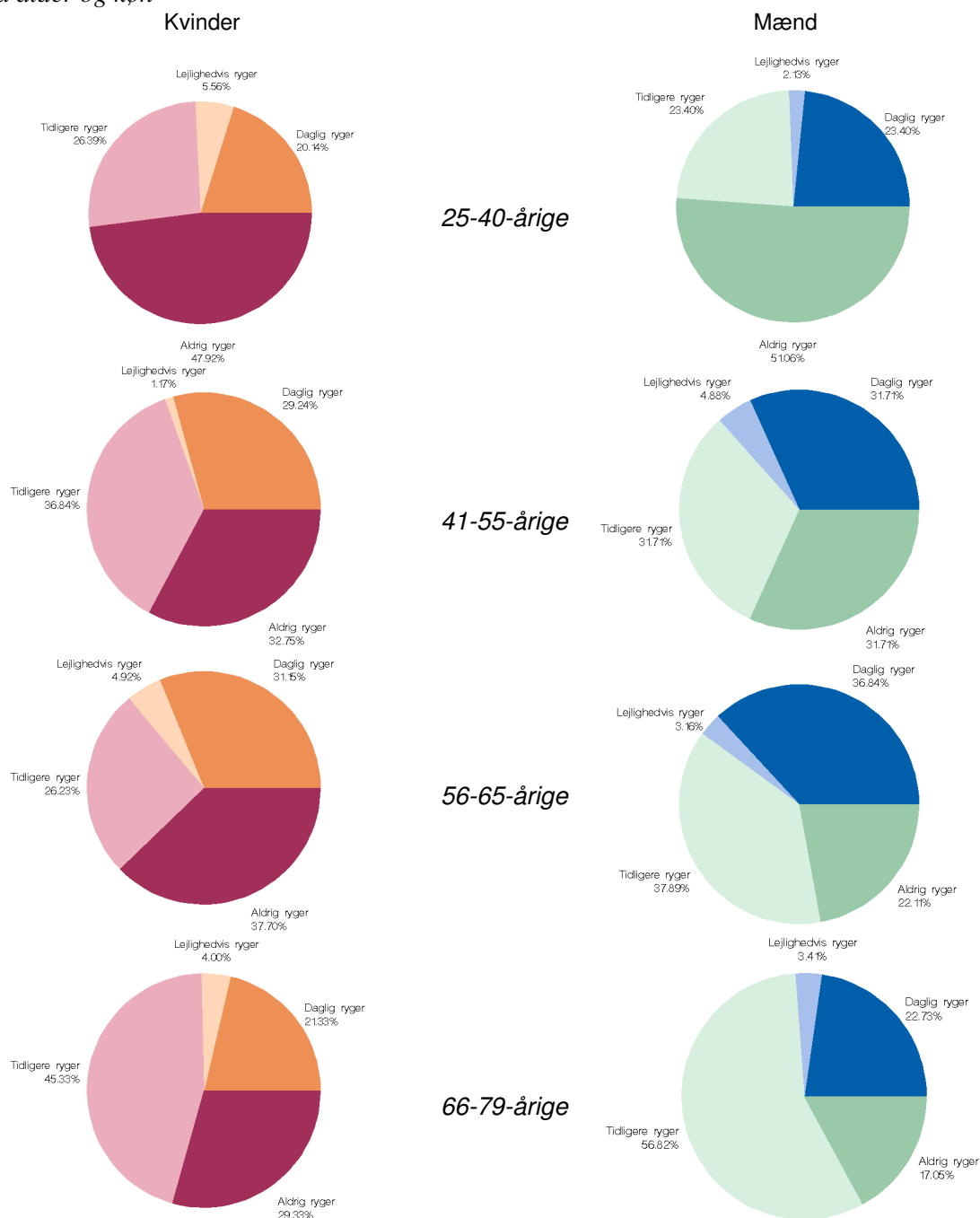
Rygning er den enkeltstående livsstilsfaktor, som giver anledning til flest kroniske sygdomme og som er direkte årsag til flest dødsfald. Det er beregnet, at der hvert år dør ca. 14.000 dansker pga. rygning. I Indenrigs- og Sundhedsministeriets program "Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10" er målet at reducere antallet af rygere markant; dels gennem rygestop, dels gennem begrænsning af antal nye rygere. Røgfri miljøer skal udbredes.

Forekomsten af rygere har været jævnt faldende blandt mænd siden 50'erne og blandt kvinder siden 70'erne. Faldet blandt storrygere starter dog først i begyndelsen af 90'erne. Danmark hører fortsat til et af de lande i den vestlige verden med flest rygere – specielt blandt kvinder. Samtidig er Danmark det land i den vestlige verden med den mest lempelige rygepolitik. Således blev det først i juli 2004 forbudt at sælge tobaksvarer til børn under 16 år, og det er fortsat ikke lykkedes at få indført samme rygerestriktioner i sundhedsvæsenet, offentlige bygninger, arbejdspladser og teatre og biografteatre, som i de lande vi normalt sammenligner os med.

I Høje-Taastrup og de øvrige Vestegnskommuner er forekomsten af daglig-rygere faldet fra 54 % i 1982 over 50 % i 1991, 38 % i 2000 til 27 % (29 % mænd og 26 % kvinder) i herværende sundhedsprofil. Der er således tale om en halvering over ca. 25 år, svarende til ca. 1 % point om året. Faldet skal tages med et vist forbehold, idet der i takt med, at det bliver mindre og mindre socialt acceptabelt at ryge, formentlig sker en underrapportering i andelen af rygere. Dette understreges af, at mængden af solgte cigaretter i Danmark er steget siden 1995. De seneste tal fra Sundhedsstyrelsen angiver, at andelen af rygere i den voksne befolkning er nede på 25 %. Det vurderes således, at Høje-Taastrup ligger lidt over landsgennemsnittet, hvad angår forekomsten af rygere.

Det er flest daglig-rygere blandt de 41-65-årige (figur 3.1.1). Andelen af aldrig-rygere er ca. 50 % blandt de unge. I alderen 66-79 år er andelen af aldrig-rygere nede på 17 % og 29 % for henholdsvis mænd og kvinder. Da rygedebut efter 25-40-års alderen er sjældent, må det forventes, at den høje andel af aldrig-rygere vil holde sig op gennem årene. Desuden viser tallene, at mens det tidligere var kvinder, der var tilbageholdende med at begynde rygning, er tendensen nu, at det er mænd, som udviser størst tilbageholdenhed.

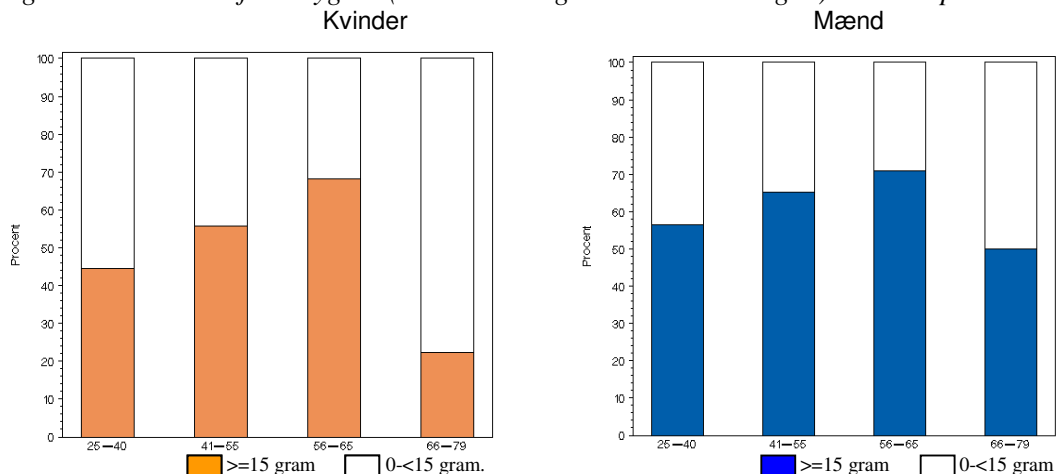
Figur 3.1.1. Andel af daglig-rygere, lejlighedsvis-rygere, tidligere rygere og aldrig-rygere. Fordelt på alder og køn



Karakteristik af rygere

I den efterfølgende karakteristik af rygere betragtes daglig-rygere og lejlighedsvis-rygere under et.

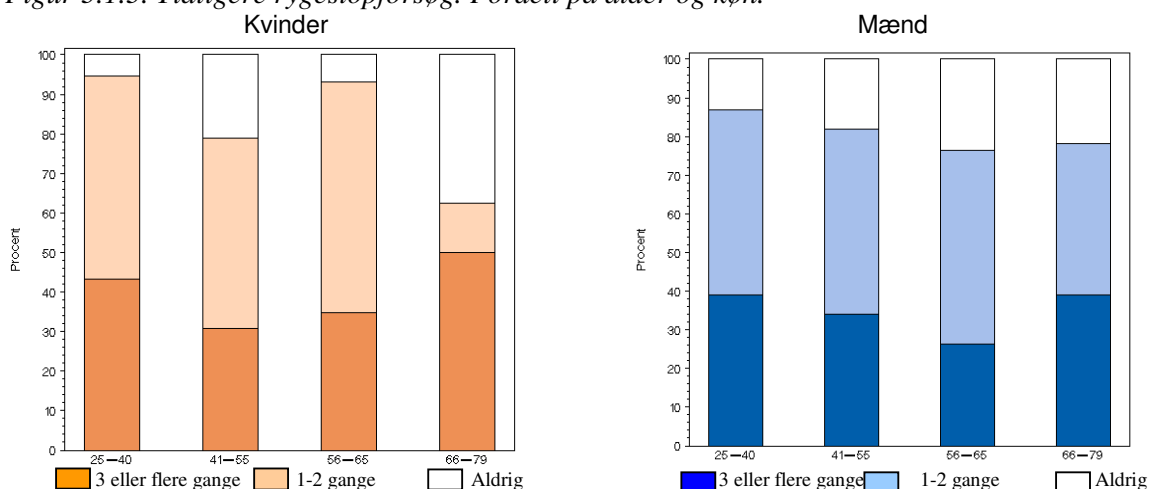
Figur 3.1.2. Andel af storrygere (mere end 15 gram tobak om dagen). Fordelt på alder og køn.



De personer, som er mest fysisk afhængig af rygning – og som derfor har sværest ved at holde op – er stor-rygere (15 cigaretter eller mere om dagen), personer som skal have den første cigaret kort tid efter de vågner samt personer som startede med at ryge i en ung alder. I alt 60 % af kvinderne og 71 % af mændene kan karakteriseres som storrygere (figur 3.1.2). Ca. 60 % - lidt lavere for kvinder end for mænd - tager den første smøg inden for 30 minutter fra de vågner om morgenen, og halvdelen af mændene og mere end en tredjedel af kvinderne startede med at ryge, inden de var 16 år.

Lidt over 10 % af rygerne angiver at supplere rygningen med nikotinprodukter i situationer, hvor det ikke er tilladt/muligt at ryge.

Figur 3.1.3. Tidligere rygestopforsøg. Fordelt på alder og køn.



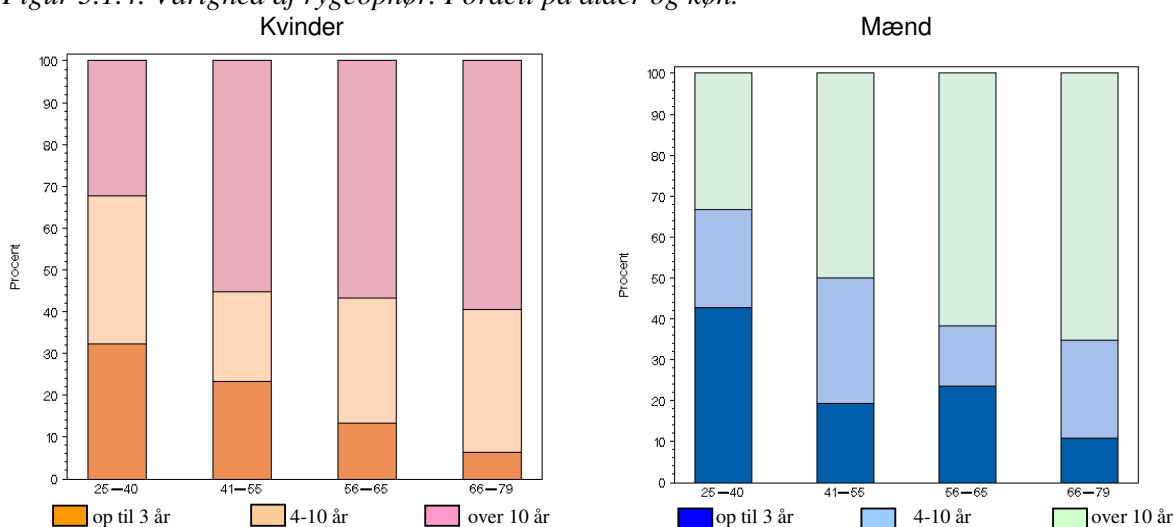
Langt de fleste rygere har forsøgt at holde op (figur 3.1.3), og mere end en tredjedel har forsøgt 3 eller flere gange. Dette stemmer overens med, at 77 % af kvinderne og 70 % af mændene ønsker at holde op med at ryge. Kun 3 % planlægger rygeophør inden for den næste måned, hvilket kan hænges sammen med de mange mislykkedes forsøg. Mere end halvdelen ønsker hjælp til deres rygeophør.

Ud fra befolkningstallet i Høje-Taastrup og andelen, som angiver at ryge, kan det skønnes, at der er lidt over 10.000 rygere i alderen 25-79 år i Høje-Taastrup. Af disse ønsker næsten 7.800 at holde op med at ryge, og lidt mere end 4.000 ønsker hjælp dertil. Hvis ca. halvdelen af de, der ønsker hjælp til rygeophør, sagde ja til et kommunalt tilbud, ville det kræve ansættelse af en rygestopinstruktør i to år for at gennemføre rygestopkurserne.

Der er en tydelig social gradient i forekomsten af rygere. Således ryger 44 % af borgere med social lav til middel status, mod 32 % blandt borgere med middel social status og 24 % blandt de med høj eller meget høj status. Blandt borgere, der bor i lejede boliger, er der dobbelt så mange rygere som blandt borgere, der bor i egen bolig.

Tidligere rygere

Figur 3.1.4. Varighed af rygeophør. Fordelt på alder og køn.



Risikoen for at genoptage rygning er mindre jo længere tid, der er gået siden rygestopet. Den store andel blandt de unge, som er holdt op med at ryge inden for de sidste få år (figur 3.1.4), angiver en vis risiko for tilbagefald. Andelen, som er ophørt med at ryge inden for de seneste tre år i de høje aldersgrupper, viser, at det fortsat er muligt at opnå rygestop selv blandt de midaldrende og ældre.

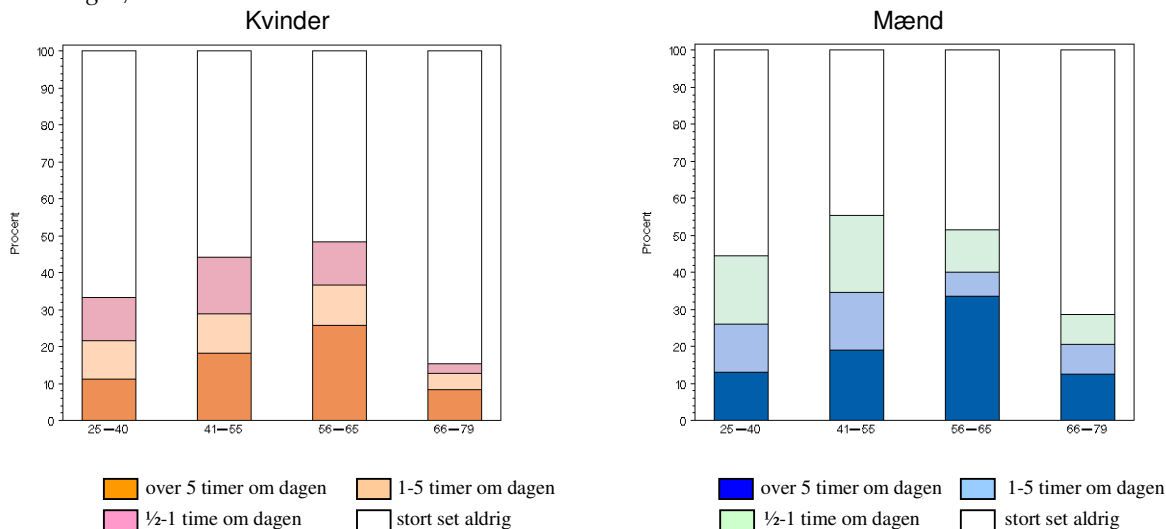
Nikotinsubstitution benyttes af 3 % kvindelige eksrygere og 7 % mandlige. Langt den overvejende del (86 %) er personer, som er ophørt med at ryge inden for de sidste tre år, og kun to personer med et rygeophør for mere end ti år siden benytter nikotinsubstitution.

Passiv rygning og rygepolitik

Passiv rygning er en dokumenteret risikofaktor for udvikling af kroniske sygdomme som hjertekar-sygdom og lungesygdom. En nylig publiceret hvidbog om passiv rygning opdaterer denne doku-

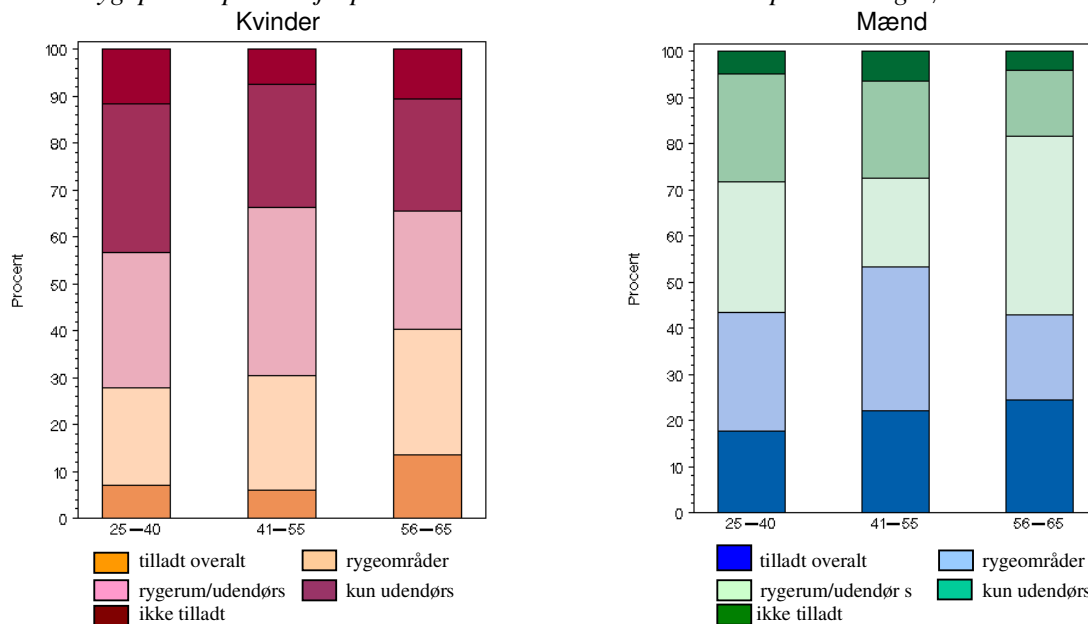
mentation. I regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008, erklæres det, at Danmark skal gøres røgfrit for ikke-rygere, herunder børn.

Figur 3.1.5. Dagligt antal timers ophold i røgfylde rum. Både rygere og ikke-rygere. Fordelt på alder og køn



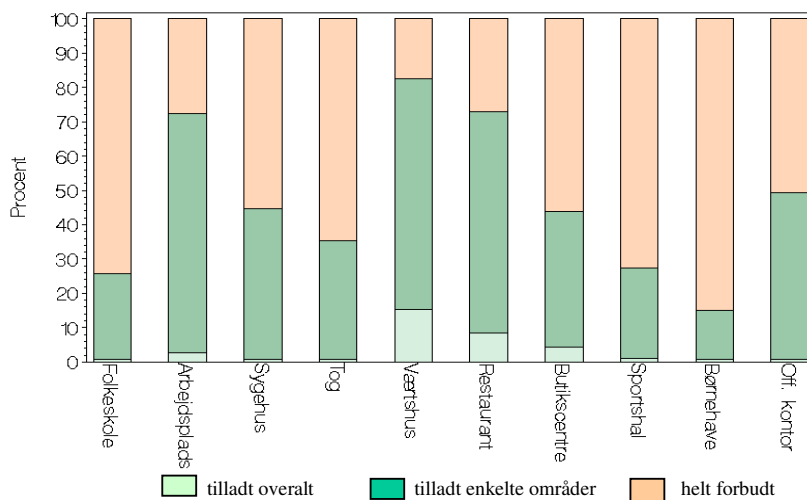
En forholdsvis stor andel af personer i den erhvervsaktive alder, opholder sig dagligt i røgfylde rum (figur 3.1.5). Det er lidt mindre udtalt for ikke-rygere end for rygere, men for ikke-rygende mænd i alderen 41-55 år opholder næsten halvdelen sig mindst en halv time om dagen i røgfylde rum.

Figur 3.1.6. Rygepolitik på arbejdspladsen. Alle under 66 år. Fordelt på alder og køn.



Langt under halvdelen af borgerne angiver, at de opholder sig på arbejdspladser, hvor det enten er totalt forbudt, eller hvor der kun må ryges udendørs. Dette billede er stort set uændret, hvis man kun kikker på personer, der er offentligt ansat.

Figur 3.1.7. Borgernes holdning til rygepolitik forskellige steder



En meget lille andel af borgerne går ind for, at rygning må være tilladt overalt. På restauranter og værtshuse mener op til 10 %, at rygning bør være tilladt overalt, mens flertallet går ind for, at rygning skal begrænses til enkelte områder. Når det drejer sig om vuggestuer, børnehaver, folkeskoler, sportshaller, tog, hospitaler og offentlige kontorer er langt den overvejende del af befolkningen stemt for, at rygning helt skal forbydes. Derimod mener mange, at arbejdspladsen generelt bør have mulighed for rygning i enkelte områder.

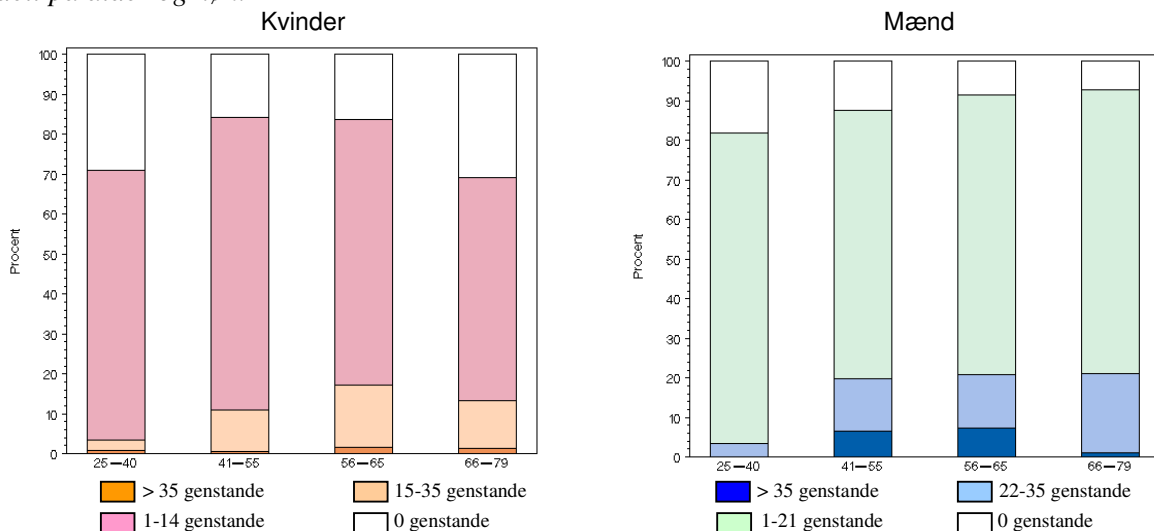
Konklusion om rygning

Høje-Taastrup har flere rygere end landet som helhed, og forekomsten af rygere er faldet med 1 % point om året gennem de sidste 25 år. Det kan beregnes, at kommunen har mere end 10.000 rygere i alderen 25-79 år, og at langt over halvdelen gerne vil holde op. Fortsat mange borgere udsættes for passiv rygning på deres arbejdspladser, og den generelle holdning i befolkningen er, at rygning bør være totalt forbudt i en række offentlige rum. Når rygning skal være tilladt, skal det ske i afgrænsede områder. Sundhedsprofilen giver således basis for en restriktiv rygepolitik koblet sammen med et tilbud om rygestopkurser.

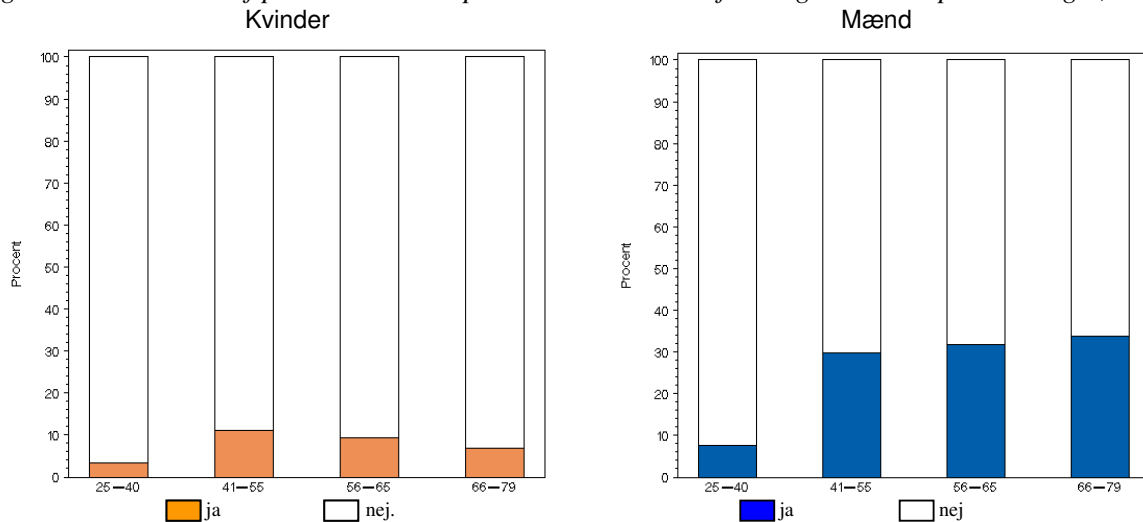
3.2 Alkohol

Det er beregnet at mere end ½ mio. danskere drikker over Sundhedsstyrelsens grænser (højest 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande for mænd), 200.000 er alkoholafhængige og knap 3.000 dør hvert år af alkoholrelateret sygdom. De sundhedspolitiske mål er at ”Antallet af storforbrugere af alkohol skal reduceres markant, unges forbrug af alkohol skal nedbringes og alkoholforbruget blandt børn skal fjernes”.

Figur 3.2.1. Ugentligt forbrug af alkohol i henhold til Sundhedsstyrelsens grænser (se tekst). Fordelt på alder og køn.



Figur 3.2.2. Andelen af personer med et problematisk alkoholforbrug*. Fordelt på alder og køn.



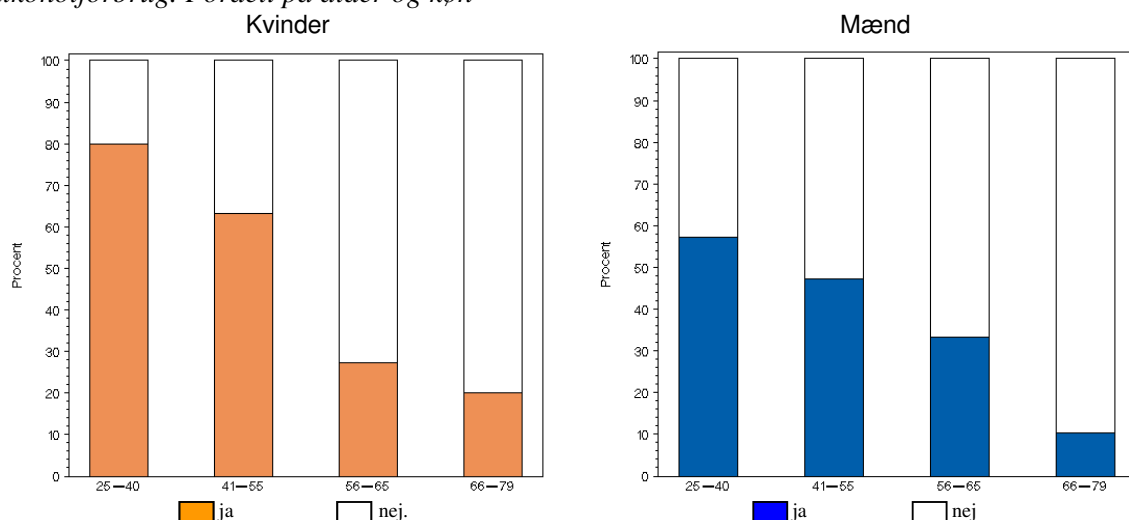
*I følge CAGE-klassifikationen har en person et problematisk alkoholforbrug, hvis vedkommende har svaret 'ja' til mindst to af følgende spørgsmål: "at de burde nedsætte deres alkoholforbrug", "nogen har 'brokket' sig over, at de drikker for meget", "følt sig skidt tilpas eller skamfulde pga. alkoholvaner", "jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at berolige nerverne", "drikker alkohol uden for måltiderne på hverdage"; eller 'ja' til én af de nævnte spørgsmål samt indtager alkohol fire eller flere dage om ugen.

Ældre indtager mere alkohol end yngre, og mænd indtager mere end kvinder. Der er en tydelig tendens til, at unge drikker få dage om ugen, mens daglig alkoholindtagelse er mere almindelig blandt ældre. Omkring 10 % af kvinderne og 20 % af mændene angiver at drikke over Sundhedsstyrelsens grænser. Benyttes i stedet CAGE-klassifikationen, som er et valideret spørgeskema til at identificere personer med et problematisk alkoholforbrug, ses at knap 10 % af kvinderne og 30 % af mændene har et sådant.

Langt hovedparten af borgerne i Høje-Taastrup vurderer deres alkoholvaner som fornuftige eller særdeles fornuftige, men blandt de 41-65-årige er der ca. 10 % blandt kvinderne og lidt over 10 % hos mændene, som vurderer deres alkoholvaner som meget eller lidt ufornuftige.

Blandt personer med et problematisk alkoholforbrug, ønsker over halvdelen at nedsætte deres forbrug – mest udtalt hos de unge og blandt kvinder (fig. 3.2.3.).

Figur 3.2.3. Andel som ønsker at nedsætte alkoholforbruget, blandt borgere med et problematisk alkoholforbrug. Fordelt på alder og køn



Blandt borgere, der bor i egen bolig, er der flere, som drikker mere en Sundhedsstyrelsens grænser sammenlignet med borgere, der bor i lejet bolig. Hvad angår andelen med et potentielt alkoholproblem, er der ingen forskel på, om borgeren bor i egen bolig eller lejet bolig.

Konklusion om alkohol

En ikke ubetydelig del af borgeren i Høje-Taastrup har et problematisk alkoholforbrug og mange af de, der har det, ønsker at nedsætte forbruget.

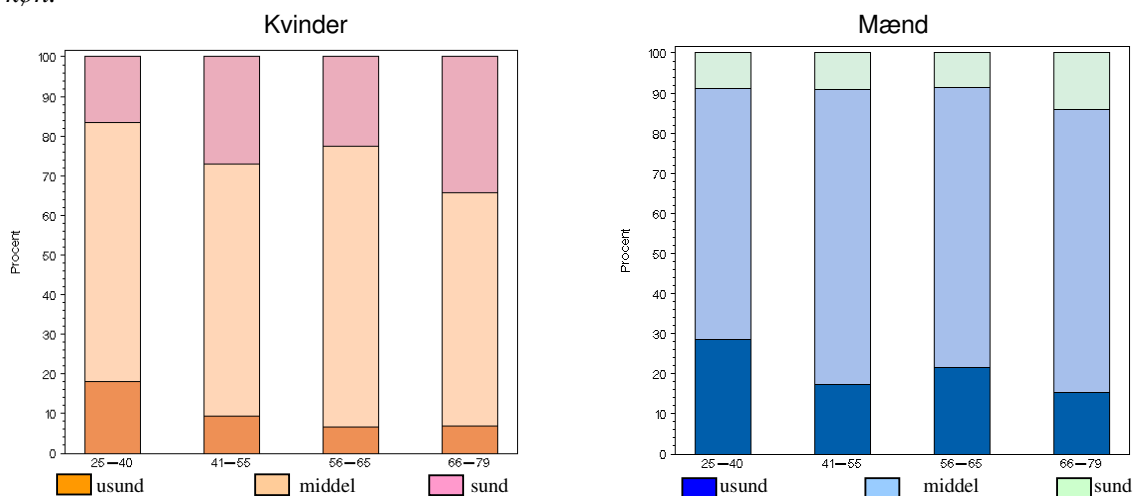
3.3 Kost

Forkert kost er forbundet med fedme og en række kroniske sygdomme som type 2 diabetes og hjertekarsygdom. Regeringens sundhedspolitiske mål er, at ”antallet af danskere, der spiser sundt, skal øges markant, og sunde kostvaner skal være en naturlig del af hverdagen”. Motions- og ernæringsrådet har lanceret syv kostråd. Med udgangspunkt i rådene vedrørende indtagelse af fedt (der skal spares på fedtet – specielt fra mejeriprodukter og kød), fisk (bør spises flere gange om ugen) og frugt og grønt (der bør indtages 6 portioner sv.t. 600 gram om dagen), er der udviklet en kostscore, som deler personer ind i, om de nogenlunde lever op til gældende råd (sund kost), om de slet ikke lever op til dem (usund kost), og om de lever op til nogle, men ikke alle (middel kost).

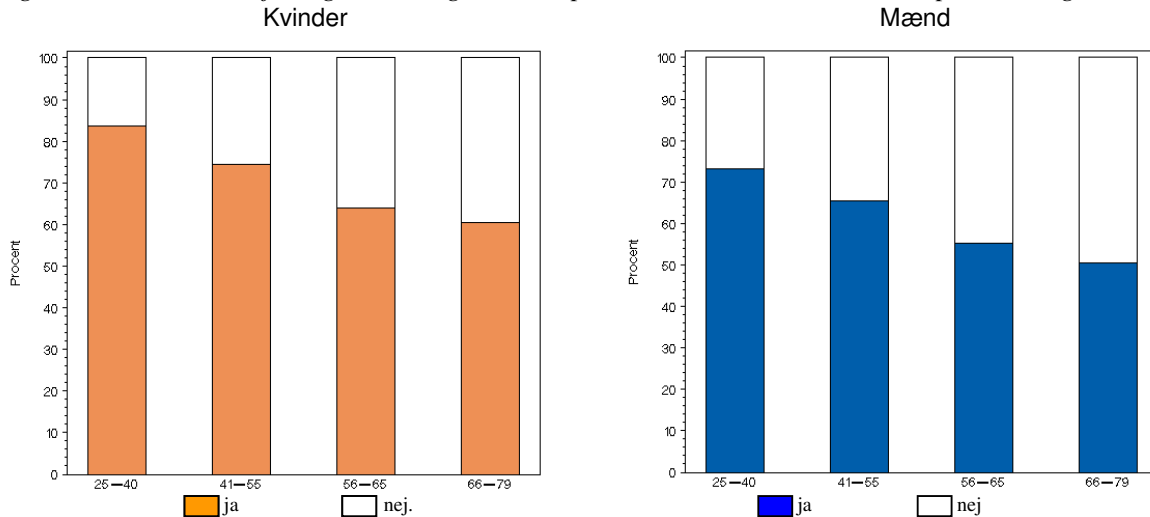
Flere kvinder (over 20 %) end mænd (ca. 10 %) har sunde kostvaner (figur 3.3.1). Mænd spiser sjældnere fisk end kvinder, og anbefalingen om at spise seks portioner frugt eller grønt om dagen opfyldes af lidt mere end 10 % af kvinderne og mindre end 5 % af mændene. En meget stor del af mændene (ca. 20 %) spiser ikke frugt og grønt dagligt. De selvvalgte kostvaner viser, at det kun

er i den ældste aldersgruppe, at mere end halvdelen betragter deres kostvaner som sunde eller meget sunde. I den yngste aldersgruppe er det under 40 %. Dette bekræfter, at mange unge har en uhen-sigtsmæssig kost, og undersøgelsen viser da også (figur 3.3.3), at flertallet af borgerne ønsker at spise sundere.

Figur 3.3.1. Andel af befolkningen med usunde, middel og sunde kostvaner. Fordelt på alder og køn.



Figur 3.3.3. Andelen af borgere, som gerne vil spise mere sundt. Alle. Fordelt på alder og køn.



Der er ingen forskel på fordelingen af usunde, middel og sunde kostvaner afhængig af, om folk bor i egen bolig eller lejet bolig.

Konklusion om kost

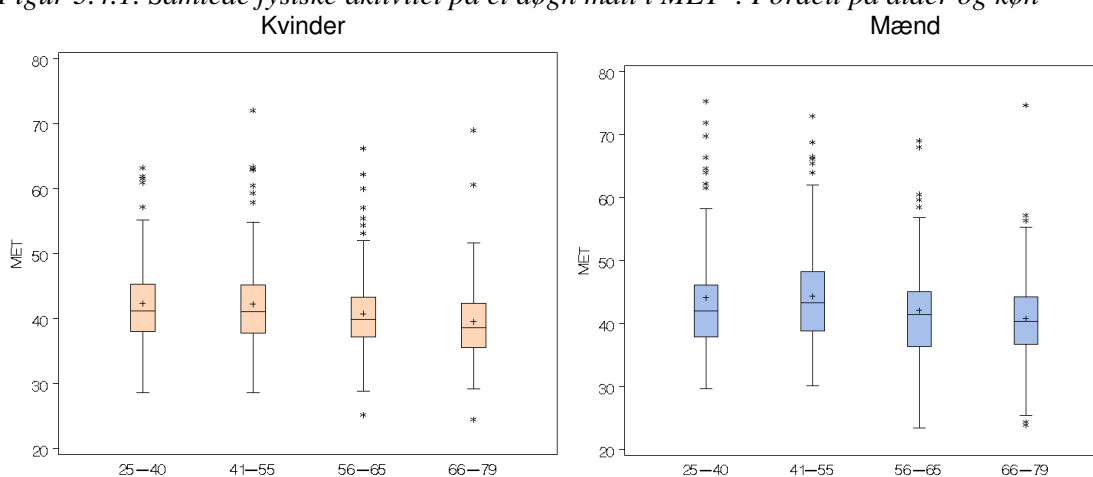
Der er et stort potentiale i at forbedre kostvanerne i Høje-Taastrup – specielt blandt mænd og blandt unge. Undersøgelsen viser, at borgerne er klar over, at deres kost kan burde være bedre, og at der er stor interesse i at ændre vanerne.

3.4 Fysisk aktivitet

Fysisk inaktivitet er en veldokumenteret risikofaktor for fedme og kroniske sygdomme som type 2 diabetes, hjertekarsygdom og visse kræftformer. Regeringens sundhedspolitiske mål er, at ”Antallet af fysisk aktive skal øges markant, og fysisk aktivitet skal være en naturlig del af hverdagen”.

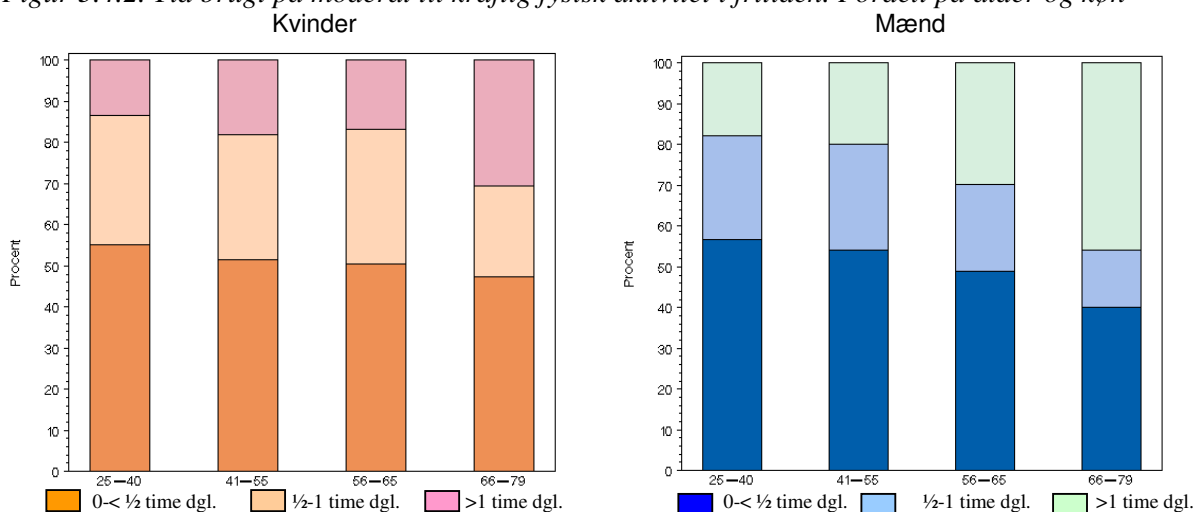
Sundhedsstyrelsens anbefaling er, at alle voksne bør være fysisk aktive med moderat intensitet mindst 30 minutter om dagen - helst alle ugens dage. De 30 minutter kan akkumuleres gennem flere seancer af 5-10 minutter. Børn bør være fysisk aktive mindst en time om dagen. Fysisk aktivitet identificeres ofte med organiseret motion. Imidlertid er fysisk aktivitet ”enhver bevægelse af kroppen fremkaldt af skeletmuskulaturen og forbundet med øget energiforbrug”. Dette betyder, at en lang række daglige gøremål kan karakteriseres som fysisk aktivitet, hvilket samtidig betyder, at fysisk aktivitet kan lægges ind i hverdagen, hvor det passer den enkelte.

Figur 3.4.1. Samlede fysiske aktivitet på et døgn målt i MET*. Fordelt på alder og køn



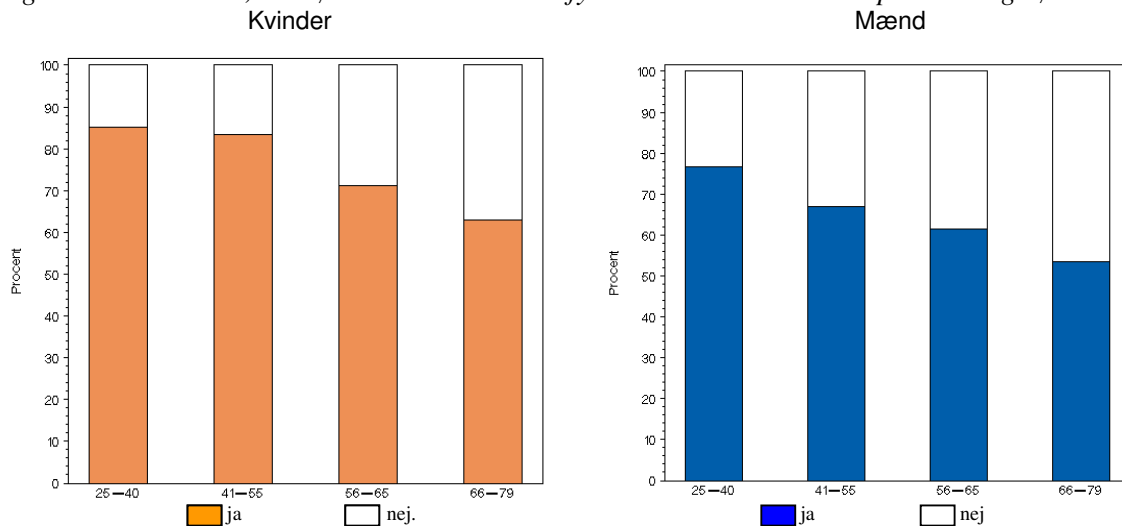
*Med udgangspunkt i spørgeskemaet udregnes et samlet mål for fysisk aktivitet. MET (metabolisk ekvivalent) svarer til energiforbruget, når kroppen er i hvile. Ud fra intensitet og varighed kan der beregnes et samlet energiforbrug på et døgn

Figur 3.4.2. Tid brugt på moderat til kraftig fysisk aktivitet i fritiden. Fordelt på alder og køn



Det samlede energiforbrug på et døgn (figur 3.4.1) falder med alderen og er en anelse højere for kvinder end mænd. Ser man i stedet på hvor stor en andel af befolkningen der angiver at være moderat til kraftig fysisk aktive i fritiden ses den at være større blandt ældre end yngre (figur 3.4.2). Cirka halvdelen af befolkningen bruger under en halv time dagligt i fritiden på moderat til kraftig fysisk aktivitet. En stor del af befolkningen bruger flere timer på at se TV og andre stillesiddende aktiviteter dagligt. Det er mere udtalt for de ældre aldersgrupper end for de unge, men selv i de to yngre aldersgrupper blandt mænd udgør det over 3 timer dagligt. Op til halvdelen af mænd bruger ikke tid på gang, løb eller cykling til og fra arbejdet, mens ca. 75 % af kvinderne gør det. (figur 3.4.2). Blandt mænd i den ældste aldersgruppe vurderer 45 %, at deres fysiske aktivitet er god eller vældig god mod kun 24 % blandt de unge. De tilsvarende tal for kvinder er 36 % og 18 %

Figur 3.4.3. Andelen, som ønsker at være mere fysisk aktiv. Alle. Fordelt på alder og køn.



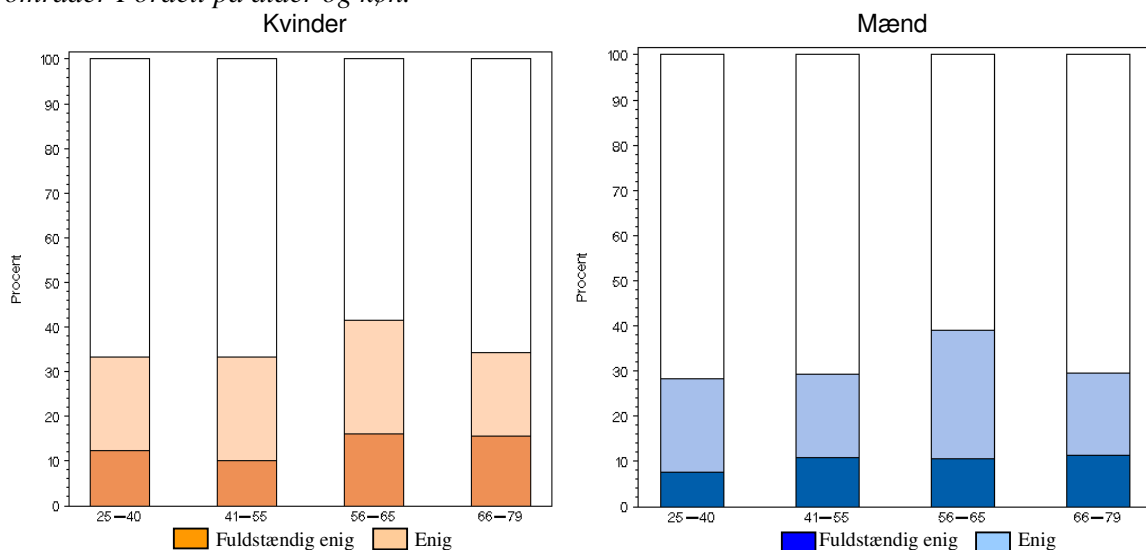
Hovedparten af befolkningen – med overvægt i de yngre aldersgrupper - ønsker at blive mere fysisk aktive (figur 3.4.3). Ser man kun på borgere med selv vurderet mindre gode eller dårlige motionsvaner, ønsker ca. 90 % af kvinderne og ca. 80 % af mændene at blive mere fysisk aktive.

Borgere, der bor i ejerboliger, er langt hyppigere fysisk aktive end borgere, der bor i lejet bolig.

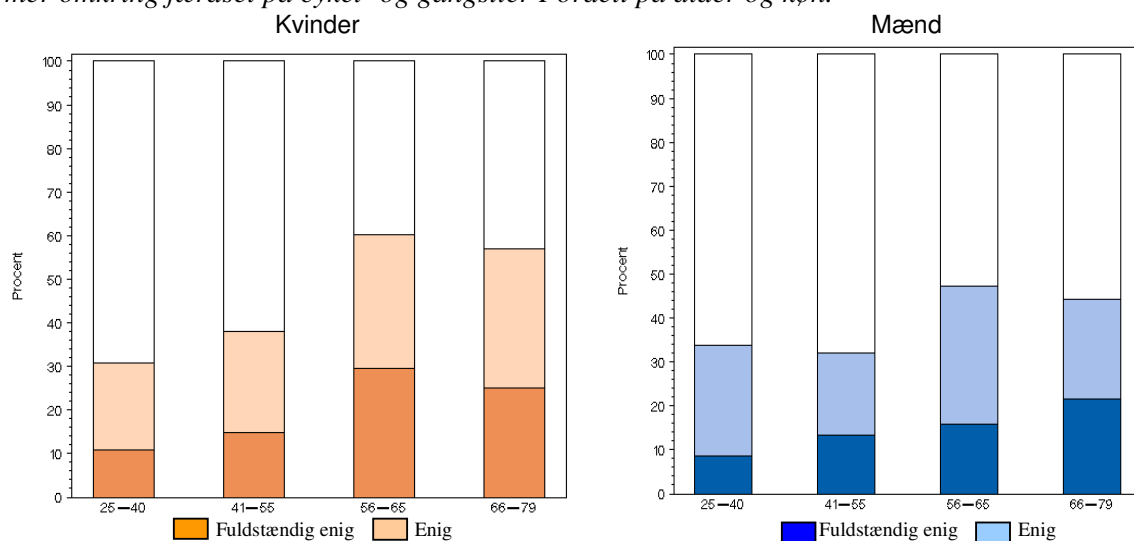
Hvad kan gøre borgerne mere fysisk aktive?

Ca. 30 % af borgere - stort set uafhængig af køn og alder – angiver, at de er enige i, at de ville blive mere fysisk aktive, hvis der skete en udbygning af gang- og cykelstier, skabtes flere grønne områder (tabel 3.4.4), idræts- og sportsfaciliteter blev forbedret, og der blev arrangeret forskellige friluftaktiviteter for borgerne. Det skal bemærkes, at specielt de to ældre aldersgrupper efterlyser tryggere rammer omkring færdsel på cykelstier, gangstier etc. (tabel 3.4.5).

Figur 3.4.4. Andelen, som angiver, at de vil blive mere fysisk aktive, hvis der skabes flere grønne områder Fordelt på alder og køn.



Figur 3.4.5. Andelen, som angiver, at de vil blive mere fysisk aktive, hvis der skabes tryggere rammer omkring færdsel på cykel- og gangstier Fordelt på alder og køn.



Konklusion om fysisk aktivitet

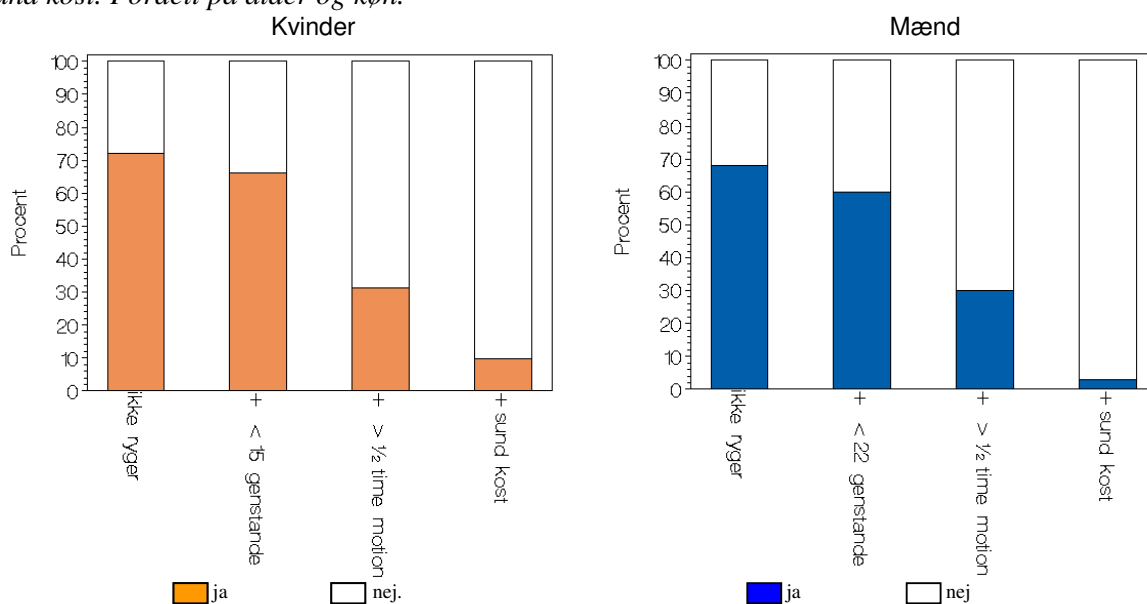
En stor andel af borgerne i Høje-Taastrup er fysisk inaktive. Det er særlig udtalt blandt personer, der bor i lejet bolig. Imidlertid hersker der ønske om at være mere fysisk aktiv, og borgerne peger på en række forhold, som ville kunne gøre dem mere fysisk aktive.

3.5. Rekommandation om livsstil (rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost)

De centrale sundhedsmyndigheders rekommandationer inden for rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost er kendt af en stor del af befolkningen. I figur 3.5.1. vurderes det, hvor stor en andel af befolkningen, der opfylder alle rekommandationer om ikke at ryge, drikke mindre end genstandsgrænserne, være fysisk aktiv mere end en halv time om dagen og spise sund kost. Det ses, at kun ca. 10

% af alle kvinder og mindre end 5 % af alle mænd i Høje-Taastrup opfylder alle disse livsstilsanbefalinger. Dette viser, at individuel rådgivning af alle borgere med en livsstil, som ikke svarer til de officielle rekommandationer, vil være en meget stor opgave. Derfor vil det være rationelt at fokusere på nogle strukturelle ændringer i kommunen med henblik på at ændre dette livsstilsbillede.

Figur 3.5.1. Den kumulerede andel af befolkningen, som opfylder rekommandationerne om ikke at ryge, drikke mindre end genstandsgrænserne, være fysisk aktiv mindst ½ time om dagen og spise sund kost. Fordelt på alder og køn.



Egen læge og rekommandationer om livsstil

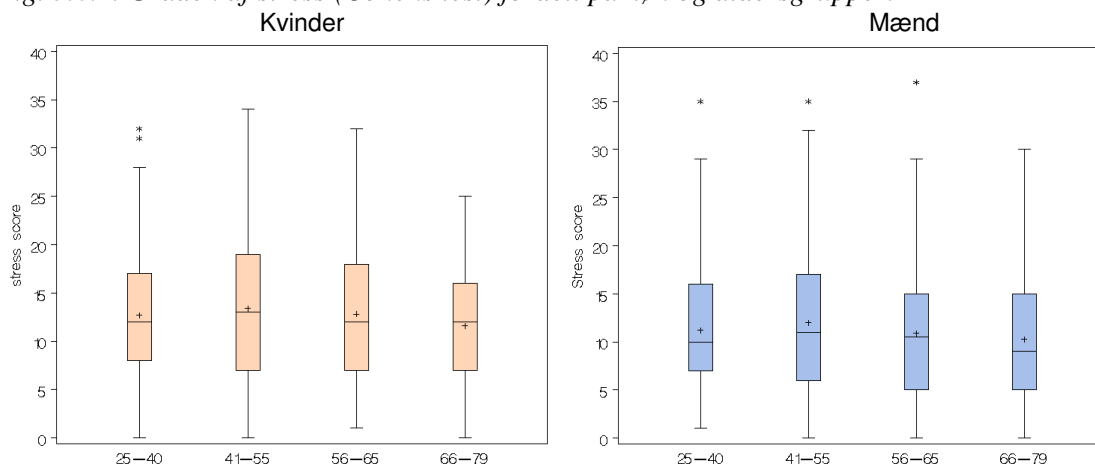
Egen læge ser langt hovedparten af sine patienter mindst én gang om året. Der er således et stort potentiale for at tale livsstil med risikopatienter. Ifølge borgerne gøres dette kun i moderat omfang. Ca. 20 % af rygere angiver, at deres egen læge inden for de seneste 12 måneder har rådet dem til at holde op med at ryge. Hos personer med et problematisk alkoholforbrug angiver 13 % af kvinderne og 10 % af mændene, at en læge har talt med dem om alkoholforbruget. Blandt de personer, som dyrker mindre end ½ times motion om dagen, angiver ca. 10 % kvinder og ca. 20 % mænd, at de inden for de sidste 12 måneder er blevet anbefalet at dyrke mere motion af egen læge. Specielt hvad angår rygning, er det kendt at selv en kort samtale med egen læge påvirker patienterne i gunstig retning. Der er således et stort potentiale i at optrappe rådgivningen fra egen læge.

3.6. Stress og afslapning

Stress

Kronisk stress er identificeret som en risikofaktor til kronisk sygdom - specielt hjertekarsygdom og type 2 diabetes - på linje med de mere traditionelle livsstilsfaktorer (rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet). Graden af stress kan belyses med en stresstest, som består af 10 spørgsmål (Cohens test).

Fig. 3.6.1. Graden af stress (Cohens test) fordelt på køn og aldersgrupper.



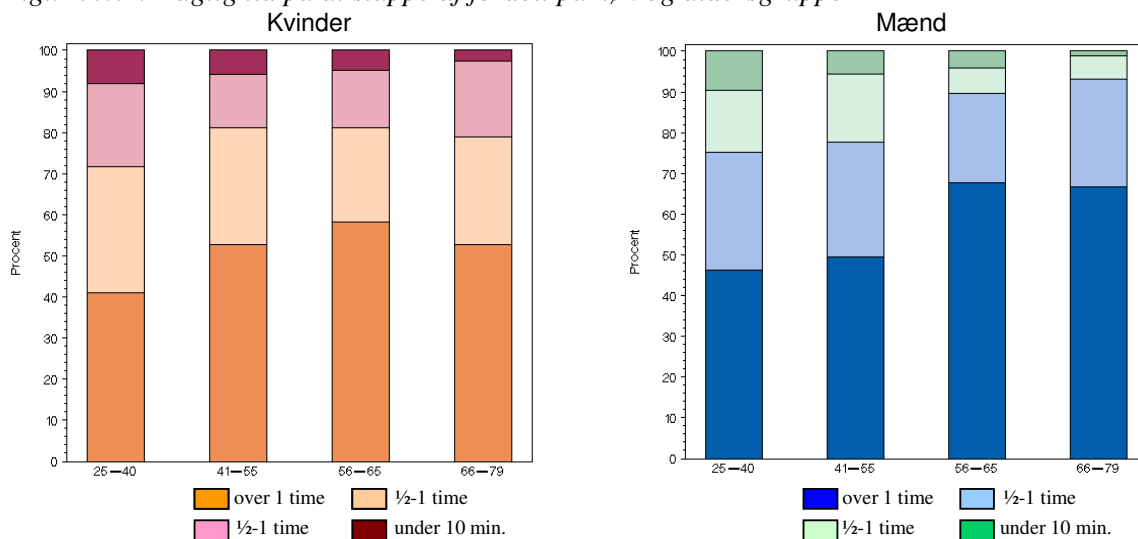
Boksen angiver, hvor halvdelen af personerne ligger. Den vandrette streg i boksen angiver medianen og + angiver middelværdien. De lodrette streger og * viser, hvor stor spredningen er.

Kvinder oplever signifikant oftere stress end mænd, mens der er en ikke signifikant tendens til, at stress er lavere i de ældre aldersgrupper end de yngre. Dette er i overensstemmelse med litteraturen på området. Endnu er repræsentative danske data ikke tilgængelige.

Tid til at slappe af.

Almindelig afslapning eller yoga kan benyttes som et middel mod stress.

Figur 3.6.2. Daglig tid på at slappe af fordelt på køn og aldersgrupper



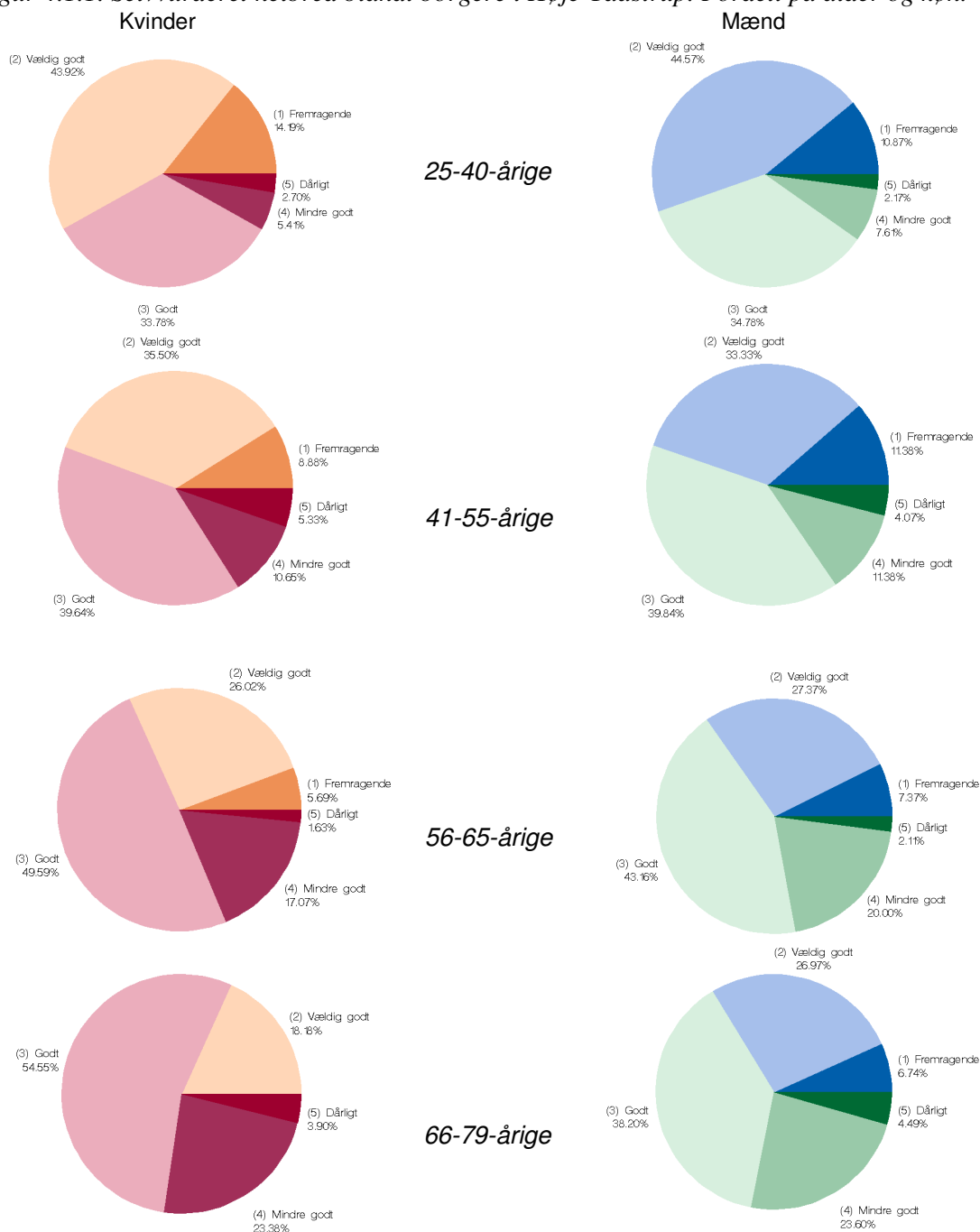
Der er ikke signifikant forskel på de to køn, men flere ældre giver sig tid til at slappe af end unge. I en helbredsundersøgelse i år 2000 i vestegnskommunerne blandt 30-60-årige (Inter99) finder man samme fordeling som vist i figur 3.6.2, og der sås ingen forskel på Høje-Taastrup og Vestegnskommunerne. Kun en mindre del af borgerne, som angiver at bruge under en halv time om dagen på at slappe af, er blevet anbefalet af egen læge til at tage den mere med ro.

4. Generelt helbred og trivsel

4.1. Selvvurderet helbred

Det selvvurderede helbred er et internationalt udviklet globalt mål for borgerens velbefindende. Det er dokumenteret, at dårligt selvvurderet helbred er en risikofaktor for udvikling af kroniske sygdomme uafhængigt af social status og livsstil.

Figur 4.1.1. Selvvurderet helbred blandt borgere i Høje-Taastrup. Fordelt på alder og køn.



Der er ingen betydende forskel mellem mænd og kvinder, bortset fra at kun én kvinde i den ældste aldersgruppe syntes, at helbredet var fremragende mod 7 % af mændene. Andelen af borgere, der siger de har et fremragende og vældigt godt helbred falder med alderen blandt begge køn. Der foreligger ingen landsdækkende tal til sammenligning, men en undersøgelse fra 2000 (Inter99) over Vestegnskommunerne viser, at der blandt 30-60-årige mænd og kvinder var samme fordeling, som der ses i denne sundhedsprofil. Høje-Taastrup skilte sig ikke ud fra de øvrige Vestegnskommuner i 2000.

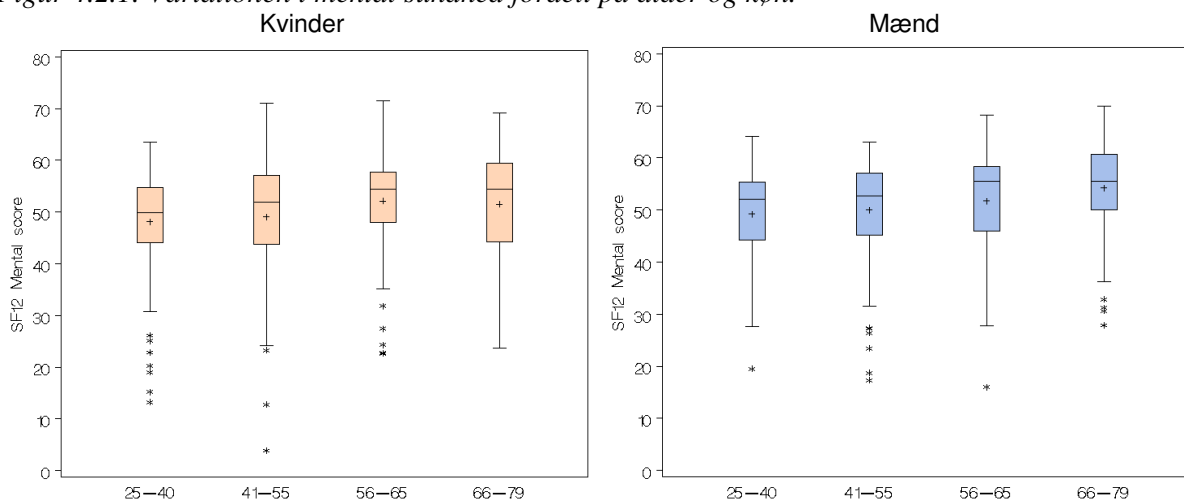
Faktorer forbundet med selv vurderet helbred.

Borgere med lav social status har signifikant dårligere selv vurderet helbred end borgere med høj social status. Hvad angår livsstil, har rygere dobbelt så hyppigt et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred sammenlignet med aldrig-rygere, mens der ingen forskel er mellem tidligere rygere og aldrig-rygere. Borgere, der bruger mindre end en halv time om dagen på moderat til kraftigt fysisk aktivitet, har næsten dobbelt så hyppigt et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred sammenlignet med borgere, der er fysisk aktive mere end en halv time om dagen. Dem, der drikker over 35 genstande om ugen, har næsten tre gange så hyppigt mindre godt eller dårligt helbred sammenlignet med de, som drikker under Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser. Der er ingen sammenhæng mellem selv vurderet helbred og kostvaner. Endelig ses øget stress hos personer med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred.

4.2. Fysisk og mental sundhed

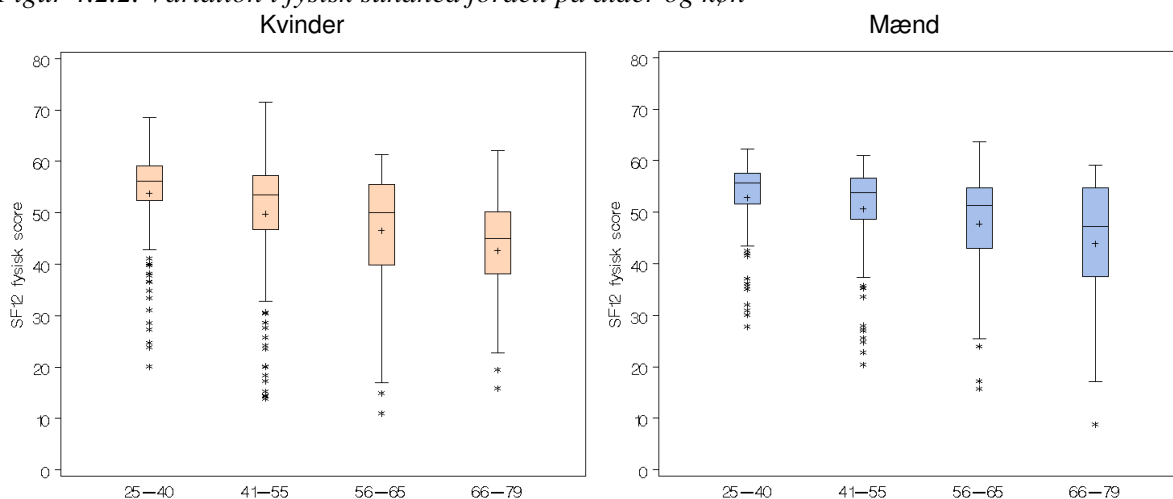
SF12 er en internationalt velafprøvet test til måling af sundheden i befolkningen i forskellige dimensioner. I denne sundhedsprofil benyttes dimensionerne fysisk og mental sundhed. Skalaen er arbitrær og går fra 0-100, hvor 100 repræsenterer det bedste helbred.

Figur 4.2.1. Variationen i mental sundhed fordelt på alder og køn.



Boksen angiver, hvor halvdelen af personerne ligger. Den vandrette streg i boksen angiver medianen og + angiver middelværdien. De lodrette streger og * viser, hvor stor spredningen er.

Figur 4.2.2. Variation i fysisk sundhed fordelt på alder og køn



Boksen angiver, hvor halvdelen af personerne ligger. Den vandrette streg i boksen angiver medianen og + angiver middelværdien. De lodrette streger og * viser, hvor stor spredningen er.

Der foreligger endnu ingen nationale danske tal for, hvordan befolkningen fordeler sig på mental og fysisk sundhed. I en undersøgelse fra 2000 (Inter99) i Vestegnskommunerne blandt 30-60-årige mænd og kvinder sås tal identiske med de, som vises i figur 4.2.1 og 4.2.2. I år 2000 var der ingen forskel på den fysiske og mentale sundhed i Høje-Taastrup og de øvrige vestegnskommuner.

Både høj social status og en høj fysisk aktivitet er forbundet med en høj mental score. Desuden ses, at øget stress er forbundet med nedsat mental sundhed. Hvad angår den fysiske sundhed, ses den at være bedre ved høj social status hos aldrig-rygere og hos borgere med høj fysisk aktivitet.

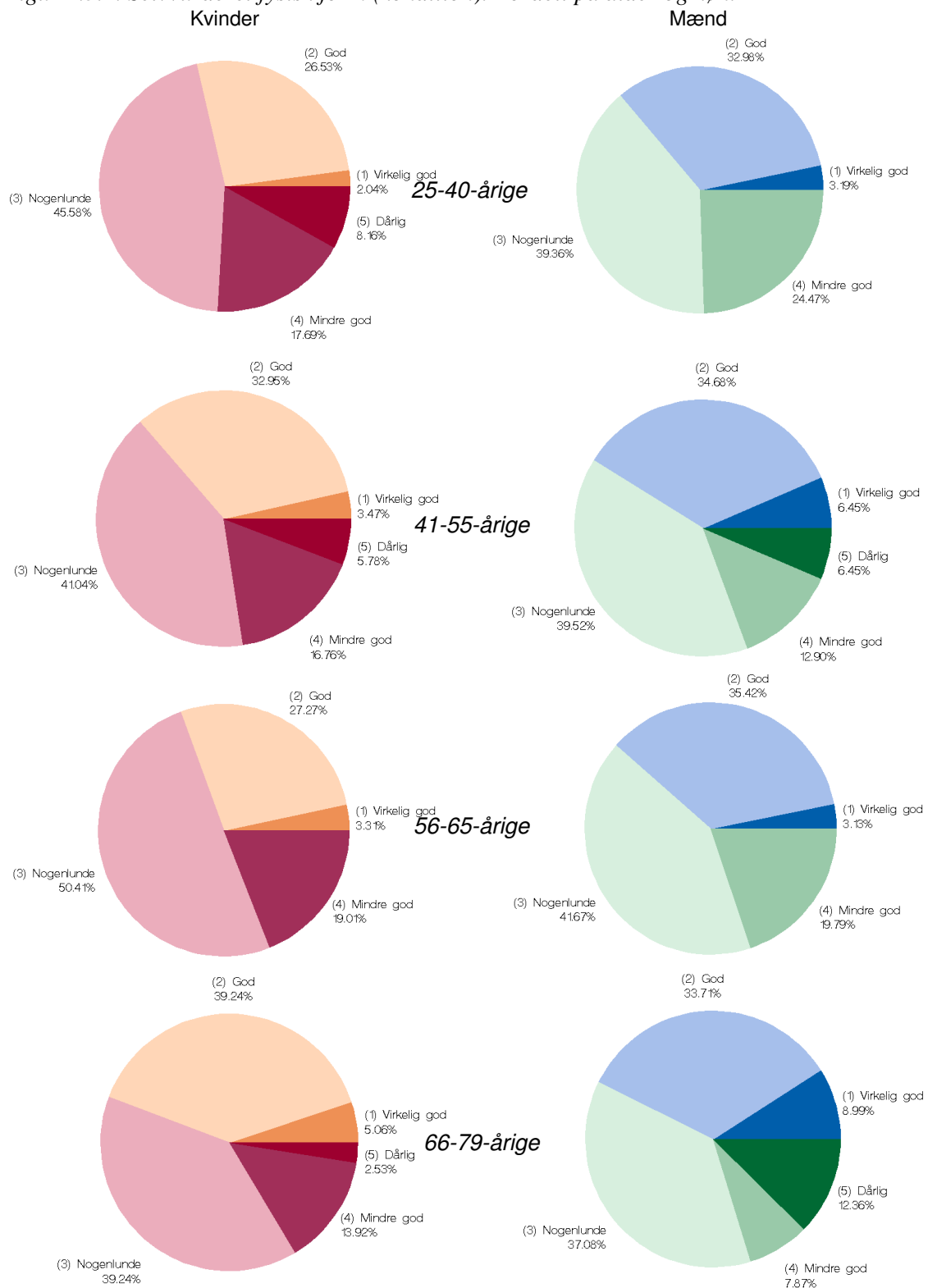
4.3. Kondition

Konditionen er et mål for individets fysiske formåen. Konditionen måles ved hjælp af en cykeltest, hvilket er ressourcekrævende. Undersøgelser har vist, at en persons selvvalgte fysiske form stemmer godt overens med en objektivt målt kondition. En god kondition beskytter mod udvikling af kroniske sygdomme.

Bortset fra en anseelig andel af mænd i den ældre aldersgruppe med en dårlig selvvalgt fysisk form, ses der ikke det forventede fald i fysisk form med alderen (figur 4.3.1). Tværtimod er der en tendens til, at der er flere i den unge aldersgruppe, der angiver den fysiske form som mindre god eller dårlig (26 % blandt kvinder og 28 % blandt mænd) sammenholdt med den ældre aldersgruppe (16 % blandt kvinder og 20 % blandt mænd). Dette fund bestyrker mistanken om, at den unge generation har en dårlig kondition, hvilket kan følge dem op gennem alderen.

Rygere angiver dårligere kondition end ikke-rygere, ligesom der er en klar sammenhæng mellem god kondition og et højt fysisk aktivitetsniveau.

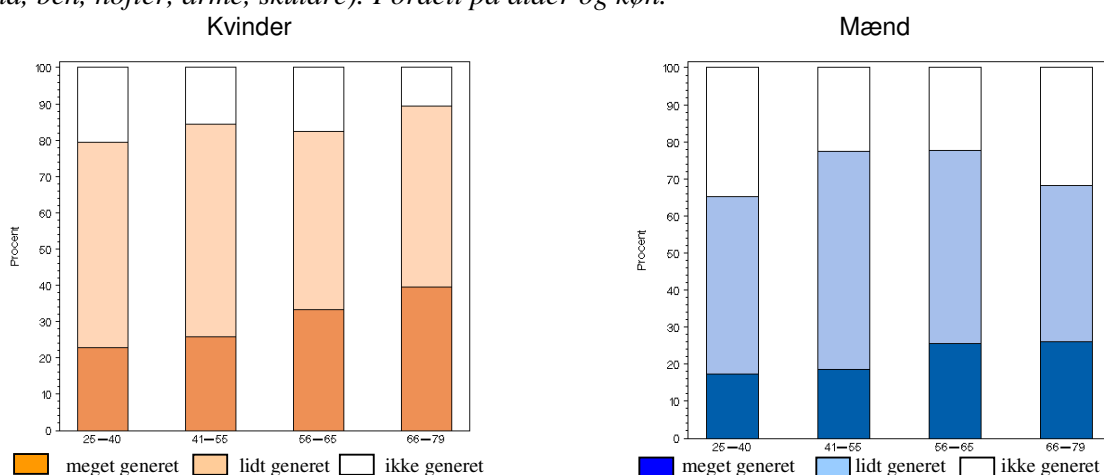
Figur 4.3.1. Selvvurderet fysisk form (kondition). Fordelt på alder og køn.



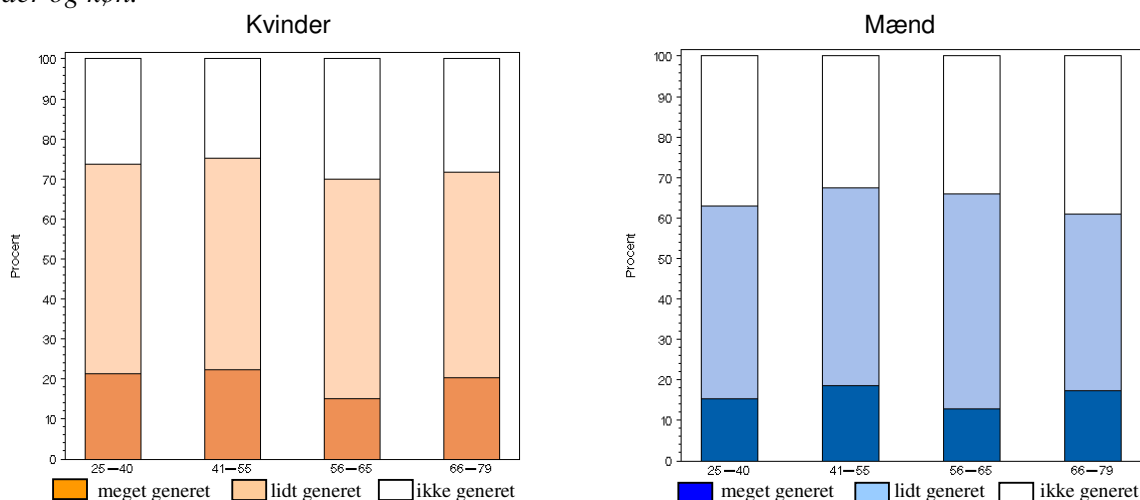
4.4. Symptomer

Dette afsnit viser symptomer og gener, som borgerne angiver at have haft inden for de seneste 14 dage. Der er tale om mange forskellige symptomer, som dels skyldes banale sygdomme, og som dels er et udtryk for generelt dårligt velbefindende. De mest hyppige symptomer er træthed, smerter fra bevægeapparatet og hovedpine, og vurderes alle symptomer under et, er det kun ganske få procent af borgerne, der ikke har haft et symptom i løbet af de seneste 14-dage. Specielt er der en meget høj forekomst af symptomer fra bevægeapparatet (figur 4.4.1) og psykiske symptomer (4.4.2). Sammenlignet med den seneste sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed (2005) er det generelle indtryk, at de pågældende symptomer er hyppigere blandt borgere i Høje-Taastrup end i resten af landet.

Figur 4.4.1. Forekomst af meget generende og lidt generende symptomer fra bevægeapparatet (ryg, lænd, ben, hofter, arme, skuldre). Fordelt på alder og køn.



Figur 4.4.2. Forekomst af meget generende og lidt generende psykiske symptomer*. Fordelt på alder og køn.



*: "Træthed", "Nedtrykt, deprimeret, ulykkelig", "Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst", "Søvnløshed eller søvnbesvær"

Personer fra de lave sociale klasser har signifikant flere symptomer end personer fra de højere sociale klasser. Desuden har daglig-rygere flere symptomer end aldrig-rygere, mens der ikke er forskel mellem tidligere rygere og aldrig-rygere. Kosten synes ikke at influere på forekomsten af symptomer, mens der er en sammenhæng mellem fysisk inaktivitet og symptomer. Endelig er et højt stressniveau forbundet med flere symptomer.

4.5. Konklusion

Der er tegnet et billede af det selvvaluerede helbred og den fysiske og mentale sundhed blandt Høje-Taastrups borgere. Der findes endnu ikke sammenlignelige tal fra andre kommuner, men der ser ikke ud til at være sket nogle ændringer siden år 2000. Der ses en klar sammenhæng mellem uhensigtsmæssig livsstil og dårligt selvvalueret helbred og dårligt fysisk og mental sundhed.

Hvad angår symptomer, tyder det på, at borgere i Høje-Taastrup har flere symptomer end borgere i resten af landet. Det er specielt symptomer fra bevægeapparatet og psykiske symptomer. Også symptomer hænger sammen med uhensigtsmæssig livsstil.

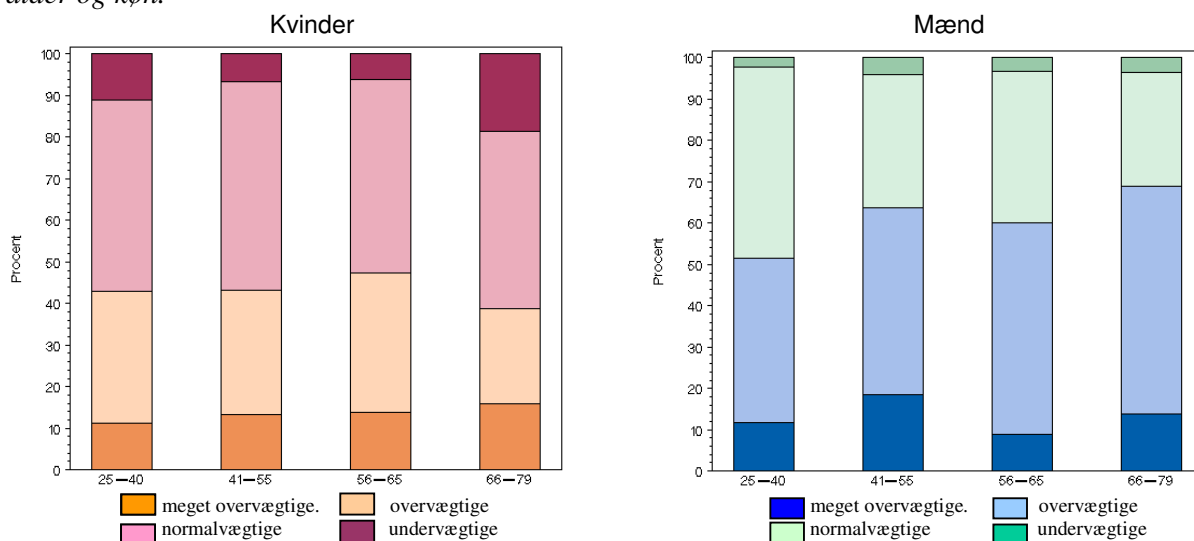
Dette afsnit viser således, at en god indikator for sundhedsfremmende arbejde i Høje-Taastrup Kommune vil være at fokusere på livsstilsændringer, som inden for en overskuelig tidsperiode vil påvirke helbred, sundhed og symptomer i en positiv retning.

5. Biologiske mål

Biologiske mål dækker over en lang række faktorer. I denne sundhedsprofil omtales vægt, blodtryk og kolesterol, som alle er klassiske risikofaktorer for kroniske sygdomme. Normalt vil det være nødvendigt at undersøge den enkelte borger for at få et korrekt billede, hvilket er en uforholdsmæssig dyr løsning i udarbejdelse af en sundhedsprofil. I herværende afsnit benyttes data fra tidligere befolkningsundersøgelser omfattende borgere i Høje-Taastrup

5.1. Vægt

Figur 5.1.1. Andel af undervægtige, normalvægtige, overvægtige og svært overvægtige. Fordelt på alder og køn.



Over 40 % af kvinderne og 60 % af mændene er enten overvægtige eller svært overvægtige. Det er tidligere vist, at overvægtige personer enten underrapporterer deres vægt eller overrapporterer deres højde. Hvis dette også er tilfældet i denne sundhedsprofil, er andelen af overvægtige og svært overvægtige endnu større. I befolkningsundersøgelser af Vestegnskommunerne i perioden 1982 til 2000, hvor borgerne kom til undersøgelsen og blev målt og vejede, var andelen med et BMI over 30 på 6 % i 1982, 10 % i 1991 og 18 % i 2000 blandt 50-årige. Sidstnævnte er noget højere end de godt 10 %, som angiver at være svært overvægtige i herværende sundhedsprofil (figur 5.1.1), hvilket formentlig skyldes ovenfor omtalte underreportering.

Langt over halvdelen af borgeren vurderer deres vægt til at være for høj, og 15-20 % af de unge vurderer, at den er alt for høj. Stort set alle kvinder og 90 % af mændene med et BMI over 25 ønsker at tabe sig. Blandt personer med et BMI over 25, er det kun en mindre andel (ca. 20 %), hvor deres egen læge har rådet dem til at tabe i vægt.

Vægt blandt skolebørn

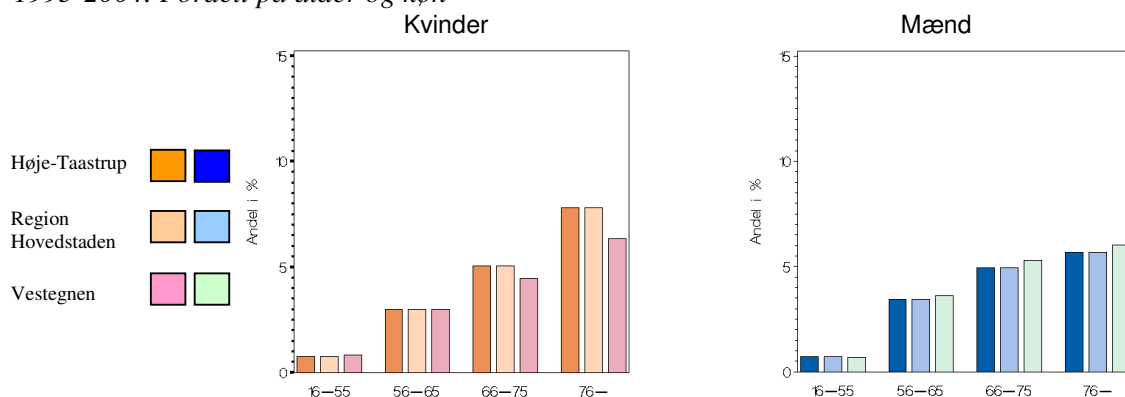
Sundhedsplejen i Høje-Taastrup har gennemført en vægtundersøgelse af 1. og 9. klasser i 2002 og 2004. I 1. klasse steg andelen, som var overvægtige fra 9,4 % i 2002 til 11,7 % i 2004, mens andelen, som var overvægtige i 9. klasse, steg fra 12,3 % til 13,1 %. Det viste sig især at være elever af

anden etnisk herkomst end dansk, som havde de største overvægtsproblemer med 16,8 % overvægtige i 2002 og 20 % overvægtige i 2004.

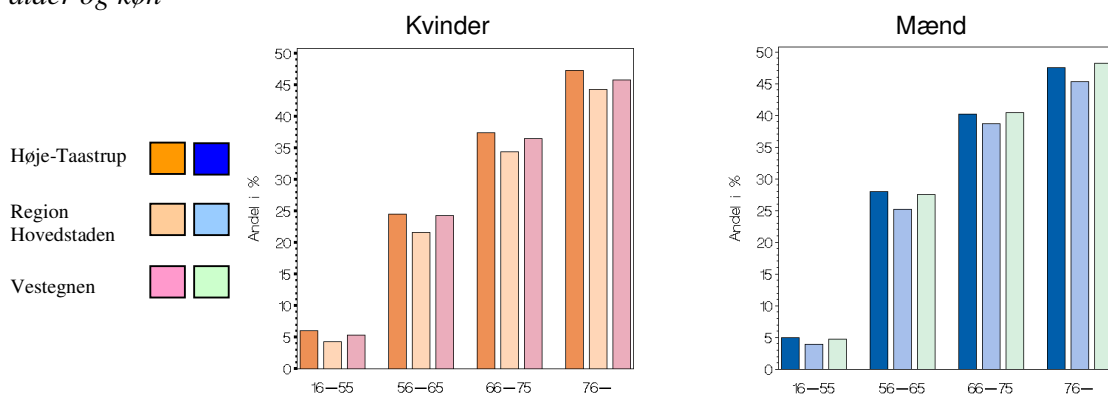
5.2. Blodtryk

Højt blodtryk er én af de traditionelle risikofaktorer for hjertekarsygdom og tidlig død. Det høje blodtryk påvirker blodkarrene og fremmer åreforkalkning. Dette giver anledning til forkalknings sygdomme i hjertet, samt til hjerneblødning og blodpropper i hjernen (apopleksi). Sammen med rygning er højt blodtryk de to vigtigste risikofaktorer for apopleksi.

Figur 5.2.1. Andelen af personer med kontakt til hospitalsvæsenet pga. for højt blodtryk i perioden 1995-2004. Fordelt på alder og køn



Figur 5.2.2. Andelen af personer som har indløst medicin mod for højt blodtryk i 2004. Fordelt på alder og køn

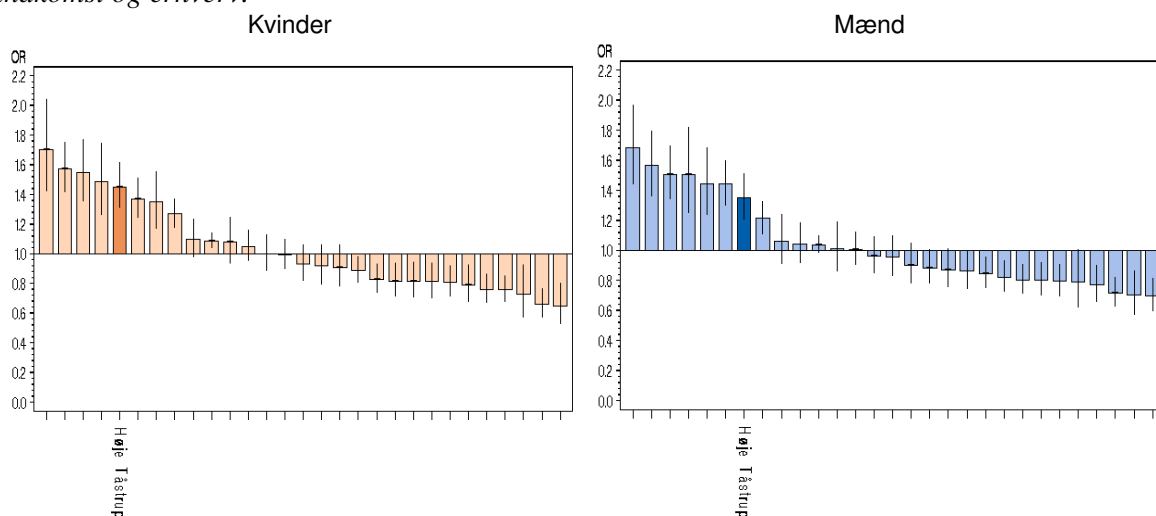


En betydelig andel af borgerne i Høje-Taastrup har været i forbindelse med sundhedsvæsenet pga. forhøjet blodtryk og blandt de 76+-årige får næsten halvdelen medicin mod blodtryksforhøjelse. Borgere i Høje-Taastrup får lidt hyppigere end borgerne i Region Hovedstaden medicin mod forhøjet blodtryk (figur 5.2.2). Samtidig kan det ses, at Høje-Taastrup hører til blandt de kommuner, som har den højeste forekomst af blodtryksforhøjelse i Region Hovedstaden.

Befolkningsundersøgelser ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed siden 1964 har i perioden 1964 til 1991 vist et fald i blodtryk i befolkningen på vestegnen, inklusive borgere i Høje-Taastrup. Gennem de sidste år er der dog forekommet en stigning i blodtrykket, hvilket formentlig

hænger sammen med stigningen i andelen, som er overvægtige eller svært overvægtige. Samtidig viser undersøgelser ved forskningscentret, at en stor andel af personer med forhøjet blodtryk ikke modtager sufficient behandling, dvs. blodtrykket er ikke nede på 140/90 mmHg, som er den anbefalede standard.

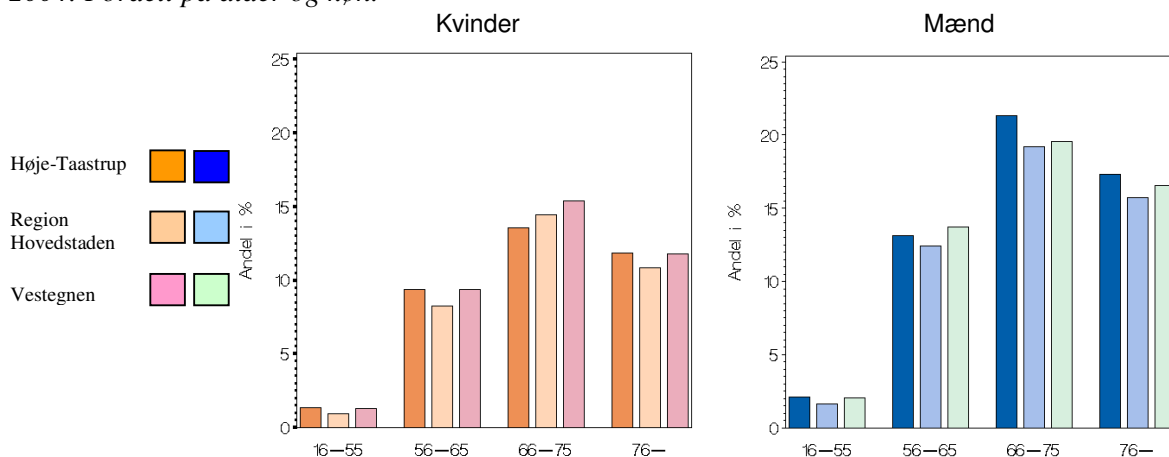
Figur 5.2.3. Forekomsten af for højt blodtryk blandt borgerne i Høje-Taastrup (1995-2004) sammenlignet med de øvrige 28 kommuner. Der er justeret for forskelle i alder, køn, etnicitet og bruttoindkomst og erhverv.



5.3. Kolesterol

Kolesterol hører ligeledes til én af de traditionelle risikofaktorer for hjertekarsygdom. Kolesterol påvirkes af vores kost- og motionsvaner og er kraftigt associeret til overvægt. Højt kolesterol medfører øget åreforkalkning og dermed hjertekarsygdom.

Figur 5.3.3. Andelen af personer, som benytter medicin for forhøjet kolesterol i perioden 1995-2004. Fordelt på alder og køn.



Op til 20 % af de 66+ årige mænd og op til 15 % af de 66+ årige kvinder får medicinsk behandling for forhøjet kolesterol. Mens kvinderne ikke adskiller sig fra Region Hovedstaden, er der en klar

tendens til, at flere mænd bliver behandlet i Høje-Taastrup Kommune sammenlignet med Region Hovedstaden.

Desuden angiver ca. 70 % af mænd i de to ældre aldersgrupper og 40 % af kvinderne, at de er blevet undersøgt af egen læge for forhøjet kolesterol inden for de sidste 12 måneder.

Befolkningsundersøgelser ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed viser, at kolesterol er faldet i perioden 1972 til 1991 i Vestegnskommunerne, men at der frem til år 2000 er sket en stigning. Dette hænger formentlig sammen med stigning i overvægtige og svært overvægtige i samme periode.

5.4. Konklusion

Borgerne i Høje-Taastrup har – ligesom det øvrige land – et stort overvægtsproblem. Borgerne er selv klar over problemet og ønsker ændringer. Desuden er der en stor andel som er i behandling for forhøjet blodtryk og højt kolesterol. Data fra befolkningsundersøgelser tyder imidlertid på, at behandlingen at personer med for højt blodtryk ikke er optimal. Positive livsstilsændringer vil føre til en lavere del som er overvægtige og en sænkning af blodtryk og kolesterol.

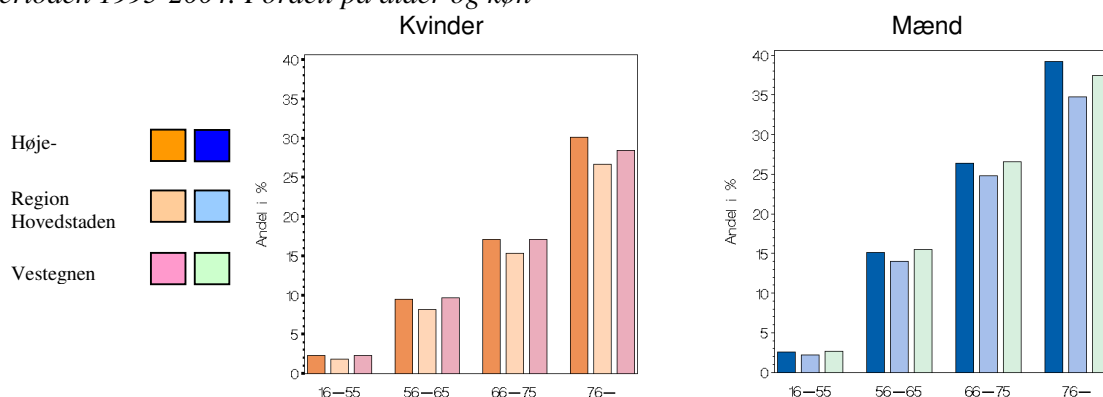
6. Kroniske sygdomme

I dette afsnit beskriver forekomsten af en række kroniske sygdomme med hovedvægten på de otte folkesygdomme, som omtales i regeringens handleplan "Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010". Der benyttes data fra centrale sygdomsregistre. Oplysningerne fra registre omfatter sygehuskontakter i perioden 1995-2004 (enten under indlæggelse eller ambulant) samt indløsning af en recept på medicin mod den pågældende sygdom i 2004. Da det ikke er alle kroniske sygdomme, som fører til hospitalskontakt eller udstedelse af receptmedicin, suppleres data i nogle tilfælde med oplysninger fra spørgeskemaet.

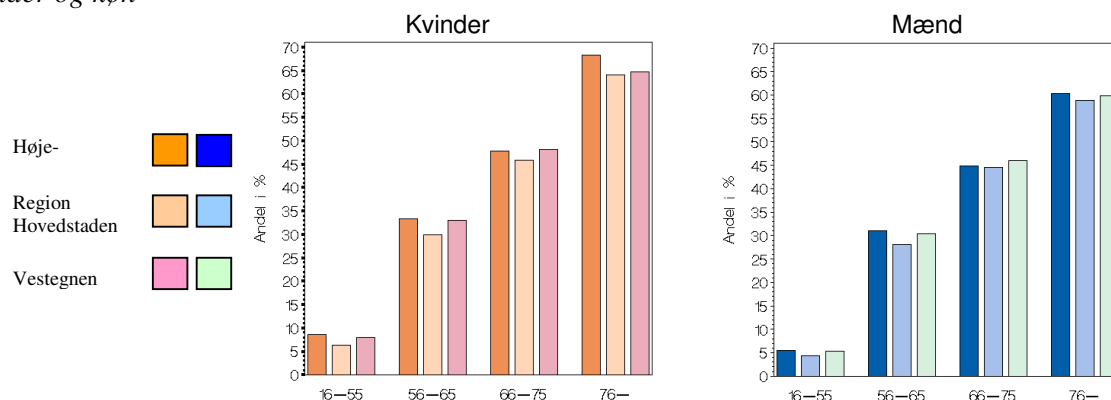
6.1. Hjertekarsygdom

Forekomsten af hjertekarsygdom er faldet gennem de sidste mange år, men alligevel er det én af de hyppigste kroniske sygdomme herhjemme. Sygdomsområdet dækker blodtryksforhøjelse, åreforkalknings sygdomme i hjertet, apopleksi (blodprop i hjernen og hjerneblødning) samt åreforkalkning i de store pulsårer. Faldet i forekomst i hjertekarsygdomme er stagneret, og på grund af stigningen i type 2 diabetes, som er en væsentlig risikofaktor til hjertekarsygdom, er der risiko for, at hjertekarsygdom vil stige i årene fremover.

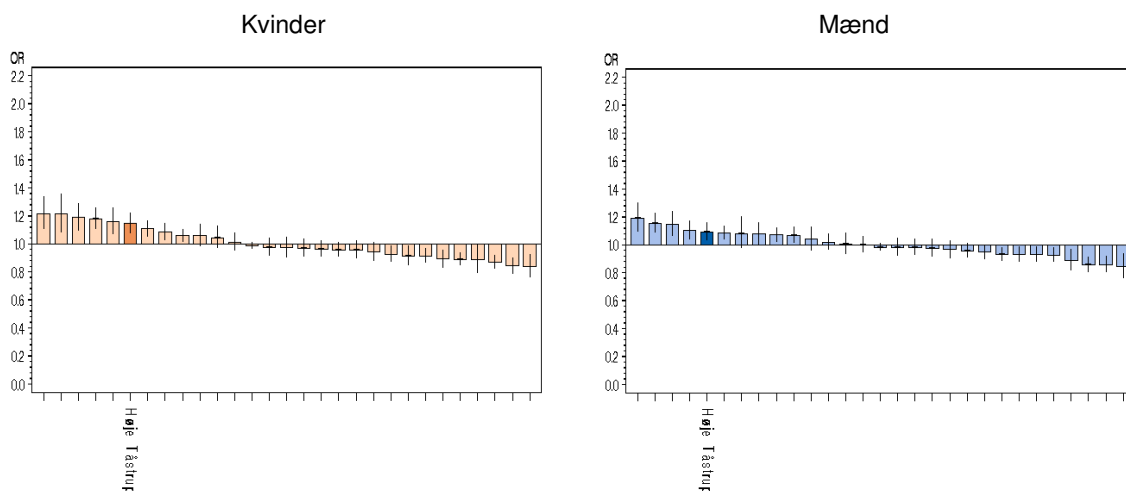
Figur 6.1.1. Andelen af personer med kontakt til hospitalsvæsenet på grund af hjertekarsygdom i perioden 1995-2004. Fordelt på alder og køn



Figur 6.1.2. Andelen af personer, som har indløst medicin mod hjertekarsygdom i 2004. Fordelt på alder og køn



Figur 6.1.3. Forekomsten af hjertekarsygdom blandt borgerne i Høje-Taastrup sammenholdt med de øvrige 28 kommuner. Der er justeret for forskelle i alder, etnicitet og sociale faktorer.



En stor andel af borgerne – specielt i de ældre aldersgrupper - har været i kontakt med hospitalsvæsenet på grund af hjertekarsygdom, og langt over halvdelen blandt de ældre tager en eller anden form for hjertemedicin. I alle køns- og aldersgrupper ses der flere tilfælde af hjertekarsygdom blandt borgere i Høje-Taastrup sammenlignet med Region Hovedstaden og i de ældre aldersgrupper også flere end i Vestegnskommunerne. Af figur 6.1.3 fremgår det, at borgerne i Høje-Taastrup hører til de seks kommuner med den højeste forekomst af hjertekarsygdom, og at dette niveau ligger signifikant over gennemsnittet i Region Hovedstaden.

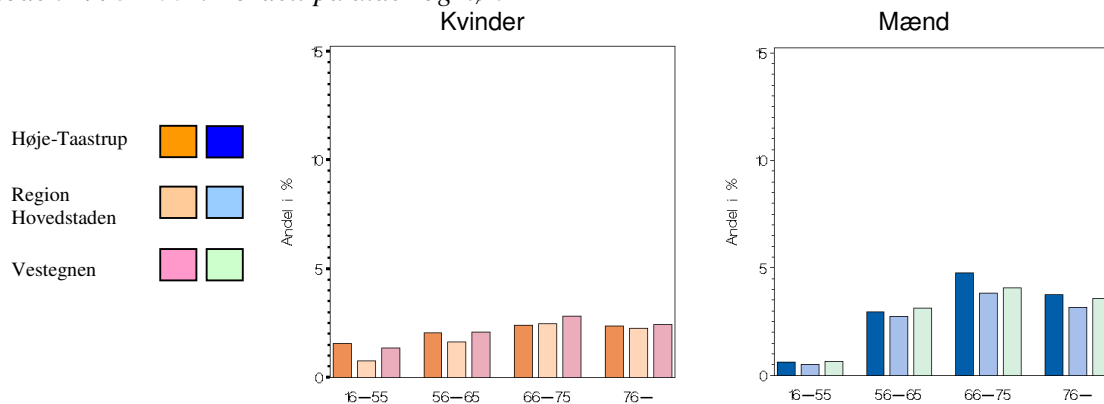
Tidligere rygere i Høje-Taastrup har tre gange så hyppigt hjertekarsygdom som aldrig-rygere, hvilket er forventeligt. Desuden viser analyserne, at daglig- og lejlighedsrygere har dobbelt så hyppigt hjertekarsygdom som aldrig-rygere. Dette betyder, at det er lykkedes for en del patienter med hjertekarsygdom at holde op med at ryge, men at der fortsat er for mange hjertepatienter, der ryger. Ifølge de officielle rekommandationer fra Dansk Kardiologisk Selskab skal hjertepatienter tilbydes rygeafvænnning.

Ser man kun på borgere som bor i egen bolig i Region Hovedstaden, er hjertekarsygdom fortsat højere i Høje-Taastrup sammenlignet med mange øvrige kommuner i Region Hovedstaden. Der er således ikke tale om, at overvægten af hjertekarsygdom i Høje-Taastrup skyldes personer der bor i lejede boliger.

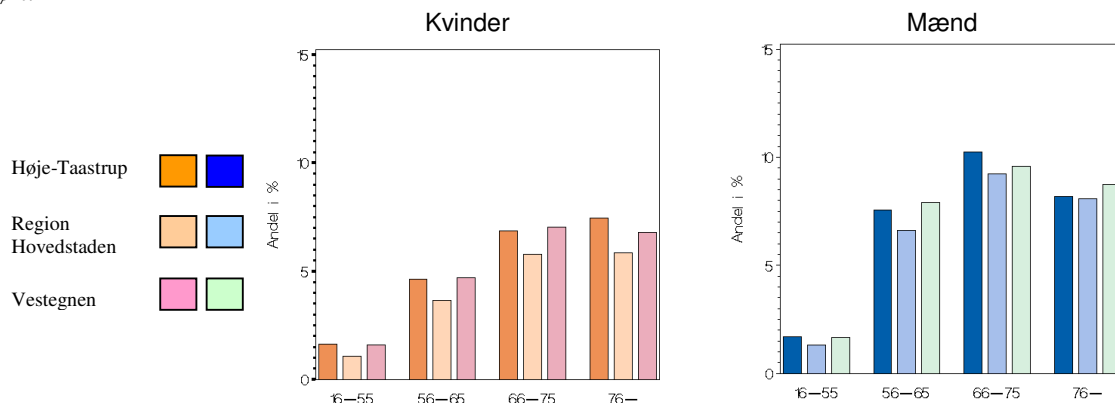
6.2. Type 2 diabetes

Forekomsten af sukkersyge er fordoblet gennem de sidste 25 år. Dette skyldes den øgede forekomst af overvægt og svær overvægt samt den nedsatte fysiske aktivitet i befolkningen. Foruden at være en markant risikofaktor for hjertekarsygdom, giver type 2 diabetes også anledning til nedsat syn, nyresvigt og dårligt blodomløb i benene, hvilket i yderste tilfælde kan medføre amputation. Type 2 diabetes regnes i dag for en lige så alvorlig sygdom som blodprop i hjertet.

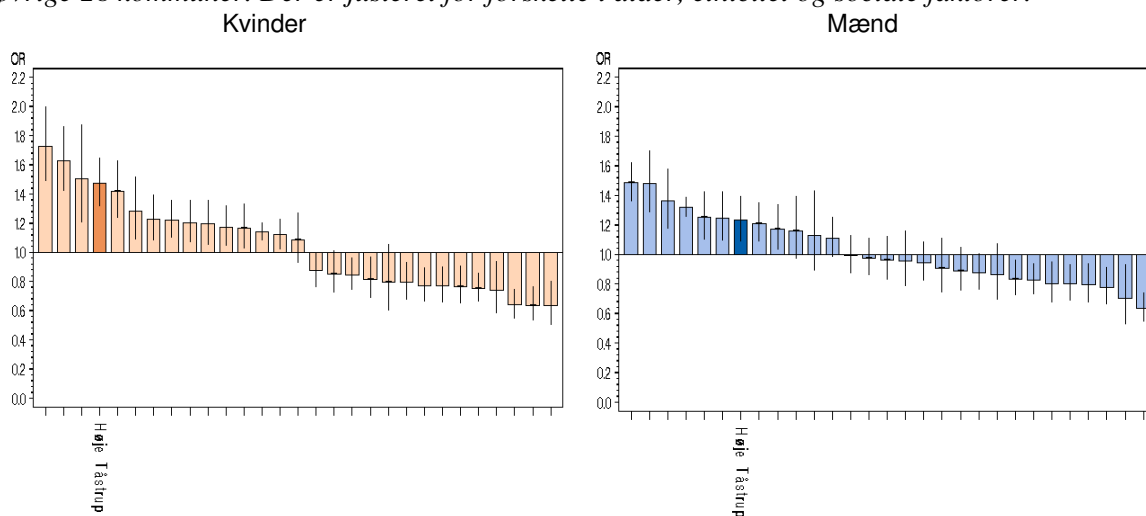
Figur 6.2.1. Andelen af personer med kontakt til hospitalsvæsenet på grund af type 2 diabetes i perioden 1995-2004. Fordelt på alder og køn



Figur 6.2.2. Andelen af personer, som har indløst medicin mod diabetes i 2004. Fordelt på alder og køn.



Figur 6.2.3. Forekomsten af type 2 diabetes blandt borgerne i Høje-Taastrup sammenholdt med de øvrige 28 kommuner. Der er justeret for forskelle i alder, etnicitet og sociale faktorer.



Type 2 diabetes er lidt hyppigere hos mænd end hos kvinder. I de ældre aldersgrupper har knap 5 % været i kontakt med hospitalsvæsenet på grund af type 2 diabetes, og op mod 10 % har indløst recept i 2004. Hvis man i stedet benytter oplysninger fra spørgeskemaet, angiver 21 % af mændene i alderen 66-79 at have diabetes eller følger deraf. Dette hænger sammen med, at mange får påvist og kontrolleret deres diabetes hos egen læge, og at en del ikke får medicin, men rådes til kostændring og motion i stedet. Type 2 diabetes er hyppigere blandt mænd i Høje-Taastrup sammenholdt med Region Hovedstaden og til dels også Vestegnskommunerne, og ser man på medicinforbruget, er sygdommen også hyppigere blandt kvinder i Høje-Taastrup. Høje-Taastrup hører til blandt de syv kommuner med den højeste forekomst af type 2 diabetes i Region Hovedstaden (figur 6.2.3). Ca. 30 % af kvinderne i aldersgruppen 56-79 år og 60 % af mændene i den tilsvarende aldersgruppe er blevet undersøgt for diabetes af egen læge.

Ser man kun på borgere som bor i egen bolig i Region Hovedstaden, er type 2 diabetes fortsat høj i Høje-Taastrup sammenlignet med kommunerne i Region Hovedstaden. Der er således ikke tale om, at den øgede andel af type 2 diabetikere i Høje-Taastrup skyldes de borgere, som bor i lejede boliger.

6.3. Kræft

Ryge- og alkoholrelaterede kræftformer

Rygning og stort alkoholforbrug er risikofaktorer for en række kræftformer såsom kræft i mund, svælg, åndedrætsorganer, spiserør, mavesæk, lever, bugspytkirtel og urinveje. Antallet af patienter med ryge- og alkoholrelaterede kræftformer er stort set det samme i Høje-Taastrup som i Region Hovedstaden og Vestegnskommunerne. Ser man på fordelingen blandt alle 29 kommuner, skiller Høje-Taastrup sig heller ikke signifikant ud. Dette kan hænge sammen med, at rygning og alkohol ikke er de eneste risikofaktorer til de pågældende kræftsygdomme.

Kræft i tyk- og endetarm

Fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssig kost er risikofaktorer til kræft i tyktarmen. Der er en tendens til, at ældre mænd i Høje-Taastrup har hyppigere tarmkræft sammenlignet med mænd i Region Hovedstaden, men Høje-Taastrup adskiller sig ikke signifikant fra de øvrige 28 kommuner.

Brystkræft

Brystkræft har en omvendt social slagside med flere tilfælde blandt kvinder med højere social status end med lav. Kvinder i Høje-Taastrup har en tendens til mindre brystkræft sammenlignet med Region Hovedstaden, hvilket er forventeligt ud fra den sociale sammensætning.

Kræft i blærehalskirtlen.

Årsagerne til kræft i blærehalskirtlen er endnu ikke afdækket. Forekomsten af kræft i blærehalskirtlen ser ud til at ligge lavere hos mænd i Høje-Taastrup sammenholdt med mænd i Region Hovedstaden.

Underlivskræft

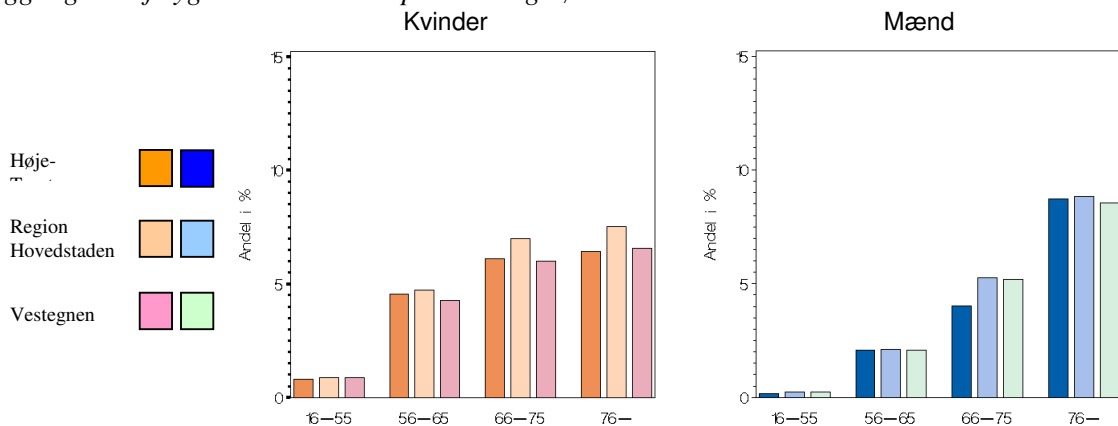
Forekomsten af underlivskræft er ikke højere i Høje-Taastrup end i Region Hovedstaden.

Forebyggelige kræftformer

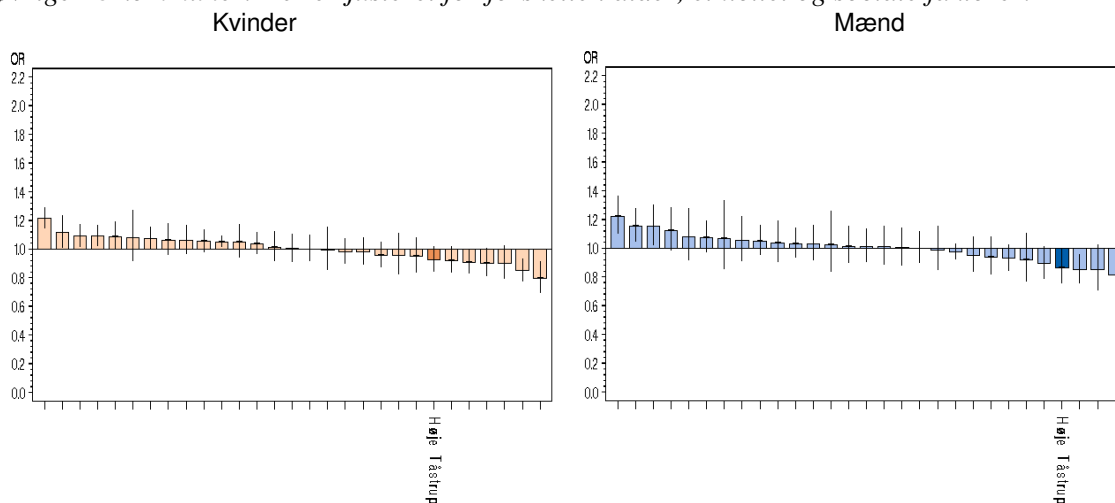
Samler man alle ovennævnte kræftformer, som alle er relaterede til livsstil, men hvor uhensigtsmæssig livsstil kun forklarer en mindre del af kræfttilfældene, ses det, at Høje-Taastrup tenderer til

at ligge lidt lavere end Region Hovedstaden, men sammenlignelig med Vestegnskommunerne (figur 6.3.1). Ser man på de 29 kommuner samlet, afviger kræft blandt kvinder ikke signifikant fra gennemsnittet i Region Hovedstaden, mens der ser ud til at være færre kræfttilfælde blandt mænd end gennemsnittet i Region Hovedstaden (figur 6.3.2).

Figur 6.3.1. Andelen af personer med kontakt til hospitalsvæsenet i 1995-2003 på grund af forebyggelige kræftsygdomme. Fordelt på alder og køn.



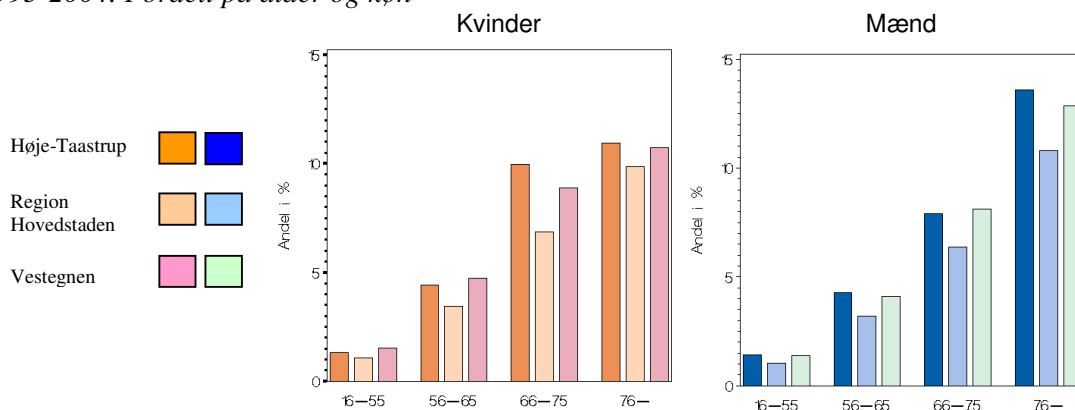
Figur 6.3.2. Forekomsten af forebyggelige kræftsygdomme i Høje-Taastrup sammenholdt med de øvrige 28 kommuner. Der er justeret for forskelle i alder, etnicitet og sociale faktorer.



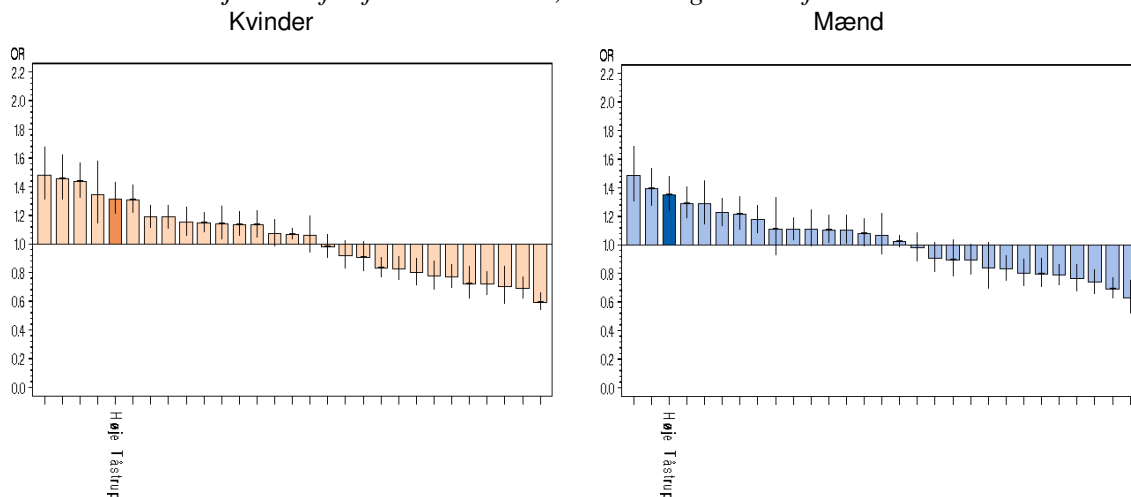
6.4. Kroniske lungesygdomme

Kroniske lungesygdomme omfatter de to store folkesygdomme astma og KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom). Mens årsagerne til astma stadig er uafklarede, skyldes langt hovedparten af KOL tilfælde, rygning.

Figur 6.4.1. Andelen af personer med kontakt til hospitalsvæsenet på grund af KOL i perioden 1995-2004. Fordelt på alder og køn



Figur 6.4.2. Forekomsten af KOL blandt borgerne i Høje-Taastrup sammenholdt med de øvrige 28 kommuner. Der er justeret for forskelle i alder, etnicitet og sociale faktorer.



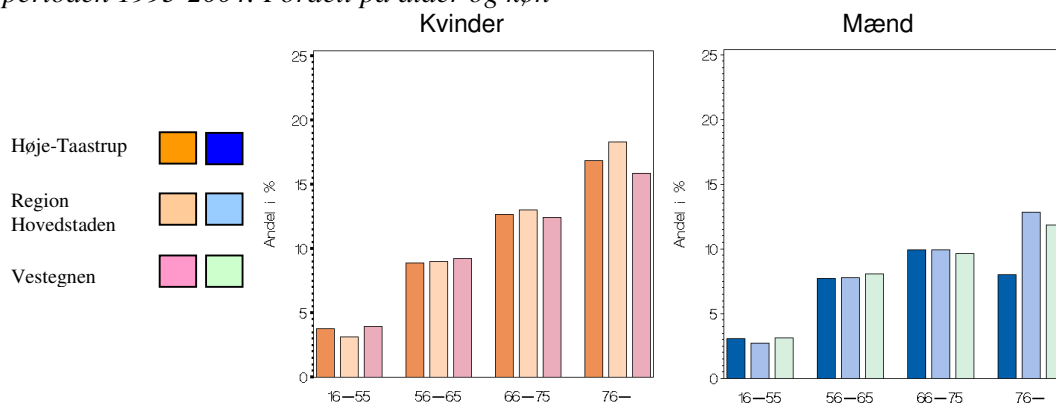
Der ses ikke større forskelle i forekomsten af astma mellem Høje-Taastrup, Region Hovedstaden og Vestegnskommunerne i de enkelte alders- og kønsgrupper. De selvrapporterede oplysninger om astmaforekomst viste lidt højere værdier end registeroplysningerne, men også uden betydende aldersforskel. Derimod ses KOL at være hyppigere i Høje-Taastrup end i Region Hovedstaden, hyppigheden stiger med alderen og er lidt hyppigere blandt mænd end kvinder (figur 6.4.1). Høje-Taastrup hører til blandt de 5 kommuner med den højeste forekomst af KOL i Region Hovedstaden (figur 6.4.2). Ser man kun på borgere som bor i egen bolig i Region Hovedstaden, er KOL fortsat høj i Høje-Taastrup sammenlignet med kommunerne i Region Hovedstaden. Der er således ikke tale om, at den øgede andel af KOL patienter i Høje-Taastrup skyldes de borgere, som bor i lejede boliger.

Tidligere rygere har næsten fem gange så hyppigt KOL som aldrig-rygere, mens daglig- og lejlighedsrygere har tre gange så hyppigt KOL som aldrig-rygere. Dette betyder, at en del af KOL-patienterne har været i stand til (har været nødt til) at lægge tobakken på hylden, men at der fortsat er for mange med en KOL diagnose, som ryger. I henhold til de nationale retningslinjer for behandling af KOL-patienter skal alle disse patienter tilbydes rygeafvænning.

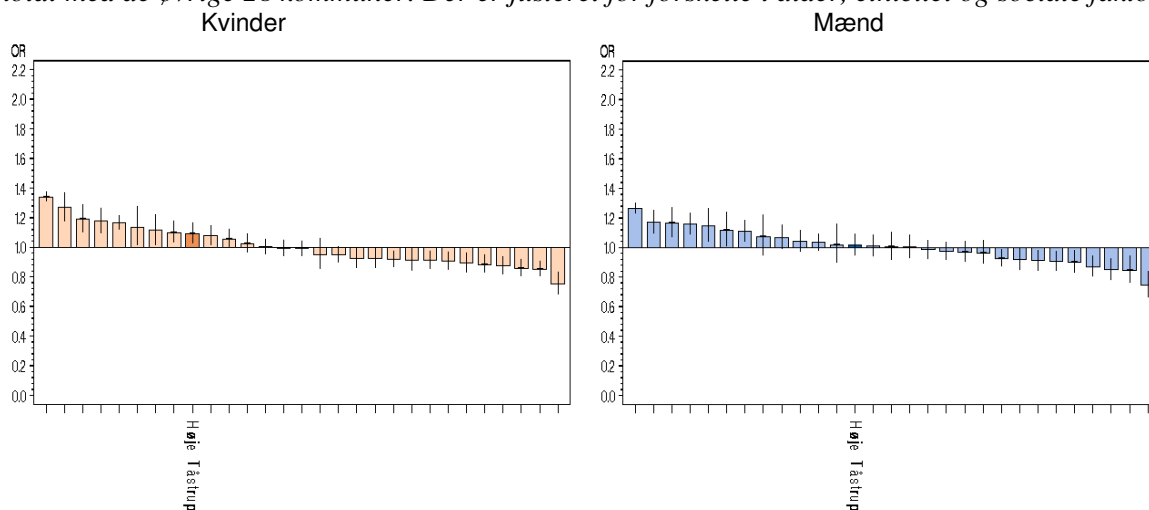
6.5. Muskel-skelet sygdomme

Disse omfatter slidgigt, leddegigt, ondt i ryggen og urinsyreigt. Nogle af sygdommene kan henføres til uhensigtsmæssige belastninger og fysisk inaktivitet.

Figur 6.5.1. Andelen af personer med kontakt til hospitalsvæsenet på grund af muskel skelet sygdom i perioden 1995-2004. Fordelt på alder og køn



Figur 6.5.2. Forekomsten af muskel skelet sygdomme blandt borgerne i Høje-Taastrup sammenholdt med de øvrige 28 kommuner. Der er justeret for forskelle i alder, etnicitet og sociale faktorer.



Muskel skelet sygdomme er lidt hyppigere hos kvinder end hos mænd, og der sker en stigning med alderen. Der er ikke nogen særlig forskel mellem Høje-Taastrup, Region Hovedstaden og Vestegnskommunerne op til 75-års-alderen, hvorefter sygdommen ses hyppigst i Region Hovedstaden.

Blandt kvinder skiller Høje-Taastrup sig signifikant ud blandt de 28 andre kommuner, ved en større sandsynlighed for muskel-skelet sygdomme, mens mændene ikke adskiller sig signifikant fra gennemsnittet (figur 6.5.2). I de selvrapporerede oplysninger om slidgigt angives væsentligt højere tal på 40-60 % i de to ældste aldersgrupper blandt kvinder og 28-36 % hos mænd, hvilket understreger, at sygdommene udgør et større spektrum, hvoraf nogle behandles i hospitalsvæsenet, mens andre behandles i praksis.

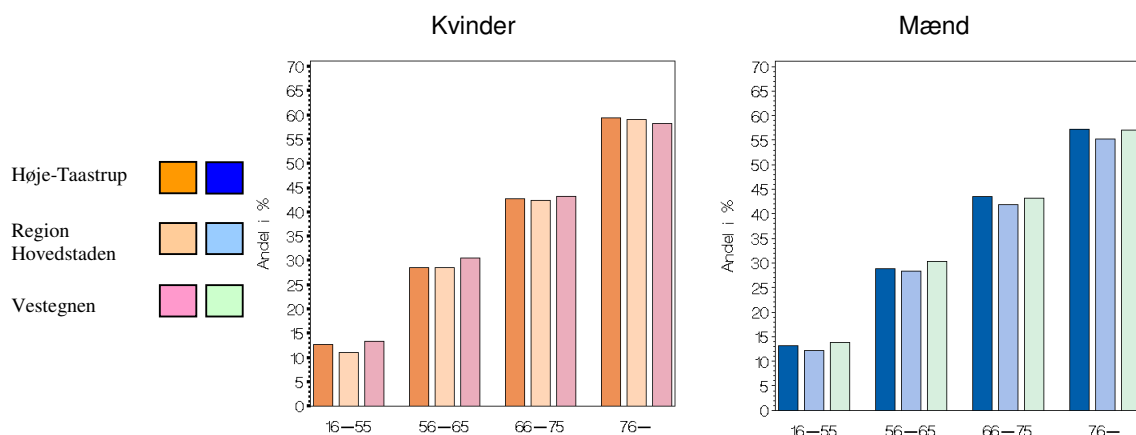
6.6. Osteoporose

Osteoporose omfatter foruden diagnosen knogleskørhed også klassiske knogleskørhedsbrud som hoftebrud, brud på rygsøjlen og brud af håndled og skuldre. Rygning og fysisk inaktivitet er forbundet med sygdommen. Osteoporose er langt hyppigere hos kvinder end hos mænd, og der sker en stigning med alderen. Der er ikke nogen særlig forskel mellem Høje-Taastrup, Region Hovedstaden og Vestegnskommunerne blandt mænd, mens der hos kvinder ses en tendens til færre tilfælde i Høje-Taastrup end i Region Hovedstaden. Hverken kvinder eller mænd i Høje-Taastrup skiller sig signifikant ud blandt de 28 andre kommuner. De selvrapporterede oplysninger viser dobbelt så stor forekomst hos kvinder, mens mænd ligger lavere end de registerbaserede oplysninger.

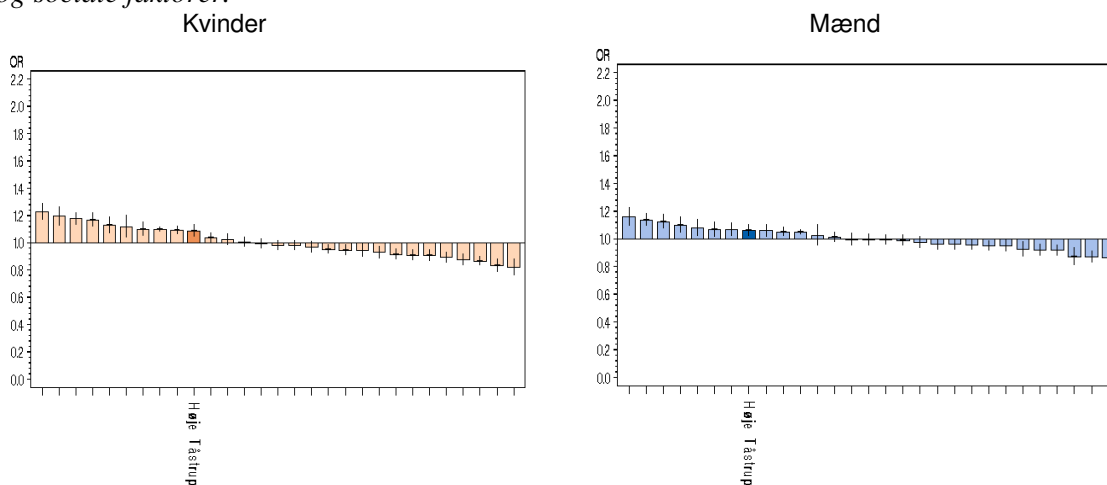
6.7. Folkesyggdommene (undtagen psykiske sygdomme)

I dette afsnit samles alle de ovennævnte kroniske sygdomme (6.1-6.6) under et.

Figur 6.7.1. Andelen af personer med kontakt til hospitalsvæsenet på grund af en af ovennævnte (6.1-6.6) kroniske sygdomme i perioden 1995-2004. Fordelt på alder og køn



Figur 6.7.2. Forekomsten af en af ovennævnte (6.1-6.6) kroniske sygdomme blandt borgerne i Høje-Taastrup sammenholdt med de øvrige 28 kommuner. Der er justeret for forskelle i alder, etnicitet og sociale faktorer.

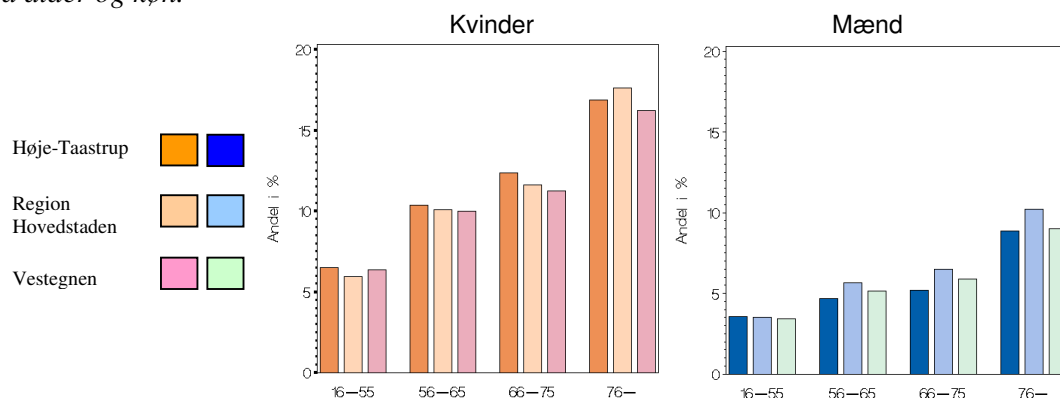


Der ses ikke den store kønsforskel i forekomsten i én eller flere kroniske sygdomme, men der sker en kraftig stigning med alderen, så over halvdelen af borgere over 75 år har en eller flere kroniske sygdomme. Det ses, at der ikke er den store forskel mellem Høje-Taastrup og Vestegnskommunerne, mens der er en lille overvægt i forhold til region Hovedstaden. Når man sammenligner Høje-Taastrup med de 28 øvrige kommuner, ses der en signifikant hyppigere forekomst af folkesygdommene sammenlignet med gennemsnittet af kommunerne i Region Hovedstaden. Den øgede forekomst er beskedene, idet den ligger på ca. 10 %.

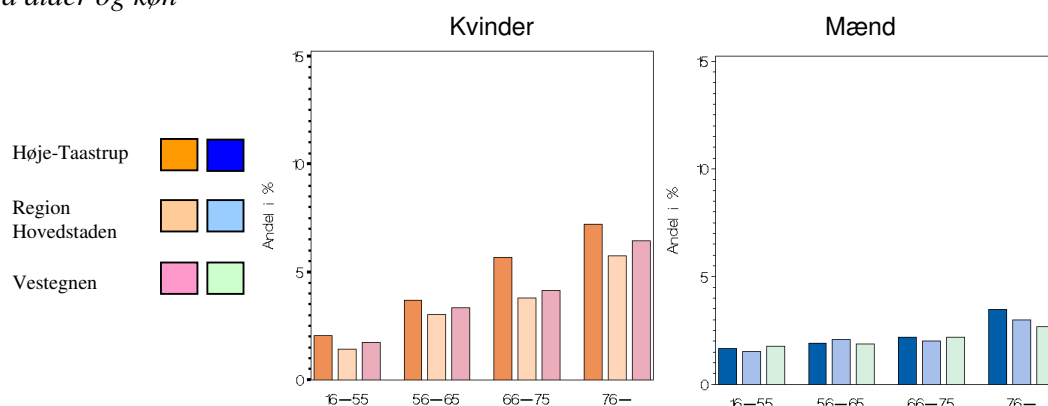
6.8. Psykiske sygdomme

Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed har endnu ikke modtaget data fra det centrale psykiatriregister. Når data foreligger, vil de blive tilføjet profilen i form af en figur 6.8.1. (depressioner) og figur 6.8.2. (psykoser). Imidlertid findes data fra Lægemedelregisteret, hvilket også afspejler forekomsten af psykiske sygdomme i befolkningen.

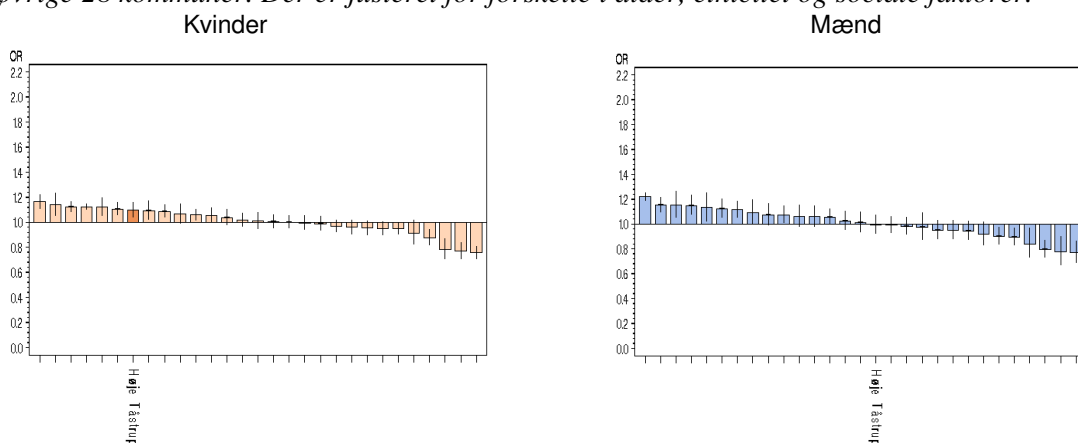
Figur 6.8.3. Andelen af personer, som har indløst recept på medicin mod depression i 2004. Fordelt på alder og køn.



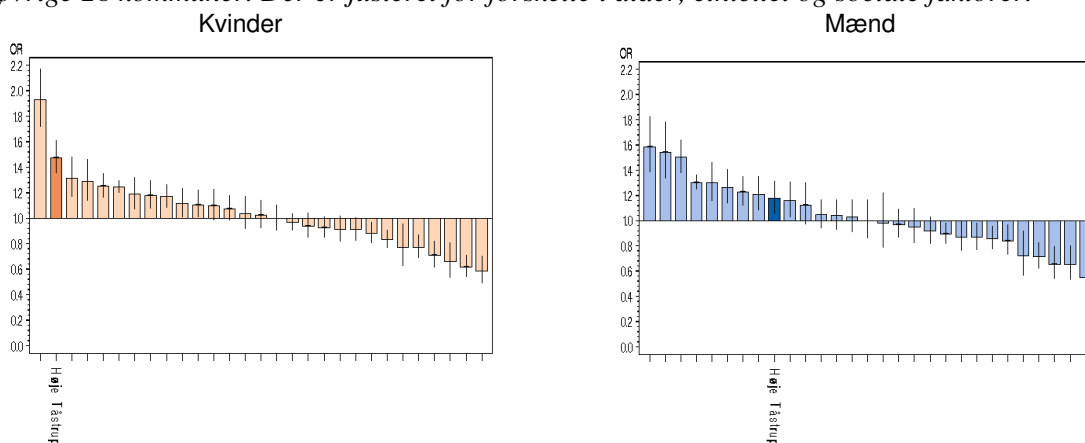
Figur 6.8.4. Andelen af personer, som har indløst recept på antipsykotisk medicin i 2004. Fordelt på alder og køn



Figur 6.8.5. Køb af antidepressiv medicin blandt borgerne i Høje-Taastrup sammenholdt med de øvrige 28 kommuner. Der er justeret for forskelle i alder, etnicitet og sociale faktorer.



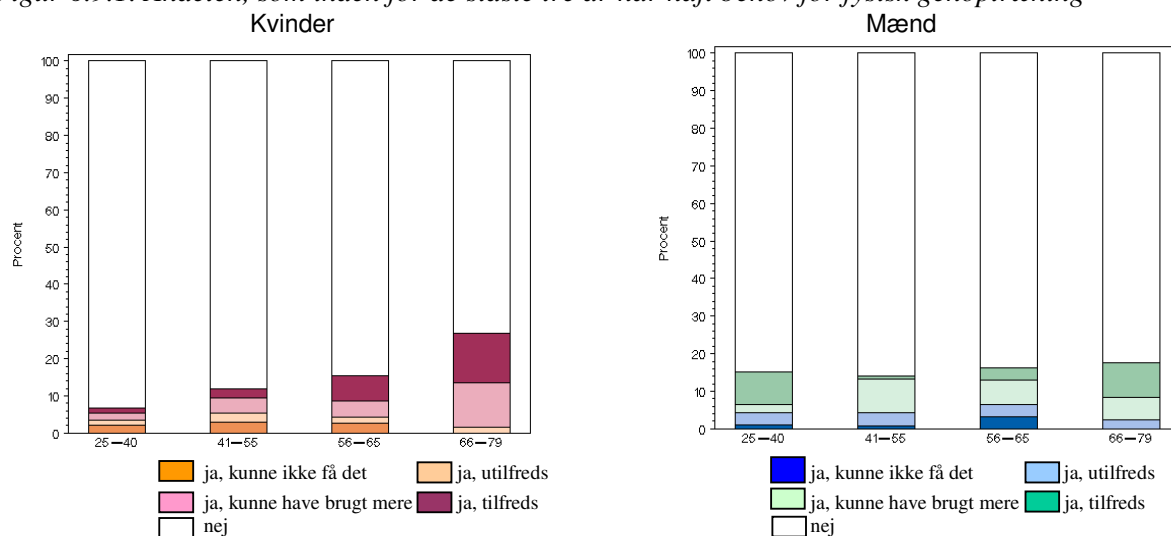
Figur 6.8.6. Køb af antipsykotisk medicin blandt borgerne i Høje-Taastrup sammenholdt med de øvrige 28 kommuner. Der er justeret for forskelle i alder, etnicitet og sociale faktorer.



Flere kvinder end mænd indløser medicin både mod depression (figur 6.8.3), psykoser (figur 6.8.4) og lettere psykiske tilstande. Der ses stigning med alder. Kvinder i Høje-Taastrup indløser hyppigere antidepressiv medicin end kvinder i Region Hovedstaden undtagen i den ældste aldersgruppe (figur 6.8.3). Sammenlignet med de øvrige 28 kommuner ligger kvinderne signifikant over gennemsnittet (figur 6.8.5). Mænd i Høje-Taastrup indløser sjældnere antidepressiv medicin end mænd i Region Hovedstaden (figur 6.8.3), men adskiller sig ikke fra gennemsnittet af de øvrige kommuner (figur 6.8.5). Både mænd og kvinder indløser hyppigere antipsykotisk medicin sammenlignet med Region Hovedstaden og Vestegnskommunerne (figur 6.8.4), hvilket også afspejles i sammenligningen med alle de øvrige 28 kommuner, hvor borgere i Høje-Taastrup signifikant oftere indløser denne type medicin (figur 6.8.6). Der er ingen signifikante forskelle, hvad angår medicin mod lettere psykiske tilstande.

6.9. Fysisk genoptræning

Figur 6.9.1. Andelen, som inden for de sidste tre år har haft behov for fysisk genoptræning



Cirka 15 % af mændene har haft behov for fysisk genoptræning, og langt de fleste har fået det. Blandt kvinder er der en stigning med stigende alder, så der blandt de 66-79-årige har været behov for fysisk genoptræning hos cirka en fjerdedel. I langt de fleste tilfælde har det været muligt at få den fysiske genoptræning, men en stor andel var utilfredse med optræningen.

6.10. Kroniske sygdomme og etniske minoriteter

Der kan ikke udarbejdes selvstændige analyser over kroniske sygdomme hos borgere af anden etnisk herkomst end dansk, da datamaterialet ikke er stort nok. Imidlertid har Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed for Sundhedsstyrelsen udarbejdet en rapport over kroniske sygdomme blandt etniske minoriteter i Region Hovedstaden og Region Midtjylland. Resultaterne fra denne rapport kan generaliseres til de etniske minoriteter i Høje-Taastrup. De to største etniske grupper i Høje-Taastrup stammer fra Tyrkiet og Pakistan. For begge disse befolkningsgrupper viste rapporten at forekomsten af type 2 diabetes og astma var hyppigere blandt borgere med tyrkisk og pakistansk herkomst end etniske danskere, hvorimod hjertekarsygdom, KOL, kræftsygdomme, osteoporose og muskel-skelet sygdomme (for borgere fra Pakistan) var sjældnere blandt borgere med tyrkisk og pakistansk herkomst end etniske danskere.

6.11. Konklusion

Borgerne i Høje-Taastrup har hyppigere en række kroniske sygdomme sammenlignet med borgerne i Region Hovedstaden. Specielt drejer det sig om hjertekarsygdom, type 2 diabetes, KOL og psykiske sygdomme. Derimod adskiller Høje-Taastrup sig ikke fra de øvrige vestegnskommuner hvad angår kroniske sygdomme.